

makaleler articles

► **Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı**

A New Service Delivery Model in Health Sector: Public Private Partnership

Mehmet Akif ÖZER

► **Historical Transformation of the Administration of Social Policy Trainings Implemented by Centre for Labour and Social Security Training and Research**

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Tarafından Yürütülen Sosyal Politika Eğitimlerinin Yönetimindeki Tarihsel Dönüşüm

Erdem CAM

► **Türkiye’de Yabancıların Sosyal Güvenliği**

Social Security of Foreigners in Turkey

Müslim DEMİR

► **Zorunlu Sigortalılık İlkesi Kapsamında Sigortalılık Hallerinin Çakışması ile Gelir ve Aylıkların Birleşmesi**

The Conflict of Insurance Cases and Consolidation of Income and Salary as Part of Compulsory Insurance’s Policy

Ali EKİN

► **Türkiye’de Yaşanan 2008 Ekonomik Krizinin Yoksulluk ve Emeklilik Kararları Üzerine Etkisi**

The Impact of 2008 Economic Crisis that Occurred in Turkey, on Poverty and Retirement Decisions

Hayrettin KESGİNGÖZ

► **OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler**

Financing of Long-Term Care Services in Line with OECD Countries Practices and Suggestions for Turkey

Tolga BAL

► **Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi**

Cluster Analysis of Organization for Economic Cooperation and Development Countries According To Health Indicators

Cuma SONĞUR

► **An Analysis of Public Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey**

Türkiye’de Kamu İlaç Politikaları, İlaç Fiyatlaması ve İlaç Harcamasının Analizi

Kadir GÜRSOY

SGD

Sosyal Güvenlik Dergisi
Journal of Social Security

Cilt: 6 - Sayı: 1 - Yıl: 2016 / Volume: 6 - Number: 1 - Year: 2016

Sahibi / Owner of the Journal

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution
Dr. Mehmet Selim BAĞLI (Kurum Başkanı / President of the Institution)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager

Uğur KORKMAZ

Yayın Kurulu / Editorial Board

Dr. Mustafa KURUCA
Eyüp Sabri DEMİRCİ
Recep GÜRBÜZ
Erdoğan ÜVEDİ
Aydın GEDİKLİ
Yalçın SALAY

Editörler / Editors

Doç. Dr. Erdem CAM
Selda DEMİR
Asuman KAÇAR

Yayın Türü: Uluslararası Süreli Yayın / Type of Publication: Periodical

Yayın Aralığı: 6 aylık / Frequency of Publication: Twice a Year

Dili: Türkçe ve İngilizce / Language: Turkish and English

Basım Tarihi: Press Date: 30.03.2016

Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

SOBIAD - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.

Journal of Social Security (SGD), has been indexed by

TUBİTAK ULAKBİM - TR

ASOS INDEX - TR

SOBIAD - TR

DOAJ - SE

EBSCO HOST - US

INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL

SGD Sosyal Güvenlik Dergisi

Tüm hakları saklıdır. Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı, telif hakları çöğnenmeksizin, eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlarla çoğaltılabilir.

Tasarım / Design: Pinhole Medya - Ankara - info@pinholemedya.com

Basım Yeri / Printed by: Dumat Ofset

İletişim Bilgileri / Contact Information

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erişim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

ULUSLARARASI DANIŐMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Professor Yener ALTUNBAŐ
Bangor University - UK

Professor Paul Leonard GALLINA
Bishop's University - CA

Professor Jacqueline S. ISMAEL
University of Calgary - CA

Professor Ŗzay MEHMET
University of Carleton - CA

Professor Allan MOSCOVITCH
University of Carleton - CA

Professor Mark THOMPSON
University of British Columbia - CA

Asst. Prof. Sara HSU
State University of New York - USA

Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM
University of Utah - USA

ULUSAL DANIŐMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
TÜBA

Prof. Dr. Mustafa ACAR
Aksaray Üniversitesi

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŐ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Ŗrsan AKBULUT
TODAİE

Prof. Dr. Levent AKIN
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Yusuf ALPER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Faruk ANDAÇ
Çağ Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Kadir ARICI
Gazi Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Onur Ender ASLAN
TODAİE

Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN
Ankara Üniversitesi
Siyasal Bilgiler Fakültesi

Prof. Dr. Hayriye ATİK
Erciyes Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Zakir AVŐAR
Gazi Üniversitesi
İletişim Fakültesi

Prof. Dr. Ufuk AYDIN
Anadolu Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Remzi AYGÜN
Gazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Serpil AYTAC
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Mehmet BARCA
Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Vedat BİLGİN
TBMM

Prof. Dr. Nurşen CANİKLİOĞLU
Marmara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Fevzi DEMİR
Yaşar Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU
Yıldız Teknik Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ŗmer EKMEKÇİ
İstanbul Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Şükran ERTÜRK
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Ali GÜZEL
Kadir Has Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Alpay HEKİMLER
Namık Kemal Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ
Pamukkale Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Türksel KAYA BENGŞİR
TODAİE

Prof. Dr. Aşkın KESER
Uludağ Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Cem KILIÇ
Gazi Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali Rıza OKUR
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Serdar SAYAN
TOBB Ekonomi ve
Teknoloji Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali SEYYAR
Sakarya Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER
Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Atılım Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR
Marmara Üniversitesi İktisat Fakültesi

Prof. Dr. Savaş TAŐKENT
İstanbul Teknik Üniversitesi
İşletme Fakültesi

Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Sabri TEKİR
İzmir Üniversitesi İİBF

Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY
Bahçeşehir Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. M. Fatih UŞAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Süleyman BAŐTERZİ
Ankara Üniversitesi
Hukuk Fakültesi

Doç. Dr. Hediye ERGİN
Marmara Üniversitesi İktisat Fakültesi

Doç. Dr. Saim OCAK
Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi

**Doç. Dr. Ferda YERDELEN
TATOĞLU**
İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi

Doç. Dr. Mehmet TOP
Hacettepe Üniversitesi İİBF

Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

GENEL YAYIN İLKELERİ

- 1- Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD), altı aylık periyotlarla yılda iki kez yayınlanan uluslararası, hakemli, bilimsel bir dergidir.
- 2- Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
- 3- Dergide yayınlanmasına karar verilen yazıların, elektronik ortamda tam metin olarak yayınlanmak da dahil olmak üzere, yayın hakları SGK'ya aittir.
- 4- Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygunluğu tespit edilen yazılar değerlendirmeleri için yazının ilgili olduğu alanda iki hakeme gönderilir. Hakem raporuna göre; yazarına düzeltme gönderilir, yayınlanır ya da reddedilir.
- 5- Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yayınlanan makaleler atf yapılmadan kullanılamaz.
- 6- SGD'de yargı kararı incelemelerine yer verilebilir.
- 7- Yazıları yayınlanan yazarlara "Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde telif ücretleri ödenecektir.
- 8- SGD Sosyal Güvenlik Dergisi'ne makale gönderenler derginin yayın ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

GENERAL PUBLICATION RULES

- 1- Journal of Social Security is an international, peer reviewed, scientific journal published twice a year.
- 2- The papers submitted to Journal of Social Security must be unpublished in elsewhere or not synchronically be in the review process of another publication.
- 3- Social Security Institution and Journal of Social Security own the copyright of the papers published (written and electronic versions).
- 4- All manuscripts firstly evaluated by Editorial Board and send two independent referees. According to referees' reports, article will be sent to the authors to revise, publish or reject.
- 5- All the opinions written in articles are under responsibilities of the authors. The published contents in the articles cannot be used without being cited.
- 6- Case review and commentaries are accepted by SGD.
- 7- Royalty fees will be paid to the authors whose articles published in the Journal of Social Security (SGD) in accordance with the related regulation.
- 8- Those who send articles to the SGD are considered to have accepted the publication principles of the SGD.

SGD, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına, sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek, ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayınlanmaktadır.

SGD, is being published in all areas related social security, social policy and industrial relations to make contribution intellectual life of Turkey, develop the social security and social policy consciousness and bring together the future targets and expectations on the common point of the society.



İÇİNDEKİLER

Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı <i>Mehmet Akif ÖZER</i>	9
Historical Transformation of the Administration of Social Policy Trainings Implemented by Centre for Labour and Social Security Training and Research <i>Erdem CAM</i>	39
Türkiye’de Yabancıların Sosyal Güvenliği <i>Müslim DEMİR</i>	70
Zorunlu Sigortalılık İlkesi Kapsamında Sigortalılık Hallerinin Çakışması ile Gelir ve Aylıkların Birleşmesi <i>Ali EKİN</i>	94
Türkiye’de Yaşanan 2008 Ekonomik Krizinin Yoksulluk ve Emeklilik Kararları Üzerine Etkisi <i>Hayrettin KESGİNGÖZ</i>	126
OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler <i>Tolga BAL</i>	159
Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi <i>Cuma SONGÜR</i>	197
An Analysis of Public Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey <i>Kadir GÜRİSOY</i>	225



CONTENTS

A New Service Delivery Model in Health Sector: Public Private Partnership	
<i>Mehmet Akif ÖZER</i>	9
Historical Transformation of the Administration of Social Policy Trainings Implemented by Centre for Labour and Social Security Training and Research	
<i>Erdem CAM</i>	39
Social Security of Foreigners in Turkey	
<i>Müslim DEMİR</i>	70
The Conflict of Insurance Cases and Consolidation of Income and Salary as Part of Compulsory Insurance's Policy	
<i>Ali EKİN</i>	94
The Impact of 2008 Economic Crisis that Occurred in Turkey, on Poverty and Retirement Decisions	
<i>Hayrettin KESGİNGÖZ</i>	126
Financing of Long-Term Care Services in Line with OECD Countries Practices and Suggestions for Turkey	
<i>Tolga BAL</i>	159
Cluster Analysis of Organization for Economic Cooperation and Development Countries According to Health Indicators	
<i>Cuma SONGÜR</i>	197
An Analysis of Public Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey	
<i>Kadir GÜRİSOY</i>	225



Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı

A New Service Delivery Model in Health Sector: Public Private Partnership

Mehmet Akif ÖZER*

ÖZ

Hem özel sektör hem de kamu sektörü yönetiminde temel amaç; mevcut kaynakları, imkânları ve zamanı en ekonomik şekilde ve en fazla faydayı sağlayacak şekilde kullanmaktır. Yönetim bundan dolayı rasyonel bir süreç olarak kabul edilir. Bilindiği gibi günümüzde uygulama alanı oldukça genişleyen Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı iki temel teoriden oluşmuştur. Bunlardan Yönetim İdeolojisi Teorisi genel olarak özel sektör uygulamalarının kamu yönetimine uyarlanmasını öngörmekte, bu amaçla performans ölçümlerine dönük sistemler kurmakta ve çeşitli göstergeler kullanmaktadır. Üretime ve verimliliğe vurgu yaparak, bunlarla ilgili oranları arttırmaya çalışmakta ve kuruluşlarının özel sektör sözleşmeleri ile yönetilmeleri için uğraşmaktadır. Bu kapsamda yeni kamu yönetiminde vatandaş odaklı yaklaşımlara vurgu yapan Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı ile son yıllarda yeni bir kamu hizmet sunum modeli olarak kamu-özel ortaklıkları uygulanmaya başlanmıştır. Çalışmada sağlık sektörü özelinde ülkemizde bu alanda yaşanan gelişmeler değerlendirilecektir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık sektörü, kamu hizmeti, yeni kamu yönetimi, yeni kamu hizmeti, kamu özel ortaklığı

ABSTRACT

The main objective in the management of both public sector and private sector is to use available resources, means and time in most economical way and by providing the maximum benefit. Management therefore is considered to be a rational process. As it is known, today New Public Management Approach that's application area is quite expansive was formed by two main theory. From these, Managerialism Theory predicts overall reorientation of public and private sector management practices, creates oriented performance measurement systems for this target and uses various indicators. It is engaged for organizations to be managed by the private sector contracts by emphasising on production and efficiency and working to raise rates related. In this context, public-private partnerships are being implemented as a new model of public service delivery in recent years by New Public Service Approach emphasizing citizen-oriented approach in the New Public Management. In this study, developments in this area in our country will be considered health sector in particular.

Keywords: Health sector, public service, new public management, new public service, public private partnership

* Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü
ozer@gazi.edu.tr

GİRİŞ

20. yüzyılın genelinde kamu sektörünün ve özel sektörün yönetim yapılarında ve sınırlarında çok fazla farklılık olmamış, özel sektörde büyük şirketler hiyerarşik ve Weber'in öngördüğü şekliyle bürokratik örgütlenmeleri oluşturmuşlardır. 1950-60'lı yıllar arasında özel sektörün etkin yönetim mekanizmaları bürokrasiyi daha etkin ve verimli olma konusunda baskı altına almaya başlamıştır. Bu süreçte özel sektör de kamu sektörünün başarısızlık nedenlerini (Hughes, 1998:56) geçmişten daha fazla sorgulamaya başlamıştır.

Ciddi mali krizlerin arkasından; yönetim pratikleri, değerleri, rolleri ve hacmi ile ilgili anti devletçi düşünceler, bu süreçte artmaya başlamıştır. Görülen bu ideolojik ve politik saldırılar çerçevesinde kamu bürokrasisi mali sorunlarının çözümünde önemli bir araç olarak görülmeye başlanmıştır. Tasarruf ve özelleştirme politikaları ile birlikte rollerin yeniden tanımlanması, ekonomik liberilizasyon ve piyasacılık ile yeni değerlerin ve pratiklerin gündeme gelmesi, birçok ülkenin resmi politikası olmuştur (Ömürganülşen, 1997:530). Bu dönemde filizlenmeye başlayan kamu işletmeciliği anlayışı bu gelişmelerden etkilenecek hantal kamu sektörüne yönelik eleştirilerde bulunmuştur. Bu çabalar ABD'de 1960'ların ortasında Chicago Ekonomi Okulu ve Kamu Tercih Okulu düşüncelerinde ön plâna çıkmıştır (Lane, 2000:3). Hareket daha çok siyaset teorisi ışığında gelişmiş, tartışma alanlarının odağına demokrasiyi ve eşitliği almıştır. Yönetim sisteminde bu kavramların statüleri ve fonksiyonları ile ilgilenilmiştir (Waldo, 1984:17).

1980 öncesi yönetimde görülen reformlar, geleneksel kamu yönetimi çerçevesinde yönetimin idari yeteneğini geliştirmeyi teknik bir faaliyet olarak değerlendirmiştir. Bu dönemde yaşanan tıkanıklar nedeniyle, etkinlik ve verimlilik arayışları ekonomik bakış açısının yanında politik ve ideolojik bir sorun olarak da görülmüştür (Ömürganülşen, 1997:529). Bu dönemde birçok batılı devlet, yönetim yapılarını ve süreçlerini yeniden yapılandırmaya başlamışlardır. Bu reformlar kamu yönetiminde devrimsel değişiklik olarak nitelendirilmiş ve yüzyıla damgasını vuran Weberyen bürokrasi modelinden kamu işletmeciliğine dönük paradigma değişikliğini içermiştir (Martin, 1988:319).

1990'larda devletin klasik sınırlarına dönmesine yönelik girişimler, bazı

kamu hizmetlerinin görülmesinde önemli sorunlara yol açmıştır. Daha az kaynakla daha etkin kamu hizmeti sunma fonksiyonu oldukça güçleşmiş, bu süreçte kamu hizmetlerinin vergilerle finansmanı öngörülmüş, reformların teknik yönü, verimliliği ve etkinliği tekrar gündeme getirilmiştir. Ancak bu sefer de bu süreç kamu işletmeciliği anlayışı tarafından tehdit edilmeye başlanmıştır (Ömürgönülşen, 1997:529). Bu dönemde oldukça yoğun bir uluslararası gündem, kamu yönetimi uygulama ve pratiğini etkilemiştir. Kamu ve özel sektörün birbirinden bağımsız olduğunun anlaşılmasından beri ve yönetim tekniklerinin kamu sektöründe rekabeti artırmasından dolayı görülen fonksiyonel değişim, kamu sektöründe yönetim fonksiyonunu etkilemiştir. Yerel ve esnek yönetim yapıları burada hâkim örgüt yapıları durumuna gelmiş, bu görüşlerin yayılması ve bilgi teknolojisinin etkisiyle ulusal sınırlar hızla yاپaylaşmaya başlamıştır (Hughes, 1998:59).

Bu dönemde gündeme gelen yeni kamu yönetimi yaklaşımı, idarenin hangi hizmetleri nasıl ve hangi araçla yapması ya da yaptırması hususlarının ülke koşullarında yeniden gözden geçirilmesini önemli hale getirmiştir. Bu yaklaşım, pek çok ülkede savunulduğu gibi, kamu görevlilerinin işlerini yaparken serbestleştirmeyi savunmuş, böylece onlar üzerindeki doğrudan idari kontrollerin bir kısmını azaltmayı, bunu da büyük ölçüde kamu hizmetlerinin üretilmesi ve sunulmasına daha fazla dikkat gösterilmesini teşvik etmek için piyasa güçlerini harekete geçirerek yapmayı amaçlamıştır. Piyasa modelinin etkisi, reforma tabi tutulan sektörün dilinde oldukça açıktır. Özellikle 20. yüzyılda kamu hizmetine yönelik korumalar kaldırılmış, çalışanların sözleşmeli istihdam edilmesi uygulaması yaygınlaşmış, birim sekreterleri baş yönetici olmuşlar ve genellikle özel sektörden transfer edilmeye başlanmışlardır. Kurumlar satıcı haline gelmişler ve tercihen özel sektörle rekabet etmeye başlamışlardır. Bakanlar sözleşmeler için müzakere ederken performans standartlarına dayanmaya başlamışlardır (Ökmen-Demir, 2010:35-46). Bu ve benzeri gelişmeler hem kamu hizmetlerinin içeriğini hem de hizmeti sunanların niteliklerini değiştirmeye başlamıştır.

Bu çalışmada söz konusu gelişmeler kapsamında ortaya çıkan yeni kamu hizmeti anlayışı, bunun bir sonucu olarak son yıllarla yaygınlaşmaya başlayan yeni bir hizmet sunum modeli olarak kamu özel ortaklıkları ve bu modelin ülkemizde özellikle sağlık sektöründe uygulanış şekli incelenecek ve son gelişmeler üzerinden değerlendirilmelerde bulunulacaktır.

I- YENİ KAMU HİZMETİ ANLAYIŞI

Bilindiği gibi klasik kamu hizmetinin başlıca özellikleri, bunların bireylerin yararlanmalarına açık etkinlikler olmaları, kamuya yönelik ve kamuya yararlı işlev görmeleridir. Bir hizmetin kamu hizmeti olarak yürütülmesi ancak yasama organının izni ile olabilmekte, kamu hizmetlerinin kamu kuruluşlarınca, yalnız kamu hukuku kurallarına göre yürütülmesinin yanında hizmetin niteliğine göre, özel hukuk kuralları uyarınca da yürütülebilmesi mümkün olmaktadır. Kamu hizmetlerinin görülmesinde süreklilik, eşitlik, değişkenlik ve uyum gibi ilkelere uyulması da (Bozkurt vd., 1998:129) bir zorunluluk olarak görülmektedir. Bu klasik bakış açısı son yıllarda yeni kamu hizmeti anlayışı ile değişmeye başlamıştır. Çalışmanın bu aşamasında kamu hizmetinde görülen bu değişimi ve gelişimi inceleyeceğiz.

A- Kavramsal Çerçeve ve Anlayışın Gelişimi

Son yıllarda özellikle yeni sağ yaklaşımlarla gündeme gelen ve yeni kamu yönetimi anlayışı ile zirveye çıkan yeni kamu hizmeti anlayışı birçok ülkede ilgi görmekte ve bu ülkelerde uygulamaya aktarılmaya çalışılmaktadır.

İnsanlık tarihine bakıldığında ilk çağlardan bugüne kadar bütün toplumlarda kişinin yaşamını düzenleyen bir teşkilat ve bir otoritenin varlığı görülmektedir (Versan, 1990:3). Sosyal bir gelişme ile bugünkü şeklini almış ve devlet olarak adlandırılan bu otoritenin amacı, bireyler için gerekli ve yararlı olan işleri başarmak, insanların mutluluğuna çalışmak yani hukuki deyimle kamu hizmetlerini görmektir. Devlet veya diğer kamu tüzel kişileri, kendileri veya gözetim ve denetimleri altında genel kolektif ihtiyaçları karşılamak ve kamu yararını sağlamak için kamu hizmetlerini yürütmekte (Versan, 1990:72) ve ilgili hizmetleri kamunun emrine sunmaktadırlar.

Başka bir deyişle bu faaliyetler, bir kamu kurumunun ya kendisi tarafından ya da yakın gözetimi altındaki bir özel girişimci aracılığıyla kamuya sağlanan hizmetlerdir. Bir hizmetin kamu hizmeti sayılabilmesi için; hizmetin kamuya yöneltilmesi ve kamuya yararlı olması; ayrıca hizmetin kamu kuruluşlarınca ya da ilgili kamu kuruluşunun sıkı denetimi altında özel hukuk kişilerince yürütülmesi gerekmektedir (Bozkurt vd., 1998:128). Kamu hizmeti uzun yıllar idare hukukunun temel kavramı olarak görülmüştür. Özellikle 1960-70 yılları arasında kamu hizmeti zorlama, açık verme, bürokrasi, devletleştirme gibi kavramlarla eş anlamlı görülmüş,

etkinlik, verimlilik ve dinamizmi simgeleyen özel girişimin karşıtı gibi algılanmıştır (Tan, 1988:73).

Kamu hizmeti kavramının önemi 1970'lerden başlayarak 1980'lerin başlarında kamu kesiminin genişlemesine karşı çıkıp devletin küçülmesinden yana görüşlerin yoğunlaştığı süreçte daha da artmıştır. Bu dönemde kamu hizmetinin siyasal ve idari boyutları belirlenirken üç temel hedef saptanmıştır. Bunlar kamu kesiminin küçültülmesi, devletin rolünün yeniden tanımlanması ve kamu kesiminin etkin hale getirilmesidir (Bozkurt vd., 1998:128). Bu süreçte kamu hizmeti ile ilgili öngörüler de yeniden belirlenmiştir. İlk hedef için kamu giderlerini ve kamu personeli sayısını azaltmak, mali reform yapmak, ikinci hedef için hukuki düzenlemeleri azaltmak, refah devletini kurumsallaştırmaktan çıkarmak, üçüncü hedef için de bütçe reformları yapmak, özel sektörün işletmecilik yöntemlerini kabul etmek ve özelleştirme stratejilerini belirlemek, (Bozkurt vd., 1998:128-129) kamu hizmeti anlayışının da yeniden şekillenmesine yol açmıştır. Bu süreçte bazı ülkelerde görüldüğü gibi devletin sanayi ile ve ticaretle uğraşmayıp ekonomiden çekilmesi, yalnızca altyapı yatırımları ile uğraşıp daha çok düzenleyici ve yönlendirici konumda kalması da (Tan, 1988:177) bu değişim sürecini etkilemiştir.

Dünyada son yıllarda yaşanan küreselleşme süreci, ulus devletlerinin rollerini değiştirmekte, bu süreçten ise en çok klâsik kamu yönetimi etkilenmektedir. Bu gelişmeler karşısında ulus devlet daha önce hiç olmadığı kadar yetersiz kalmaktadır (Kemp, 1998:9). Bu olumsuzluktan en fazla etkilenen alanlardan kamu hizmeti konusunda yaklaşım değişikliği birkaç noktada ortaya çıkmaktadır. Her şeyden önce devletin yürütmesi gereken hizmetlerin yeniden belirlenmesi gerekmekte, bunun yanında idarenin kamu hizmetlerinden bazılarını özel kişilere gördürmesi; kendisinin yürüttüğü kamu hizmetlerinde de kamu yerine özel yönetimi yeğlemesi olguları ile karşılaşmaktadır. Bir başka anlayış değişikliği de kamu hizmetlerinin finansmanında gözlemlenmektedir. Kamu hizmetinin karşılıksız olduğu anlayışı terk edilip yararlananlardan yararlanmaları karşılığı bir bedel alınması uygulaması yaygınlaşmaktadır. İdare karşısında kişilerin idare edilen veya kamu hizmetinden yararlanan değil, müşteri konumunda bulunduğundan söz edilmesi, bu anlayış değişikliğinin bir başka sonucudur (Tan, 1988:179). Ayrıca bu süreçte kamusal faaliyetler topluma, günlük hayata ve sosyal rollere uygun

olarak tüketici tercihleri doğrultusunda değişime uğramakta, insanlar yüksek kaliteli hizmetler üzerinde odaklaşmakta, eskisinden daha fazlasını ummakta ve yönetimlerden bunların karşılanmasını istemektedirler. Mevcut bilgi ve becerilerin etkin kullanımı için yöntemler aranmakta, iç ve dış kaynaklardan en iyi politikaların elde edilmesi ve bunlardan yüksek faydanın sağlanması amaçlanmaktadır. Yönetimler kendilerini iç ve dış ortamda rekabet yapabilecek şekilde hizmet bölüşümlerinde ve düzenleyici fonksiyonlarda optimal dağılımı aramaktadırlar. Ayrıca halkın isteklerine göre gerekli sorumluluk mekanizmalarının kurulması için daha çok çaba harcamaktadırlar (Kemp, 1998:6-7).

Son yıllarda kamu hizmeti anlayışındaki değişim dünya geneline yayılmaya başlamıştır. Birçok ülkede devlet aktif değişim ajanı olmaktan çok bunu hızlandıran bir unsur olarak algılanmaktadır. Sık sık görülen kamu hizmetlerine müdahaleler, kamu kuruluşları özelleştirilerek azaltılmaktadır. Piyasa rekabeti sağlanarak ekonomik yapılanma sağlamış, özel sektör genişlerken kamu sektörü farklı üretim alanlarında daha çok düzenleyici olarak kalmıştır (Haque, 2001:73). Ancak bu durumun bir sonucu olarak görülen kamu hizmetlerindeki piyasa odaklı süreç, çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Kamu mal ve hizmetlerinin üretiminde serbestleştirme, liberilizasyon, sözleşmecilik gibi pazar odaklı yöntemlerin kullanılması farklı düzenlemeleri ve yeni koordinasyon sağlayan kuruluşları gerektirmektedir. Bu yeni yöntemleri değerlendirmek ve kontrol altında tutmak gerekmekte, bunun için de yeni yapılanmalara gerek duyulmaktadır. Örneğin Kanada'da Özelleştirme ve Düzenleme Birimi, Fransa'da Kamu Hizmetleri Yeniden Yapılanma Komitesi, Portekiz'de Yönetimi Modernleştirme Sekreterliği gibi yeni birimler oluşturulmaktadır (Haque, 2001:75). Bu birimlerin öncelikle kamu kuruluşlarının kamu hizmetlerini özelleştirme deneyimlerini iyi incelemeleri gerekmektedir. Bu şekilde süreç içinde yer alan kuruluşların örgütsel kültür analizlerinin de (Romzek ve Johnston, 2001:173) yapılması mümkün olmaktadır.

Yeni kamu hizmeti anlayışı bilgi çağında bu anlayışın felsefi özünü oluşturan müşteri odaklılığın gelişmesi paralelinde yaygınlaşmıştır. Küreselleşme ile birlikte görülen bireycilik, girişimcilik, rekabetçilik gibi piyasa eksenli değerler çevresindeki yeniden yapılanma arayışları, giderek büyüyen kamu kesiminin savurganlığının ve kaynak kullanımındaki

verimsizliğin ekonomi için bir yük haline gelmesi, bundan ülkelerin rekabet gücünün olumsuz yönde etkilenmeleri nedeniyle yönetimin yeniden düzenlenmesinde ve kamu hizmetlerinin sunulmasında özel sektör kuruluşlarındaki gibi esnek ve yalın örgütlenmenin gerekliliği, kârlılık ve verimlilik gibi piyasa temelli insan odaklı ilke ve uygulamaların popülaritesi (Saran, 2001:21) bu anlayışın günümüzdeki konumuna ulaşmasına yol açmıştır. Bu durum kamu sektörünün yapı ve pratiklerinde görülen örgütsel değişimin (Breeton ve Temple, 1999:455) etkilerinin çok kapsamlı olduğunun da delilidir.

Yeni kamu hizmeti anlayışında kamu hizmeti imtiyazı da önemini korumaktadır. Yönetimin bir kamu hizmetinin görülmesini tüm kâr ve zararı kendisine ait olmak üzere bir özel kişiye vermesi ve o özel kişinin de gördüğü hizmet karşılığı, yararlananlardan bir bedel alması biçimindeki uygulamayı gerektiren bu araç, özellikle 19. yüzyıl başlarında geniş uygulama bulmuş, ancak daha sonraları gündemden düşmüş, günümüzde ise yeniden güncellik kazanmaya başlamıştır. Kamu sektörü finansman yetersizliği, teknoloji ihtiyacı, hizmetin yürütülmesinin gerektirdiği bürokratik yükten kurtulmak gibi nedenlerle bu yola başvurulmaktadır (Bozkurt vd., 1998:129). Ancak imtiyazı alan kuruluşlarla ilgili sorunlar ve sürecin denetiminin zorluğu, bu yönetime de çok sık başvurulmasını engellemektedir.

Yeni kamu hizmeti uygulamalarında özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde piyasa odaklı reformlar paralelinde ortaya çıkan özerk kamu kurumları ile ilgili sorunlar da çok sık ortaya çıkmaktadır (Haque, 2001:75). Piyasa ekonomisi, kitle iletişimi ve kamu özgürlükleri gibi duyarlı sektörlerde düzenleme ve denetim fonksiyonlarına sahip olarak oluşturulan bu kuruluşlara (Bozkurt vd., 1998:20) mali ve yönetsel özerklik verilince, sorumluluk mekanizmalarında sorunlar yaşanmakta, zamanla atanmışlar imkânlarını kullanarak seçilmişlerin etkinliklerini kırılabilmektedirler. Özerkliğin verilmesi partizanlığa ve özel çıkarlarının kamu çıkarı yerine kullanılmasına da neden olabilmektedir. Ayrıca bakanların belirledikleri özerk kuruluş yöneticileri kendilerini yasamadan çok bakana karşı sorumlu görmekte, sonuçta denetim tam yapılamayınca birçok olumsuzluk ortaya çıkmaktadır (Haque, 2001:75). Bu durumda da söz konusu uygulamalara, toplumda ve yönetimde ihtiyatla yaklaşılması gerektiği düşünülmektedir.

B- Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımının Özellikleri

Yeni kamu yönetimi anlayışının etkisiyle gündeme gelen, demokratik vatandaşlık ve sivil toplum gibi kavramların çizdiği çerçevede vatandaşı merkeze yerleştiren yeni kamu hizmeti yaklaşımı, vatandaşa hizmet etmek üzere odaklanmanın yanında kamu yararının bir ürün değil bir amaç olduğunu, müşteriye değil vatandaşa hizmet edildiğini, sadece verimliliğe değil aynı zamanda vatandaşa da önem verilmesi gerektiğini ileri sürmüştür. Demokratik vatandaşlıkta, devlet ve vatandaş arasındaki ilişkilerde geçerli olan ilkeler; devletin, vatandaşların çıkarlarını ve haklarını garanti eden bir düzen sağlanmayı öngörürler. Yaklaşımında kamu görevlisinin birincil görevi toplumu kontrol etmek değil, vatandaşa yardım etmek ve onun ortak çıkarlarını korumaktır. Kamu çalışanları kariyerlerini halka ve vatandaşa hizmet edecek (Göküş, 2010:211-213) şekilde yönlendirmek zorundadırlar. Bu durumda kamu hizmeti anlayışındaki görülecek değişim, hizmetin kalitesini artıracak ve verimliliğe önem veren amaçlara öncelik verilmesi sağlanacaktır. Gerekirse bu süreçte özelleştirme aracılığıyla ve hizmetlerin rasyonel dağılımının da yapılması suretiyle üreticilerin bürokratik gücü ele geçirmelerine ortam hazırlanacaktır (Thompson, 2000:202). Böylelikle kamu yöneticisinin paylaşılmış kamu çıkarı olgusunu ortaya çıkarması sağlanacak, hedefin bireysel tercihlere göre hızlı çözümler bulmak olmadığı, çıkarların ve sorumlulukların paylaşılması gerektiği anlatılacaktır (Denhardt ve Denhardt, 2001:398).

Yeni kamu hizmeti yaklaşımında geleneksel kamu yönetiminin yukarıdan aşağıya kontrol üzerine kurulu yaklaşımı yerine, kamu görevlisinin birincil görevinin toplumu kontrol etmek değil, vatandaşa yardım etmek, onun ortak çıkarlarını korumak olduğu yaklaşım alır. Bu kapsamda kamu örgütlerinde görevlilerin müşteri veya tüketiciye değil, vatandaşa hizmet edecek biçimde örgütlenmesi gerekmektedir. Bu anlayışta kamu görevlileri müşteriye değil demokrasiye hizmet ederler. Kamu yönetimi piyasa ve tüketici kadar demokrasi ve vatandaş kavramlarına da dayanmalıdır (Genç, 2010:152-154). Bu kapsamda yeni kamu hizmeti yaklaşımının bazı özelliklerini şöyle sıralayabiliriz (Göküş, 2010:211-213):

-Bizzat hizmet sunumundan ziyade hizmetlerde yönlendirmek gerekir. Bu yaklaşımda kamu çalışanı, vatandaşı sıkı bir şekilde sorgulamak ve yönlendirmek yerine onlara yardımcı olarak ortak çıkarların paylaşılmasını

sağlamaktadır. Yönetim birçok konuda çeşitli gruplarla etkileşim içine girerek karar vermektedir.

-Temel amaç üretim değil kamusal çıkardır. Kamu yöneticileri, kamu çıkarlarının paylaşılması fikrinin gelişmesine bütüncül bir katkıda bulunmalıdır. Amaç, bireysel tercihler tarafından yönlendirilen hızlı çözümlerin bulunmasından ziyade, ortak çıkarların yaratılması ve sorumlulukların paylaşılmasıdır.

-Stratejik düşünmek ve demokratik davranmak yeni kamu hizmeti yaklaşımının bir başka özelliğidir. Kamu politikaları ve programları ile kamusal ihtiyaçlar ancak ortak çaba ve işbirliği süreciyle başarılabilir.

-Yeni kamu hizmeti yaklaşımında hizmet müşteriye değil vatandaşlardır. Kamusal çıkar ön plandadır. Bu nedenle, devlet memurları sadece müşterilerin taleplerine cevap vermezler. Vatandaşlar arasında işbirliği ve güven ilişkileri de geliştirmeye çalışırlar.

-Hesap verilebilirlik basit bir olgu değildir. Kamu görevlileri özel sektördeki görevlilere göre daha dikkatli olmalıdır. Bunu yaparken vatandaş çıkarlarında, politik kurallarda, profesyonel standartlarda, topluluk değerlerinde hukuka uygunluk gözetilmelidir.

-Sadece verimlilik değil aynı zamanda değerli insana vurgu yapılmalıdır. Kamu kuruluşları ve diğer organizasyonlar katılımı özendirilmeli, bütün insanlar için saygıya dayalı paylaşılan liderliği ve işbirliği sürecini hayata geçirmelidir.

II- KAMU HİZMETİ SUNUMUNDA YENİ BİR MODEL: KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI

Dünya genelinde yeni kamu yönetimi yaklaşımının yaygınlaşması ve bu eğilimin klasik kamu hizmeti anlayışını yeni kamu hizmeti anlayışına doğru değiştirmesi, hizmet sunum süreçlerinde kamu özel ortaklıkları gibi yeni modellerin ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Geçmiş eski olmakla birlikte bu yöntemin kamu hizmetlerinin örgütlenmesinde önem kazanması 1980'lerin ortalarından itibaren söz konusu olmuştur. Bu dönem kamu alanında sözleşmelerin yükselişinin gerçekleştiği bir dönem olarak nitelendirilebilir. 1980 sonrasında

özelleştirme ve serbestleştirme uygulamaları ile küçültülen devlette, kamu hizmetlerinin sunum ve finansmanında özel sektörün yer almasına ilişkin geleneksel yöntemlerin yerine alternatif arayışlar görülmüştür. Bu çerçevede mevzuatlarda önemli değişiklikler gerçekleştirilmiş, yap-işlet-devret, yap-işlet, yap kirala devret, işletme hakkı devri gibi farklı kamu hizmeti sunum modelleri gündeme gelmiştir (Karasu, 2009:79-80). Son yıllarda bu gelişmeler kapsamında kamu-özel ortaklığı modeli ön plana çıkmaya başlamıştır. Şimdi bu modeli ayrıntılı bir şekilde inceleyerek, yeni kamu hizmeti kapsamında değerlendirmeye çalışalım.

A- Kamu Özel Ortaklığı Modeliyle İlgili Kavramsal Çerçeve

Kamu özel ortaklığı; kamu ve özel hukuk işletmeleri arasında kamu hizmetlerinin yerine getirilmesi amacıyla kurulan iş ortaklığı; ulusal sınırları aşan ve üç sektörü bir araya getiren bir işbirliği türü olarak üzerinde uzlaşılan yeni bir hizmet sunum modelidir. İş bölümü esasına dayalı olarak ortak bir hedefe ulaşmak için kurulan yeni bir mekanizmadır. Belirli bir görevi üstlenmek ve riskleri, sorumlulukları, kaynakları, yetkinlikleri ve faydaları paylaşmak için oluşturulan gönüllü ve işbirliği esasına dayalı, kamu hizmeti, kamu finansmanı ve kamu işletme kavramlarını bir amaç doğrultusunda bir araya getiren, özellikle devletin kamu yönetimi içerisindeki fonksiyon ve yetkilerinin piyasa ile paylaşılması anlayışını benimseyen yeni bir anlayıştır. Belirtilen tanımlara göre kamu özel ortaklığı, kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı bir yöntemdir. Model, yalnızca bir finansman yöntemi değil, aynı zamanda hizmet sunumunda da alternatif bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Bu yöntemle kamu hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda etkinlik ve verimliliğin sağlanabileceği düşünülmektedir (Kerman vd., 2012:3-5).

Aslında kamu özel ortaklığı modeli yazında tanımlama noktasında sorun yaşanan kavramlardan birisidir. Dünya Bankası'na göre kamu özel ortaklığı, özel sektör kuruluşlarının önemli ölçüde risk ve yönetim sorumluluğu aldığı kamu mal ve hizmetlerinin sağlanması için özel kesim ve devlet kurumları arasındaki uzun dönemli sözleşme olarak

görülmektedir. OECD kamu özel ortaklığını, devletle bir veya daha fazla özel ortağın, devletin hizmet sunum amacı ile özel sektörün kâr elde etme amacını uzlaştırarak hizmetin özel sektör tarafından sunulmasının düzenlendiği ve bu uzlaşmanın etkinliğinin özel sektöre risk transferine bağlı olduğu bir anlaşma olarak tanımlanmaktadır.

Kamu özel ortaklığı için “ne değildir?” sorusuna verilen cevaplar bu yöntemin daha net anlaşılabilmesi için önem taşımaktadır. Buna göre kamu özel ortaklığı; hizmetler ve işlevler için basit bir dış kaynak sağlama aracı; kamu yararı için özel sektör tarafından yapılan bir bağış; devlet varlıklarından ve yükümlülüklerinden vazgeçme; bir kamu iktisadi kuruluşunun oluşturulması yoluyla kamu işlevlerinin ticarileştirilmesi ve yerel yönetimler tarafından daha çok borçlanma yöntemi değildir (Altan ve Kerman vd., 2013:10-12).

Peki, kamu hizmetlerinin sunum ve finansmanına yönelik olarak kurulan bu ortaklık bir özelleştirme midir? Kamu hizmeti-kamu hukuku-kamu yararı-kamu örgütü birlikteliğini çözen bu modelin ortaya çıkışı, 1980 sonrasında devletin, dolayısıyla da kamu hizmetinin dönüşümünden, bu dönüşümde devletin ve kamu örgütlerinin üstlendiği rolden bağımsız düşünülemez. Eğer, hizmetin kamu hizmeti niteliği devam ediyorsa, devletin hizmet alanından bütünüyle çekilmesi (sadece sunum değil, denetim, müdahale, geri alma gibi araçları da bırakması), hizmeti piyasaya terk etmesi söz konusu değil ise kamu-özel ortaklığının özelleştirme olmadığı düşünülebilir. Ancak, hizmetin özünde ve örgütlenme bileşenlerinde yarattığı dönüşüm açısından değerlendirildiğinde, özel hukuk hükümlerine tabi, esnek çalışma ilişkileri ve örgütlenme yapısının olduğu bu modelin tipik bir özelleştirme uygulaması olduğu rahatlıkla söylenebilir (Karasu, 2009:79-80). Esasında ilgili yazında devletin kamu hizmeti ödevini tümüyle piyasaya devretmesi maddi özelleştirme olarak tanımlanırken; idarenin bir kamusal hizmeti yerine getirmeye devam ederken özel hukuk işletmesi gibi hareket etmesi ve özel hukuk kurallarına tabii olması ise şekli özelleştirme kavramı ile tanımlanmaktadır. Kamu özel ortaklığı yönteminde devlet, maddi anlamda özelleştirmeden farklı olarak kamu hizmetini tümünden özel sektöre devretmemekte, sadece bu ödevin yerine getirilmesi sürecine özel sektör işletmelerini de katmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kamu özel ortaklıklarında kamu hizmeti; sermayesi, kar ve zararı özel hukuk kişisine ait olmak kaydıyla uzun süreli bir idari sözleşme çerçevesinde özel hukuk kişilerince yerine getirilmektedir. Özel

sektörün kamu hizmetlerinin yürütülmesi sürecine katılması idarenin bu alanı tümünden terk ettiği anlamına gelmemekte, hizmetin sorunsuz yerine getirilmesinden devlet sorumlu görülmektedir (Kerman vd., 2012:3-5).

Kamu özel ortaklığı modeli, en az birisi kamu kuruluşu olmak üzere iki veya daha fazla katılımcı tarafı içeren ve taraflara örgütsel yükümlülük yükleyen; ortaklığın sürekli ve ilişkisel olduğu; ortakların para ve mal gibi kaynaklar sağlayıp transfer ettiği; işbirliğine dayalı olarak finansal, ekonomik, çevresel ve sosyal sonuçlara yönelik risklerin ve sorumlulukların paylaşıldığı; çerçeve anlaşmasına dayalı süreç yönetimini hedefleyen bir hizmet sunum yöntemidir. Altyapı hizmetleri olarak köprüler, havaalanları, su sistemleri, boru hatları, enerji santralleri; kentsel kalkınma projeleri olarak da hapishaneler, stadyumlar, okullar, hastaneler ve belediye binaları yapımı gibi faaliyetler tipik kamu özel ortaklığı uygulamalarına örnek verilebilir (Altan ve Kerman vd, 2013:10-12). Model ile çoğunlukla altyapı projelerini gerçekleştirmek ya da kamuya yukarıda sayılan alanlarda hizmet sağlamak amaçlanmaktadır. Bu tür taahhütler özel operatörleri ve kamu makamlarını kapsayan karmaşık yasal ve finansal düzenlemeleri gerektirir. Söz konusu düzenlemeler Avrupa Komisyonu'nun çeşitli sektörlerinde ve özel olarak ulaşım, enerji, altyapı, atık yönetimi gibi alanlarda geniş çapta kullanılmaktadır (Talus, 2009:347-348). Bu ve benzer uygulamalardaki başarı diğer sektörlerde yeni uygulamaların önünü açmaktadır.

B- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Gelişim Süreci

Dünya genelindeki uygulamalara baktığımızda; kamu otoritelerinin daha iyi kamusal altyapı ve hizmetler için uygun araçlar bulma ihtiyacının, kamu ile özel sektör arasında ortaklık uygulamalarını başlattığını görürüz. Bütçe kısıtlamaları ve borç oranlarının kamu otoritelerinin hizmet sunum kapasitelerini doğrudan etkilemesi, yüksek kaliteli kamusal hizmetlerin düşük maliyetlerle organize edilmesinin etkin yollarının aranmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda İngiltere'de 1990'ların başlarında hayata geçirilen özel sektör finansman girişimleri günümüzde hemen hemen bütün ülkelerde uygulama alanı bulan kamu özel ortaklıklarının ilham kaynağı olmuştur. Aslında günümüzde oldukça yaygınlaşan kamu özel ortaklığı uygulamaları yeni değildir ve kullanımı açısından 1980'lere kadar ve özellikle de İngiltere'de Thatcher ve ABD'de Reagan hükümetlerine dek geriye gitmektedir.

Bugün itibarıyla kamu özel ortaklığının yaygınlaşma süreci, Avrupa Birliği ülkeleri ve gelişmekte olan ülkelerde devam etmektedir. 1990'lı yıllarda kamu özel ortaklığı giderek daha yoğun şekilde kullanılmaya başlanmış, ulaştırma, enerji ve telekomünikasyon sektörleri kullanımın öne çıktığı alanlar olmuştur. Örneğin Çin'deki altyapı projeleri, Polonya'daki değişik ölçeklerdeki uygulamalar; İskoçya'daki yerel yönetim birimlerinin gerçekleştirdiği projeler; İngiltere'deki geniş ölçekli ve çok sayıdaki projeler ve Hollanda, Slovenya, Moldova ve Hindistan gibi birçok ülkedeki uygulamalar, kamu özel ortaklığının kullanımının ne derece yaygınlaştığının somut bir göstergesidir. Kamu özel ortaklığı modelleri başlangıçta, ülkelerin altyapı yatırımlarının karşılanmasında ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak için kullanılırken, günümüzde özel sektörün işletmecilik becerilerinden yararlanılacağı, kamunun ise yatırımların koordinasyonu, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlarda odaklanmasının sağlanacağı bir model (Altan ve Kerman vd., 2013:10-12) haline gelmiştir.

Birçok ülkede 1980'li yıllarda başlayan özelleştirme akımının ardından, kamu hizmetlerinin daha etkin bir şekilde sunumu amacıyla özel sektör-kamu işbirliği uygulamaları görülmeye başlanmıştır. Model yukarıda da belirttiğimiz gibi altyapı ve hizmet alanlarında klasik kamu görevlerinin kamu ve özel sektör işbirliği ile yerine getirilmesini hedeflemiştir. Bu şekilde kamu hizmetlerinin devletçe klasik yollardan teminiyle özelleştirme sonucu tüm hizmet temininin özel sektör aracılığı ile yapılması arasındaki yelpazede yer alan tüm hizmet sağlama modelleri kapsam altına alınmaya çalışılmıştır (Tekin, 2004:1-3).

Bu süreçte özellikle gelişmekte olan ülkelerde; devletçi ve sosyalist ideallerin önemini kaybetmesinden sonra serbest pazar ilkelerini uygulama ve dünya ticaretinde pay sahibi olma çalışmalarına ağırlık verilmesi, pazar mekanizmasının öneminin kavranması ve çeşitli ülkelerdeki özelleştirmelerden başarılı sonuçlar alınmasıyla, kamu özel ortaklığı modeline ilgi hızlı bir şekilde artmıştır. Bu şekilde modele ilginin artmasında birçok faktör rol oynamıştır. Sıkı mali politikaların uygulandığı ülkelerde, modelin verimliliği artıracığı ve kamu kaynakları üzerindeki yükü azaltacağı düşünülmüştür (Güngör, 2012:4). 1980 sonrasında neo-liberal devlet anlayışının kamu hizmetlerinin sunumu ve

finansmanında da etkili olması modele olan ilginin artmasında itici faktör olmuştur. Esasında kamu özel ortaklıklarının ortaya çıkış sürecinde Amerika’da erken dönemlerden itibaren kendine geniş uygulama alanı bulan “Ortak Girişim” (Joint Venture) uygulamaları ile İngiltere’de 1992 yılında John Mayor tarafından başlatılan “Özel Finans Girişimi” (Private Finance Initiative – PFI) ve Blair dönemindeki “En İyi Değer” (Best Value) projeleri, önemli uygulama örnekleridir.

Görüldüğü gibi kamu özel ortaklığı modeli 1990’lardan sonra gündeme gelmiş ve özellikle gelişmiş ülkelerde yoğun bir şekilde tartışılmaya başlanmıştır. Bu modelin geçmişteki uygulamalardan hukuksal, yönetsel ve mali açıdan önemli farklılıkları bulunmaktadır. Bu model, özellikle sermaye örgütlerinin, Avrupa Birliği, OECD-SIGMA, IMF ve Dünya Bankası’nın teşvikleriyle hükümetlerin sıkça başvurduğu bir yöntem, kamu yönetimi ve iktisat yazınının da başlıca gündem maddelerinden biri haline gelmiştir (Karasu, 2009b:120).

Kamu özel ortaklığı modelini düzenleyen ilk özel yasa ise İngiltere’de 1997 yılında kabul edilmiştir. Model günümüzde; İngiltere ve ABD dışında, Almanya, İsveç, Kanada, İrlanda, Güney Afrika, İtalya, Hollanda ve İspanya gibi ülkelerde de dile getirilen ve üzerinde tartışılan bir yöntemdir. Diğer taraftan Avrupa Birliği kamu özel ortaklıklarıyla ilgili olarak 2004 tarihli Yeşil Kitap adında bir kitap yayınlamıştır. Bu kitap, kamu özel ortaklıkları konusunda üye ülkelere yol gösterici niteliktedir. Yine bu süreçte Almanya’da hukuki bir düzenleme yapılmış; 2005 yılında çıkarılan kamu özel ortaklıkları yasası ile ihale mevzuatı, yatırım kanunu, vergi mevzuatı ve bütçe hukukunda kapsamlı değişikliklere gidilmiştir (Kerman vd., 2012:3-5).

Bu süreç birçok ülkede zincirleme etki yaparak, modelin gelişimini hızlandırmıştır. Dünya Bankası verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde özelleştirmelerin de dâhil olduğu kamu özel ortaklığı projelerinin sözleşme tutarı 1990’lı yıllarda giderek artmış ve 1997 yılında 107 milyar dolar ile en yüksek seviyesine ulaşmıştır. 2002 yılında yıllık tutar 48,7 milyar dolara düştükten sonra tekrar yükselişe geçmiş ve 2010 yılında 173,6 milyar dolar ile bu alanda rekor seviyeye ulaşmıştır (Altan ve Kerman vd., 2013:10-12). Bu dönemde Avrupa Birliği bünyesinde de kamu özel ortaklığı projelerinin hem sektörel hem de ülkeler bazında yaygınlaştığı,

İngiltere pazarının büyük bir pay oluşturduğu, modelin en çok uygulandığı sektörün ulaştırma sektörü olduğu, yılda ortalama gerçekleşen kamu özel ortaklığı proje sayısının 70, ortalama proje maliyetinin ise 189 milyon Euro olduğu ortaya çıkmıştır (Akıllı, 2013:96-97). Bu kapsamda özellikle gelişmiş ülkelerde modele olan ilginin artması ve başarılı ülke örnekleri, bu konuda istekli olan diğer ülkelere öncülük etmiştir. Bu kapsamda da Türkiye'yi, bu alanda modeli başarılı uygulayan ülkeleri örnek almak isteyen geliştirmekte olan bir ülke kabul etmek gerekir.

C- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Temel Özellikleri

Daha önce de belirttiğimiz gibi kamu özel ortaklığı, devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşme ilişkisi kurması esasına dayanan bir yatırım ve hizmet modelidir. Bu sözleşmenin konusunu, kamu hizmeti verilecek tesisin (hastane, okul, hapishane, otoyol gibi) özel şirketler tarafından inşa edilerek devlete kiraya verilmesi, devletin de hem şirketlere kira ödemesi hem de bu tesiste verilecek çekirdek hizmet dışındaki hizmetleri bu şirketlere devretmesi oluşturmaktadır.

Modelin uygulanmasında ihaleyi alan şirket hem binayı yapar hem bu binayı ilgili kamu kuruluşuna kiralar hem de kendine verilen hizmet ve alanları işleterek kâr elde eder. Ancak kamu özel ortaklığı modelinde; risk ve maliyet kamu üzerinde kalır, özel şirketlere kiralar yoluyla yatırım finansmanı ve hizmet devriyle gelir garantisi verilir (Erbaş, Yavuz ve İlhan, 2012:8-9).

Genel olarak kamu özel ortaklığı modeli, kamu sektörünün tesis ve hizmetlerinin finansmanını, tasarımını, uygulamalarını ve işletmesini amaçlamaktadır. Hizmetlerin uzun dönemde sağlanması, özel sektöre riskin transfer edilmesi ve tüzel kişiler ile kamu yetkilileri arasında oluşturulan uzun dönemli farklı biçimlerde sözleşmelerin kullanılması kamu özel ortaklığının kendine has özellikleri arasında yer almaktadır. Kamu özel ortaklığı ile özel sektör sermaye, yetenek ve proje gerçekleştirme olanaklarını üstlenirken; buna karşılık kamu sektörü de bu hizmetlerin ekonomik gelişme ve hayat kalitesi kapsamında sunumunun gerçekleştirilmesi sorumluluğunu almaktadır (Altan ve Kerman vd., 2013:10-12).

Bu şekilde kamu ve özel sektör arasında kurulan işbirliklerinde; uzun vade, özel sektörün rolü ve bir risk dağıtım mekanizması olarak sözleşmenin esasları önemlidir. Devlet ile özel sektör arasındaki bu tür işbirliklerine

giderek artan ilgi; öngörülen verimlilik kazançları, bütçeye yönelik sınırlı etki ve özel sektörlerin sahip olabileceği teknik bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır (Talus, 2009:347-348). Modelin yaygınlaşmasında teknik yönü de oldukça etkili olmaktadır. Uygulamadaki ayrıntıların getirdiği avantajlar modele olan ilgiyi artırmaktadır.

Kamu hizmetinin klasik anlamda devletçe temini sırasında ödeme baştan yapılırken, kamu özel ortaklığı modelinde ödeme söz konusu altyapının özel sektör tarafından gerçekleştirilerek hizmete alınmasından itibaren yapılmaya başlanmaktadır. Genelde bu modelde miktarı ve kalitesi önceden belirlenmiş kamu hizmeti, özel sektör tarafından finanse edilen ve işletilen, salt bu amaçla kurulmuş bir şirket aracılığıyla verilmektedir.

Kamu hizmetlerinin bu model ile teminindeki en önemli gerekçe olarak yüksek nitelikli kamu hizmetinin etkin ve ucuz şekilde temini ile kamu finansmanı açısından yeni bir imkân oluşturması sayılabilir. Burada devlet, kamu hizmetinin belirlenen miktar ve nitelikte sunulmaya başlanmasından sonra ödeme yapmaktadır. Ayrıca özel sektör tarafından karlılık anlayışı ile yapılan hizmet sunumunun makroekonomik açıdan etkin bir şekilde yapılmasını da sağlamaktadır. Böylece kamu, özellikle altyapı tesislerinin kamu tarafından yapımında ortaya çıkan yüksek yapım maliyetlerini bu modelle önleyebilmektedir.

Kamu özel ortaklığı modeli uygulamaları için tüm bu gerekçelerin yanı sıra, çoğu zaman da en önemli gerekçe olarak, kamu finansman olanaklarının yetersizliği nedeniyle toplum tarafından talep edilen hizmetlerin klasik tedarik yolları ile sağlanamaması gösterilebilir. Bu model ile sunulan kamu hizmetlerinin kalite ve miktar açısından hızlı bir şekilde iyileştirilmesi mümkün olabilmektedir. Bu nedenle kamu, modelin uygulamasıyla ilgili ayrıntıları belirlemeden önce, bu modelin uygulanabileceği projeleri belirleyerek öncelik sırası vermeli, projelerin hangi koşullar altında özel sektör için cazip olabileceğini belirlemelidir. Ayrıca model için siyasal ve makroekonomik uygun bir ortamın sağlanması ve özel sektörün bu modele yönelmesini sağlayacak yasal altyapının öncelikle oluşturulması gerekmektedir. Burada özellikle imtiyaz devir işlemleri için yasal dayanakların sağlanması, vergi alanındaki engellerin kaldırılarak özel sektörü teşvik edici bir ortam yaratılması, devletçe yapılacak denetlemelerin somut ölçütlere bağlanması gerekmektedir (Tekin, 2000:1-3).

Genel olarak modelin uygulandığı ülkelerde bu şekilde yapılacak olan yatırımlarla ülke ekonomisinde; etkinlik, verimlilik, düşük maliyet ve risk paylaşımı gibi yararlar sağlandığı görülmüştür. Söz konusu ortaklığa, siyasi irade tarafından desteklenme garantisi ve diğer mali teşvikler gibi imtiyazlar sağlanmakta ve özel finans girişimleri kullanılmaktadır. Ayrıca tasfiye/özelleştirme ve serbest giriş (idare tarafından sözleşme yapılmadan projeye ortak katılım) gibi kamu garantisi içermeyen türler de yer almaktadır (Kerman vd., 2012:3-5).

Uygulamada kamu özel ortaklığı kapsamında yapılan düzenlemeler; ortaya çıkış şekillerine göre politika ya da proje tabanlı ortaklıklar şeklinde tasnif edilirken; diğer taraftan da kamu ve özel sektör paydaşları arasındaki kurumsallaşmış bir kategori ve sözleşmeleri içeren kategori olmak üzere iki şekilde incelenebilir. Bu modellerde; sorumlulukların ve risklerin kamu ve özel paydaşlar arasında farklı şekillerde paylaştırıldığı görülmektedir. Politika tabanlı tür, ortak girişim aracılığıyla özel yatırım ve işletim için genel kuralların oluşturulduğu, tanımlanabilir sonu olmayan bir yapı olarak; proje tabanlı tür ise özel bir taraf veya duruma odaklı, sonlanma tarihi belli, daha resmi bir ortaklık (Altan ve Kerman vd., 2013:10-12) olarak kabul edilir. Dünya genelinde uygulamalara baktığımızda kamu özel ortaklığı modelinde farklı düzenlemeler olabilmektedir. Tüm uygulamalar esasında iki temel ayrıma dayanır. Bunlar; özel sektör iştirakçisi ile kamu sektörü aktörü arasındaki ortaklığın bütünüyle sözleşmeye dayalı olduğu sözleşme modeli ve ortaklığın yalnızca sözleşme çerçevesinde düzenlemelere dayalı olmayıp, ayrıca bağımsız bir teşebbüs aracılığıyla yürütüldüğü kurumsal model (Talus, 2009:347-348) olarak belirtilebilir. Bu genel ayrım yanında ayrıca kamu özel ortaklıklarının uygulamada değişik türlerde gerçekleştiği de bilinmektedir.

D- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Diğer Uygulamalarla Karşılaştırılması

Çalışmamızda genel olarak ortaya konulduğu gibi kamu özel ortaklığı modelinin bu kadar yaygınlaşmasında, uygulamayı kamu için çekici kılan sebepler etkili olmaktadır. Bunlar; hizmetlerin geliştirilmesi için özel sektör finansmanının kullanılabilmesi, daha net hedefler belirlenmesi, yeni fikirler, esneklik, daha iyi planlama, ihalelerin daha rekabetçi yapılabilmesi ve kamu projeleri için daha yüksek harcama getirisine ulaşılması olarak

sayılabilir. Gelişmekte olan ülkeler açısından bu beklentilerin yanına Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kurumların hükümetlere liberalleşme ve özelleştirme prensiplerinin uygulanmasına yönelik yaptığı baskı da eklenebilir. Bu tip kurumların yaptığı finansal yardımlar genellikle devletin bazı sektörlerdeki doğrudan katılımı ve müdahalesinin, işbirliği ve kolaylaştırma şekline dönüştürülmesiyle ilişkilendirilmiştir. Bu çerçevede birçok gelişmekte olan ülke altyapı, üretim ve hizmet dâhil olmak üzere çeşitli sektörlerde kamu özel ortaklığı modeli uygulamaları başlatmıştır (Göngör, 2012:37). Bu süreçte uygulamada farklı modeller de görülmektedir. Kamu özel ortaklığını daha iyi anlayabilmek için modelin bu uygulamalar karşısındaki konumunu şu şekilde belirtebiliriz:

-Sağlık hizmeti tesislerinin devlet bütçesi kapsamında sunulması: Bu tür yapılanmalarda, sağlık hizmeti sunan tesisler organik olarak merkezi yönetim içerisinde yer almıştır. Bu şekilde devlet etkinliklerinin daha kapsamlı olarak görülebilmesi, daha sıkı mali kontroller, daha iyi nakit yönetimi ve daha düşük mali kontrol riski öngörülmektedir. Ancak nakit kısıtlaması uygulamalarının mümkün olması, fonların gelecek yıla aktarımının mümkün olmaması, sunum modelini değiştirecek yönetim esnekliği, daha az ve personele teşvik ödemesi yapmanın daha zor olması gibi olumsuzluklar da dikkate alınmalıdır.

-Kamu işletmeleri modeli: Bu şekilde özellikle sağlık tesislerinin özel kuruluş mantığı ile idare edildiği ancak tamamen kamu otoritesi elinde yönetildiği bir yapılanma söz konusudur. Özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen kurumsal reformlar, kamu hastanelerini çekirdek kamu bürokrasisinden arındırarak kendi performanslarından sorumlu kuruluşlar haline dönüştürür.

-Bütçe dışı döner sermayeler ile hizmet sunumu: Bu sistemde kamu tesislerinin kısmen merkezi bütçeden ayrılmış olduğu bir yapılanma göze çarpmaktadır. Bu tür yapılanmayla harcanmayan fonların gelecek yıla taşınabilmesi, fonun amacı doğrultusunda harcanmasına odaklanılması, gelir akışlarının tahsis edilmesi, fonun değişen yıllık bütçe önceliklerinden kaynaklanan uygulamalardan uzak tutulması, insan kaynakları yönetimi esnekliğinde artış gibi imkânlar sağlanabilmektedir.

-Kamu özel ortaklığının kurulması veya tam özelleştirmenin yapılması: Genelde bu model, ülkelerde korunmaya ihtiyaç duyulan kesimlerin var

olmasından ortaya çıkmaktadır. Bu seçeneğin tek başına bir strateji olma olasılığı azdır. Pek çok ülkede kamu işletmesi ve özelleştirme seçeneği eşanlı uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin beraberce karma ve rekabetçi bir şekilde sağlanması desteklemektedir. Özellikle kamu özel ortaklık modellerine yeni tesislere yönelik yatırım finansmanının sınırlı olduğu yerlerde başvurulmaktadır (İlkar, 2009:60-61).

Ayrıca burada bir parantez açarsak kamu özel ortaklığı modelinin eskiden beri uygulanmakta olan kamu hizmeti imtiyazı yöntemine benzetmekle birlikte bu iki yöntemin birbirinden farklı olduğunu da unutmamak gerekir. Bu iki yöntem, tabii oldukları hukuk rejimi, risk paylaşımı, mali düzenlemeler ve örgütlenme biçimi ile ilgili bazı özellikler açısından farklılıklar göstermektedir (Kerman vd., 2012:3-5).

Yukarıda sayılan dört yöntem karşılaştırıldığında, aslında kamu finansmanı özel sektör finansmanına göre daha az maliyetli görünmesine rağmen; projelendirme, yapım ve işletim aşamasında özel sektörün getirdiği sinerji nedeniyle hizmetin daha kaliteli ve etkin verilebildiği kabul edilmektedir. Kamu özel ortaklığı modelinde genel olarak hizmetin devreye girmesinden sonra özel sektöre ödeme yapıldığından yapım işleri son derece süratli ve etkin tamamlanmaktadır. Hizmet karşılığı ödemeler de ancak hizmetin belirlenen kalite ve miktarda alındığında yapıldığından, hizmet düzeyinin düşmesi önlenmektedir. Nitekim İngiltere’de yapılan bir araştırmada bu model ile gerçekleştirilen uygulamaların klasik temin yöntemlerine göre %17 oranında bir tasarruf sağladığı belirlenmiştir. Yine İngiltere’de yapılan bir diğer araştırmaya göre modeli uygulayan devlet dairelerinin %80’i sağlanan hizmetin fiyat - kalite ilişkisi açısından çok iyi, iyi veya tatmin edici olduğunu, kalan %15’i bu model ile sağlanan avantajın büyük olmadığını, kalan %5’i ise konuyla ilgili kötü deneyimleri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca model ile yapılan uygulamalarda, özel sektör sayesinde hizmet teminindeki risklerin daha duyarlı şekilde analiz edildiği görülmektedir (Tekin, 2000:1-3). Bu gibi sonuçlar, Türkiye gibi birçok ülkenin modeli örnek almasını sağlamıştır.

III- KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI VE TÜRKİYE UYGULAMASI

Kamu özel ortaklığı modelinin ülkemizde yaygınlaşması, Avrupa Birliği etkisi ile olmuştur. Birliğin, üye ülkelerin altyapı hizmetlerinin bu model ile sağlanması konusundaki somut düzenlemeleri ve bu konuda ayırdığı

fonlar, özellikle 2003 yılı içerisinde özel sektörün de bu konudaki girişimleri, devletçe bu konuda somut adımların atılmasını gerektirmiştir.

Bu konuda atılması gereken en öncelikli adım; başta İngiltere ve AB düzenlemeleri olmak üzere, diğer ülkelerdeki deneyimler dikkate alınmak suretiyle, ülkemizde konuya özgün yasal bir çerçevenin oluşturulması (Tekin, 2000:1-3) olmuştur. Bu süreçte model; bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanmıştır. Yani kamu özel ortaklığı, kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde kamu ve özel sektör örgütlerini bir araya getiren; eşitlik ve birlikte yönetme ilkelerine dayanan; yeni kamu yönetimi anlayışını benimseyen; mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçların tüm aktörlerce paylaşıldığı bir yöntem (Altan-Kerman vd., 2013:10-12) olarak kabul edilmiştir.

Bu doğrultuda model ülkemizde ilk olarak Sağlık Bakanlığı eliyle uygulanmaya başlanmıştır. Sonrasında Milli Eğitim Bakanlığı ve Yurt-Kur mevzuatına da eklenmiştir. Kalkınma Bakanlığının orta vadeli planlarında son iki yıldır bu yöntemin tüm kamuya yaygınlaştırılması benimsenmiş ve bu bakanlık bünyesinde Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı kurulmuştur (Güngör, 2012:4). Şimdi bu sürece daha ayrıntılı bakalım.

A- Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı ve Hukuksal Çerçevesi:

Daha önce de belirttiğimiz gibi küreselleşme ve hızla yayılan piyasa ekonomisine paralel olarak, ülkeler ekonomilerini serbestleştirmekte ve mevcut kamu kuruluşlarını özelleştirmektedir. Bu serbestleştirme ve özelleştirme uygulamalarından evrensel hizmetlerin sunulduğu doğal tekeller de etkilenmektedir. Ancak doğal tekellerin serbestleştirilmesi halinde sınırlı bir rekabet mümkün olmaktadır. Dolayısıyla bu piyasalarda özelleştirme yapılması halinde ekonomik etkinlik artışı da ya çok sınırlı olmakta veya hiç olmamaktadır. Etkinlik artışı olmaması halinde mülkiyetin kamu veya özel sektör elinde olması, toplumsal refah açısından fark etmediğinden; tekellerin mülkiyetinin özel sektöre devredilmesi tartışılmaya başlanmıştır (Solak, 2012:178). Bu nedenle özelleştirmeden farklı yeni modeller gündeme gelmiştir.

Esasında ülkemizde özelleştirme ilkesi belirli durumlarda ve gerekli

şartlar oluştuğunda kamunun bazı mal ve hizmetlerini tamamen özel sektör firmalarına bırakabileceği ve kamunun bazı mal ve hizmet (adalet ve ülkenin güvenliğini sağlamak gibi tam kamusal hizmetler hariç) sunumunu özel sektör firmalarına yaptırabileceği şeklinde kabul görmektedir. Bu bağlamda, ülkemizde temel ancak bölünebilir kamu malları olarak özellikle sağlık ve eğitim alanında hizmet sunumunda özel sektör artan şekilde yer almaktadır (Parlak, 2010:85-86). Dış politika, dış güvenlik ve adalet hizmetlerinin dünyanın tüm devletlerinde doğrudan kamu yararına yönelik olarak kamu kuruluşlarınca, kamu personeline, kamu kaynakları kullanılarak sürekli, düzenli ve eşitlik ilkelerine göre sunulmakta ve hizmette yapılan hataların telafisinin çok güç olması nedeniyle bu hizmetlerin özel sektöre bırakılamayacağı; iç güvenlik, sağlık ve eğitim kamu hizmetlerinde ise sınırlı olarak özel sektöre izin verilebileceği (Akıllı, 2013:92-93) kabul edilmektedir. Ülkemizdeki genel eğilim de bu doğrultudadır.

Diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de kamu hizmetlerinin sunumuna özel sektörün katılımı çeşitli şekillerde gerçekleşmiş, bu bağlamda; imtiyaz, iltizam, yap-işlet-devret, yap-işlet, işletme hakkı devri gibi yöntemler günümüze kadar uygulanmıştır. Türkiye, bazı kamu-özel ortaklığı modellerini ilk uygulayan ülkelerden biri olmasına rağmen, modelin uygulandığı yaklaşık 25 yıllık dönem incelendiğinde, özel sektör katılımının istenen seviyelere ulaşamadığı, hayata geçirilen projelerin ise başta risk paylaşımı olmak üzere çeşitli nedenlerle genelde sorunlar yaşandığı görülmektedir. Nitekim enerji ve havayolu ulaşımı sektörlerinde gerçekleştirilen uygulamalar haricinde, kamu-özel ortaklığı projelerinin yaygın bir şekilde uygulandığı ve başarılı olduğu başka bir sektör bulunmamaktadır.

Pozitif düzenlemeye bakıldığında kamu hizmetine ilişkin imtiyazların bugün de geçerliliğini koruyan 10 Haziran 1910 tarihli Menafi-i Umumiyye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanun ile düzenlendiği görülmektedir. Osmanlı Döneminde yaygın olarak kullanılan imtiyaz yöntemine Cumhuriyet döneminde bir kaç örnek dışında başvurulmamış ve kamu hizmetleri daha çok devlet eliyle gerçekleştirilmiştir. Ancak zamanla kamu hizmetlerine duyulan ihtiyaçla birlikte kamu hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak gösterdiği artış, devlet tarafından yatırımlara ayrılan kaynakların yetersiz kalmasına sebep olmuş, bu kaynakların etkin bir

şekilde kullanılmasında görülen eksiklikler ile klasik yönetim anlayışıyla kamu hizmetlerinin istenen kalite ve düzeyde gerçekleştirilememesi nedeniyle alternatif modellerin uygulanması gündeme gelmiştir. Bu çerçevede, 1980'li yıllardan itibaren çeşitli yasal düzenlemelerle, kamu hizmetlerinin özel sektörde fakat imtiyazdan farklı gerçekleştirilmesine çalışılmış ancak bu yasal düzenlemeler, anayasaya aykırılık gerekçesi ile iptal edilmiştir (Uz, 2007:1175-1176).

Türkiye'de kamu özel ortaklığı yöntemi ile ilgili olarak yasal düzlemde atılan ilk adım, 1982 Anayasası'nda değişiklik yapan 1999 tarih ve 4446 sayılı Kanun ile gerçekleşmiştir. Anayasanın 47. maddesine eklenen iki fıkra ile bir yandan kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usullerin kanunla gösterilmesi, diğer yandan da kamu tüzel kişilerin yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılabilirliği veya devredilebileceğinin kanunla belirlenmesi öngörülmüştür. Aynı değişiklik kapsamında Anayasanın 125. maddesinin birinci fıkrasına eklenen hükümlerle, kamu hizmeti imtiyazı şartlaşma ve sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıkların milli ve milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesinin öngörülebileceği belirlenmiş, bu hükümlerle kamu hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanında esneklik sağlanmıştır. Bu durum kamu hizmetlerinin sunumunda yeni modellerin önünün açılması sonucunu doğurmuştur (Kerman vd., 2012:11).

Sağlık sektöründe ise 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, hizmetlerin niteliği ve örgütlenmesi çerçevesinde kamu özel sektör ortaklığı ile ilgili ilk ciddi adım görülmektedir. Ardından 1988 yılında Numune Hastanesi ile başlayan sağlık sektöründe dış kaynak kullanım uygulamaları, 1999 Anayasa değişikliği ile daha da yaygınlaşmıştır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kapsamında kamu özel ortaklığı yöntemlerinden yap işlet devret modeli 2005 yılındaki değişiklikle beraber sağlık sistemi içine girmiş ve uygulanmaya başlamıştır. 2006 yılından sonra sağlıkta dönüşüm çerçevesinde gerçekleştirilen sağlıkta reform düzenlemeleriyle birlikte klinik hizmetlerinin de hizmet ihaleleri ile dışarıdan temin edilmesi uygulamaya konulmaya başlanmıştır. Bu dönemde özellikle sağlık sektöründe uygulanmak istenen kamu özel ortaklığı modeli ile kira bedeli karşılığında sağlık tesisi yapımının başlaması, sağlık tesislerinin ve ek binalarının bakımı, onarımı ve tamiri

işlerinin yapılması, tıbbi destek hizmetlerinin sağlanması, tıbbi hizmetler dışında da hizmet sunumlarının gerçekleştirilmesi (temizlik, güvenlik, yemekhane gibi), sağlık tesislerindeki tüm tıbbi gereçlerin hazır edilmesi (Acartürk-Keskin, 2012:46-47) gibi hizmetlerin sunulması öngörülmüştür. Bu süreçte 2007 yılında Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında ana hizmet birimleri içerisinde sayılan Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın kurulması da bu yöntemle ilgili özel birimlere örnek olmuştur (Altan-Kerman vd., 2013:10-12).

Ülkemizde kamu özel ortaklığı modeli ile ilgili en ciddi düzenleme 2013 yılında 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılmıştır. Kanun söz konusu modelle yapılacak olan sağlık tesisleri; Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacaktır. Bu amaçla Maliye Bakanlığınca Hazineye ait taşınmazlar üzerinde gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri lehine bedelsiz olarak üst hakkı tesis edilecek ve bu şekilde taşınmazlar devredilecektir. Projeyi yürütecek olan şirket belirlenen bir dönem yapım aşaması, bir dönem işletme aşaması olmak üzere hizmetin, ürünün veya yapım işlerinin sunulmasını temin eder. Devlet ise şirkete bunun karşılığında uzun dönemlere yayılan bir ödeme planıyla kira öder. Bu proje kapsamında hizmetin devletçe sunulduğu kabul edilir ancak işletmeyi özel sektör gerçekleştirir (Uygun, 2013:11-14). Ülkemizde son dönemde yürütülen projeler bu esaslara göre devam etmektedir.

B- Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Yapısı

Genel olarak kamu özel ortaklığı modellerinin yapısı altı aşamada incelenebilmektedir. Bu aşamalar sırasıyla; proje kapsamının belirlenmesi, stratejinin oluşturulması, seçim süreci, müzakereler, sözleşme yapılması, hizmet sunumunun başlaması olacaktır. Şimdi bu sürece daha ayrıntılı bakalım.

-Proje Kapsamının Belirlenmesi: Proje konusunun belirlenmesi amacıyla projeye neden olan ihtiyaçlar tespit edilir. İhtiyaçların giderilmesine yönelik seçenekler belirlenir. Projenin hangi ihtiyaçtan doğduğu ve

gerçekleşmesi durumunda ne gibi faydaların sağlanacağına tespiti bu aşamada söz konusudur.

-Stratejinin Oluşturulması: Bu aşamada ihale stratejisinin belirlenmesi amaç edinilmiştir. Bu amaçla ihale grubu oluşturulur. İhale grubu çıktı şartnamesini düzenler. Bu aşamada risklerin de belirlenmesi önemlidir. Bundan sonraki aşamalarda belirlenen stratejiye bağlı kalınır. Belirlenen strateji ne kadar güçlü olursa projede başarı o derece büyük olacaktır.

-Seçim Süreci: Bu aşamada, proje ile ilgilenen firmaların teklifleri gündeme gelir. Firmalar kendi şartlarına uygun teklifi verirler. Teklif veren firmaların ön koşulları sağlayıp sağlamadıkları önem arz etmektedir. Ön elemeyi geçen firmalar tespit edilir.

-Müzakereler: Bu aşamada, proje kapsamında söz konusu hizmet için ön elemeyi geçen firmalarla müzakereler yapılır. Müzakerelerde, sözleşme şartları çerçevesinde değerlendirmeler yapılır. İhaleyi kazanan firmayla anlaşma yoluna gidilir.

-Sözleşme Yapılması: Taraflar ihale sürecine girerler. İhale sürecinin sonunda sözleşmenin yapılması gerekmektedir. Dolayısıyla tarafların da yapılan bu sözleşmeye bağlı kalmaları öncelikli koşuldur. İhaleyi kazanan firma ile yapılacak sözleşmede önemli risklerin transferine, paranın değerlendirilmesine ve ödenebilirlik ölçütlerine dikkat edilmelidir.

-Hizmet Sunumunun Başlaması: Son aşamada model konusu olan hizmet yerine getirilir. Dolayısıyla bu aşamada hizmet piyasaya sunulur (Altan-Kerman vd., 2013:10-12).

Teorik olarak bu şekilde aşamalardan geçilerek oluşturulan kamu özel ortaklıkları, ülkemizdeki uygulamada Sağlık Bakanlığında kurulan daire başkanlığı ile somutlaşmıştır. Bu başkanlık; kurumsal mekanizma içerisinde ilk aşamada, Sağlık Bakanlığının plan, program ve politikaları çerçevesinde belirlediği ve belli ölçütlere dayalı olarak seçimini yaptığı projeleri, ön fizibilite raporları ve arsa/arazi teminine yönelik çözüm önerileri ile birlikte Yüksek Planlama Kurulu'na sunması gerekmektedir. İkinci aşamada Yüksek Planlama Kurulu, Sağlık Bakanlığının proje önerilerini inceledikten sonra karara bağlamaktadır. Eğer bu karar olumlu ise yani proje kabul edilmişse, üçüncü aşamada Sağlık Bakanlığının, Yüksek Planlama Kurulu'nca yapılması onaylanan her bir proje için,

ihale iş ve işlemlerinde kullanılmak üzere; ön proje, fizibilite raporu, temel standartlar dokümanı ile ihale dokümanlarının hazırlanmasını sağlaması gerekmektedir. Dördüncü aşamada ise ihale ilan süreci başlamaktadır. İdare tarafından yaptırılmak istenen yapım veya yenileme işleri ve ön yeterlik ilanı, Resmî Gazete’de, Türkiye çapında yayımlanan yüksek baskılı iki gazetede ve internette, belirlenen ihale tarihinden en az doksan gün önce olmak üzere ve en az birer defa ilan yapılarak duyurulması gerekmektedir. Alınan başvurular doğrultusunda yapılan ön yeterlik değerlendirme süreci ile bir diğer aşama gerçekleştirilir. Ön yeterlik değerlendirmesi sonucunda yeterliği belirlenen adaylara ihale gününden en az altmış gün önce davet mektubu gönderilmektedir. Bakanlık tarafından davetiye gönderilmiş olan gerçek ve/veya tüzel kişiler, yapılacak işle ilgili tekliflerini sunarak değerlendirme süreci başlatılmış olmaktadır. Yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda teklifler içerisinde en az maliyetle en yüksek verimlilik özelliğine sahip teklif kabul edilerek, teklif veren kişi/kişiler ile Bakanlık arasında bir sözleşme imzalanmaktadır (Kerman vd., 2012:13-14). Son dönemde ülkemizde görülen Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşlardaki kamu özel ortaklığı sözleşmeleri bu adımlar izlenerek gerçekleşmiştir.

SONUÇ

Bilindiği gibi genel anlamda kamu özel ortaklığı, bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesini ifade etmektedir. Bu yöntemi klasik yöntemlerden ayıran en önemli özellik, özel sektör ile işbirliğinin sadece inşaat aşamasında değil işletme aşamasında da devam etmesi ve özel sektör inşaat ve işletme sinerjisinin oluşturulmasıdır. Geleneksel anlayışta kamu hizmetlerinin ve bazı malların kamu tarafından üretilmesi anlayışı hakimken, bu faaliyetlere özel sektörün katılımı son yıllarda artan bir hız kazanmaktadır. Özel sektör bu faaliyetlere çeşitli şekillerde katılabilmektedir. Özel sektörün çeşitli başlıklar altında kamunun mal ve hizmet üretimine destek olduğu bu uygulamalar Kamu-Özel Ortaklığı olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde uygulanmakta olan Yap-KÖO, “bir sözleşmeye dayalı olarak, yatırım ve hizmetlerin, projeye yönelik maliyet, risk ve getirilerinin, kamu ve özel sektör arasında paylaşılması yoluyla gerçekleştirilmesini” ifade etmektedir. İşlet-Devret, Yap-İşlet, İşletme Hakkı Devri ve Yap-Kirala gibi modeller kamu özel

ortaklığı uygulamalarının birer örneğidir. Model başlangıçta, ülkelerin altyapı yatırımlarının karşılanması için ihtiyaç duyulan finansmanı sağlamak üzere başvuru olan bir yol olarak görülürken, günümüzde özel sektörün verimli işletmecilik becerilerinden yararlanılacağı, kamunun ise yatırımların koordinasyonu, genel planlama, denetleme ve politika belirleme gibi alanlarda odaklaşmasının sağlanacağı bir model olarak kabul edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012:6-7).

Ülkemizde kamu özel ortaklığı modeli genel olarak; enerji, ulaştırma, tarım, içme suyu, kanalizasyon, sağlık, turizm, genel idare ve madencilik sektörlerinde uygulanmaktadır. Başta sağlık sektörü olmak üzere ilgili alanlarda ortaklık sözleşmelerine Hazine garantisi 3996 ve 4283 sayılı kanunlar verilmiştir (Acartürk-Keskin, 2012:42-44). Modelin en yoğun kullanıldığı sağlık sektöründe en dikkat çeken proje sağlıkta dönüşüm kapsamında sağlık kentleri veya entegre sağlık kampüslerinin kurulacak olmasıdır. Bu süreçte ülkemizde kamu özel ortaklığı yönteminin uygulanmasına yönelik yasal adımlar atılmasıyla; sağlık hizmeti ile ilgili olarak hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından önemli değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı ile İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı'nın ana hizmet birimleri içerisinde yerini alması ile örgütlenmede de değişim yaşanmıştır. Bu değişimler yaşanırken; kamu özel ortaklığı yönteminin, özel sektör finansman kaynaklarının kamu yatırımlarında kullanılmasını; riskin özel sektörle paylaşılmasını; uzmanlığa dayalı bir altyapının oluşturulmasını; sağlık tesisi yapım sürelerinin kısaltılmasını ve buna ilişkin maliyetlerin özel sektöre aktarılmasıyla kamunun yatırım yükünün uzun yıllara yayılmasını; tıbbi hizmetler dışındaki hizmet ve alanların işletilmesinin özel sektöre yaptırılmasını sağlayacağı öngörülmüştür. Bu amaçların gerçekleştirilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından 22 ilde 30 sağlık kampüsü planlanmış ve 17 proje ortaya konulmuştur. Bu projelerin gerçekleştirilmesi ile sağlık sektöründe hastane ve hastane yatağı sayısında ciddi bir gelişme sağlanacak, böylece kamunun sağlık alanındaki maliyetleri azaltılırken etkin ve verimli bir sağlık hizmeti de sunulacaktır (Acartürk-Keskin, 2012:45-46).

Bu şekilde uygulamaya konulmaya çalışılan düzenlemelerde Sağlık Bakanlığının hastane kampüsleri ihalelerini alan şirketlere ve konsorsiyumlara hastanelerin yüzde 70 doluluk oranında çalıştırılacağı garanti edilmektedir (Erbaş vd., 2012:8-9). Bu durum projelere özel

sektörün ilgisini artırmaktadır. Projelerin tamamlanmasıyla ek binalar ve mevcut hastaneler üzerinde yapılan iyileştirme çalışmaları ile yaklaşık 5 bin civarında olan nitelikli yatak sayısı 40 - 50 bin civarına yükselirken, sağlık alanında devrim niteliği taşıyan 5 yıldızlı otel görünümündeki dev sağlık kampüsleriyle bu sayının 120 bine çıkacağı öngörülmektedir. Bu durum sağlıkta sunulan hizmet kalitesinin çok üst düzeye çıkacağı anlamına gelmektedir (Acartürk-Keskin, 2012:48).

Ülkemizde sağlık sektöründe yaygın olarak uygulanan kamu özel ortaklığı modelinin üstün yanları; hasta esaslı hizmet amaçlarına daha fazla odaklanmaya izin vermesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına yönelik kültürel değişimi teşvik etmesi, başa baş operasyon, yönetimin mali disipline odaklanmayı sağlaması, daha yetkin kıdemli yöneticilerin bağımsız olarak işi yürütmesi, sağlık hizmeti sunumu ve fiyatlandırmasına yenilik yapma serbestisi imkânı, özel sektör muhasebe, raporlama ve düzenleme rejimi içerisinde çalışması ve özel sektörle rekabet etme gücünün artması (İlkar, 2009:60-61) gibi hususlardır.

Modelin bu olumlu yönleri yanında tartışılan bazı sorun alanları da bulunmaktadır. Bunlardan ilki Sağlık Bakanlığının sistem içerisindeki rolü ile ilgilidir. Sağlık Bakanlığının hem politika belirleyici, hem sunucu, hem finansör, hem düzenleyici ve hem de denetleyici olması bir sorun teşkil etmektedir. İkincisi, modelin öngördüğü sözleşmelerin karmaşık olması nedeniyle bu uygulama kapsamında oluşturulacak sözleşmelerin tasarımının ve yönetiminin profesyonellerce yapılması gerekliliğidir. Sözleşme tasarımında yapılan, risklerin yanlış dağılımı, yetersiz veya eksik yaptırımlar gibi esaslı hatalar, uzun vadeli bu modelde ciddi sorunlara yol açabilecektir. Üçüncüsü, sözleşme sonrasında yapılan tesislerin kamuya devrinin mi yapılacağı yoksa işletmeye devam mı edileceği hususudur. Kamu özel ortaklığı doğrultusunda oluşturulan sözleşmelerin süresi bittiğinde yapılan tesislerin işletilmesinin kamuya devredilmesi ya da kamunun aynı tesisleri farklı yöntemlerle tekrar özel kişilere devretmesi durumu bir soru işareti oluşturmaktadır. Dördüncüsü, daha önce devletçe yapılan işlerin özel sektöre devri, devlette bu hizmeti veren kapasitenin kaybolmasına neden olabilecektir (Kerman vd., 2012:113-14). Ayrıca bu projeler kapsamında belli alanların ticari alan olarak kabul edilip şirketler tarafından ticari mantıkla işletilecek olması (Uygun, 2013:11-14) endişelere yol açmaktadır.

Bunların yanında modelin uygulanma sürecinde daha az şeffaflık, performans ve hesap verebilirlik bilincinin daha az olması, daha yüksek maaşlar, yeterli niteliklere sahip olmayanların keyfi olarak istihdamına neden olabilmesi, yönetim kurulu gözetim denetim sorumluluğunu tam olarak yerine getirememesi ve nihayetinde devletin üstlenmesi gereken yükümlülüklerin ortaya çıkabilmesi ile kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine dair kamuoyunda yanlış algılamalar oluşabilmesi gibi olumsuz (İlkar, 2009:60-61) hususlar da söz konusudur. Ayrıca kamu hizmet ve yatırım alanlarının piyasalaştırılmasının, kamudaki örgütlü işgücünün yerini örgütsüz ve daha ucuz emek gücünün alması anlamına geldiği, kamu özel ortaklık uygulamaları ile bir yandan kamu görevlilerinin istihdam güvencesinin ortadan kalkacağı bir yandan da kâr oranlarını artırmak isteyen şirketlerin istihdamda daralmaya gidecekleri ve görevlilerinin kamu çalışanı olma vasıflarını kaybedebileceği (Güzelsarı, 2009:75) eleştirileri de değerlendirilmelidir.

Tüm bu sorunlar; mevzuattaki boşlukların giderilmesi, Sağlık Bakanlığının sistem içerisindeki rolünün netleştirilmesi, süreci takip edebilecek kalifiye eleman sayısının arttırılması, sözleşme sürelerinin bitimiyle ortaya çıkabilecek belirsizliklerin giderilmesi ve kamuoyuna yönelik farkındalık çalışmalarının yaygınlaştırılması ile (Acartürk-Keskin, 2012:45) kısmen giderilebilir. Şüphesiz bu modelin planlandığı şekliyle uygulanmasıyla topluma, sağlık hizmetleri daha hızlı ve daha kaliteli bir şekilde verilecektir. Kamunun üzerindeki önemli yükler ve sorumluluklar, bu yolla hafifletilecektir. Kamu hizmetleri daha hızlı ve etkili bir şekilde halka ulaşmaya başlayacaktır. Aynı zamanda kamu hizmetlerinin finansman kısmında da gözle görülebilecek avantajların yakalanması söz konusu olacaktır. Ancak tüm bu olumlu özellikler model kapsamında hazırlanacak detaylı sözleşmelerle mümkün olabilecektir. Modeldeki sözleşmeler net ve anlaşılır olmalı, her konuyu kapsamalıdır. Bu konudaki ihmallerin ve hataların önüne geçilebilmesi için de denetimlerin arttırılması gerekmektedir (Acartürk-Keskin, 2012:48-49). Bu yönüyle model yeni kamu yönetimi anlayışının devlete biçtiği role de oldukça uygundur. Bu şekilde özel sektörün dinamizminden yüksek oranda yararlanırken, gerekli tüm sektörlerde devlet bizzat iş yapan değil, düzenleyen ve denetleyen olmak zorundadır. Bu sağlandığında etkin devlet öngörüsü gerçekleşecek ve sosyal devlet harcamaları da daha rahat yapılabilecektir.

Kaynakça

- Acartürk, Ertuğrul ve Sabiha Keskin (2012), “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, *Süleyman Demirel Ün. İİBF Dergisi*, C.17, S.3.
- Akıllı, Hüsnüye (2013), “Kamu Hizmeti İmtiyazından Yapı İşlet Devret Yöntemine: Yasal Serüven”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:89.
- Altan, Y., U. Kerman vd. (2013), “Yerel Yönetimlerde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması: Büyükkabaca Belediyesi Örneği”, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, C:5, S:3.
- Bozkurt, Ömer; Ergun, Turgay ve Seriy Sezen (1998), *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, Ankara:TODAİE Yay., 1998.
- Breton, Michael and Michael Temple (1999), “The New Public Service Ethos: An Ethical Environment for Governance”, *Public Administration*, V.77, I.3, 1999.
- Denhardt, Robert B. and Janet V. Denhardt (2001), “The New Public Service: Putting Democracy First”, *National Civil Review*, V.90, I.4.
- Erbaş, Özgür; Yavuz, C. Işık, Bayazıt İlhan (2012), Soru ve Yanıtlarıyla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı, Türk Tabipler Birliği, Ankara.
- Genç, Neval (2010), “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, *Türk İdare Dergisi*, S.466.
- Göküş, Mehmet (2010), “Küreselleşme Sürecinin Kamu Hizmetine Yansımaları”, *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Cilt 14, Sayı 20.
- Güngör, Harun (2012), Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Değerlendirmeler, Uzmanlık Tezi, Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Güzelsarı, Selime (2009), “Kamu-Özel Ortaklıkları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme”, B. Övgün (Ed.) Kamu Yönetimi: Yapı-İşleyiş-Reform, (KAYAUM Yayınları), Ankara.
- Haque, M. Shamsul (2001), “The Diminishing Publicness of Public Service Under the Current Mode of Governance”, *Public Administration Review*, Vol. 61, Issue 1.
- Hughes, Owen (1998), *Public Management & Administration*, (ST. Martin’s Press), USA.
- İlkar, Ekrem (2009), “Sağlıkta Yeniden Yapılandırma Çalışmaları Çerçevesinde Hastane Birlikleri”, *Bütçe Dünyası*, C.3, S.31, Kış 2009.
- James, Thompson (2000), “Quasi Markets and Strategic Change in Public Organization”, Jeffrey L. Brudney (Ed.), *Advancing Public Management, New Developments in Theory, Methods and Practice*, (USA:Georgetown University Press).
- Kalkınma Bakanlığı (2012), *Dünyada ve Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler, Yatırım Programlama İzleme ve Değerlendirme Genel Müdürlüğü*, Ankara.
- Karasu, Koray (2009), “Kamu-Özel Ortaklığı: Sözleşme Sisteminin Genelleşmesi,” B. Övgün (Ed.) Kamu Yönetimi: Yapı-İşleyiş-Reform, (KAYAUM Yayınları), Ankara.
- Karasu, Koray (2009b), “Yeni Kamusal Örgütler: Kamu Yararı Şirketleri”, *AÜ SBF Dergisi*, C.64, S.3.
- Kemp, David (1998), “Public Administration in the New Democratic State”, *Australian Journal of Public Administration*, V.57, S.2.

- Kerman, Uysal; Altan Y., M. Aktel ve E. Eke (2012), “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demirel Ün. İİBF Dergisi*, C.17, S.3.
- Lane, Jan-Erik (2000), *New Public Management*, Routledge, London, England.
- Martin, Denis Saint (1988), “The New Managerialism and the Policy Influence of Consultants in Government: Governance”, *An International Journal of Policy and Administration*, Vol.2, Issue 3.
- Ökmen, Mustafa ve Fatih Demir (2010), “Kamu Hizmetinin Felsefi Temelleri ve Yeni Kamu Yönetiminde Geçirdiği Dönüşüm”, *Süleyman Demirel Ün. İİBF Dergisi*, C.15, S.3.
- Ömürganülşen, Uğur (1997), “The New Public Management”, *AÜSBF Dergisi*, C.52, Ocak-Aralık, No:1-4.
- Parlak, Müslüm (2010), “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Kamu Hizmeti Alımları”, *Dış Denetim*, Ekim Aralık.
- Romzek, S. Barbara and Jocelyn M. Johnston (2001), “Reforming State Social Services Through Contracting: Linking Implementation and Organizational Culture”, Jeffrey L. Brudney (Ed.), *Advancing Public Management, New Developments in Theory, Methods-Practice*, USA.
- Saran, Ulvi (2001), “Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri”, *Türk İdare Dergisi*, Y.73, S.433.
- Solak, Ali Osman (2012), “Evrensel Hizmetlerin Sunulduğu Piyasalarda Serbestleştirme ve Özelleştirme: Ekonomik Etkinlik Açısından Bir Değerlendirme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.2, Sayı:16.
- Talus, Kim (2009), “Enerjide Kamu Özel Ortaklığı”, (Çev. G. Cantürk), *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, S.84.
- Tan, Turgut (1988), “İdarede Yeni Ussallık Arayışları ve Hukuk”, *Kamu Yönetimi Disiplin Sempozyumu Bildirileri*, 2. C., TODAİE, Ankara.
- Tekin, Ali Güner (2000), “Özelleştirmede Yeni Yaklaşım: Özel Sektör Kamu İşbirlikleri (Public Private Partnerships veya PPP Modelleri)”, *Ekonomistler Bülteni*.
- Uygun, Beyza (2013), “Yeni Bir İlişki Türü: Kamu Özel Ortaklığı”, *Hukuk Gündemi*, S.2.
- Uz, Abdullah (2007), “Kamu Özel Ortaklığı: Kavram ve Hukuksal Çerçeve”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* C. XI, Sa.1-2.
- Vakur, Versan (1990), “Kamu Yönetimi”, *Der Yay.*, 10. Basım, İstanbul.
- Waldo, Dwight (1984), *The Administrative State*, Second Edition, Holmes & Meier Publishers Inc., Newyork, USA.

Historical Transformation of the Administration of Social Policy Trainings Implemented by Centre for Labour and Social Security Training and Research¹

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Tarafından Yürütülen Sosyal Politika Eğitimlerinin Yönetimindeki Tarihsel Dönüşüm

Erdem CAM*

ABSTRACT

Social policy trainings which are implemented for adults are organized by Ministry of Labours in many countries. The responsible organization for this purpose is Centre for Labour and Social Security Training and Research in Turkey. In this study, the training and research activities of the Centre are discussed in the context of labour administration. Through the analysis on the institution, it is identified that legislative changes and reformation on the structure of the Centre should be conducted in order to achieve the objectives and tasks effectively that are mentioned in the institutional act of the Centre and social policy perspective. For this purpose, fundamental principles of a new model are advised for Turkey.

Keywords: Adult training, social policy training, occupational health and safety training, labour administration.

ÖZ

Yetişkinlere yönelik sürdürülen sosyal politika eğitimleri birçok ülkede Çalışma Bakanlıkları bünyesinde örgütlenir. Türkiye’de de bu görev Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın bağlı kuruluşu olan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi tarafından yürütülür. Bu çalışmada Merkez’in yürüttüğü sosyal politika eğitimlerinin yönetimi incelenmiş, eğitim faaliyetlerinin nasıl iyileştirileceği tartışılmıştır. Bu faaliyetler çalışma yönetimi kapsamında sistem analizi tekniğiyle ele alınmıştır. Kurum incelenirken, kuruluş yasasında belirtilen amaç ve görevlerin daha etkili bir biçimde, sosyal politika perspektifine uygun olarak yerine getirilmesi için yeni bir mevzuatın ve örgütlenmenin gerekli olduğu tezi savunulmuş; yeni bir modele ilişkin temel ilkeler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Yetişkin eğitimi, sosyal politika eğitimi, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi, çalışma yönetimi

* *Assoc. Prof. Dr., Centre for Labour and Social Security Training and Research
erdem.cam@csgb.gov.tr*

1 This article is the revised version of the paper which was published in Turkish in the “İş,Güç” Industrial Relations and Human Resources Journal” April 2013, Vol.: 15, Num.: 2, Page: 29-51.

(Makale gönderim tarihi: 07.10.2015 / Kabul tarihi: 29.02.2016)

INTRODUCTION

Labour administration and social policy training for adults are closely related, because this activity is predominantly carried out by Ministry of Labour and Social Security, which is the main agent of labour administration and related and affiliated institutions, while contributions of private training institutions are limited. Besides, other national public institutions and establishments related to labour administration contribute to this activity. Ministry of Health, Ministry of National Education, Ministry of Development, Ministry of Family and Social Policies, Ministry of Science, Industry and Technology, Turkish Standards Institute, Turkish Statistical Institute, Turkish Accreditation Agency, Public Administration Institute for Turkey and Middle East, Scientific and Technological Research Council of Turkey, Vocational Qualification Institute can be cited as examples of these institutions. Furthermore, labour and employers' unions, universities, various foundations and associations which work in the field of occupational health and safety, are other non-governmental organizations relating to labour administration (Piyal, 2005).

Administration of social policy training is mainly under the authority of Centre for Labour and Social Security Training and Research. Even though other public institutions and establishments apart from this centre have several tasks, the training activities aforementioned are carried out by this Centre since 1955. However, conducted activities do not involve basic fields of labour administration precisely, either in institutional sense, or in the sense of training content, and output of the Centre cannot produce resource for policymakers. However, by the Advisory Jurisdiction of International Labour Organization No: 158, ministries of labour are codified as Centres, where information are gathered in required areas such as employment and social policies, nationwide conducted services are coordinated. As is known, social policy involves several disciplines and social policy training for adults comprises a very broad area. It is impossible to make an examination of training and research method that comprises all of those areas in a single article. Therefore, chosen subject of study in the article is administration of activities of the Centre. Another reason for choosing this subject is lack of sufficient attention to subjects related to labour administration in national scientific literature (Çiner, 2007:260).

In this article, “system analysis technique” was applied. While analysing recent activities of the institution, predominantly “participant observation technique” is preferred. One of the main methods that provide determination of the effects of administration and administration problems on education and research is participant observation. Therefore, the author’s occupational experience in Ministry of Labour and Social Security, Centre for Labour and Social Security Training and Research and other public institutions is also reflected on the article.

The article consists of three main chapters and supports the argument that training conducted by the Centre is shaped by academic (1955-72), technocratic (1972-2003) and bureaucratic (2003-2013) effects in historical process. The first chapter explains the conceptual framework. In the second chapter, historical development of the Centre, organizational structure and structure of trainings are portrayed with the main lines. In the last chapter, based on identified problems, why current system should be transformed and some principles about main components of a (possible) new model of organizational structure have been presented

I- CONCEPTUAL FRAMEWORK: TRAININGS OF SOCIAL POLICY IN THE CONTEXT OF LABOUR ADMINISTRATION

Within the framework of Labour Administration Convention no.150 and Labour Administration Recommendation no.158 of International Labour Organization signed in 1978, labour administration can be described an organizational structure, which prepares, executes, inspects, evaluates and coordinates the national labour policy². In (a) subsection of article 1 under the caption “For the purpose of this Convention” of ILO convention no. 150, labour administration is described as “public administration activities in the field of national labour policy”. Piyal (2005) has described labour policy as “an organization that transforms a consistent national policy to an efficient and productive service production thanks to a coordinated system, and for that purpose, achieved to integrate active participation of employees, employers and organizations with sufficient labour force and pecuniary resource.”

Description that has been made in subsection (a) of article 1 in the

2 Turkey has not affirmed Labour Administration Convention no.150 and Recommendation no. 158.

Convention No: 150 were explained in detail in the following articles of the convention. Accordingly, the term system of labour administration covers all public administration bodies responsible for and/or engaged in labour administration--whether they are ministerial departments or public agencies, including parastatal and regional or local agencies or any other form of decentralised administration --and any institutional framework for the co-ordination of activities of such bodies and for consultation with and participation by employers and workers and their organisations (ILO, 1978a).

In Recommendation concerning Labour Administration no. 158, which is accepted in the same year in order to clarify the instructions accepted in the Convention in practice, it is emphasized that administration should act together with social partners in captions of labour standards, labour relations, employment and research in labour matters, which are main event issues (ILO, 1978b). Thereby, it is foreseen that training activities cannot be conducted independently of labour and administration organizations.

In the context of abovementioned adjustments, basic activity fields of labour administration can be collected under four main topics. They are labour norms, employment, vocational relations and training and research in labour matters (working life). Labour norms consist of labour conditions, wages, employment conditions, occupational health and safety, work environment, social security and labour inspection; activity fields of employment consist of national employment policy, unemployment insurance, vocational training, vocational guidance and employment services; activity fields of professional relations consist of services for employers and workers, solution of collective bargaining and collective disputes; activity fields of training and research in labour matters in working life consist of training, research, prospecting and prudential analysis (Piyal, 2009:251-259). In this context, training and research includes adult-oriented trainings of social policy in other activity fields within labour administration and researches done in order to determine the policy and strategy.

Scientific field of social policy is described with narrow and broad senses in doctrine. In narrow sense, social policy is “a doctrine including studies aimed at sustaining and conserving the state and legal order against relations, movements, struggles and contradictions between social classes in society.” (Talas, 1990:31). In broad sense, social policy can be described

as all measures for not only relations between employer and working class, even including preindustrial era, but also for all sectors of society including the ones in need of protection (Tuna and Yalçıntaş, 1999:28-29). Policies for women, children, elders and people with disabilities are topics within are of interests of social policy (Koray, 2000:11). According to a definition including both definitions, social policy is “scientific discipline about public policies intended to widely protect dependent workers, economically poor, social sectors and groups, which are in need of care, attendance, help and support, against risks and problems that they face and/or may face” (Altan, 2006:5, Akan 2011:32).

In the most general sense, social policy is overall policies intended for social sectors which are in need of protection, as well as, it includes public policies about welfare and distribution of welfare (Heintz and Lund, 2012). In the present case, sustaining adult-oriented trainings of social policy should aim to be oriented to workers who strive to take a bigger share from distribution of welfare. In the circumstances, the main target group of aforementioned trainings is workers and the unemployed. As one of the institutions which determine social policy of the state is Ministry of Labour and Social Security, it is accurate that these trainings are performed within Ministry Labour and Social Security as interference method and public policy³. In fact, labour administration and social policy cannot be separated. The main problem is, despite being in such close relationship with each other, while making decisions; decision makers who steer labour administration do not look the issue from the viewpoint of social policy. Consequently, even though problems cannot be solved because of economic and technical reasons, insolubleness for most of problems depends on different reasons: Lack of knowledge and proposals and failure to develop necessary characteristics of attitude and behaviour for the solutions (Piyal, 2005). However, in subsection 1 of article 6 in the Convention no. 150 of International Labour Organization, it is written as follows “The competent bodies within the system of labour administration shall, as appropriate, be responsible for or contribute to the preparation, administration, co-ordination, checking and

3 In research of many countries, it is seen that trainings and research in working life is a task assumed by ministry of labour of mentioned country or the task is assumed by a structure which is funded ministry and social partners but has administrative and financial autonomy.

review of national labour policy, and be the instrument within the ambit of public administration for the preparation and implementation of laws and regulations giving effect thereto” (ILO, 1978a).

It should be primarily remarked that the main purpose behind building a training and research system is to do result-oriented works. It can be done with a structure which is organized for certain goals. In order for training and research system to perform operationally, political authority should describe the working life environment for the operation ,training and research system and it should show a will for that matter. At this point, the political authority should make tangible decisions concerning privileged fields of problems in working life, because the privileged task of a system should be identified for the solution of problems in that country. Concordantly, general problem, as mentioned in constitution of ILO, is to contribute to social peace, special problem is to actualize policies that produce a solution to problems of working life in Turkey. The Second step after manifesting such political will is detection of impact, which would be created on working life with taken strategic decisions. Therefore, themes about working life, problems of workers and worker unions, requirements of civil servants are identified and basic methods about how to solve these problematic fields are determined within the strategic decisions. For example, if training of occupational health and safety specialists, this training should be application-oriented and should be designed in a way that it includes the training of employee at work. If problem is the operation of collective bargaining system, herein there should be done a training of collective labour agreement devoted to trade unionists. Many similar examples can be given. The third step is process of creating organization of administration and services, which will put taken strategic decisions into practice. For this, a service organization which is to put content of given strategic decision into practice and an administrator who has capacity to manage the process are assigned. The last step is practice stage. These practices reveal themselves in form of reflection of will of policy maker to the fields about labour administration by means of training and research activities.

II- SOCIAL POLICY TRAININGS FOR ADULTS

Political will, which is the first phase of system analysis, has first started with inserting provisions within the agreements that put an end to World

War I in order to regulate employee/employer relationship. With regard to those provisions, International Labour Organization (Işıklı, 2003:136), which was founded in accordance with the provisions set by Treaty of Versaille after World War I, has acknowledged “Philadelphia Declaration” after World War II in 1944. In this declaration, ILO’s responsibilities regarding economical developments, which have undeniable effects on the living conditions, have been emphasized (Turan, 1979:136). In the light of these developments ILO started to conduct a variety of activities in order to ensure worldwide labour peace and social justice. One of these activities is to set standards regarding the living conditions in the region, by establishing regional institutes and activity Centres in various countries. Institutional structure, which conducts the social policy training for adults, has been developed as a result of this understanding. For this purpose, in Turkey, Near and The Middle East Activity Centre⁴ and Labour Institute for Near and The Middle East⁵ were founded in 1955. Therefore, through some international institutions, decision makers of the era wanted to ensure that newly-originating employee/employer relationships in Turkey were developing some certain standards.

Political decision making mechanism, which is the first step to be taken in policy making with regard to labour administration by means of training and research, started to operate in this way. Firstly, agreements have been signed upon this decision and institutions have been established, which are corresponding in Turkish administrative system.

YODÇE continued to operate under ILO for five years and was adhered

4 TBMM (1952) Law dated July 10, 1952, numbered 5947 regarding the acceptance of the agreement signed between International Labour Organization and Republic of Turkey in Geneva in order to establish Labour Institute for Near and Middle East of Activities, Official Gazette Date: June 13, 1952, No: 8134.

5 Labour Institute for Near and Middle East was founded by the Additional Agreement between International Labour Organization and Republic of Turkey dated 17.01.1955 prepared depending on the Law dated July 10, 1953 and numbered 6114. Law No: 6114 was adopted on July 13, 1953 and published on the Official Gazette dated July 10, 1953 and numbered 8454. In my previous studies, the date of the Law numbered 6114 was recorded as September 5, 1951. This is the date relating to the corresponding between Fatih Rüstü Zorlu, Secretary General of the International Cooperation Organization and Milton Winn, United Nations Technical Assistance Special Delegate in the eye of Republic of Turkey.

to Ministry of Labour by the Law No: 7460 accepted on February, 27, 1960⁶. Tasks have been determined in the Article 2 of the Organizational Law which regulates the activity fields of the Centre⁷. Centre holds three main fields of activity according to Organizational Law. First one includes the fields of activity consisting of a wide range of topics with regard to working life, the second one includes training activities for social partners and operators in the market, and the third one includes in-service training activities for the personnel charged in MoLSS-related and affiliated institutions. First of all, it should be pointed out that the first two activity fields and the third one have different fields of activity. The first two main fields contain the training and research activities that employees subject to labour law and institutions which employ personnel as such need for their working life. The third one conducts in-service trainings for bureaucrats and technocrats employed in ministries, which is specific to professionals who shape the working life and policy makers and requires a different kind of process and specialization. The main difference between them is that the trainings for workers and trade unionists contain laborers' charged in different business lines, worker's representatives, intermediary managers while the other one contains specialists who are beyond a certain education level and work in accordance with statute law. Therefore, such a difference necessitates the preparation of the kind of programs which require the use of different training methods and techniques. The second main difference

6 A committee was developed in TBMM in order to discuss this issue on February 18, 1960. Türkiye Büyük Millet Meclisi (1960) Zabıt Caddesi, Sabık Zabıt Hulasası, Kırkıncı İnikat, 18.II.1960 February, Term: XI, Volume: 11, Assembly: 3, First Court. As a result of the activities of the committee, organizational law relating to Labour Institute for Near and Middle East was acknowledged by TBMM on February, 27, 1960. Türkiye Büyük Millet Meclisi (1960) Zabıt Caddesi, Sabık Zabıt Hulasası, Ellinci İnikat, 28.II.1960 February, Term: XI, Volume: 12, Assembly: 3, Third Court. The acknowledged law published on the Official Gazette dated February, 29, 1960 and numbered 10444.

7 Tasks determined in the organizational law numbered 7460 are summarized as follows: working life, social security, occupational health and safety, employee/employer relationship, employment, efficiency, total quality administration, labour market surveys, ergonomics, environment, first aid, business statistics and so on and preparing training programs, give training or purchase training service for occupational physician, engineer, technical staff, nurse to be employed in order to avoid health and safety risks in the workplace and conduct protective services and other health personnel with respect to occupational health and safety, making research investigations and collect documents in this regard.

is that the first group consists of employees and employers who are directly affected by the sustainability of work, labour peace, occupational health and security, while second group consists of public officials in charge in order to ensure the sustainability of those mentioned. Another difference is that target groups are employed according to different legal statuses. Laborers' are employed according to principles of law of contract (private law) and public officials according to status law (Aktay, 2000:5-6) (public law). When considered in this context, the legal regulation in question covers each and every person who works in the market and in government positions. This case basically proves that the law do not aim to ensure that a certain policy be put in force. The third and subsequent paragraphs of the second article of the law involve the consultancy and the research and publication topics. These are rightly determined as the fields of activity which are required to be included in every training and research Centre.

Institute, which carried out its activities until 1972 in İstanbul, moved to Ankara pursuant to the decree of Ministry of Labour⁸. The period until 1974 may be defined as academic period. There have been no activities in the Institute between the years 1972-1985 except for a few translations⁹. Institute, whose name was changed as Near and Middle East Labour Training Centre¹⁰, was transformed into a training Centre¹¹ when MoLSS was being restructured in 1983. Such change made activities in the Centre

8 See Cam, 2012 for the grounds why Labour Institute for Near and Middle East moved to Ankara.

9 See: Cam, 2012 for these activities.

10 The name of the institute has been changed as "Labour Training Centre for the Near and Middle East" in the Article 32 of Statutory Decree dated December 14, 1983 No: 184 with the title Affiliated Institutions regarding the Organization and Functions of Ministry of Labour and Social Security. This provision has been also preserved in the Article 30 with the title Affiliated Institutions of the law No: 3146.

11 The grounds for this change have been explained in TBMM minutes as follows: "numerous articles of the law numbered 7460 lost the feature of being applicable within the process. A modern training and research institution is required, which can give training, research, publication, documentation and consultancy services to Ministry, related institution and the affiliated institution of the related institution and other public officials and private sector employees, employers, and generate those developments in our country. In order to satisfy the needs in this regard, necessary regulations have been made for the establishment of Labour and Social Security Training and Research Centre by reconstructing Labour Institute for Near and Middle East" Establishment of Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (The Grand National Assembly of Turkey) (2003) Social Security Institution and Legislative Proposal about and Grounds for Amending the Statutory Decree, Petition submitted by Kayseri Deputy, Hasan Basri Üstünbaş to Speakership, Record No: 9444, 22531

to boom and in-service training activities were conducted for the ministry personnel as well as short-term seminars with regard to occupational health and safety and labour law. These activities were carried out by inspectors, academic members or experts who contributed out of Centre. This period can be defined as a technocratic one in which inspectors was highly active in the Centre. Centre's name changed as ÇASGEM because of not fulfilling the expected benefits and new staff such as Labour and Social Security Junior Training Experts was appointed (Cam, 2012). The centre turned into an institution where bureaucratic influence was strongly recognizable.

There have been no significant changes except for career members of the profession and second vice president when the law amendment has been analyzed. Thus, as stated in the law amendment, the statement “numerous articles of the law numbered 7460 have been devoid of the attribute of being applicable over 40 years” has not been fixed with this law amendment because the articles devoid of being applicable haven't been dealt with. Various articles of the law are still non-applicable because no secondary regulation is associated with the articles.

Another deficiency of the law is tasks, which should be carried out in the Centre. They consist of general headings and there is some kind of uncertainty about which field should be chosen by the career experts employed. However, when the institutions of other countries have been analyzed, main service units of the institutions are structured upon specialization¹². Titles which were stated in the law and haven't been worked on yet have the feature of being another choice, while training topics create an option, which ÇASGEM have been, conducted activities since it was founded.

However, the situation gets more complicated because an administrative structure does not exist and trainings are being conducted without a plan.

When it is analyzed in this context, coexistence of different target groups which operated in this field and lack of systematic determination of topic titles of the operations indicate that the targets of the Centre have not been

12 For example, 30 experts, employed in Czech Republic Labour and Social Work Research Institute, serve in different expertise sections in the Institute (RILSA, 2011). Same division of labour has also been set in Japan, Lithuania and India in accordance with needs (JILPT, ISRC, VVGNI, 2011).

well determined yet. Lack of such a system leads also to disruptions in the progress of the system. Such disruptions reveal themselves especially on the organization. For example; the head of administration were changed 8 times between the years of 2003 and 2013. The nuances in the understanding of work approaches and lack of an established institution culture may be considered as an indication that activities are not carried out in the institution within the frame of a qualitative and quantitative stability.

A- Tasks, Organization of the Centre and the Structure of the Programs

Next step in training and research system is how to actualize the legal regulations. Service organization is carried out for that purpose. Within this process, it will be determined whom to cooperate with and how and to which target group the service will be presented. The structure of organization is made clear after determining the first two steps. When this organization is being founded, personnel is chosen according to the quality of the service and the assurance is provided as to the autonomous structure in which the personnel will work (Piyal, 2009:316-319). The organizational structure of the Centre has gone through a variety of changes since the date 1955 which is was founded.

Career personnel employment in the Centre first began in at the end of 2004 and continued in four different periods until 2016¹³. According to 2016 data, there are twenty two Labour and Social Security Expert and one Labour and Social Security Junior Expert serving in the institution. It may be pointed out that Centre gained speed and the activities diversify after such changes in employment policy.

13 These periods are 2004, 2006 and 2010, respectively. In 2004, 8 junior experts were employed and 6 discharged. In 2006, 10 junior experts were employed and 6 discharged. In 2011, 13 junior experts were employed and 7 discharged and as from the date the paper was written, there has been no discharge. Consequentially, in the Centre, there are 22 experts and 1 junior expert, which may be considered as career personnel in addition to other staff in subsidiary units. It can be concluded that the institution hasn't had a satisfactory work environment considering the new institutions and titles of the staff discharged. The subsequent institutions in which the Junior Experts, discharged in the first period started to serve: Banking Regulatory and supervisory Agency, Radio and Television High Council, Energy Market Regulatory and Supervisory Agency, Central Bank of the Turkish Republic, Middle East Technical University and Ministry of European Union. The subsequent institutions in which the Junior Experts, discharged in the second period started to serve: Telecommunication Supreme Board, Capital Market Board, Ministry of Justice, Supervisory Board of Vakıflar Bank, ÇSGB Labour Supervisory Board, Social Security Institution.

Since Training Experts and Junior Training Experts in the Institution are not organized according to certain specializations, internal circulars were applied as a solution in the past. However, it may constitute an impediment for this structure to operate efficiently that legal nature of internal circulars are not as binding as laws or regulations. Therefore, regulations, whose foundations are more solid, are required in terms of administrative law. Another problem is the quantity of manager transfer. Transfer in the Central Administration has been shown in the following table.

Table 1. *Manager Transfer in the years 2003-2012*

Manager	Term of Office
AB	2003 - 02.2008
CD	02.2008 - 09.2009
EF (by proxy)	09.2009 - 09.2010
GH (by proxy)	09.2010 - 04.2011
CD	04.2011 - 06.06.2011
GH (by proxy)	06.06.2011 - 24.10.2011
IJ (by proxy)	25.10.2011 - 28.12.2011
JK	28.12.2011 - ongoing

When the table above is examined, the lack of stability in the last five years in the government administration and every manager's adopting a different approach to work create an obstacle to the functioning of the circulars. The lack of legal infrastructure brings a non-professional approach in the administration of the organization. This structure, which is quite open to bureaucratic interference, may, from time to time; show attributes which includes practices that can be deemed as nepotism.

B- Transformation in Training Administration: From Academic Approach to Technocratic Approach, From Technocratic Approach to Bureaucratic Approach

We already pointed out that the first three conditions, which are required

for the formation of training and research system, involve the processes of political decisions, legal regulation and creating organization. The systems get to operate in the stage subsequent to the aforementioned stages. Considering that the system, which intends to do training and make research, also aims to make improvement and raise awareness, it is significant to create activities that will lead to change in behaviors and attitudes in the fields which are considered as basic components of training administration (Phials, 2009:319). Training is the most effective way that can be used to achieve this aim. Therefore, the training programs conducted at the Centre are also required to be formed towards this objective. Thus it is examined what kind of a training policy the organization has hold and how it is managed from its foundation to present time. Which topics are influential in determining trainings and what kind of a method is adopted to present it to the target group? In the following lines, we have tried to answer this question.

General feature of the training activities carried out in the Centre is that training is of short duration. In Advisory Committee Meeting¹⁴ held every year in the last week of December, the following year's training targets and a plan is prepared according to the number of trainings aimed. But Centre operates according to the market demand for training rather than the plans prepared. Quantity instead of quality came to the fore in order to achieve the planned target because of this conflict. Centre's flexible mobility makes it possible to plan market-oriented training. Besides the positive side it has due to the flexibility, the negative side is that it is no possible to fulfill the demand at all times.

Because there are no experts educators specialized in certain subjects in

14 An Advisory Committee has been established in order to express an opinion on regulations related to Training and Research Centre, working life by the Centre, social security, employee-employer relationships, occupational health and safety, occupational medicine, total quality administration, labour inspection, employment, productivity, labour market studies, ergonomics, environment, first aid, to manage research, consultancy and publications in business statistics and training in similar topics, to assess the Centre's annual activity, to increase the effectiveness of the Centre's work and make suggestions on how to improve the performance of this operation, to ensure renewal based on the current development of the training program and research, to respond to the needs of the broadcast and raise the quality issues, in order to advise on the development of the consulting function issues. Labour and Social Security Training and Research Centre Advisory Board Regulation on Working Principles and Procedures, Official Gazette Date: 31.12.2003, Official Gazette Number: 25333.

the Centre. Trainings are given only in specific topics in occupational health and safety and labour legislation fields. Therefore, planning and organizing should be made in the Centre within the framework of training topics. Available training experts and assistant staff should be trained in accordance with this regulation.

The purpose of the overall training plan is to use the limited sources by putting the specific target, set in accordance with the development priorities, in a priority list with (Hesapçioğlu, 1994:8). When the training planning is about training administration, the subject may be dealt with by taking into account the basic activity fields and priority issues. For example, improving the quality of the labour inspection system and the labour inspectors may be provided with training and planning based on a well-defined strategic planning and programming (ILO, 2001:X). When the training planning is about organizing in-service training activities related to the training method, planning should be conducted about what the roles and tasks of the personnel are and should be in terms of training administration (Husband, 1980:30-35). The same applies to all areas of interest of training method. Trainings related to labour administration, which are required for labour market and working life's actors, may be organized in a more systematic way after a feasibility study to determine the fundamental problems and needs according to subject headings. Continuing activities are carried out in certain standards because such a planning approach is not adopted by the Centre.

Centre was founded upon an academic approach in the first years of its establishment. Over time, especially after 1960, the efforts to maintain the academic approach continued (Cam, 2012). However, in this period has experienced first bureaucratic and afterwards technocratic effects were influential on the studies conducted due to the Centre is an affiliated of the Ministry of Labour. The most basic example of this effect can be explained in the process that Institute lost its feature of being an international organization and turned into a classical state institution.

The process, which I defined as from Academy to Technocracy, from Technocracy to Bureaucracy, had first begun in 1960 when ILO ceased to administrate the Institute and continued until today (ILO, 1967:239). Interestingly, the scene, which was experienced before the Institute changed

its status, was recorded by the administration at that time (Koçer, 1963:2). Effect of Academics and council of teachers composed of academics on the Committee was weakened by the restructuring in 1985, and with the amendment in the Statue Law dated 2003 No:7460, council of teachers was converted into advisory council¹⁵ and most of its members was composed of the bureaucrats of the affiliated institutions and the main service units of MoLSS. The change in the trainings of the Centre is shown in Table 2.

Table 2. *Change in the Content of Training*

Period	Change in the Subject Matters of Training	Research and Publication Activities
1955 - 1960	In-service trainings conducted for the personnel of Ministry of Labour in Near and Middle East Countries and the personnel of Ministry of Labour of Turkey.	Bulletin where activities of the institutes have been announced and a few scientific essays have been published.
1961 - 1972	Seminars held for one, three and five days where problems regarding in-service trainings and scientific seminars and problems relating to implementation	Scientific research and publications with regard to the topics included in the field of activity of the Institute.
1973 - 1984	The period in which no activities held	Three texts translated.
1985 - 2003	Daily seminars held by technocrats, where labour law and occupational health and safety problems discussed.	Supplementary book studies by Ministry Technocrats, and limited number of scientific studies.
2004 - 2015	Activities relating to the previous period where daily seminars held by technocrats, where labour law and occupational health and safety problems discussed, continued; and training methodology such as trainings of the educators, training of the managers, and effective methodological technics were taught by academicians. Moreover, EU project process administration trainings were included in the field of activity once Turkey has become a candidate country.	All publications in this period consist of scientific studies.

Trainings conducted in the institute, which was a regional training Centre in near and Middle East region in the years of its establishment, decreased after 1960, and turned into a platform where scientific papers were presented for one, three and five days and practical problems were discussed; finally, after 1972 the scientific environment dissolved when the Institute moved to Ankara. With the effect of Labour Supervisory Boards, training topics

15 Regulation on Labour and Social Security Training and Research Centre Advisory Board Working Principles and Procedures, Official Gazette Date: 31.12.2003 Official Gazette Number: 25333.

were determined in the framework of occupational health and safety and labour legislation.

Several new topics were identified in the framework of social policy training for adults with the process of change in 2003, but these trainings could not be realized due to lack of demand. The main reason for the lack of demand is that prescribed training programs were not well advertised and not oriented to the needs of the labour market. In the last analysis, labour legislation and occupational health and safety in the organization are still at the forefront. Traces of the past period can still be observed in the trainings held in the institution. However, working life is not merely about the occupational health and safety. Collective bargaining and contract process, union representation, social dialogue, participation in administration, intimidation (mobbing) and so on are included in topics. Trainings are determined in accordance with the demands of the market, which shows that there is not a specific policy in this regard.

This structure neither has the potential which may respond to the needs of the labour market nor increases the ability of occupational health and safety professionals to reduce work-related accidents. Central to the basic objective of the many organizations, who purchase training services, is the need to document that the service is received from an institution affiliated to the ministry during the work inspection. However, it is necessary to change this kind of perspective. The most basic attempt that may lead to this change is that the Centre is reorganized in accordance with a proper understanding of labour administration.

C- Change in Training Topics and Programs

We already noted that the activities, which were conducted by the Centre, were periodically carried out in accordance with academic, technocratic and bureaucratic approaches. Under this title, the periods in question have been analyzed and it has been examined how these approaches direct training and research activities.

1- Programs Carried Out Between the years 1955-1972 (Academic Year)

Programs having been applied between these years should be evaluated in less than two periods. First period is the period between the years 1955-

1960. National and foreign government officials participated in-service training program which were created on the basis of social policy approach. Social and economic characteristics of this period are reflected in the training activities carried out by YODÇE. In 1945, a staff of bureaucrats was founded following Ministry of Labour, Employment Agency in 1946 (Makal, 2002:203-216). In 1949, immediately after the establishment of Ministry and Employment Services, what Turkey's needs were in this regard were identified in a technical report having been prepared by the ILO (Varlık, 1998). Firstly, the training of staff, which will be involved in the functioning of the system, emerged as a necessity and educational activities (between the years 1955-1960) of the Institute, which was founded in 1955 by ILO, focuses on labour inspection and safety. Another evaluation is that the trainings were selected among more technical issues as the content of the additional agreement No. 13, which grounds on the foundation of the Institute, and specialization units in the institute were designed based on occupational health and safety. This situation has changed with the transfer of the Institute to the Republic of Turkey in 1960.

Programs, applied in the second period between the years 1960-1972, consist of topics such as unionism, collective bargaining, occupational health and safety, productivity, human capital, which are taught via one-three or five day seminars. Jurisdiction of the Institute in this period increased with the social rights brought by the Turkish Constitution of 1961. In the years following 1960, remarkable social and economic developments have been made in Turkey; the country's industrial structure has shown a significant change. Based on this development, rural-urban migration has accelerated, the first migration has started after 1950 and the second migration has continued starting from the year 1961, and a significant increase in the number of laborers' in Turkey has been realized. The number of wage earners in Turkey in 1965 were three million, while in 1970 this number gradually increased to four million two hundred thousand, while in 1975 reached five million four hundred thousand (Koç, 2003:101).

These developments in Turkey have led to YODÇE's field of activity to expand and to the introduction of new subjects into the curriculum. As a result of this development, the need to explain new concepts in relation to work, social life and society (Cam, 2012) arose. The main difference between the first and second periods is that educational training for

public employees were carried out in the first period (in-service training) while in the second period scientific seminars were organized with the participation of public and private sector representatives.

Trainings were conducted within a particular program, and seminars took place in the form of a scientific activity which is similar to present-day paper presentation which the longest one lasted for five days (Cam, 2012:84-102).

In addition to technical training activities in the period between the years 1960-1972, it can be seen that social policy issues have been widely covered as well. There are two basic reasons for this situation. Firstly, Istanbul University Faculty of Economics, Chair of Social Policy's effect¹⁶ on the institute, and the second one is that Turkish Constitution of 1961 has brought collective bargaining and the right to strike.

With the evaluation of both of these reasons together and the change in the program content to include social debates, it can be explained why training programs turned into seminars and with the most important difference between the two periods is that training techniques have changed rather than the subject. The first period consists of relatively long-term programs which are class-based and with low number of participants while the trainings were held with seminars with a higher number of participants and general debates at the ends.

2- Programs Applied Between the years 1985-2003 (Technocratic Period)

This period is mainly being carried out under the control of labour inspectors. Education in this period was generally carried out fewer than two headings as basically daily programs. These titles are occupational health and safety and labour legislation. One of the basic differences between this period and the first two is the multitude of training and research publications. In the trainings carried out in this period, Centre was

16 Many faculty members of the school in question worked at the institute as between the years 1960 and 1972 as additional officers. The following names can be shown as examples: Ordinary Prof. Dr. Ferit Hakkı Saymen, Prof. Dr. Orhan Tuna, Assoc. Dr. Sabahaddin Zaim, Assoc. Dr. Nevzat Yalçıntaş, Assoc. Dr. Nusret Ekin, Dr. Ekmel Zamil, Dr. Metin Kutal, Dr. Adnan H. Lavkan. For a more detailed explanation, see: Cam, 2012.

not determinative because most training was held by labour inspectors. Therefore, this period can be defined as a period in which the programs, determined by labour inspectors, were applied.

3- Programs Applied Between the years 2003-2013 (Bureaucratic Period)

The reconstruction works carried out in 2003 in MoLSS have had significant effects on the institution. This effect manifested itself primarily as a transformation of the YODÇEM to ÇASGEM. Regulations have been brought, which ensures that both training content and training activities are taught by career occupational groups. With the Legal law issued by MoLSS¹⁷, Central Safety Specialist has Workplace Doctor and Workplace Nursing programs started to be applied. Other trainings being subject to price alongside other trainings led to market-oriented training approach. As Heyes (2001) indicated, this can be considered as a result of the change in labour administration approach. In his work which examines the effect of this change in labour administration on Ministry of Labour in many European countries, Heyes says that it is related to the fact that the state and the private sector operates together in the framework of the new public administration approach. This wave of change has led to update of the Centre's training topics. But this renewal has not created a significant demand for new training titles. In this context, the traces of the programs implemented in the period 1985-2003 can be seen in this period as well. Titles of the topics of the trainings conducted by the Centre in the years 2003-2013 can be listed as occupational health and safety training, employment and social security law training, first aid training and others related to working life. These trainings are conducted on both institutional and individual demands. Even though the program titles are mainly oriented to the market and demand-driven, most demanded titles are basic occupational health and safety training, basic first aid training, training of trainers as well as certificate programs.

17 The first legislation on this subject: Law on Working Principles and Procedures of the Occupational Health Unit and Occupational Physician, the Official Gazette Date: 16.12.2003, Number: 25318 and Law on Authority and Responsibilities, and Working Principles and Procedures of the Occupational Safety and Assistant Engineer or Technicians, the Official Gazette Date: 20.01.2004, Number : 25352.

D- Operation of the Training Programs: Organization, Implementation and Evaluation

Organization of the trainings is different between the years 1985-2013 and 1955-1972. The organization of the programs is being managed in the framework of a scientific approach between the years 1955-1972, bureaucratic approach was adopted in administration between the years 1985-2013. A distinction between primary and secondary tasks is made between the years 1955-1972, and this distinction shows itself both in the selection of educators and in determining the contents of the activities. The ones who took on secondary tasks between the years 1985-2003 and 2003-2013 began to be more influential on the Centre in time, and technocratic effect turned into a bureaucratic mechanism. Both the fact that administration started to operate according to a governance-oriented approach, and deficiencies in the structure of the administration, and especially the fact that managers are not selected in accordance with a specific criteria have led to the administration to turn into an organization which does not operate efficiently.

III- A NEW MODEL FOR TURKEY: BASIC PRINCIPLES¹⁸

Basic principles relating to a new organization model are presented under this title. This model is characterized by the fact that central government should be based on the principle of equal representation of the social partners and the relevant sections of the universities. In order to ensure that, it is required for policy makers to take steps to make a new legislation. Another innovation in the model is that it involves scientific principles that will allow the training which will be conducted in the Centre to be determined according to the structure of Turkish labour market. This method ensures that training topics are determined according to feasibility studies and that a standard be set for the trainers that will work in the Institute. The most important feature of the model is that managers are those kinds of people who have certain qualities.

When it is considered that ÇASGEM is a training and research Centre,

18 The proposed title names for career professionals in the proposed model, were developed based on title names used by TÜBİTAK and its Institutions.

it is important that the institution, which is composed of half academic and half bureaucratic features, is managed by managers who comply with those features. Service organization of the Institution's being arranged as described above represents the structure needed for the institution to produce knowledge.

Another important innovation provided for the model is that the training and research departments should be determined in accordance with the statuses of the individuals or groups that will participate in training. For example, trade union education, worker and public staff training should be designed in different ways (ILO, 1993:91); because the working conditions of the target group in question are organized according to different legal provisions of the legislation and the roles and tasks they have undertaken in the working life and production processes are different.

According to the proposed model, the Institution is composed of three main parts. These are: Institute of Scientific Committee (ISC), Expertise Departments and the Administrative Departments. Institute of Scientific Committee is the highest decision-making body and its main task is to take decisions for the Institute's activities within the annual programs and to identify the administration of the Institute for a specific period of time.

A- Tasks of the Institute

The tasks of the Institute consist of four main headings. These are training activities, research activities, publication activities and projects activities. Activity issues consist of work norms, working conditions, wages, conditions of employment, occupational health and safety, working environment, social security, labour inspection, the national employment policy, unemployment insurance, vocational training, vocational guidance, employment services; services for employers and workers, collective bargaining and disputes resolution. These issues are discussed on through areas of specialization defined in the following line.

B- Organization of the Institute

It is necessary to restructure the institution as an Institute, which was designed as an adult education Centre, to revise the existing training programs, and to implement graduate programs in cooperation with universities.

Recommended activities for Public Administration Institute for Turkey and the Middle East (TODAİE), founded as a result of the same policy (Çeçen, 2001) in the years of establishment of the Centre, has been successfully maintained. However, when the Institute's training and research programs related to working life are considered, it must be designed in accordance with the tripartite structure of the organization of working life. The most important change needed to be done is to establish a committee based on the tripartite structure which is one of the main objectives of the labour administration.

This can avoid the criticism made for the Institute and the Institute may become an institution not only managed by the political and bureaucratic approach but by the actors of working life. Social partner's having a say in administration does not imply that they have the right to interfere with the administration but it is aimed to create a common platform where their ideas are asked in decision making processes. In this context, the basic components of the organization model proposed for the Institute are as follows;

C- Administration of the Institute

Committee members are composed of laborers' in Turkey, employer and public official, representatives of the confederations or trade unions in the administration or expertise level, top three independent trade union representatives with the most members, academic members with at least associate degrees specialized in labour economics and industrial relations, labour law, occupational health and safety under department of public health, experts with Ph.D degrees or at least Master Degrees who are graduated from the schools recommended by the professional organizations, related to the field of activity of the Institute from TÜBİTAK, TÜBA, and chief expert researchers with social and technical backgrounds working in the Institute. Qualifications required for the election of members of ISC and details are determined by the regulations to be issued by the Institute.

1- General Manager and Deputy Managers of the Institute

General Manager should be selected among senior researchers who are Chief Specialists by the Board of the Institute of Science for at least three years. Managers, who successfully manage the three-year period of activity, can be selected for three years. ISC is required to have at least a Ph.D. degree, good level of English, and is also required to prove

it with a document received in the last five years which shows a 70% success rate in an exam held by national or international organizations and recognized by Higher Education Council of Turkey as equivalent. Two assistant managers with the same conditions are selected by the ISC in the same way. It is required to be at least specialized researcher in order to be assistant manager. In addition to that, it is compulsory to graduate in the departments related to working life and have a postgraduate degree in an interdisciplinary subject related to working life. Details as to what those departments and interdisciplinary subjects are determined by academicians who are ISC members, or by a scientific working group. Details shall be regulated by a statute.

2- Departments of Specialization

Departments of specialization indicated below should be created at the institute. The essential point to take into consideration when creating the departments is that every department should cooperate with public institutions and organizations that are associated with their specialization field and academic members that work in the related departments of the universities. Each department should hold a specialization department Council consisting of institutions and organizations indicated below and academic members; the studies conducted by the related department should be determined by the department council every year in January or after summer season.

Therefore, it is possible to create policy document which might be helpful to solve the problems both for legislation and practitioners along with the possibility to identify the country needs and problems. Annual scientific reports in relation to the assigned positions of the departments of specialization and search results and similar results are converted to a single policy document at the end of the period of activity and so a mission document for the working life in Turkey is generated. It is brought into a legal obligation by an amendment made in MoLSS Governance Law that MoLSS related and affiliated institutions perform work in the framework of the document prepared and they submit annual results report to the Institute.

a. Labour and Social Security Law Department: Studies on labour legislation (Social Security Institution, Directorate General of Labour,

Labour Inspectorate and institutional links with the relevant departments of the University)

b. Labour Market and Employment Department: Studies on the problem of unemployment and employment policy (Turkish Labour Institution, Labour Inspectorate, Directorate General of Labour, corporate connection with the relevant departments of the Ministry of Development and Universities)

c. Income Distribution and Revenue Policy Section: Policy studies aimed at correcting the injustice of income distribution and income distribution (TSI, Ministry of Finance, Ministry of Economy, institutional linkages with relevant departments of the Ministry of Development and Universities)

d. Social Dialogue and Labour Relations Department: Unionism, collective and individual labour relations, human resource administration studies (Directorate General of Labour, Workers' and Employers' Confederations, Workers' and Employers' Unions in different Business Units, TUSIAD, TOBB, TESK and institutional links with the relevant departments of the Universities)

e. Department of Social Services: Social exclusion, social inclusion, social work, studies on family, elderly, children and disabled people (Institutional linkages with relevant departments of the Ministry of Social Policy and Universities)

f. Overseas Labour Problems and Social Security Department (DİYİH, SSI, institutional linkages with relevant departments of the Ministry of Foreign Affairs and Universities)

g. Occupational Health Department: (Labour Inspectorate, Social Security Audit, Ministry of Health, DGOHS, TMA, Hıfzısıhha Institute, institutional linkages with relevant departments of the Universities and Fişek Institute)

h. Safety Department: (Labour Inspectorate, Social Security Audit, DGOHS, TMMO and institutional links with the relevant departments of the Universities)

i. Department of Statistics: (Directorate General of Labour, DİYİH, DGOHS, Labour Inspectorate, Social Security Audit, institutional links with İŞKUR, TUİK and relevant Department of the Universities)

i. Project Administration Department: Department which deals with the administrative administration of all the projects of national and international origins that will be conducted at the institute. The issues that require expertise for project administration and content are carried out by experts.

j. Department of Foreign Affairs: Department that carries out the works and cooperation's, necessary correspondence and approvals with regard to the foreign institutions.

3- Training and Research Committee

a. Training Planning Committee Aimed at Target Groups: This is the council in which trainings for workers, training for unionists, trainings for public officials, trainings for employers.

b. Research Committee: Committee where National and International research projects are being planned.

c. Project Committees¹⁹: Committee where EU Funded Projects, MATRA Projects, and other Funded Projects are being planned.

d. Library and Documentation Committees

da. Scientific Journal Committee: takes decisions on peer-reviewed journals to be published.

db. Other Scientific Publications Committee: takes decisions on publications such as books, encyclopedia, dictionary of technical terms, etc.

d.c. Other Publications Committee: Take decisions on publications of Annual, Bulletin etc.

d.d. Promotional Publications Committee: Takes decisions on publications and promotional materials such as brochures, booklets, ads, banners, posters and so on.

19 It is determined by the current structure in Turkey's EU accession process. Is replaced by the Decree of the Institute in the event of a change in the structure.

4- Human Resources

a. Principal Staff: Researchers

Each unit will be determined by the ISC, and a sufficient number of Senior Chief Expert Investigators, Chief Expert Researchers, Senior Researchers, Researchers and Assistant Researchers will be created. These people are employed in the following sections according to university departments and graduate educations. It is compulsory to have a Ph.D. degree to be assigned as Chief Specialist Researcher assistant professorship document to be assigned as senior chief Specialist Researcher.

National and international publications to be made and the details related to the other activities will be determined by an academic sub-committee that will be established by ISC. This decision may be renewed based on the science policy of the country every year. Examination for the recruitment of researchers and other policies are prepared by the ISC regulations and submitted to the Council of Ministers for approval.

b. Other Staff

Details on this topic are organized according to similar practices in the country. This staff is operated under contract, subject to the Labour Code and is charged according to objective criteria determined by the performance-based compensation system.

CONCLUSION

It all has led to the need for new regulations on training and research activities in working life that social policy trainings for adults in Turkey are not organized in accordance with specialization fields, and task conflicts in different institutions' legislation and competition between institutions task conflict. Only the institution's name and a few articles were changed and an article, related to the working in the institution and employment of social security training specialist, was added, while such needs should have been fulfilled by the legal legislation on the amendment of the statute law of Labour Training Centre for Near and Middle East.

Preconditions to conduct training and research activities related to working life effectively is the existence of a systematic organization which could fulfill the duties stated in the constitution law.

When the subject is analyzed in terms of legislation, organization of the Centre is regulated by Constitution Law dated 1960 No:7460, and related regulations. Both constitution law and regulations constitute an obstacle to a better handling of the existing structure because the Centre has gone through different processes in terms of both its geographic position and field of activity, but the amendment in the constitution law and regulations could not be made in parallel with these changes. When an assessment has been made in this context, it can be seen that administration of the institutions has also had to move within these limits (ÇASGEM, 2009). It should be first noted that the law was enacted fifty three years ago it has not gone through a significant change so far. Centre's activities have lost the feature of being scientific, which has a Semi-academic and a semi-bureaucratic property.

A few minor changes have been made on the law in fifty three years as from 1960²⁰. This Act is obsolete and does not meet the current requirements²¹. Though this also stated the change in law, no proposal to renew radically has been provided. However, this has prevented the institution to function effectively by turning a medium into an institution, which brings supply and demand together. In the institution whose main task is to conduct research, edit statistics and hold trainings, many organizational problems continued to exist, which prevent these tasks to be fulfilled. Most important of these problems is the lack of knowledge as to how service organization of the institution should be made. For example, this Centre operates as a service unit rather than an affiliated institution of MoLSS. MoLSS's approval is asked in many activities while legislation is not necessary. Administration of the Centre determined by the political authority leads to this result.

The institution's inability to take a decision on its own results in administration in administration. This can be solved by a legislation which will enable to appoint managers with the qualifications in accordance with the objectives of the establishment of the institution and enable them undertake a task for

20 These are change in relation to Junior Training Expert recruitment.

21 For example, Rectors and Deans have certain term of office. A similar kind of regulation has also been made for General Manager of Public Administration Institute for Middle East and Turkey. In this way, the chance to work for specific periods brings stability to the administration.

a specific period of time . Otherwise, the organization will be limited by personal efforts and work to be done on the basis of good faith. But today's training and research tasks undertaken by institutions cannot be maintained in good faith. Both training topics, educators and research topics should be set in accordance with a set of standards.

It is obligatory rather than necessary to restructure the administration, main service and assistant service units of the Centre.

How should an administration be? Tripartite structure of working life requires that the Centre or the institution be organized in a parallel way, which will conduct training and research activities on the subject.

In this sense, there must be an administrative unity with the social partners. If policy-makers have adopted an organizational model in which state's power is dominant, it is a requirement to cooperate with the social partners in a service organization because working relationships consist of a tripartite structure. Employers and employees, who are in close interaction with each other, against the state with its distinction of being the normative, a pillar of this tripartite structure.

Cooperation with social partners, which will be maintained within the framework of administration or service, is necessary but not sufficient in order for the Institute to operate efficiently. The people who will work at the Institute are also required to have certain security statuses because all the fields of service of such an organization are composed of scientific activities. Governments with different political backgrounds may have different political decisions related to working life. Trainings conducted in the Centre and search results may criticize or support government policies. In this case, it is important that specialist personnel act in accordance with the principles of scientific freedom. In order to achieve this aim, it is necessary to guarantee the rights of the qualified personnel by laws, and to establish an autonomous structure.

Therefore, the main output of the intersection of the administration of training and research activities related to working life and social policy is the necessity that the administration of these trainings should be maintained in accordance with an approach with a social policy formation. Research and training are two basic activities on the basis of this. If these

activities are carried out in coordination and in an organized way, then training activities conducted for the target group will fulfill the purposes, and quality data will be produced for the policies that determine the working life of the country in question.

Data production processes being a resource for policy makers is proportional to the applicability of the data generated. In order to achieve this aim, training activities' organization should be planned within the framework of an aforementioned organization, and research activities should answer the purposes of the planned aims and complementary to each other. This structure can be created by an eclectic configuration of performer and source-generating units. Raw information, generated relating to the activities of all departments of the Ministry, should be systematically collected and processed according to specific standards and then published. As a resource for trainings conducted by the Centre, those publications should be transferred to the actors that play roles in solving the problems of working life.

References

- Akan, Taner (2011), "Sosyoloji, Politika ve Ekonomi [SPE]' Bölümüne Doğru: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümlerinin Yeniden Yapılanmasına İlişkin Bir Model Önerisi", "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Volume: 13, Issue: 3, 27-48.
- Aktay, Nizamettin (2000), *Toplu İş Sözleşmesi*, Ankara.
- Altan, Ömer Zühtü (2006), *Sosyal Politika Dersleri*, No: 1952, Eskişehir: *Anadolu Üniversitesi Yayınları*.
- Cam, Erdem (2012), *ÇASGEM Tarihi 1955 -2011 Türkiye'de Sosyal Politika - İş Sağlığı Güvenliği Eğitimleri*, Publication No: 34, Ankara: *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi Yayınları*.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi (ÇASGEM), (2009), *Ön İnceleme Raporu - ÇASGEM'in Konum ve Rolü: Değerlendirme ve Görüşler*, Çalışma Grubu: Halis Yunus Ersöz, Ahmet Cevat Acar, Sedat Murat, Nihat Erdoğmuş, Tekin Akgeyik, Süleyman Özdemir, *Yayınlanmamış Rapor*, Ankara, 19 Ağustos 2009, ÇASGEM.
- Çeçen, Anıl (2001), "Türkiye'nin Gelecek Yirmi Yılı", ODTÜ Mezunlar Derneği'nde Yaptığı Konuşma (Derleyen: Nermin Fenmen), 24 Kasım 2001, Ankara. [<http://www.odtumd.org.tr/calismagr/yayin/bulten/104/soylesi.htm>], (26.12.2005).

- Çiner, Can Umut (2007), “Türkiye’de Çalışma Yönetiminin Dönüşümü: İstihdamın Yönetimindeki Dönüşüm”, Cahit Talas Anısına Güncel Sosyal Politika Tartışmaları, Yayına Hazırlayan: Berrin Ceylan Ataman, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No: 595, 259-284.
- Ekmekçi, Ömer (2009), İşyeri ve Ortak Sağlık Güvenlik Birimleri Mevzuatı Açısından İşveren Yükümlülükleri Semineri, İstanbul, December 17, 2009, Ankara: TİSK.
- Heintz, James ve Francie Lund (2012), “Welfare Regimes and Social Policy, A Review of the Role of Labour and Employment”, Gender and Development Programme, United Nations Research Institute for Social Development, Paper Number 17.
- Hesapçıoğlu, Muhsin (1994), İnsan Kaynakları Yönetimi ve Ekonomisi, İstanbul: Beta.
- Heyes, Jason (2011), Labour Ministries and Labour Administration in Transition: Recent Developments and Future Prospects, Working Document No: 16, Geneva: International Labour Office.
- Husband, J.I. (1980), Labour Administration A General Introduction, Geneva: International Labour Office.
- International Labour Organization (ILO), (1961), ILO Report on the Institute of Labour Administration for the Near and Middle East İstanbul 1955–1959, A Regional Experiment in the Training of Labour Administration Officials, International Labour Office, Labour Administration and Inspection Programme, Geneva: International Labour Organization.
- International Labour Organization (ILO), (1967).
- Meeting of Heads of Official Services for Occupational Safety and Health, Official Services for Occupational Safety and Health, Geneva, 20-29 November 1967.
- International Labour Organization (ILO), (2011).
- Report V, Labour Administration and Labour Inspection, International Labour Conference, 100th Session, Geneva: International Labour Organization.
- Işıklı, Alpaslan (2003), Gerçek Örgütlenme Sendikacılık, Ankara: İmge Kitabevi.
- Japan Institute for Labour Policy and Training (JILPT) (2011), [<http://www.jil.go.jp/english/organization/abotutus.htm>], (25.10.2011).
- Koç, Yıldırım (2003), Türkiye’de İşçi Sınıfı ve Sendikacılık Hareketi Tarihi, Ankara: Yol-İş Yayınları.
- Koçer, Melih (1963), 1962 Yılında Yakın ve Orta Doğu Çalışma Enstitüsü, İstanbul.
- Koray, Meryem (2000), Sosyal Politika, Bursa: *Ezgi Kitabevi Yayınları*.
- Makal, Ahmet (2002), Türkiye’de Çok Partili Dönemde Çalışma İlişkileri: 1946 – 1963, Ankara: *İmge Kitabevi Yayınları*.
- Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), (1978a), C150 Labour Administration Convention, [<http://www.ilo.org/ilolex/english/subjlst.htm>], (19.06.2011).
- Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), (1978b), 158 Labour Administration Recommendation, [<http://www.ilo.org/ilolex/english/subjlst.htm>], (19.06.2011).
- Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ), (1993), İşçi Sendikaları ve ILO İşçi Eğitimi El Kitabı, (Çev.: Türk-İş) Cenevre: Uluslararası Çalışma Bürosu.

Piyal, Bülent (2005), “Çalışma Yönetiminde Araştırma ve Eğitim”, Yayınlanmamış Makale.

Piyal, Bülent (2009), İş Sağlığı ve Güvenliğinde Türkiye'nin Avrupa Birliğine Uyum Sorunu, Ankara: Belediye İş Sendikası AB'ye Uyum Dizisi.

Research Institute for Labour and Social Affairs (RILSA) (2011), [http://www.vupsv.cz/index.php?p=index&site=en], (17.08.2011).

Talas, Cahit (1959), “Milletlerarası Çalışma Teşkilatı ve Türkiye (27 Yıllık İşbirliği)”, Çalışma Dergisi, Volume.1, Issue: 3, Kasım - Aralık 1959.

Talas, Cahit (1990), Toplumsal Politika (Giriş), Ankara: İmge Kitabevi.

The Institute of Labour and Social Research (LSRC) (2011), [http://www.dsti.lt/about_inst.html], (10.08.2011).

Tuna, Orhan ve Nevzat Yalçıntaş (1999), Sosyal Siyaset, İstanbul: Filiz Kitabevi.

Turan, Kâmil (1979), Milletlerarası Sendikal Hareketler, Ankara: A.İ.T.İ.A. Yayınları.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (1952), Milletlerarası Çalışma Bürosu ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti arasında İstanbul'da Yakın ve Orta Doğu İş Gücü Faaliyet Merkezi kurulması için Cenevre'de imzalanan Anlaşmanın onanması hakkında 5947 sayılı Kanun, Official Gazette Date: 06 Haziran 1952, Issue: 8134.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (1953), 6114 Sayılı Yasa, Kabul Tarihi: 03 Temmuz 1953. Resmî Gazete Tarihi: 10 Temmuz 1953, Sayısı: 8454.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (1960), Zabıt Ceridesi, Sabık Zabıt Hulâsası, Kırkinci İnikat, 18.II.1960 Perşembe, Devre: XI, Cilt: 11, İctîma: 3, Birinci Celse.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (1960), Zabıt Ceridesi, Sabık Zabıt Hulâsası, Ellinci İnikat, 28.II.1960 Pazar, Devre: XI, Cilt: 12, İctîma:3, Üçüncü Celse.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), (1983), Çalışma ve Sosyal Güvelik Bakanlığı'nın Teşkilât ve Görevleri Hakkında 184 sayılı Kanun Hükümündeki Kararname, Resmî Gazete Tarihi: 14 Aralık 1983.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), (1985), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında 184 Sayılı Kanun Hükümünde Kararnamenin Bazı Hükümlerinin Değiştirilmesi Hakkında Kanun Hükümünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun, Resmî Gazete Tarihi: 18.1.1985 Sayısı: 18639.

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), (2003), Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilâtının Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Teklifi ile Gerekçesi.

Yılmaz, Fatih (2009), “İş Sağlığı ve Güvenliği'nde Okul Eğitiminin Önemi: Modern Örnekler Işığında İş Sağlığı ve Güvenliği Lisans Eğitiminin Ülkemizde Uygulanabilirliği”, Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi, C:11, S: 1, 107-138.

V.V. Giri National Labour Institute (VVGNI), (2011), [http://www.vvgnli.org] (15.07.2011).

Varlık, M. Bülent (1998), “Milletlerarası Çalışma Bürosunun Türkiye Raporu-1949”, Türkiye Sendikacılık Ansiklopedisi, Volume: 3, (İstanbul: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı).

Türkiye’de Yabancıların Sosyal Güvenliği¹

Social Security of Foreigners in Turkey

Müslim DEMİR*

ÖZ

İlk ortaya çıktığı yıllarda daha çok işçi sorunları üzerinde duran sosyal politika kavramı zaman içerisinde toplumsal hayatı etkileyen her türlü sorunu kendisine konu edinmiştir. Bugün sosyal güvenlik, sosyal politikanın en etkin ve en kapsamlı bir aracıdır. Göç ise ülkelerin siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik yapılarıyla ilişkisi olan ve özellikle demografik yapılarına önemli etkileri olan bir kavramdır. Dolayısıyla göç kavramı sosyal politikanın en önemli aracı olan sosyal güvenlik politikasını da etkileyen bir kavramdır. Resmi kaynaklara göre son 13 yılda yaklaşık 2,5 milyon kişinin göç ettiği Türkiye’de sosyal güvenlik mevzuatı da buna bağlı olarak şekillenmiştir. Başta Uluslararası Çalışma Örgütü olmak üzere, Avrupa Birliği ve Birleşmiş Milletler gibi uluslararası kuruluşların düzenlemeleri yabancılar ile ilgili sosyal güvenlik mevzuatının oluşmasında oldukça etkili olmuştur. Öte taraftan diğer devletler ile yapılan ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri yabancı uyruklu çalışanların sosyal güvenliği açısından önemlidir. Bu çalışmada Türkiye’ye göç eden yabancı uyruklu kişilerin sosyal güvenlik hakları tarihsel süreç içerisinde ele alınmış ve değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Göç, sosyal politika, sosyal güvenlik

ABSTRACT

The concept of social policy, generally focused on labor issues, in the first years appeared dealt with every problem affecting social life over time. Today, social security is the most effective and comprehensive tool of social policy. Immigration is the concept that effects on political, social, cultural and economic structures and especially demographic structure of countries. Therefore, the concept of migration effects on the concept of social security policies that the most effective and comprehensive tool of social policy. According to official sources, in Turkey, where 2,5 people have migrated in the last 13 years, social security legislation had been shaped due to this situation. The regulations of international organizations, as The International Labour Organization, The United Nations and European Union, has been quite effective in the formation of the social security legislation concerning foreigners. On the other hand, mutually social security agreements are important in terms of social security of foreigner. In this study, the social security rights of foreign nationals, migrated to Turkey, were discussed and evaluated.

Keywords: Migration, social policy, social security

* *Yrd. Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
muslimdemir@gmail.com*

1 Bu makale, 25-27 Haziran 2015 tarihleri arasında Çek Cumhuriyeti (Charles Üniversitesi/Prag)’nde düzenlenen “3.Uluslararası Türk Göç Konferansı 2015”de sunulan tebliğin gözden geçirilerek genişletilmiş halidir.

(Makale gönderim tarihi: 29.07.2015 / Kabul tarihi: 29.02.2016)

GİRİŞ

Sosyal güvenlik; yaşlılık, sakatlık, ölüm, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık gibi yaşamsal riskler karşısında insanoğlunun kendini güvende hissetmesini ve gelir garantisi sağlayan bir sistemdir. Günlük yeme-içme gibi fiziksel ihtiyaçlarının yanında geleceğine ilişkin sosyal güvencesi olan, kendini bu anlamda güvende hisseden insan geleceğe daha umutla bakmakta ve daha mutlu olmaktadır.

Günümüzde dünya eski dünya değildir. Başta iletişim teknolojisindeki ilerlemeler ve küreselleşme nedeniyle ülkeler arasındaki sınırlar bugün yok olmuştur. Ülkeler arası ulaşımın kolaylaşması ile birlikte bugün dünya küresel bir köy haline gelmiş ve mobilite de artmıştır. Mobilitenin bir boyutu sermaye iken diğer boyutu ise işgücüdür. Sosyal güvenlik, işgücü mobilitesi açısından önemli bir kavramdır. Çünkü insan işgücü (emeği) ile bir yandan bugünü için gerekli gelirini sağlarken sosyal güvenlik sayesinde de geleceğine yatırım yapmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye'ye göç eden kişilerin sosyal güvenlik hakları ele alınmıştır. Bu bağlamda öncelikle göç ve sosyal güvenlik ilişkisi ele alınmış ve Türk sosyal güvenlik mevzuatının yabancı uyruklu kişilere tanıdığı sosyal güvenlik hakları açıklanmıştır.

I- GÖÇ-SOSYAL GÜVENLİK İLİŞKİSİ

Göç kavramı; ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi, taşınma, hicret, muhaceret anlamlarına gelmektedir (TDK, 2015). Bu kavram insanlık tarihi kadar eski ancak her geçen zaman diliminde değişim gösteren dinamik bir kavramdır. Günümüz dünyasında özellikle terör ve savaş nedeniyle insanlar kendilerini daha güvende hissedecekleri yerlere göç etmektedir. Ayrıca kendi ülkelerinde gerekli istihdam olanaklarını bulamayan kişiler daha rahat iş bulabilecekleri yerlere göç etmektedir. Dolayısıyla göçün en önemli sebeplerinden bir tanesi de ekonomiktir. İnsanlar ekonomik tatminsizliklerini gidermek amacıyla daha iyi imkanları olan yerlere göç etmektedir (Ören, 2013:45).

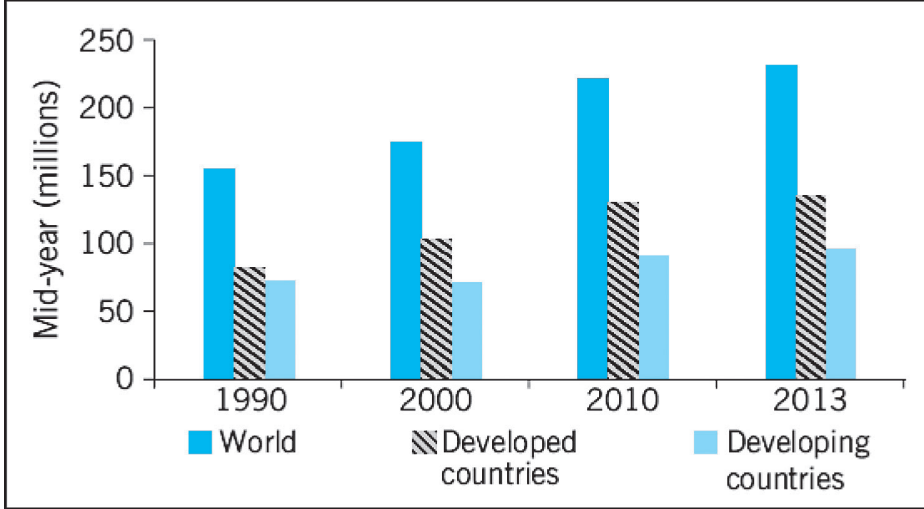
İlk başlarda emek-sermaye çatışmasının neden olduğu işçi sınıfının sorunlarını ele alan sosyal politika kavramı zamanla sosyo-ekonomik hak ve özgürlüklere dayalı daha fazla konuyu ele almaya başlamış ve alanını genişletmiştir. Sosyal politikayı anlayış ve uygulama yönünden değişime

uğratan oldukça fazla etken söz konusudur. Dünyada sosyal sorunlar azalmayıp tam tersi artmış, yeni ihtiyaç ve talepler ortaya çıkmıştır (Koray, 2012:31-33). Sebebi ne olursa olsun göç kavramı, sonuçları nedeniyle sosyal politika kavramını ilgilendiren bir olgudur (Taşcı, 2009:198). Göçün işsizlik, kayıt dışı istihdam, yoksulluk, yoksunluk, gecekondulaşma ve çevre sorunları gibi sonuçları sosyal politikanın alanına giren konulardır (Şekil-1).

Şekil 1. Göç-Sosyal Politika İlişkisi



Uluslararası göç, insanların çeşitli nedenlerle vatandaşı oldukları ülkeden ayrılıp daha iyi bir hayat kurmak amacıyla başka ülkelere yerleşmeleridir. Günümüzde iletişim olanaklarının artması ile birlikte milyonlarca insan uluslararası göç sürecine katılmaktadır (Baştürk, 2014:345). Dünya'da 1940'lı yıllardan itibaren gelir elde etme fırsatlarının sınırlı olduğu ülkelere bu imkanın daha fazla olduğu ülkelere doğru yoğun bir emek göçü yaşanmaya başlanmıştır (ILO, 1994:27). Sanayi devrimi sonrasında ilk kitlesel uluslararası göç hareketi, Avrupa'dan ABD'ye doğru gerçekleşmiştir. 19'uncu yüzyılda ve 20'inci yüzyılın başında, İngiltere'den başlayan kitlesel göç hareketi, kısa sürede diğer Avrupa'ya da sıçramıştır (Özcüre, 2014:250). Özellikle 1990 yılından itibaren dünyada uluslararası göç hızlı bir şekilde artmıştır. Bugün Dünya genelinde yaklaşık 1 milyar insan doğdukları şehirlerden başka şehirlerde yaşamakta ve çalışmaktadırlar (Sylvie, 2015:1).

Grafik 1. Uluslararası Göçün Dünya Genelindeki Değişimi

Kaynak: Sylvie, 2015:1

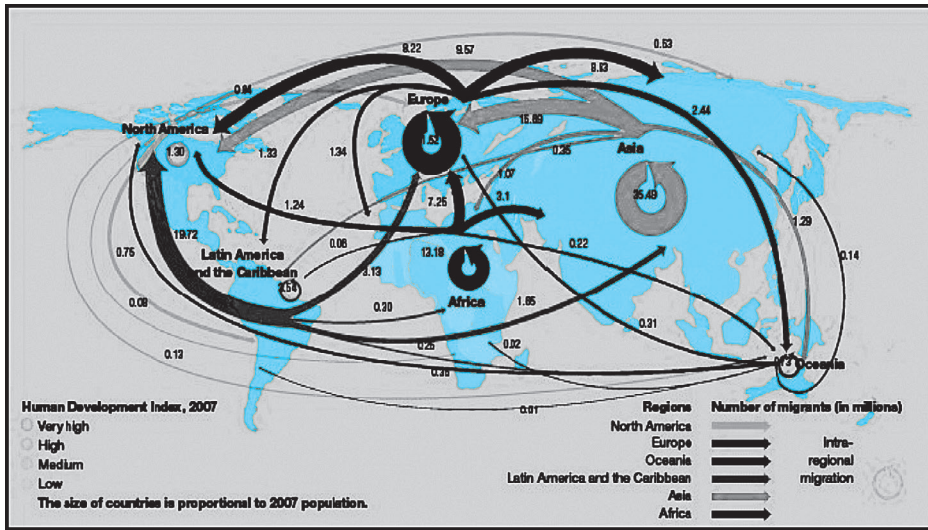
Diğer taraftan dünyada sınırlar arası göçün yanında ülke/kıta sınırları içinde de göç oldukça yoğundur (Şekil 2). Dünyada göçün farklı formları söz konusudur. Yaşanan göçler gönüllü, zorla, düzenli, düzensiz, kalıcı ya da geçici (mevsimlik) olabilmektedir (UN, 2010:3). İş bulmak, daha iyi ücretle bir işte çalışmak, emeklilik dönemlerinde daha sıcak iklimlerde yaşamak, akrabalarla birlikte olmak ve siyasi sebepler bir ülkeden diğer bir ülkeye olan göçün başlıca sebepleridir (ILO, 1994:27).

Göç, kültürel ve coğrafi yakınlık sonucu ekonomik maliyetinin daha düşük olması nedeniyle önce bir iç göç hareketi olarak başlamış daha sonra izleyen süreçte ise uygun ortamı bulduğunda dış göçe dönüşmüştür. 2000'li yıllardan sonra küreselleşmenin etkisiyle yaşanan gelişmeler sonucunda dünya yeni bir uyum süreci geçirmiş ve yeni nüfus/yer değiştirmeleri yaşamıştır. Avrupa'da göç, dönem dönem bir tehdit olarak algılansa da serbest dolaşım hakkının verilmesiyle birlikte farklı bir boyut kazanmıştır (Özcüre, 2014:269-280).

İnsani güvenlik; hayatta kalma, günlük hayat ve onurlu bir yaşama hakkına yönelik tehditlere karşı mücadele etmedir. İnsani güvensizlik ise belli bir yerde, belli bir durumdaki belli bir insan topluluğu veya bireyler için çatışmanın bir tür yoksunluk, yoksulluk hissi yaratması olarak görülebilir.

Uluslararası göçteki temel motivasyon, “insani güvenlik arayışı” ya da başka bir ifadeyle algılanan “insani güvensizlikten kaçınma” olabilmektedir (Sirkeci, 2012:355-356). Bireylere ve ailelere, toplumlarına ekonomik, politik, sosyal, kültürel açılardan vakar ile katılabilecekleri yeterli düzeyde kaynaklar sunacak garantili ve istikrarlı bir yaşam düzeyi demek olan *ekonomik güvenlik* kavramı ile *sosyal güvenlik* kavramı birbirine çok yakın kavramlardır (Mesjasz, 2008:143).

Şekil 2. Dünyada Göç Hareketliliği



Kaynak: UN, 2010:4

Modern insanın endüstriyi sınırsız geliştirme isteği, çalışanların karşı karşıya bulunduğu mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik nitelikteki risklerin şiddetini artırmış ve zamanla yeni bir takım sosyal risklerin ortaya çıkmasına da neden olmuştur. Bu arada çalışanların karşılaştığı risklerin etkisini ortadan kaldırmak ya da azaltmakla ilgili dağılık ve sınırlı tedbirlerin yetersiz kalması, devleti halkın tamamını her zaman güvence altına alacak bir sistemi arayış içine sokmuştur (Ayhan, 2012:42). Genel olarak sosyal güvenlik; mesleki, fizyolojik veya sosyo-ekonomik herhangi bir riske maruz kalınması sonucunda çalışma ve gelir elde etme olanaklarından geçici veya sürekli olarak yoksun bulunan bireye, insan onuruna yakışır bir biçimde yaşamını devam ettirebilmesini sağlayan önlemlerin ve katkıların bütünü

olarak tanımlanabilir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2009:1). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) da sosyal güvenliği, onurlu bir insan hayatı için gerekli temel bir hak olarak tarif etmektedir (Cichon ve Hagemer, 2006:30). Dolayısıyla sosyal güvencesizlik ekonomik güvencesizliktir ve onurlu insan yaşamına yönelik önemli bir tehdittir. Bu tehditle karşı karşıya kalan kişiler başka yerlere göç etmektedir. Sosyal güvencesizlik göç olgusunun itici gücü olmaktadır. Uluslararası Sosyal Güvenlik Birliği (ISSA)'ne göre sosyal güvenlik sistemlerini etkileyen demografik yapı değişikliklerinden bir tanesi de göçtür. Ülkeler ve bölgeler arasındaki eşitsizlikler, göçü teşvik etmektedir. Bugün dünyada artan göç olgusu, sosyal güvenlik sistemleri açısından bir sorun teşkil etmektedir (ISSA, 2010:14).

İşgücü piyasasının küreselleşmesi ile genel olarak her ülkedeki emek için olumsuz koşullar büyümekte ve yaygınlaşmaktadır. Emek artık yalnız ulusal işgücü piyasasında değil, küresel düzeyde rekabete zorlanmakta ve küresel işgücü piyasasındaki konumuna göre değer kazanmaktadır. Bu nedenle bol miktarda niteliksiz işgücünün bulunduğu az gelişmiş ülkelerde iş bulmak her gün daha da zorlaşmakta, iş bulunsa bile çalışma koşulları giderek kötüleşmektedir. Diğer taraftan üretimin ve yatırımların küresel bir hareketlilik kazanması nedeniyle gelişmiş ülkelerde çalışanlar açısından da bazı tehditlerde doğmakta ve günümüzde çalışma koşullarının genel olarak ücretliler için aşağıya doğru inişe geçtiğinden söz edilmektedir (Koray, 2012:174). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporuna göre dünyada göçmenlerin işgücü piyasalarındaki durumu giderek kötüleşmektedir. 2007-2013 yılları verilerine göre göçmenlerdeki işsizlik oranı hızlı bir artış göstermektedir. Bu oranın OECD ortalaması yaklaşık %5'tir (OECD, 2014:63-64). Yine küreselleşme ile birlikte dış göç hareketlerinin artması göçmen işçiler açısından hiç de olumlu sonuçlar doğurmamıştır. Göç edilen ülkede yabancı işçilerin yoğun bir biçimde istihdam edildiği emek yoğun sektörlerde üretimin, ucuz iş gücünün bulunduğu ülkelere kaydırılması göçmen işçiler için önemli ölçüde işgücü piyasasından dışlanmalarına (alt proletarya sınıfı) neden olmuştur. Bu durum göçmenleri hizmet sektöründeki taşeron işletmelere veya kaçak (kayıt dışı) kalanlara yöneltmiştir. Üretimin ve işgücü piyasasının yeniden yapılanması sürecinde göçmenler genellikle çevresel işgücü olarak istihdam edilmekte ve konuları bu temelde meşrulaştırmaktadır. Yerli işgücünün çalışmak istemediği, bireyi geliştirmekten uzak, tek düze ve

hiçbir nitelik gerektirmeyen, güvencesiz, ağır, yorucu ve pis işler genellikle yabancı işçiler tarafından doldurulmaktadır. Bu ise önemli bir dışlanmışlık sorununu yaratmaktadır (Güven, 2013:221).

Göçmenlerin dışlanmışlık sorunu karşısında uluslararası düzenlemelerin yapılması gereği 1940'lı yıllarda gündeme gelmiştir. Ancak devletlerarası işbirliği sağlanamadığından dolayı ilk başlarda başarılı olunamamıştır. Uluslararası göçe ilişkin etkin düzenlemeler Birleşmiş Milletler (BM)'in kurulmasından sonra yapılmıştır (Baştürk, 2014:354). Uluslararası göç, sosyal güvenlik hakkı bakımından ayrıldığı ülkede kazanmış olduğu hakların terk edilmesi, göç ettiği ülkede de dezavantajlı grup olarak kendisi ve ailesi için yeterli sosyal güvenlik garantisi sağlayacak bir iş ve çalışma ortamı bulamaması sonucunu doğurmuştur (Arıcı ve Alper, 2013:196). Sosyal güvenlik hakkının uluslararası boyut kazanması bu sürecin sonucudur. İki aşamadan oluşan bu sürecin ilkinde, sosyal güvenlik temel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. İkinci aşamada ise sosyal güvenlik hakkına ilişkin uluslararası düzenlemeler yapılmıştır (Arıcı, 1997:9).

Göçmen işçilerin sosyal koruma sorunu öncelikle bir insan hakları sorunudur (Lamarche, 2013). Sosyal güvenlik uluslararası düzeyde ilk defa 10.12.1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde temel bir hak olarak düzenlenmiştir. Bildirgenin 22'inci maddesinde “*Her kişinin toplumun bir üyesi olarak, sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu*” belirtilmiştir. Anılan bildirmede sosyal güvenliğin sadece ekonomik bir güvence sağlamadığı, insanın kişiliğini geliştirme işlevini de üstlendiği vurgulanmaktadır. Sosyal güvenliğin uluslararası boyutuna ilişkin ikinci önemli belge 1952 yılında ILO tarafından kabul edilmiş olan *Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 Sayılı Sözleşme*'dir. Bu sözleşme 1944 yılındaki Filadelfiya Bildirgesi doğrultusunda hazırlanmıştır. ILO'nun sosyal güvenlikle ilgili diğer önemli düzenlemesi 1962 yılındaki *Sosyal Güvenlikte Vatandaşlarla Vatandaş Olmayanlara Eşit Davranma Hakkındaki 118 Sayılı Sözleşme*'dir. Bu sözleşme üye devletler için ülkelerindeki yabancılara sosyal güvenliğe tabi olma ve sağlanacak yardımlardan yararlanmaya hak kazanma açısından kendi vatandaşları ile ayrımcılık yapmama yükümlülüğü getirilmiştir. Türkiye bu sözleşmeyi 1971 yılında onaylamıştır (Güzel, Okur vd., 2014:40-43).

Avrupa Birliği (AB) resmi olarak sosyal refah politikasını belirlememesine rağmen üye devletler arasında sosyal yardımlar yıllarca uygulanmıştır. Sosyal

Avrupa'nın bir parçası olarak göçmenlerin sosyal hakları üye ülkeler arasında karşılıklı olarak üstlenilmiştir (Martinsen, 2005:89). AB sınırları dahilinde kişilerin serbest dolaşım ve yerleşme hakkı, Avrupa vatandaşlığı statüsüne bağlı en temel hak olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa Komisyonu'nun 27 komiserinden biri olan Çalışma, Sosyal Politika ve İçerme Komiseri, özellikle göçmen işçilerin serbest dolaşımının temin edilebilmesi için aktif önlemler almaktadır. Bu önlemlerden bazıları ise şunlardır: Vatandaşların başka bir üye ülkeye istihdam veya yerleşmek amacıyla gitmeleri halinde, o ülkedeki iş imkanları konusunda kişilere yardımcı olunması, serbest dolaşım hakkının kullanılması halinde, göçmen işçilerin istihdam edildikleri üye ülkelerin ulusal mevzuatları ile entegrasyonunu sağlamak ve sosyal güvenlik haklarının korunması amacıyla uygulanan açık koordinasyon metodunun üye ülkelerde uygulanması ve AB vatandaşlarının insan onuruna yakışır biçimde bir yaşam düzeyine kavuşturulabilmeleri amacıyla, piyasadan bağımsız ve ulusal düzeyde sosyal yardım mekanizmalarının oluşturulmasıdır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012:40-41). AB'nin İşleyişine İlişkin Antlaşmanın (ABİA) "Kişilerin, Hizmetlerin ve Sermayenin Serbest Dolaşımı" adlı 4'üncü başlığı, iç pazar unsurlarından biri olan işçilerin serbest dolaşımı ilkesi için 2 kilit hüküm içermektedir. ABİA'nın 45'inci maddesi şöyle bir ilkeye yer vermektedir: "*İşçilerin serbest dolaşımı AB içinde güvence altına alınır.*", ve devamla, "*Bu dolaşım serbestliği istihdam, ücretlendirme ve diğer çalışma ve istihdam koşulları açısından üye devletlerin işçileri arasında uyruğa dayalı her türlü ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını gerektirmektedir.*" (Jorens, Lhernould vd., 2011:54).

Avrupa çapında insan hakları, demokrasi ve hukukun üstünlüğünü savunmak amacıyla Avrupa çapında kurulmuş hükümetlerarası bir kuruluş olan ve Türkiye'nin de kurucu üyesi olduğu Avrupa Konseyi'nin sözleşmelerinde göçmenlerin sosyal güvenliklerine ilişkin hükümler yer almaktadır. Örneğin, Türkiye'nin 1972 yılında imzalayıp 1977 yılında yürürlüğe giren¹ *Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi*'nde yabancılar ile göçmen işçilerin, sosyal güvenlikleri bakımından, özellikle, kendi vatandaşlarıyla eşit muamele görmeleri benimsenmektedir². İkinci olarak Türkiye'nin 1977 yılında imzalayıp 1983 yılında yürürlüğe koyduğu³

1 <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=078&CM=1&DF=&CL=ENG>

2 <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/078.htm>

3 <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=093&CM=4&DF=&CL=ENG>

Göçmen İşçilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Avrupa Sözleşmesi'nin sosyal güvenlik başlıklı 18'inci maddesinde her taraf ülkenin göçmen işçilere eşit kendi vatandaşları ile eşit muamele yapmaları üstlenmeyi kabul ettikleri belirtilmiştir⁴. Son olarak, Türkiye'nin 1961 yılında imzalayıp 1989 yılında yürürlüğe giren⁵ *Avrupa Sosyal Şartı*'nın sosyal güvenlik hakkına ilişkin 12'inci maddesinde ve göçmen işçilerin haklarına ilişkin 19'uncu maddesinde taraf ülkelere önemli sorumluluklar yüklenmektedir⁶. Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 45/158 sayılı ve 18 Aralık 1990 tarihli Kararı ile kabul edilen *Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme*, Türkiye tarafından 1999 yılında imzalanmış ve 2003 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin 27'inci maddesinde "Sosyal güvenlik konusunda göçmen işçiler ve aile fertleri istihdam devletinin kanunları ve ikili ve çok taraflı antlaşmalarda yer alan şartları yerine getirdiği ölçüde çalıştıkları devletin vatandaşlarıyla aynı muameleden yararlanırlar" hükmü yer almaktadır (Akıntürk, 2007:21).

AB Sosyal Güvenlik Hukuku açısından "**lex loci laboris**" ilkesi "**çalışılan ülkenin mevzuatının geçerli/üstün olması**" demektir. Bu ilke, bir işverene bağlı olarak çalışan farklı kişiler arasında eşit muamele sağlamaktadır. Aksi takdirde çalışan kişinin ikamet yerinin ölçüt olarak uygulanması, bir işvereni, işçilerin yaşadığı farklı devletler arasında değişiklik gösteren prim seviyelerine dayanarak işçisini seçmeye yöneltebilmektedir. Çalışılan yerin/ülkenin ölçüt olması, bütün çalışanların aynı mevzuata tabi olmasını sağlamaktadır (Jorens, Lhernould vd., 2011:168). Sosyal Güvenlik Hukuku kurallarının ülkeselliği temel kural olmakla birlikte bazı istisnai durumlarda kişinin ulusal hukuku onu çalıştığı yabancı ülkede izler. Buna "kişisellik ilkesi" ya da "ülkesellik kuralının istisnası" denebilir (Tuncay ve Ekmekçi, 2013:301).

Tarihi gelişme seyri, ekonomik ve sosyal sebeplere bağlı olarak ülkelerin sosyal güvenlik programları arasında ortaya çıkan farklılıklara rağmen, sosyal güvenlikle ilgili çalışmalar yalnızca yaklaşım olarak değil, en azından

4 <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/093.htm>

5 <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=035&CM=1&DF=&CL=ENG>

6 <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/035.htm>

fonksiyonel olarak da sosyal güvenlik garantisinin seviyesi ve maliyetlerinin uluslararası seviyede ahenkleştirmesini sağlamaya yönelik olmalıdır. Bu hedefe ulaşmak, milli seviyede oluşturulacak sosyal güvenlik tedbirlerini Uluslararası Çalışma Konferansı’nın benimsediği sözleşme ve tavsiye kararları veya aynı amaçla oluşturulmuş konferanslardaki standartlar üzerine inşa etmekle mümkün olabilir. Uluslararası düzeyde sağlanacak olan bir ahenkleştirme faaliyetinin temel gerekçelerinden birini de farklı sosyal koruma tedbirlerinin uygulanması dolayısıyla, ülkeler arası rekabette ortaya çıkan avantaj ve dezavantajları ortadan kaldırma gayesi oluşturmaktadır (ILO, 1994:29). Uluslararası standartlar ile ülkeler arasında çalışma yaşamına ilişkin düzenlemelerin birbirine yaklaşması hem emeğin hem de sermayenin hareketliliğini kolaylaştırmaktadır (Alper ve Kaya, 1995:88)

II- YABANCILARIN TÜRKİYE’DE ÇALIŞMALARI

Günümüz Türk hukuk sistemi içinde “yabancı” kavramının tanımlarına farklı kanunlarda yer verilmiştir. Örneğin, 2003 yılında yürürlüğe giren 4817 sayılı Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun’a göre yabancı, “403 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanunu’na göre Türk vatandaşı sayılmayan kişidir.” 403 sayılı Kanun 2009 yılında çıkartılan 5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanunu ile yürürlükten kaldırılmıştır. 5901 sayılı Kanun’da yabancı, “Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile vatandaşlık bağı bulunmayan kişidir.” 2013 yılında yürürlüğe giren 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu’na göre de yabancı, “Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile vatandaşlık bağı bulunmayan kişidir.”

Uluslararası göçün önemli bir nedeni emek piyasası koşullarıdır. Herhangi bir ülkedeki işçi haklarının daha iyi olması işçiler açısından o ülkeyi daha cazip hale getirmektedir. Özellikle göç alan Batı Avrupa ülkelerinde emek piyasasının avantajları söz konusudur ve gelişmiş sosyal haklar daha fazladır (Baştürk, 2014:351). Türkiye’deki emek piyasası koşulları ve sosyal haklar Batı Avrupa kadar gelişmiş olmasa bile coğrafi konumundan dolayı cazip bir ülkedir.

Yabancıların Türk işgücü piyasasına katılmalarının görünür hale gelişi kısmen 1990’lı yıllardan itibaren başlamıştır. Bununla birlikte yabancıların Türkiye’de iş piyasalarına katılımında hayli eski tarihlere rastlamak da mümkündür. Yabancıların Osmanlı İmparatorluğu’na çalışma için gelmeleri,

kurulan ilk fabrikalarda işi öğretmek amacı ile vasıf düzeyi yüksek ustalar aracı ile gerçekleştirilmiştir (Lordoğlu, 2007:13).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde iktisadi yaşamda, özellikle sınaî ve ticarî faaliyetlerde Türk olmayan etnik unsurların büyük bir egemenliği söz konusuydu (Tablo-1). Birçok Avrupa ülkesinden gelen kişiler değişik iş kollarında çalışıyordu. Bunun temel nedeni ise Türk uyruklu işçilerin eğitimsiz ve niteliksiz olmasıdır.

Tablo 1. 1915 Yılında Emek ve Sermayenin Etnik Kökenine Göre Dağılımı

Milliyet	Emek	Sermaye
Rum	%60	%50
Ermeni	%15	%20
Türk	%15	%15
Yahudi	%5	%10

Kaynak: Makal, 1999:346.

Cumhuriyet öncesinde özellikle madencilik sektöründe yabancı işgücü oldukça fazlaydı. Türk işçiler düşük ücretli işlerde çalışırken yabancılar başta mühendislik olmak üzere daha yüksek ücretli ve nitelikli işlerde çalışmaktaydı. 1929 Ekonomik Krizi sonrası ortaya çıkan işsizlik sorunu kötü durumda olan Türk işgücünü daha da kötüleştirmiştir. Bu durum karşısında 2007 sayılı Türkiye’de Türk Vatandaşlarına Tahsis Edilen Sanat ve Hizmetler Hakkında Kanun⁸ çıkartılmıştır. Bu Kanun sonrasında Bakanlar Kurulu’nun Talimatnamesi⁹ ile değişik sektörlerdeki yabancıların hangi tarihe kadar işlerini terk etmeleri gerektiği belirtilmiştir. 2007 sayılı Kanun sonrasında çoğunluğu Yunan vatandaşı 6.000 yabancı ve 15.000 Macar uyruklu işçi Türkiye’yi terk etmiştir. Bununla birlikte Ereğli Kömür Havzası’ndaki yabancı işçilerden eser kalmadığı ifade edilmektedir. 1954 yılındaki 6224 sayılı Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu ile yabancılar üzerindeki sınırlamalar geniş ölçüde gevşetilmiştir (Makal, 1999:347-351).

8 16.06.1932 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

9 24.05.1934 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

1960’lı yılların başında Türkiye uluslararası göç pazarında yeni bir konuma gelmeye başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında Batı ülkeleri işgücüne gereksinim duymuş, Türkiye de başta Almanya olmak üzere birçok Avrupa ülkesine işgücü ihraç etmeye başlamıştır. Önceleri kısa süreli geçici işçi göçü olarak başlayan bu göç hareketi daha sonra aile birleşimi göçü ile birçok Avrupa ülkesinde yerleşmeye dayalı bir göç haline geldi. 1980 yılları ile birlikte Türkiye’nin küresel göç rejimleri içindeki konumu değişmiştir. 1960 sonrasında göç-veren bir ülke olan Türkiye yakın tarihinde ilk kez yabancıların göçü ile göç-alan ülke kimliği edinmeye başlamıştır. 1980’ler de ise modern Türkiye tarihinde ilk kez kökenleri itibariyle Türk ve Müslüman olmayanlarında Türkiye’ye göçüne tanık olunmuştur. Kısacası ilk kez “yabancıların” Türkiye’ye göçünden sözü edilebilecek yeni bir döneme girilmiştir (İçduygu, Erder vd., 2014:57-58).

Son dönemde Suriye’de yaşanan iç karışıklık nedeniyle Türkiye’ye çok sayıda Suriyeli sığınmıştır. Cumhuriyet döneminde Balkanlardan farklı göç dalgaları ile 1923-1950 yılları arasında yaklaşık 850.000, 1950 sonrasında bugüne kadar ise yine 850.000 olmak üzere toplam 1.700.000 kişi Türkiye’ye göç etmiştir. Yaklaşık yüz yıla yakın bir döneme yayılan bu göç hareketinin sayısal büyüklüğüne eşit olan başka bir göç dalgası, Suriyelilerin sığınma hareketi ise yalnızca içinde yaşadığımız son üç yıl içine sığmıştır (İçduygu, 2015:18). Bu kişiler 359 sayılı “Cenevre’de 28.07.1951 tarihinde imzalanmış olan Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşmenin Onaylanması Hakkında Kanun¹⁰” ile tanımlanan mültecilerdir. Nitekim 359 sayılı Kanuna göre mülteci; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişilerdir. Geçici Koruma Yönetmeliğine¹¹ göre ülkesinden

10 05.09.1961 tarihli ve 10898 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

11 22.10.2014 tarihli ve 29153 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak veya kitlesel akın döneminde bireysel olarak Türkiye sınırlarına gelen veya sınırlarını geçen kişiler geçici korunan kişilerdir. Dolayısıyla son dönemde Türkiye'ye göç eden Suriyeliler geçici koruma kapsamında sayılan kişilerdir.

En son yayımlanan Geçici Koruma Sağlanan Yabancıların Çalışma İzinlerine Dair Yönetmelik¹² hükümlerine geçici koruma sağlanan yabancılar, çalışma izni olmaksızın Türkiye'de çalıştırılmaz. Ancak geçici koruma sağlanan yabancılar, geçici koruma kayıt tarihinden altı ay sonra çalışma izni için başvuruda bulunmalıdır. Yönetmelik ile getirilen önemli bir düzenleme ise istihdam kotasıdır. Söz konusu Yönetmeliğe göre çalışma iznine başvuru tarihinde çalışan geçici koruma sağlanan yabancı sayısı, o iş yerinde çalışan Türk vatandaşı sayısının %10'unu geçmemelidir. Ancak işveren tarafından, iş yerinin kayıtlı bulunduğu Çalışma ve İş Kurumu İl Müdürlüğünden, çalışma izni başvurusu tarihinden önceki 4 haftalık süre içerisinde yabancıların çalıştırılacağı işi yapacak aynı nitelikte Türk vatandaşı bulunmadığının belgelendirildiği başvurularda istihdam kotası uygulanmayabilecektir. Diğer bir önemli husus ise geçici koruma sağlanan yabancılar için asgari ücretin altında ücret ödenmemesidir.

III- TÜRKİYE'DEKİ YABANCILARIN GÜNCEL İSTİHDAM DURUMLARI

Türkiye'de yabancıların çalışabilmeleri için çalışma izni ve vizesi ile İçişleri Bakanlığı'ndan ikamet tezkeresi almaları gerekiyordu. 11.04.2014 tarihinden itibaren çalışma izinleri ikamet tezkeresi yerine geçmeye başlamıştır. Böylece yabancıların işe başlama süreçleri bürokratik olarak daha da kolaylaştırılmıştır (Temir, 2015:17). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB)'nin 2004-2014 yılları arası verilere bakıldığında Türkiye'de çalışma izin belgesini alarak çalışan yabancıların sayısı yaklaşık 7,5 kat artmıştır. Aynı veriler göz önüne alınarak yıllar ve cinsiyet açısından yabancılar için verilen çalışma izinlerinin dağılımına bakıldığında 2011 yılına kadar erkeklere verilen çalışma izinleri daha fazla iken 2011 yılından sonra kadınlara verilen çalışma izinleri daha fazla olmaya başlamıştır (Tablo 2, Grafik 2).

12 15.01.2016 tarihli ve 29594 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

Tablo 2. Yıllara ve Cinsiyete Göre Yabancılara Verilen Çalışma İzinleri

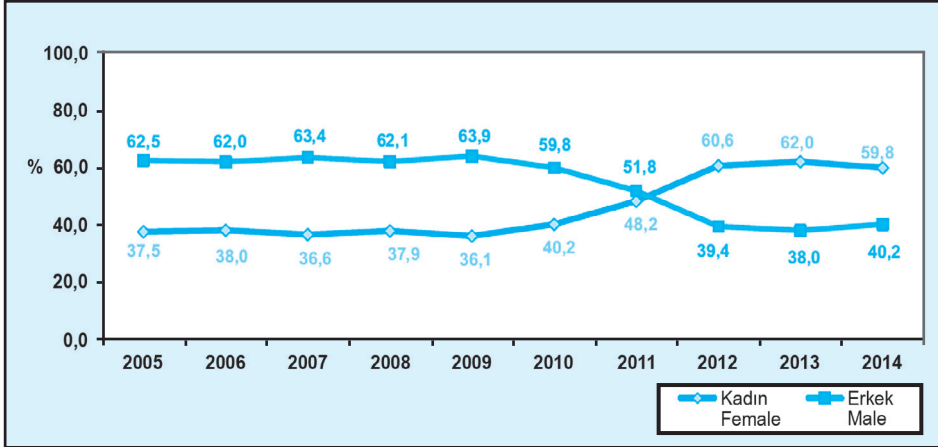
Yıl Year	Çalışma izin sayısı Number of work permit				Toplam Total
	Kadın Female		Erkek Male		
	Sayı Number	%	Sayı Number	%	
2004	3.013	41,3	4.289	58,7	7.302
2005	3.541	37,5	5.897	62,5	9.438
2006	4.033	38,0	6.570	62,0	10.603
2007	3.264	36,6	5.666	63,4	8.930
2008	4.054	37,9	6.651	62,1	10.705
2009	5.058	36,1	8.965	63,9	14.023
2010	5.704	40,2	8.497	59,8	14.201
2011	8.396	48,1	9.071	51,9	17.467
2012	19.550	60,6	12.727	39,4	32.277
2013	28.408	62,0	17.246	38,0	45.834
2014	31.303	59,8	21.001	40,2	52.304

Kaynak: ÇSGB, 2014:126

Yine ÇSGB verilerine göre Türkiye'de çalışma izni alan yabancıların 20.533'ü lise mezunu iken 17.032'si üniversite mezunudur. Çalışma izni verilen kişilerin uyruklarına bakıldığında en fazla Gürcistan (7.680), Ukrayna (4.334), Türkmenistan (2.635), Çin (2.621), Rusya (2.562) ve Suriye (2.541) uyruklu yabancıların Türkiye'de çalıştıkları anlaşılmaktadır (ÇSGB, 2015:130-131). 2013 yılında Suriye uyruklu yabancılara verilen izin sayısı 794 iken (ÇSGB, 2013:202) bu sayı 2014 yılında 3,2 kat artarak 2.541'e yükselmiştir. Yaklaşık 2,5 milyonu bulan Suriyeli göçmen sayısı dikkate alındığında 2.541 sayısının çok az olduğu ve Suriyelilerin büyük bir kısmının kayıt dışı olarak çalıştığı ortadadır. Ayrıca gerek ÇSGB gerekse SGK tarafından yayımlanan resmi istatistiklerde yabancı uyruklu sigortalıların sayılarına yer verilmemektedir.

Türkiye'de 2014 yılı içinde çalışma izni verilen yabancı kadınların en fazla; Gürcistan (7.187), Ukrayna (3.592), Türkmenistan (2.385), Rusya (2.082), Kırgızistan (1.765), Özbekistan (1.759) ve Moldova (1.699) uyruklu oldukları görülmektedir. Bu kadınların en fazla olduğu iller ise şunlardır: İstanbul (11.719), Antalya (7.662), Ankara (5.397), İzmir (1.672) ve Muğla

Grafik 2. Yıllara ve Cinsiyete Göre Yabancılara Verilen Çalışma İzinlerinin Oransal Dağılımı



Kaynak: ÇSGB, 2015:126

(1.083). Çalışma izni alan yabancıların en fazla yoğunlaştığı ekonomik faaliyet alanları ise ev içi çalışma, konaklama (otel) ve eğlencedir (ÇSGB, 2014:130-143). Uluslararası Göç Örgütü (IOM) tarafından hazırlanan bir rapora göre Türkiye'ye gelen göçmenlerin çoğunlukla ev işleri ve bakıcılığın yanı sıra, fuhuş, inşaat, tekstil, gıda sektörlerinde çalıştığı tespit edilmiştir (İçduygu, 2003:27). Özellikle eğlence ve fuhuş sektöründe çalışmak zorunda kalan kadınlar için en olumsuz sonuçlar sömürü ve istismardır. Ülkelerinde, ekonomik zorluklar ve istihdam koşullarının elverişsizliği nedeniyle, eğitilmiş ve meslek sahibi kadınların bile bu sektörlerde çalışmak zorunda kaldığı bilinmektedir. Özellikle, ülkelerinden çeşitli vaatlerle kandırılarak insan ticaretine konu olan, eğitimsiz ve yoksul kadınlar için durum çok daha vahimdir (Gökbayrak, 2006). Ayrıca kadın emeğinin baskın olduğu (göçün feminizasyonu) bakım hizmetlerinde ucuz kadın emeği oldukça fazladır. Dolayısıyla sosyal güvenceden yoksun, ucuz ve uysal kadın göçmen işçilerin emekleri sayesinde gelişmiş ülkelerin refahı artmaktadır (Gökbayrak, 2009:64).

Türkiye'de yabancılar her mesleği yapamamaktadır. Türk hukuk sistemindeki değişik kanunlardan dolayı yabancıların çalışmasının yasak olduğu meslek ve görevlerden bazıları ise şunlardır: Dış tabipliği, dişçilik, eczacılık, veterinerlik, avukatlık, noterlik, güvenlik görevliliği, gümrük müşavirliği,

kooperatiflerde yönetim kurulu üyeliği, devlet memurluğu, hakim ve savcılık (Temir, 2015:20-21). Bununla birlikte 4817 sayılı Kanun’a göre izin belgesi almaksızın çalışan yabancı ve çalıştıran işveren idari para cezası ile cezalandırılmaktadır. Hatta fiilin tekrarı halinde işyerleri kapatılabilmektedir.

IV- TÜRK SOSYAL GÜVENLİK HUKUK SİSTEMİNDEKİ DÜZENLEMELERE GÖRE YABANCILARIN SİGORTALILIK DURUMU

Türk Hukukuna göre, bir yabancıнын kendisine yasaklanmamış alanlarda, iş sözleşmesi ehliyetine sahip olabilmesi için, çalışma izin belgesi bulunmalı veya bundan muaf tutulmuş olmalıdır. Özel kanunlarla kamu yararı düşüncesiyle getirilmiş olan yasaklara aykırı olarak yapılan iş sözleşmeleri baştan itibaren geçersizlik yaptırımına tabi olacaktır (Cengiz, 2008:209).

Türk Sosyal Güvenlik Hukuku açısından bağımlı olarak çalışan yabancıların sigortalılık durumları 5510 sayılı Kanun’da, Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği (SSİY)¹³’nde ve SGK tarafından çıkarılan 2013/11 sayılı Genelge¹⁴’de açıklanmıştır.

5510 sayılı Kanun’un 4 üncü maddesinin ikinci fıkrasının (c) bendi gereğince, yabancı uyruklu kişilerden bir hizmet akdi ile **bağımlı çalışanlar** Kanunun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olarak sigortalı sayılmışlardır. Yine aynı Kanun’un 6 ncı maddesinin (e) bendinde ise, yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye’ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler sigortalı sayılmazken 6552 sayılı Kanun’la değişiklik yapılmış, 11.09.2014 tarihinden itibaren bu kişiler **üç ayı geçmemek üzere** sigortalı sayılmamıştır. Söz konusu üç aylık sınırlama, özellikle üçüncü ülkelerden gelecek yabancı işgücü göçünün Türk vatandaşlarının istihdam imkanlarını sınırlandırmaması için alınmış bir tedbir olarak değerlendirmek gerekir (Alper, 2015:120).

Yabancı uyruklu işçilerin SGK’ya bildirimleri Türk işçilerde olduğu gibi sigortalı işe giriş bildirgesi ve aylık prim ve hizmet belgesi ile yapılmaktadır. 2013/11 sayılı Genelge gereği yabancıların sosyal güvenlik

13 12.05.2010 tarih 27579 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

14 22.02.2013 tarihinde yayımlanmıştır.

sicil numarası Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce verilen kimlik numarasıdır. Yabancı uyruklu işçi çalıştıran işverenlerin çalışma izin belgesindeki izin başlangıç tarihinden itibaren 30 gün içinde sigortalı işe giriş bildirgesi düzenleyerek SGK'ya vermeleri gerekmektedir. Diğer taraftan işverenler tarafından 4817 sayılı Kanun gereğince çalışma izni alınmadan çalıştırılarak SGK'ya bildirim yapılan sigortalılar ile denetim elemanlarınca çalışma izni olmadan çalıştırıldığı tespit edilen yabancı uyruklu kişilerin tescili SGK tarafından yapılmaktadır.

Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkeden gelen yabancılar çalışmaya başladıkları üçüncü ayın son gününü takip eden günden itibaren sigortalı sayılacaklardır. **Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmış ülkeden**¹⁵ gelen yabancılar ise Türkiye ile taraf ülkeler arasında imzalanan ikili ya da çok taraflı sosyal güvenlik sözleşmelerinde yer alan hükümler uyarınca, sosyal güvenlik sözleşmesinde öngörülen süre ve bu süreye ilave edilecek süre kadar sigortalı sayılmamaktadır. Türkiye ile taraf ülkeler arasında imzalanan ikili ya da çok taraflı sosyal güvenlik sözleşmelerinde yer alan hükümler uyarınca, yabancı ülke mevzuatına tabi yabancıların akit ülkede kurulu kuruluş tarafından belirli bir işin icrası amacıyla geçici olarak Türkiye'ye gönderilmesi halinde, lex loci laboris (çalışılan yer) ilkesinin bir istisnası (kişisellik ilkesi) olarak yabancıların kendi ülkesinde çalışıyormuş gibi iş merkezinin bulunduğu ülkenin mevzuatına tabi tutulması kuralı getirilmiş böylece mükerrer sigortalılık önlenmiştir. Geldikleri ülkede sosyal sigortaya tabi olduklarını belgeleyenlerin Türkiye'de ne kadar süre ile sigortalı olmayacakları Tablo-3'de belirtilmiştir. Bu kişiler belirtilen sürenin sonunda Türkiye'de sigortalı olmak zorundadırlar.

Göçmen işçilerin sosyal güvenlik haklarından yararlanmalarındaki temel sorun, göçmen işçinin geldiği ülke ile Türkiye arasında ikili sosyal güvenlik anlaşması olmadığında ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de çalıştığı sürece prim ödediği halde, kendi ülkesine döndüğü zaman emeklilik gibi uzun dönemli sigortalılık kollarından hakkından yararlanamamaktadır.

15 Türkiye ile ikili sosyal güvenlik sözleşmesi olan 25 ülke: Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Danimarka, Avusturya, İsviçre, İsveç, İngiltere, Libya, KKTC, Azerbaycan, Arnavutluk, Bosna-Hersek, Çek Cumhuriyeti, Lüksemburg, Makedonya, Norveç, Romanya, Kanada, Gürcistan, Kebek, Hırvatistan, Slovakya ve Sırbistan. (Kaynak: ÇSGB, [<http://www.cs.gb.gov.tr/cs.gbPortal/diyih.portal?page=yv&id=2>])

Bu durum göçmen işçiler açısından kayıt dışı çalışmanın tercih edilmesine yol açmaktadır (Toksöz, Erdoğan vd., 2012:34-35).

Tablo 3. Geçici Görevle Geldikleri Ülkede Sosyal Sigortaya Tabi Olduklarını Belgeleyenlerin Türkiye'de Ne Kadar Süre İle Sigortalı Olmayacaklarını Gösterir Tablo

Sıra	Sözleşmeli Ülke	Geçici Görev Süresi	Uzatılabilecek Süre
1	İngiltere	Geçici görevle bulunduğu sürece kayıtlı olduğu ülke mevzuatı uygulanır.	
2	F.Almanya*	5 yıl	3 Yıl
3	Hollanda**	24 ay	Mutabık kalman süre kadar
4	Belçika	24 ay	Mutabık kalman süre kadar (Uygulamada 60 ay ile sınırlı)
5	Avusturya	24 ay	Mutabık kalman süre kadar
6	İsviçre	24 ay	Mutabık kalman süre kadar
7	Fransa	3 yıl	Mutabık kalman süre kadar (Uygulamada 6 yıl ile sınırlı)
8	Danimarka	12 ay	İşin bitimine kadar (mutabakat koşuluyla)
9	İsveç	12 ay	12 ay
10	Norveç	12 ay	Mutabık kalman süre kadar
11	Libya***	01.09.1985 tarihinden sonra daimi geçici işçi uygulaması vardır.	
12	K.K.T.C	24 ay	Mutabık kalman süre kadar
13	Makcdonya	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
14	Azerbaycan	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
15	Romanya	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
16	Gürcistan	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
17	Bosna-Hersek	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
18	Kanada	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
19	Kebek	60 ay	Mutabık kalman süre kadar
20	Çek Cumhuriyeti	24 ay	Mutabık kalman süre kadar
21	Arnavutluk	24 ay	60 aya kadar uzatılabilir
22	Lüksemburg	12 ay	12 ay
23	İtalya****	12 ay	Mutabık kalman süre kadar
24	Portekiz****	12 ay	Mutabık kalman süre kadar
25	İspanya****	12 ay	Mutabık kalman süre kadar

*Almanya yetkili makamının talebi ve SGK tarafından uygun görülmesi halinde öncelikle 24 ay daha sonra mutabık kalınacak süreye kadar görev süresi uzatılabilir. (Sözleşme maddesi 6)

**Hollanda yetkili makamının talebi ve SGK tarafından uygun görülmesi halinde 12 aylık süre kullanılmadan doğrudan mutabık kalınan süre kadar görev süresi belirlenebilir. (Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi madde 18)

***Sadece Türkiye'de iş üstlenen Libya'lı işveren yanında çalışan Libya vatandaşı ülkemizde çalıştığı sürece Libya mevzuatına tabi olacaktır. Ancak bunlar genel sağlık sigortası yönünden Türk mevzuatına tabi kalacaklardır.

****İtalya, Portekiz ve İspanya ile sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmamakla birlikte Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesine göre uygulama yürütülmektedir.

Kaynak: SGK, 2013/11 Sayılı Genelge, s.349.

2011/13 sayılı Genelge'ye göre bazı çalışanlar yine sosyal güvenlik sözleşmelerinde temel ilke olan *lex loci laboris* (çalışılan ülke mevzuatının uygulanması) ilkesinin bir istisnası olarak çalıştıkları ülkenin sosyal güvenlik mevzuatı dışında tutulmaktadır. Bu kişiler; işverenleri tarafından geçici bir süre ile diğer akit ülkeye gönderilenler, uluslararası nakliyat işinde çalışanlar, elçilik, konsolosluk, misyon ve benzeri yerlerde çalışan ve gönderen ülkenin sivil ve askeri personelleri, akit taraflardan birinin bayrağını taşıyan gemilerde veya akit ülkenin limanlarında çalışanlardır.

2013/11 sayılı Genelge'ye göre mülteciler hakkında 5510 sayılı Kanun hükümleri Türk vatandaşlarına uygulandığı gibi uygulanmaktadır. Ancak Kurumun denetim elemanlarınca yapılan denetimlerde mülteci durumdaki sigortalıların çalışma izin belgesi olup olmadığına bakılmamaktadır.

Türkiye'de kendi nam ve hesabına **bağımsız çalışan** yabancı uyrukluların sosyal güvenliği oldukça geç sağlanmıştır. 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (Bağ-Kur) 01.04.1972 tarihinde yürürlüğe girmiş ancak yabancı uyruklu sigortalılar 619 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin yürürlüğe girdiği 04.10.2000 tarihine kadar Bağ-Kur kapsamında sigortalı sayılmamıştır¹⁶. Bu tarihten sonra 1479 sayılı Kanun'un 24'üncü maddesi kapsamında sayılan işleri yapan yabancı uyruklular Bağ-Kur sigortalısı sayılmıştır. Yabancı uyruklular 04.10.2000 tarihine kadar Bağ-Kur sigortalısı sayılmadıklarından 1479 sayılı Kanun'a tabi sigortalı iken Türk vatandaşlığını kaybedenlerin sigortalılığı da Bakanlar Kurulu Kararının Resmi Gazete'de yayımlandığı tarih itibarıyla sona erdirilmiştir. Öte yandan, 2527 sayılı Türk Soylu Yabancıların Türkiye'de Meslek ve Sanatlarını Serbestçe Yapabilmelerine, Kamu, Özel Kuruluş ve İşyerlerinde Çalıştırılabilmelerine İlişkin Kanun 29.09.1981 tarihinde yürürlüğe girmiş, bu Kanunla Ülkemizde ikamet eden Türk soylu yabancıların ihtiyaç duyulan meslek ve sanatları serbestçe yapabilmelerine, Türk Silahlı Kuvvetleri ve Güvenlik Teşkilatı hariç olmak üzere kamu, özel kuruluş veya işyerlerinde bu meslek ve sanat

16 619 sayılı Kararname Anayasa Mahkemesi'nin E. 2000/61, K. 2000/34 sayılı Kararıyla iptal hükmü Resmi Gazete'de yayımlandığı tarihten dokuz ay sonra 08.08.2001 tarihinde yürürlüğe girmiş, 02.08.2003 tarih ve 25187 tarihinde yayımlanan 4956 sayılı Kanun'un sigortalılığa ilişkin hükümleri 08.08.2001 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

dallarında çalıştırılabilmelerine imkan sağlanmıştır. 1479 sayılı Kanun’un 24’üncü maddesinde 3396 sayılı Kanun’la 30.06.1987 tarihinden itibaren yapılan değişiklikle Türk asıllı yabancılar Bağ-Kur kapsamına alınmıştır. Uygulamada 20.04.1982 tarihinden itibaren Türk asıllı olduğunu belgeleyenler Bağ-Kur sigortalısı olmuşlardır. Yabancı uyruklar 04.10.2000 tarihinden itibaren sigortalı sayılmış olmakla birlikte ülkesinin sosyal güvelik kuruluşuna tabi olduğunu belgeleyenler 1479 sayılı Kanun’un 24’üncü maddesi kapsamına alınmamış, ülkelerinden emekli aylığı almakta olanlar ise ek 20. madde kapsamında sosyal güvenlik destek primine tabi tutulmuşlardır. 5510 sayılı Kanun’a göre Türkiye’de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan (esnaflık yapanlar ve tarımsal faaliyette bulunanlar gibi), yurt dışında ikamet eden ve başka ülkenin sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar sigortalı sayılmamaktadır. Yani bağımsız çalışanların Türkiye’de sigortalı olabilmesi için Türkiye’de ikamet etmesi gerekmektedir. (Ceyhun, 2014:173).

AB Sosyal Güvenlik Hukuku açısından **Lex loci domicilii ilkesi**, kişinin “**ikamet edilen**” devletin sosyal güvenlik mevzuatının uygulanmasını ifade etmektedir (SGK, 2011:33). Türk sosyal güvenlik hukuku açısından bağımlı çalışanlar açısından lex loci laboris ilkesi (çalışılan ülke mevzuatının uygulanması) geçerli iken bağımsız çalışanlarda lex loci domicilii ilkesi (ikamet edilen ülke mevzuatının uygulanması) geçerlidir. Diğer taraftan sosyal güvenlik mevzuatında bağımsız çalışanlar açısından sigortalılık için belirli bir süre ikamet etme şartı öngörülmemiştir. Ancak 4817 sayılı Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun’un 7’inci maddesinde “*Bağımsız çalışacak yabancılara, Türkiye’de en az beş yıl kanuni ve kesintisiz olarak ikamet etmiş olmaları koşuluyla Bakanlıkça bağımsız çalışma izni verilebilir.*” hükmü yer almaktadır.

5510 sayılı Kanun’un 60 ncı maddenin birinci fıkrasının (d) bendine göre mütakabiliyet (karşılıklılık) esası da dikkate alınmak şartıyla, **oturma izni almış** yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Ancak bu kapsama girenlerden Türkiye’de **bir yıldan kısa süreyle** yerleşik olan yabancı ülke vatandaşları genel sağlık sigortalısı sayılmamaktadır. Yine aynı maddeye göre Türkiye’de öğrenim gören yabancı uyruklular öğrenciler (ikamet ve mütakabiliyet şartı aranmaksızın) üniversiteye kayıt tarihlerinden itibaren üç ay içinde talepte bulunmaları hâlinde genel

sağlık sigortalısı olabilmektedir. Üç aylık sürede talepte bulunmayanlar ise öğrenimleri süresince genel sağlık sigortalısı olamamaktadır. 5510 sayılı Kanun'un 50'inci maddesiyle düzenlenen sigortalılık türlerinden bir tanesi de isteğe bağlı sigortalılıktır. Gerek Kanuna göre gerekse 2013/11 sayılı Genelge'ye göre isteğe bağlı sigortalı olabilmenin şartları şunlardır: Türkiye'de ikamet etmek, 18 yaşını doldurmak, zorunlu sigortalı olmamak veya otuz günden az çalışmak ve kendi sigortalılığından dolayı aylık almamaktır. Dolayısıyla yabancı uyruklu kişiler SGK'ya yazılı müracaat ederek isteğe bağlı sigortalı olabilirler.

SONUÇ

Göç kavramı Türkiye'de birçok alanda olduğu gibi sosyal politika alanında da değişikliklere neden olmuştur. Türkiye'de Anayasa'nın 60'ıncı maddesi gereği yerli/yabancı herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Dolayısıyla Anayasa'nın devlete yüklediği görevlerden bir tanesi de sosyal güvenlik hakkını ayırım yapmaksızın Türkiye'de yaşayan herkese sağlamaktır. Tarihsel süreç içerisinde baktığımızda Türkiye'nin uzun yıllar önce uluslararası kuruluşlara entegre olduğu dolayısıyla evrensel ilke ve kuralları benimsediği açıktır. Örneğin Türkiye ILO'ya 1932 yılında üye olmuştur ve Avrupa Konseyi kurucu üyelerindedir. Gerek ILO, gerek BM, gerekse AB ilkeleri Türkiye'nin çalışma hayatına ilişkin iç hukuk düzenlemelerine yön vermiştir. Çalışma hayatı ile ilgili iç hukuk düzenlemelerini de Avrupa standartlarını da göz önünde bulundurarak yapmaktadır. En son yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda ve ikincil mevzuatta yabancıların sosyal güvenliğine ilişkin değişik düzenlemeler yer almaktadır.

Bazı istisnalar olmakla birlikte genel olarak bakıldığında Türk sosyal güvenlik hukuk sisteminde bağımlı çalışan yabancılar açısından *lex loci laboris* (çalışılan yer) ilkesi hakim olurken bağımsız çalışanlar açısından *lex loci domicilii* (ikamet yeri) ilkesi hakimdir. Türkiye'de çalışan yabancılar tıpkı Türk vatandaşları gibi sosyal güvenceye sahip olabilmektedirler. Hatta gerekli yasal şartları yerine getirmeleri halinde emekli de olabilmektedirler.

İnsanoğlu kendinin daima güvende olmasını ister. Yaşadığı yerde kendini güvende hissetmeyen kişi yeni yerler arayışı içerisinde girer, bulur ve oraya göç eder. İnsanlık tarihi kadar eski olan göç kavramı ile Türkiye,

sahip olduğu jeopolitik konumu nedeniyle sürekli karşı karşıya gelmiştir. Bugün de Ortadođu coğrafyası içerisinde Türkiye insanoğlu için güvenli bir limandır. Son dönemlerde Türkiye'nin dikkat etmesi gereken husus ise Suriyeli mülteciler konusudur. Türkiye'ye son üç yılda gelen Suriyeli mülteci sayısı son yüz yılda göç eden mülteci sayısından fazladır.

Türkiye'ye göç eden Suriyeliler geçici koruma kapsamında sayılan kişilerdir. Bu kişilere yönelik en son yayımlanan Yönetmelik ile çalışma izni zorunluluğu, istihdam kotası ve asgari ücretten düşük ücretle çalıştırılmaması gibi bazı önemli düzenlemeler getirilmiştir. Bununla birlikte sosyal politika anlamında devletin Türk uyruklu işçilerin de haklarını gözetleyen politikalar izlemesi gerekmektedir. Bunun için en başta işgücü piyasasında devletin etkin işleyen bir denetim mekanizması olmalıdır. Özellikle kayıt dışı çalışmayı önleyici (proaktif) denetimlere ağırlık verilmelidir. Diğer taraftan son günlerde gündeme gelen %10'luk istihdam kotası uygulaması Türk uyruklu işçiler açısından olumlu bir gelişmedir. Ancak bu kotaya uyulup uyulmadığı mutlaka denetlenmelidir. Üçüncü olarak, bürokratik işlemlerin mümkün olduğu kadar kısaltılması, Suriye uyruklu işçilerin daha çabuk kayıt altına alınması açısından önemli bir husustur. Son olarak uygulanacak teşvik politikaları ile de Türk işçilerin aleyhine olan yabancı kayıt dışı işçi çalıştırılma oranı azaltılabilir.

Kaynakça

- Arıcı, Kadir (1997), *Avrupa Birliği Sosyal Güvenlik Hukuku*, (Ankara: Kamu-İş Yayımları).
- Akıntürk, Esen (2007), “Birleşmiş Milletlerin Göçmen İşçilere İlişkin Sözleşmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (9), 2, 1-26.
- Alper, Yusuf (2015), *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sosyal Sigortalar Hukuku*, (Bursa: Dora Yayıncılık).
- Alper, Yusuf ve Pir Ali Kaya (1995), *Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Çalışma Standartları*, (Bursa: Ezgi Kitabevi).
- Arıcı, Kadir ve Yusuf Alper (2013), *Sosyal Güvenlik*, (Ed. Yusuf Alper, Seda Tekeli), (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 2659).
- Ayhan, Abdurrahman (2012), “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2012/1, 41-55.
- Baştürk, Şenol (2014), *Sosyal Politika*, (Ed. Aysen Tokol, Yusuf Alper), (Bursa: Dora Yayıncılık).
- Cengiz, İştahar (2008), “Türk Hukukunda Yabancıların İş Sözleşmesi Ehliyeti”, *Çalışma ve Toplum*, 2008/4, 187-211.
- Ceyhan, Esra (2014), “Yabancı Uyuşukların Sigortalılığı”, *Yaklaşım Dergisi*, 258, 173-177.
- Cichon, Michael ve Krzysztof Hagemeyer (2006), *Social Security for All: Investing in Global Social and Economic Development a Consultation, Issues in Social Protection Discussion Paper 16*, ILO, Social Security Department, Geneva.
- ÇSGB (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı), *Çalışma Hayatı İstatistikleri* 2013.
- ÇSGB (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı), *Çalışma Hayatı İstatistikleri* 2014.
- Démurger, Sylvie (2015), “Migration and Families Left Behind”, *IZA World of Labor*, April.
- Güven, Sami (2013), *Sosyal Politikaların Temelleri*, (Bursa: Ezgi Kitabevi).
- Gökbayrak, Şenay (2006), “Uluslararası Göçler ve Kadın Emeği”, *Çalışma Ortamı*, 86, [http://calismaortami.fisek.org.tr/wp-content/uploads/calisma_ortami86.pdf], (17.01.2016).
- Gökbayrak, Şenay (2009), “Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar” *Çalışma ve Toplum*, 2009/2, 55-81.
- Güzel, Ali; Okur, Ali Rıza ve Nurşen Canıklıoğlu (2014), *Sosyal Güvenlik Hukuku*, (İstanbul: Beta Yayınları, Yenilenmiş 15.Bası).
- ILO (1994), *21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik*, (Çev. Yusuf Alper ve İsmail Tatlıoğlu), (Bursa: Kutay ve Türk Dünyası Araştırmalar Vakfı).
- ISSA (International Social Security Association) (2010), “Demographic Changes and Social Security: Challenges and Opportunities, World Social Security Forum”, 30th ISSA General Assembly, Cape Town.
- İçduygu, Ahmet (2003), *Irregular Migration in Turkey*, IOM Migration Research Series, No.12, Geneva: International Organization for Migration.

İçduygu, Ahmet (2015), “Türkiye Nereye Kadar Bir Göç Ülkesi”, *TÜSİAD Görüş Dergisi*, 88, 15-18.

İçduygu, Ahmet; Erder, Sema ve Ömer Faruk Gençkaya (2014), “Türkiye’nin Uluslararası Göç Politikaları 1923-2023: Ulus-Devlet Oluşumundan Ulus-Ötesi Dönüşümlere”, *MiReKoc Araştırma Raporları 1/2014*, (İstanbul: Koç Üniversitesi Göç Araştırmalar Merkezi).

Jorens, Yves; Lhernould, Jean Philippe ve Simon Roberts (2011), “Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik Hukuku El Kitabı”, “Sosyal Güvenlik Kurumunun Kapasitesinin Artırılması Projesi”, “Sosyal Güvenlik Kurumunun Kapasitesinin Artırılması İçin Teknik Destek”, Türkiye.

Koray, Meryem (2012), *Sosyal Politika*, (Ankara: İmge Kitabevi).

Lamarche, Lucie (2013), “The Social Protection of Temporary Migrant Workers: An Evolutionary Process”, [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2291582], (23.07.2015).

Lordoğlu, Kuvvet (2007), “Türkiye’deki Çalışma Hayatının Bir Parçası Olarak Yabancı Çalışanlar”, *Çalışma ve Toplum*, 2007/3, 11-31.

Makal, Ahmet (1999), *Türkiye’de Tek Partili Dönemde Çalışma İlişkileri: 1920-1946*, (Ankara: İmge Kitabevi).

Martinsen, Dorte Sindbjerg (2005), “Social Security Regulation in the EU: The De-Territorialisation of Welfare”, de Búrca, G. (ed.) *EU Law and the Welfare State*, In Search of Solidarity, (Oxford University Press), 89-111.

Mesjasz, Krakov (2008), “Ekonomik Güvenlik”, *Uluslararası İlişkiler*, 18, 125-150.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2014), *International Migration Outlook 2014*, OECD Publishing, [http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2014-en] (28.07.2015).

Ören, Kenan (2013), *Çalışma Sosyolojisi*, (Ankara: Nobel Yayınları).

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2009), *Bir Reformun Anatomisi*, Ankara.

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2011), *Sosyal Güvenliğin Koordinasyonu Terimler Sözlüğü*, Ankara.

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012), *Avrupa Birliği’nde Sosyal Güvenlik*, Ankara.

Sirkeci, İbrahim (2012), “Transnasyonal Mobilite ve Çatışma”, *Migration Letters*, 9, 353-363.

Taşcı, Faruk (2009), “Bir Sosyal Politika Sorunu Olarak Göç”, *Kamu-İş İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, (10), 4, 177-204.

Temir, Arif (2015), *Türkiye’de Yabancıların Çalışma İzinleri*, (Ankara: Yaklaşım Yayıncılık).

Tuncay, Can ve Ömer Ekmekçi (2013), *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, Yenilenmiş 16. Bası, (İstanbul: Beta Yayıncılık).

Toksöz, Gülay; Erdoğan, Seyhan ve Selmin Kaşka (2012), Türkiye’ye Düzensiz Emek Göçü ve Göçmenlerin İşgücü Piyasasındaki Durumları, Uluslararası Göç Örgütü (IOM).

TDK (Türk Dil Kurumu) *Güncel Türkçe Sözlük*, [www.tdk.gov.tr], (15.07.2015).

UN (United Nations) (2010), “Mobility and Migration”, A Guidance Note for Human Development Report Teams, United Nations Development Programme Human Development Report Office, [http://hdr.undp.org/sites/default/files/nhdr_migration_gn.pdf], (20.07.2015).

Zorunlu Sigortalılık İlkesi Kapsamında Sigortalılık Hallerinin Çakışması ile Gelir ve Aylıkların Birleşmesi

The Conflict of Insurance Cases and Consolidation of Income and Salary as Part of Compulsory Insurance's Policy

Yrd. Doç. Dr. Ali EKİN*

ÖZ

Sosyal güvenlik hukuku uygulamasında sigortalılık hallerinin çakışması ve Sosyal Güvenlik Kurumundan alınan gelir ve aylıkların birleşmesi konuları gerek 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu öncesi ve gerekse de bu Kanun döneminde ve özellikle de 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılan değişikliklerle sigortalılık hallerinin çakışması konusunda farklı uygulamalar yapılmıştır. Çalışma içerisinde her iki konuya da ayrı ayrı yer verilerek konulara ilişkin yapılan en son düzenlemeler ve uygulamada tartışmalı olan yerler incelenmiştir. Böylelikle uygulama açısından önem arz eden iki konunun da detaylı olarak açıklaması yapılmaya çalışılmış olup uygulamaya katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hakların çakışması, gelir, aylık, sigorta, prim

ABSTRACT

Different enforcements in the conflict of insurance cases have been made in the social security law enforcement and income from the Social Security Administration and the matter of salary consolidation both before and during the law no. 5510 and then with the amendments in law no. 6111. Latest regulations related with the cases and controversial issues have been studied by giving place to both cases separately. Thus we have tried to express in depth both of the cases which are very important in terms of enforcement and also We have aimed to contribute to the practice.

Keywords: Conflict of cases, income, salary, insurance, premium

* Yrd. Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku A.B.D.,
aliekin55@hotmail.com

GİRİŞ

Sosyal güvenlik hukuku uygulamasında sigortalılık hallerinin çakışması ve Sosyal Güvenlik Kurumundan alınan gelir ve aylıkların birleşmesi konuları gerek 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu öncesi ve gerekse de bu Kanun döneminde ve sonrasında da 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile yapılan değişikliklerle sigortalılık hallerinin çakışması konusunda farklı uygulamalar yapılmıştır.

5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile bu Kanundan önce uygulanmakta olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Kanunları ayrı ayrı yürürlükteyken, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile belirtilen Kanunların SGK çatısı altında toplanmasıyla üç Kanuna hizmet eden Kurumların devri de gerçekleşmiştir.

5510 sayılı Kanunla sigortalılık hallerinin çakışması ile ilgili özel bir düzenleme yapılmıştır. Ancak bu düzenleme yapılmadan önce sigortalılığın çakışması halinde hangi sigortalılığa üstünlük tanınacağı Yargıtayın vermiş olduğu kararlar ile netleşmiştir.

5510 sayılı Kanunda da değişiklik yapan 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile sosyal güvenlikte teklik ilkesinin zedelendiği hususu düşünülmekte olup buna ilişkin detaylı düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir.

Gelir ve aylıkların birleşmesi, kişilerin farklı sosyal sigorta kuruluşlarından aynı anda hem gelir hem de aylığa hak sahibi olmaları durumunu ifade eder. Sosyal sigorta uygulamasında kişi, aynı veya farklı sosyal sigorta kuruluşlarından özellikle kısa ve uzun vadeli sigorta dallarından aynı anda birden çok aylık veya gelire hak kazanabilmektedir. 5510 sayılı Kanunda gelir ve aylıkların birleşmesine ilişkin detaylı düzenleme yapılmıştır. Çalışmamız içerisinde yukarıda belirtilen konuların uygulamasına yönelik düzenlemelere yer verilecektir. Çalışma konumuz genel hatlarıyla sigortalılık hallerinin çakışması ile gelir ve aylıkların birleşmesi başlıklarından oluşmaktadır.

I- ZORUNLU SİGORTALILIK İLKESİ

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun¹ (SSGSSK) 92. maddesi ile düzenlendiği üzere, sosyal sigorta ilişkisi zorunlu bir ilişkidir. Bu nedenle sosyal sigorta ilişkisini özel sigortalardan ayıran en önemli fark, sigortalılığın zorunlu olmasıdır². Dolayısıyla sigortalı olmak kişi açısından sadece bir hak değil aynı zamanda bir yükümlülüktür³.

Zorunluluk ilkesi, SSGSSK m.92/1 hükmünde şu şekilde ifade edilmektedir: "Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunludur. Bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir". Kamu düzenine ilişkin olan bu hüküm karşısında, sigortalının sosyal sigortalar mevzuatı çerçevesinde işverenden herhangi bir hak talep etmeyeceğine ilişkin ibraname ile feragatname düzenlemesi geçersiz sayılmıştır⁴. Sigortalı olmak hak ve yükümünden kaçınılamayacağı ve vazgeçilemeyeceği belirtilmelidir⁵. Zorunlu sigortalılık kişileri kendi aleyhine karar vermesinden de koruyan bir niteliğe sahiptir. Öyle ki, kişinin sigortalı olarak çalışmadığına yönelik noterden düzenlenmiş bir ibranameyi Yargıtay, dönemin SSK m.6 hükmüne aykırı bularak geçersiz saymıştır⁶.

Ayrıca Kanun'un 7. maddesi ile düzenlendiği üzere, sigortalılık Kanun'da öngörülen şekilde iş ilişkisinin kurulduğu ya da kurulmuş kabul edildiği andan itibaren kendiliğinden başlar⁷. Bu hükümden de anlaşılacağı üzere,

1 RG., 16.06.2006, 26200.

2 Güzel, Ali/Okur, A. Rıza/Canıklıoğlu, Nurşen, Sosyal Güvenlik Hukuku, 15.B, İstanbul 2014, s.178.

3 Tuncay, A. Can/ Ekmekçi Ömer, Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Yenilenmiş 16. B., İstanbul 2013, s.137; Güzel/Okur/Canıklıoğlu, s.179; Arıcı, Kadir, Türk Sosyal Güvenlik Hukuku, Ankara 2015, s.269; Şakar, Müjdat, Meslek Yüksekokulları İçin İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 7. B, İstanbul 2014, s.176.

4 Tuncay, Ekmekçi, s.137; Güzel/Okur/Canıklıoğlu, s.180.

5 Şakar, s.176.

6 Y10HD., 01.02.1985, 223/418 Yargıtay Kararları Dergisi, Haziran 1985, s.831; Güzel, Ali/ Demircioğlu Murat, İşverenin Sosyal Sigorta Yükümlülükleri ve Sorumluluğu, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Temmuz İstanbul 2001, s.46; Tuncay/Ekmekçi, s.137.

7 Sözer, Ali Nazım/Saraç, Coşkun, Sosyal Sigorta İlişkisinde Çokluk: Sigortalılık Hallerinin, Tiplerinin ve Sürelerinin Birleşmesi, Sicil, Aralık 2008, s.154; Sözer Ali Nazım, Sosyal Sigorta İlişkisi, İzmir 1991, s.34.

sigortalı olmak için olumlu ya da olumsuz herhangi bir irade açıklamasında bulunmak gerekmemektedir⁸. Kanunun aradığı koşulları (m.4 ve 5) yerine getirenler isteğe bağlı olmaksızın kendiliğinden sigortalı olurlar. Sigortalı olunan andan itibaren de, kişiler açısından sosyal sigorta ilişkisinden doğan hak ve yükümlülükler doğar⁹. Bu nedenledir ki, sigortalı çalıştırmaya başladığının süresi içinde Kuruma bildirilmemesi, primlerin ödenmemesi durumlarında bile meydana gelen iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık hallerinde ilgililerin sigorta yardımları Kurumca sağlanmaktadır¹⁰. SSGSSK m.23/1 hükmü ile de düzenlendiği üzere, sigortalı çalıştırmaya başladığının süresi içinde sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirilmemesi halinde, bildirgenin sonradan verildiği veya sigortalı çalıştırıldığı Kurumca tespit edildiği tarihten önce meydana gelen iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık halleri sonucu ilgililerin gelir ve ödenekleri Kurumca ödenir. Dolayısıyla belirtilen hallerde dahi Kanunda sayılan hak ve yükümlülükler ortadan kalkmamaktadır. Ancak 5510 sayılı Kanun'un 'Sigortalı Sayılmayanlar' başlıklı m.6 hükmünde, bu kapsamda yer alan kişilerin sigortalı sayılmayacağı düzenlenmesi ile zorunluluk ilkesinden tavizler verilmiştir¹¹. Öyle ki, 6. maddede¹² uzun ve kısa vadeli sigorta kollarının uygulanması bakımından bir grup çalışan özel olarak

8 Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.179.

9 Arıcı, s.269.

10 Tuncay/Ekmekçi, s.137.

11 Şakar, s.176.

12 Madde 6- Bu Kanunun kısa ve uzun vadeli sigorta kolları hükümlerinin uygulanmasında;

a) İşveren işyerinde ücretsiz çalışan eşi,

b) Aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dahil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışardan başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar,

c) (Değişik: 17/4/2008-5754/4 md.) Ev hizmetlerinde çalışanlar (Kanunun ek 9 uncu maddesinin ikinci fıkrası kapsamında sigortalı olanlar ile ücretle aynı kişi yanında ay içinde 10 gün ve daha fazla süreyle çalışanlar hariç),⁽²⁾

d) Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,

e) (Değişik: 10/9/2014-6552/40 md.) Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklı kalmak kaydıyla; yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye üç ayı geçmemek üzere bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,

f) Resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tabikî

belirtilerek bu grupta yer alanların, sigortalılık hallerini belirten 4. ve 5. madde açısından sigortalı sayılmadıkları belirtilmiştir. Yani diğer bir deyişle 6.madde kapsamında yer alan çalışanların Kanun'un 4.ve 5. maddesinin uygulama alanında olmadıkları anlaşılmaktadır.

II- SİGORTALILIK HALLERİNİN ÇAKIŞMASI

A- Zorunlu Sigortalılık Hallerinin Çakışması

1- Genel Olarak

5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu¹³ ile bu Kanundan önce uygulanmakta olan SSK., Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Kanunları ayrı ayrı yürürlükteyken 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu¹⁴ ile belirtilen Kanunların SGK çatısı altında toplanmasıyla üç Kanuna hizmet

mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,

g) Sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller,

h) (Değişik: 17/4/2008-5754/4 md.) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri gereği sigortalı sayılması gerekenlerden 18 yaşını doldurmamış olanlar,

ı) Kamu idarelerinde ve Kanunun ek 5 inci maddesi kapsamında sayılanlar hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu Kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler ile 65 yaşını dolduranlardan talepte bulunanlar, (1)

j) (Mülga: 17/4/2008-5754/4 md.)

k) (Değişik: 17/4/2008-5754/4 md.) Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

l) Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar, (2)

m) (Ek: 4/7/2012-6353/36 md.) Gençlik ve Spor Bakanlığı, Spor Genel Müdürlüğü, Türkiye Futbol Federasyonu, bağımsız spor federasyonları tarafından yapılan her türlü gençlik ve spor faaliyetleri ile bu faaliyetlerle ilgili kamp, eğitim ve hazırlık çalışmalarında süreklilik arz etmeyecek şekilde görevlendirilenler,

4 üncü ve 5 inci maddelere göre sigortalı sayılmaz.

13 RG., 16.06.2006, 26200.

14 RG., 20.05.2006, 26173.

eden Kurumların devri de gerçekleşmiştir¹⁵.

5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile de sosyal sigorta sistemi tek bir Kanun altında örgütlenmiştir. Nitekim 5510 sayılı Kanun'un 4.maddesinde iş sözleşmesi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar 4/I-a'lı, genel olarak, köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar 4/b'li; kamu idarelerinde çalışanlar ise 4/c'li olarak belirtilmiştir.

Öte yandan belirtilen bu üç grup çalışanın statülerinin zaman zaman çakıştığı ve buna ilişkin uyuşmazlıkların oluştuğu görülmüştür. Sosyal Güvenlik Sistemi içerisinde, sosyal güvenliğin tekliği ilkesi söz konusudur¹⁶.

15 GEÇİCİ MADDE 1- 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilâtı Kanunu ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu, 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu, 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile kurulan Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu ile 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu ile kurulan Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığının; merkez ve taşra teşkilâtlarının kadroları ile kadrolarında görev yapan memur ve işçileri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (B) bendi gereği çalıştırılan personeli mevcut statüleri ile her türlü taşınır ve taşınmazları, tapuda bu Kurumlar adına kayıtlı olan taşınmazları ve hizmet binaları, araç, gereç, malzeme, demirbaş ve taşıtları, alacakları, hakları, borçları, iştirakleri, dosyaları, yazılı ve elektronik ortamdaki her türlü kayıtları ve diğer dokümanlar ile birlikte hiçbir işleme gerek kalmaksızın bu Kanunun yürürlük tarihi itibarıyla görevleri ile birlikte Kuruma devredilmiştir. Devir işlemleri her türlü vergi, resim ve harçtan muaf. Devredilen kurumların kullanımında bulunan veya mülkiyeti Hazineye ait olup da devredilen kurumlara tahsisli taşınmazlar hiçbir işleme gerek kalmaksızın Kuruma tahsis edilmiş sayılır. Devredilen kurumlar tarafından yapılmış olan sözleşmeler, kredi anlaşmaları, yatırım projeleri, bu kurumların leh ve aleyhine açılmış davalar, icra takipleri Kurum tarafından yürütülür ve bütün hak, yetki, yükümlülük, alacak ve borçlarıyla birlikte Kuruma geçer. Devredilen kurumlarla ilgili kamu kurum ve kuruluşlarına; sözleşmeler, kredi anlaşmaları, yatırım projeleri ve davalar dolayısıyla bankalarca verilmiş olan teminat mektupları ile ipotek belgeleri hiçbir işleme gerek olmadan Kurum muhatap alınarak verilmiş sayılır (Değişik beşinci fıkra: 1/7/2006-5538/33 md.). Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ile Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumunun 2006 yılı bütçelerinin mevcut esas ve usûller çerçevesinde uygulanmasına 2006 yılı sonuna kadar devam edilir. Bu Kanun gereğince Kurumun yeni teşkilâtlanma nedeniyle ihtiyaç duyacağı her türlü gider Bakan onayı ile devredilen kurum bütçelerinden karşılanabilir. Devredilen kurumlara şartlı olarak yapılan her türlü taşınır, taşınmaz, taşıt ve diğer bağışların, devirden sonra bağışlama şartlarına uygun olarak kullanılmalarda devam olunur.

16 Güzel, Ali/Okur, Ali Rıza, Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul 1996, s.368; Uşan, M.Fatih, Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları, 2.B.Ankara 2009, s.236; Tunçomağ, Kenan, Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar, İstanbul 1990, s.13; Ermumcu, Senem, 5510 Sayılı Kanun Bakımından Sigortalılık Hallerinin Çakışması, Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.11, S.1, 2009, s.89.111; Sözer/Saraç, s.152; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.173; Arıcı, s.451 vd; Tuncay/Ekmekçi, s.304.

Buna göre bir kişinin ancak bir sigorta koluna tabi olabilmesi mümkün olabilmektedir¹⁷. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'na göre de, Sosyal Güvenlik Hukuku sistemi içerisinde çifte sigortalılığa yer verilmediği için “çakışan sigortalılık” diye tabir edilen bir sigortalının aynı anda birden fazla sosyal güvenlik kurumuna tabi olması halinde, yasalarda yer alan düzenlemelerle sadece bir sigortalılığa geçerlilik tanınarak çözüme kavuşturulacaktır¹⁸.

Sigortalılık hallerinin çakışmasından kaynaklı oluşan sorunların her dönemde farklı farklı çözüldüğü görülmektedir. Bu açıdan sigortalılık durumu çakışmalarının 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu öncesi, 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu dönemi ve 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun¹⁹ ile yapılan değişiklikler olarak ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir.

2- 5510 Sayılı Kanun Öncesi Dönem

Sosyal Sigortalar Kanunu, Bağ-Kur Kanunu ve Emekli Sandığı Kanunu'nun tek çatı altında toplanmadığı dönemde bu kanunlardan aynı anda iki tanesine bağlı olanların durumunun ne olacağına ilişkin çeşitli uyuşmazlıklar olduğu görülmüştür. 5510 sayılı Kanun'la sigortalılık hallerinin çakışması ile ilgili özel bir düzenleme yapılmıştır. Ancak bu düzenleme yapılmadan önce sigortalılığın çakışması halinde hangi sigortalılığa üstünlük tanınacağı Yargıtay'ın vermiş olduğu kararlar ile netleşmiştir²⁰.

Burada önemle belirtilmelidir ki, bu dönemde ortaya çıkan uyuşmazlıklar

17 Gerçek, Muhammet, “Baskın Sigortalılık” Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, 2008/51, s.58; Sözer, Ali Nazım, Sosyal Sigortalar Açısından Yargıtay'ın 1998 yılı Kararlarının Değerlendirilmesi, İstanbul 2000, s.240; Sözer/Saraç, s.152.

18 YHGK., 21.06.2006, 2006/21-363 E., 2006/466 K., Çalışma ve Toplum Dergisi, 2007/1 (12), s. 185. Aynı yönde Yargıtay kararında da “Sosyal sigortalarda çokluk”, bir başka anlatımla bireylere olabildiğince sosyal sigorta hakkı tanıma, “yararlanmada ve yükümlülükte teklik” ilkesi egemendir. Buna göre, aynı tarihlerde farklı sosyal güvenlik kuruluşları kapsamında bulunulamaz ve çifte sigortalılık olarak adlandırılan bu statü, kanun hükümleriyle engellenmiştir” ifadesine yer verilmiştir. Y10HD., 15.07.2008, 2008/4013 E.-2008/10550 K. Çalışma ve Toplum Dergisi, 2009/4 (23), s.402.

19 RG., 25.02.2011, 25857.

20 Canıklıoğlu, Nurşen, Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri Açısından Yargıtay'ın 2012 Yılı Kararlarının Değerlendirilmesi, Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Tespiti, s.405. [http://www.kamu-is.org.tr/pdf/yargitaykarsemineri2012.pdf], (01.03.2015).

genellikle SSK ve Bağ-Kur'luluk hallerinin çakışmasına ilişkindir²¹. Nitekim Emekli Sandığına bağlı olarak çalışanların diğer Kanunlara bağlı olarak çalışmasının önu kesin olarak kapanmıştır. Bu konuda Devlet Memurları Kanunu²²'nda yer alan hükme göre memurların farklı sigorta koluna tabi olarak çalışması mümkün değildir²³.

Belirtilen nedenden ötürü Sosyal Sigortalar Kanunu ve Bağ-Kur Kanunu'na tabi olan çalışanların statülerine bakıldığında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun mülga 3/K bendine göre herhangi bir işverene hizmet akdiyle bağlı olmaksızın kendi nam ve hesabına çalışanlar SSK anlamında sigortalı sayılmayacaktır. Yine Bağ-Kur Kanunu'nun mülga 24.maddesine bakıldığında kanunla ve kanunların verdiği yetkiye dayanılarak kurulu sosyal güvenlik kuruluşları kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene hizmet akdi ile bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların aranılan koşulları sağlaması halinde Bağ-Kurlu olabileceği belirtilmiştir.

Yani her bir çalışanın kendi kanunlarına bakıldığında otomatik olarak aynı anda iki farklı kanun bünyesinde çalışamayacağı kanunların lafzi yorumundan anlaşılmaktadır. Ancak yine de o dönem itibariyle oldukça fazla uyumsuzluk çıktığı ve çıkan uyumsuzluklarda Yargıtay Hukuk Genel Kurulu başta olmak üzere Yargıtay tarafından konuyu açıklığa kavuşturan kararların verildiği görülmüştür.

Bu açıdan bakıldığında o dönemde verilen bazı Yargıtay kararlarında SSK ve Bağ-Kur'luluğun çakışması halinde baskın olan çalışmanın sigortalılıkta

21 Arıcı, s.453.

22 RG., 23.07.1965, 12056.

23 Madde 28 – (Değişik: 30/5/1974 - KHK - 12; Değiştirilerek kabul: 15/5/1975 - 1897/1 md.) Memurlar Türk Ticaret Kanununa göre (Tacir) veya (Esnaf) sayılmalarını gerektirecek bir faaliyette bulunamaz, ticaret ve sanayi müesseselerinde görev alamaz, ticari mümessil veya ticari vekil veya kolektif şirketlerde ortak veya komandit şirkette komandite ortak olamazlar. (Görevli oldukları kurumların iştiraklerinde kurumlarını temsilen alacakları görevler hariç). (Ek cümle: 8/8/2011-KHK-650/38 md.; İptal cümle: Anayasa Mahkemesi'nin 18/7/2012 tarihli ve E.: 2011/113, K.: 2012/108 sayılı Kararı ile.; (...)(1) Yeniden düzenleme son cümle: 2/1/2014-6514/9 md.) Memurlar, mesleki faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerler açamaz; gerçek kişilere, özel hukuk tüzel kişilerine veya kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarına ait herhangi bir iş yerinde veya vakıf yükseköğretim kurumlarında çalışamaz. Konu ile ilgili bkz.; Sözer/Saraç, s.153; Uşan, s.236.

kabul edildiği görülmekle birlikte²⁴, esas olarak Yargıtay Hukuk Genel Kurulu tarafından da kabul edilen görüşe göre ilk önce başlayıp devam eden sigortalılık haline itibar edilmektedir²⁵.

Nitekim Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nca da Yargıtay tarafından verilen bazı kararlarda baskın olan sigortalılığın geçerli olarak kabul edildiği yönündeki kararların hatalı olduğu vurgulanmıştır²⁶. Ancak kural bu olmakla birlikte somut olayın özelliği bu yönde karar verilmesini adalet açısından isabetli göstermiyorsa, o zaman Yargıtay başka ölçütlere de başvurabilmektedir. Buna göre, Yargıtay tarafından verilen bazı kararlarda ise sigortalının geçimini

24 "...bu tür çakışan (ikili) sigortalılığa ilişkin uyumsuzlukların çözümü için ise, gerçek ve fiili çalışmanın, başka bir anlatımla baskın sigortalılık olgusunun hangi Kurum ve kanun kapsamında gerçekleştüğünün belirlenmesi zorunludur". Y11D., 01.11.2007., 2007/523-2007/18142. www.kazancı.com.tr.

25 YHGK., 03.10.2001, 21-627/659. Karara göre, iki sigortalılığın bir arada bulunması halinde asıl olan, önceden başlayarak devam eden sigortalılıktır. Bu konuda çakışma halinde sigortalıya seçim hakkı verilmesi gerektiği yönünde görüş olduğu da belirtilmelidir. Centel, Tankut, Genel Sosyal Sigorta Hükümleri Açısından Yargıtay'ın 1991 Yılı Kararlarının Değerlendirilmesi, İstanbul 1992, s.170.

26 Sosyal Güvenlik Sistemimizde çifte sigortalılığa yer verilmemiştir. Her iki sigortalılığın çakışması halinde önceden başlayarak devam eden sigortalılık asıl sigortalılıktır. Bir kimsenin SSK. kapsamına girebilmesi için hizmet akdine tabi bir işte çalışması yanında başka bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında da bulunmaması gerekir.506 sayılı Yasa'nın 3/K maddesinde "herhangi bir işverene hizmet akdiyle bağlı olmaksızın kendi nam ve hesabına çalışanların", sigortalı sayılmayacağı belirtilmiştir. Aynı şekilde 1479 sayılı Yasa'nın 24. maddesinde bir kimsenin Bağ-Kur kapsamına girebilmesi için kendi adına bağımsız çalışıp kazanç sağlaması yanında, başka bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında bulunmaması koşulu getirilmiş, ayrıca Limited Şirket ortaklarının Bağ-Kur sigortalısı olacağı, 25. maddesinde ise şirketle ilgilerinin kesildiği tarihten itibaren sigortalılıklarının sona ereceği öngörülmüş olup benzeri hükümler 5510 sayılı Yasa'nın 4/1-a-b, 6/k, 7/a-b ve 9/a-b maddelerinde de yer almıştır. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 2001/21-627-659, 2005/21-370-402 ve 2005/21-389-430 sayılı kararlarında da açıkça belirtildiği ve yukarıda açıklandığı üzere önceden başlayan sigortalılığın asıl sigortalılık olduğu açık olup buna göre davacının 07.11.1988 tarihinde sona eren SSK. sigortalılığından sonra 08.11.1988 tarihinden itibaren Bağ-Kur sigortalılığının başlayacağı, bu tarihten itibaren önceden başlayıp devam etmesi nedeniyle 18.04.1990 tarihinde başlayan SSK. sigortalılığının, Bağ-Kur sigortalılığının sonu olan 30.12.1992 tarihine kadar iptalinin gerektiği, başka bir deyişle, davacının 08.11.1988-30.12.1992 tarihleri arasında Bağ-Kur sigortalısı olarak kabul edilmesi, SSK. sigortalılığının ise ancak bu tarihten sonra 31.12.1992 tarihinden itibaren başlaması gerektiği ortadadır. Mahkemece, yukarıda açıklanan maddi ve hukuki olgular göz ardı edilerek, ancak birlikte aynı tarihte başlayan veya çok kısa zaman farkıyla başlayarak birlikte devam eden birden fazla sigortalılığın çakışması durumunda söz konusu olan baskın sigortalılık gerçeğe gösterilerek yazılı şekilde hüküm kurulması usul ve yasaya aykırı olup bozma nedenidir". Y21HD., 27.10.2008., 2007/23187-2008/16564.

temin ettiği asıl faaliyete, yani ekonomik ağırlığı baskın olan sigortalılığa göre sigortalılığın kabul edildiği de görülmektedir. Nitekim Yargıtay 10. Hukuk Dairesi bir kararında doktrin ve uygulamada “çakışan sigortalılık” olarak tanımlanan ve aynı dönemde birden fazla sigorta kurumuna tabi sigortalı çalışmalardan hangisine üstünlük tanınması gerektiğine ilişkin uyuşmazlıkta, aynı döneme rastlayan gerçek ve fiili çalışmalardan hangisi kişinin hayatında ekonomik olarak baskın çalışma niteliğini taşıyorsa, yani sigortalı emek ve mesaisini ağırlıklı olarak hangi sigortalı çalışmaya tahsis ediyor ve ekonomik yönden geçimin sağlıyorsa, o çalışmaya üstünlük tanınacağını vurgulamıştır²⁷. Uygulamada doktrinde de belirtilen görüşe göre ekonomik ağırlık ölçütünün dikkate alınarak verilen kararların azınlıkta kaldığı anlaşılmaktadır²⁸. Sonuç olarak 5510 sayılı Kanun öncesi dönemde Yargıtay Hukuk Genel Kurulu kararı ile ilk önce başlayıp devam eden sigortalılık haline itibar edildiği anlaşılmıştır.

3- 5510 Sayılı Kanun Dönemi ve 6111 Sayılı Kanun ile Getirilen Yenilikler

5510 sayılı Kanun dönemi ile birlikte sigortalılık durumunun çakışması halinde hangi sigortalılığa üstünlük verileceği belirtilmişti. 5510 sayılı Kanun’un konu ile ilgili 53.maddesi 6111 sayılı Kanun ile değişikliğe uğramadan önce sigortalının 4/I-a, 4/I-b ve 4/I-c’ye tabi olarak çalışmaları hallerinde herhangi bir çakışma olması durumunda öncelikle 4/I-c’li olarak çalışmanın esas alınacağı 4/I-c’li olarak çalışmanın olmaması halinde ise ilk önce başlayan sigortalılığın esas alınarak sigortalılık durumunun tespit edileceği belirtilmiştir (5510 m.53/1; SSIY m.27)²⁹. Bununla birlikte yine sigortalının dördüncü madde hükmüne göre sigortalı sayılması gereken sigortalılık halinden başka bir sigortalılık hali için prim ödemiş olması durumunda, ödenen primlerin, sigortalının olması gereken sigortalılık hali için ödenmiş ve esas alınan sigortalılık halinde geçmiş olduğu kabul edilmiştir.

Son olarak da Kanun’un yürürlüğe girdiği tarihten itibaren ilk defa sigortalı

27 Y10HD., 22.12.2009, 2009/12649-2009/19074., [www.legalbank.net].

28 Tuncay/Ekmekçi, s.305.

29 Aynı husus 5510 Sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ V/1’de de belirtilmiştir. RG., 28.09.2008, 27011. Akin, Levent, 5510 Sayılı Yasa’nın Maluliyet Düzenlemelerinin Değerlendirilmesi, Sicil Dergisi, Mart 2008, S.9, s.136.

sayılanlardan 4/I-a, 4/I-b ve 4/I-c’li olarak birden fazla sigorta koluna tabi çalışmış olanların aylık bağlanma taleplerinde, en son sigortalı sayıldığı tarihten geriye doğru en fazla sigortalılığın geçtiği sigortalılık hali, hizmet sürelerinin eşit olması ile malûllük ve ölüm halleri ile yaş haddinden re’sen emekli olma, süresi kanunla belirlenen vazifelere atanma veya seçilme ve bağlı oldukları sigortalılık halinin kanunla değiştirilmesi durumunda ise son sigortalılık halinin esas alınacağı anlaşılmaktadır (5510. m.53/VI).

Esasen 5510 sayılı Kanun dönemi ile birlikte sigortalılık hallerinin çakışmasının önemini kaybettiği nitekim üçlü kurum yapısından tekli kurum yapısına geçildiği, ayrıca vatandaşlık numarası sistemine geçilmesi ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumunun güçlü bir hal almasından dolayı sigortalılık durumunun çakışmasının büyük oranda çözüme kavuştuğu da vurgulanmaktadır³⁰. Ancak gerek 5510 sayılı Kanun döneminde gerekse de 5510 sayılı Kanunun sigortalılığın çakışmasına ilişkin maddesinde değişiklik yapan 6111 sayılı Kanun döneminde de sigortalılık hallerinin çakışmasına ilişkin uyumsuzlukların çıktığı, daha doğrusu alınan tedbirlere rağmen yine de sigortalılık hallerinin çakışmasının önlenemediği belirtilmelidir³¹.

5510 sayılı Kanun’un değişikliğe uğramadan önceki hali gerek 5510 sayılı Kanun öncesi döneme gerekse de 5510 sayılı Kanun döneminde yer alan sosyal güvenliğin tekliği ilkesi ile örtüşmektedir. Ancak 5510 sayılı Kanunda da değişiklik yapan 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile sosyal güvenlikte teklik ilkesinin zedelendiğini söylemek mümkündür. Bu konuya ilişkin doktrinde de eleştiriler olduğu görülmektedir³². Ancak yapılan düzenlemenin tam anlamıyla teklik ilkesinden sapma olduğunu

30 Arıcı, s.452.

31 Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.173.

32 6111 sayılı Kanun ile 01.03.2011 tarihinde yürürlüğe giren ve 53.maddeyi değiştiren hükme göre eski dönemde olduğu gibi 4/I-c’lilik diğer sigortalılık türlerine göre üstünlüğünü korumakla birlikte 4/I-a ve 4/I-b’liliğin çakışması halinde ise 4/I-a’lılığa üstünlük tanınmaktadır. Oysa 6111 sayılı Kanun öncesi 4/I-a ve 4/I-b’liliğin çakışması halinde ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi esas alınmaktaydı. Yapılan düzenleme ile 4/I-b’liliğin sona erdiği ve bir kişinin hem 4/I-a hem de 4/I-b kapsamında ayda 30 gün ve prime esas kazancın üst sınırı aşmamak kaydıyla prim matrahını tavana kadar yükselterek sigortalı olabileceği hususuna dikkat çekilerek eleştiriler yapılmıştır. Bkz. Şakar, Müjdat, 4/b’liliğe Veda! (Ya da isteyene Hem 4/a Hem 4/b!...), Sicil Dergisi, Mart 2011, s.215 vd.; Tuncay/Ekmekçi, s.305.

göstermediği görüşü de vardır. Bu görüşe göre birden fazla sigortalılık durumu olsa da bu kişiler iki ayrı sigortalılık nedeniyle iki ayrı güvenceye kavuşmamakta, aksine iki sigortalılıktan dolayı birbirini tamamlayacak şekilde tek bir güvenceye kavuşturulmaktadır³³.

5510 sayılı Kanun'un sigortalılık hallerinin birleşmesi başlıklı 53.maddesinin, 6111 sayılı Kanun ile değişikliğe uğraması sonrasında sigortalının 4/I-a, 4/I-b ve 4/I-c'lilik hallerinin çakışması halinde 4/I-c'liliğin esas olduğu, 4/I-a ve 4/I-b'liliğin çakışması halinde ise geçerli olan sigortalılığın 4/I-a olduğu belirtilmiştir (5510 m. 53/I).

Bu hüküm ile sigortalının devlet memurluğu yanında kısmi süreli olarak 4/I-a'lı olarak başka bir yerde çalışması halinde sigortalılığı doğrudan 4/I-c olarak kabul edilecektir. Kanun koyucunun 4/I-c'ye doğrudan üstünlük tanımmasının gerekçesinde devlet memurluğu statüsündeki 4/I-c'lilerin başka bir işte çalışma yasağına tabi olması nedeniyle farklı bir sigortalılığa tabi çalışmanın olanaksız olmasından kaynaklanmaktadır³⁴. Ancak hekimlerin aynı zamanda işyeri hekimi olarak da çalışabildiği düşünüldüğünde 4/I-c'lilerin başka bir yerde çalışmalarının olanaksız olmasından değil de 4/I-c'liliğin daha üstün haklar sağladığından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

Kişinin serbest olarak yani 4/I-b'li olarak çalışmasının yanında haftada bir gün de olsa 4/I-a kapsamında çalışması olması halinde Kanunun açık hükmü gereğince doğrudan 4/I-a'lı olarak kabul edileceği anlaşılmaktadır. 2011/36 sayılı Genelgenin 'Sigortalılığı 01.03.2011 tarihinden sonra başlayanların hizmetlerinin çakışması' başlıklı düzenlemesinde 4/I-a'lılık ile 4/I-b'liliğin çakışması halinde 4/I-b'liliğin bir gün önce sona ereceği belirtilmekle birlikte, aynı anda her iki sigortalılığın olmaması için sistem açısından nasıl bir yol izleneceği de ayrıca açıklanmıştır³⁵.

33 Bu görüş için bakınız. Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.173.

34 Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.174; Akın Levent, Sosyal Güvenlik Hukukunda Bağımlı Çalışanların Maluliyeti, Ankara 2007, s. 131 vd.; Sözer/Saraç, s.153; Gerçek, s.59.

35 Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine tabi sigortalıların 01.03.2011 tarihinden itibaren (a) bendi kapsamında çalışmaya başlamaları halinde e-Sigortalı yoluyla Kuruma verilen sigortalı işe giriş bildirgelerinde "5510 sayılı Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine tabi sigortalılığınız sona erdirilmiştir. 4. maddenin birinci fıkrasının (b) bendine tabi ayrıca prim ödemeye devam etmek istiyor iseniz sosyal güvenlik il müdürlüğüne/sosyal güvenlik merkezine müracaat etmeniz gerekmektedir" uyarısı verilecek, bu kayıtlar otomatik olarak "(4/b) Tescil Programının" terk işlemleri menüsünden (01) terk kodu sigorta türünde "53. maddeye göre sonlandırma" ile sona erdirilecektir.

Her ne kadar 4/I-a'lı sigortalı olma avantajlı gibi görünse de belirtilen olayda sigortalının haftada bir gün 4/I-a'lı olduğu dikkate alındığında sigortalının yaşlılık aylığına hak kazanabilmesi için gereken prim ödeme gün sayısını tamamlayabilmesi olanaksız bir hal alacaktır. Bu durum göz önünde tutularak yapılan düzenlemeye göre ise, hem 4/I-a hem de 4/I-b kapsamında çalışmasına rağmen yapılan düzenleme gereği 4/I-a'lı olarak sigortalı sayılanlar, yazılı talepte bulunmak kaydıyla talep tarihinden itibaren 4/I-b kapsamında prim ödeyebilirler³⁶. Ancak 2011/36 sayılı Genelgede açıkça belirtildiği üzere bu durumda toplam ödenecek prim miktarı prime esas kazancın üst sınırından fazla olamayacaktır.

Belirtilen durumda 4/I-a'lı olarak kabul edilmesine rağmen 4/I-b kapsamında da talep ile birlikte prim ödemeye başlayan sigortalılar iş kazası ve meslek hastalığından sağlanan haklar bakımından 4/I-b'li olarak, diğer kısa vadeli sigorta kollarından sağlanan yardımlar ile uzun vadeli sigorta kollarına tabi yardımlar bakımından ise 4/I-a'lı olarak işlem görecektir³⁷ (5510 m.53/I).

Talepte bulunulmasına rağmen ait olduğu ayı izleyen ay sonuna kadar ödenmeyen primleri ödeme hakkının düşeceği ve bu aya ilişkin prim ödenemeyeceği belirtilmelidir (5510 m.53/I). Burada önemli olan konu 5510 sayılı Kanun'un sigortalılık hallerinin birleşmesine ilişkin 53. maddesinin birinci fıkrası 6111 sayılı Kanunun 33. maddesi ile 01.03.2011 tarihinden geçerli olmak üzere değiştirilmiş, ayrıca 6111 sayılı Kanunla Kanun'a eklenen geçici 33. madde ile 53. maddenin birinci fıkrasında yapılan değişikliklerin 01.03.2011 tarihinden önceki süreler için uygulanmayacağı hüküm altına alınmıştır³⁸. Yargıtay tarafından verilen yeni tarihli bir kararda çalışmamızda yer verildiği üzere, sigortalılığın çakışması açısından 5510 sayılı dönem öncesi ve sonrası ile 6111 sayılı Kanun ile gelen yenilikler detaylı olarak belirtildikten sonra yapılan değişikliklerin 01.03.2011 tarihinden önceki süreler için uygulanmayacağı açık olarak belirtilmiş olup bu durum dikkate alınmadan verilen kararın bozulması gerektiği özellikle vurgulanmıştır³⁹.

36 Güzel/Okur/ Caniklioğlu, s.175.

37 05.04.2011 tarih ve 6111 sayılı Kanun uyarınca yapılacak sigortalama ve borçlanmaya ilişkin işlemler konulu, 2011/36 sayılı Genelge; Korkusuz, Refik/Uğur, Suat, Sosyal Güvenlik Hukuku, 3.B., Bursa 2013, s.399; Güzel/Okur/ Caniklioğlu, s.175.

38 2011/36 sayılı Genelge.

39 "Çakışan sigortalılık sorununu" gerek 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve gerekse 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu birbirlerine paralel düzenlemeler ile bir sigortalının aynı anda birden

5510 sayılı Kanun'un 53.maddesi kapsamında değinilmesi gereken bir diğer önemli konu ise 4/I-b kapsamında sigortalı sayılan kişilerin, kendilerine ait yahut da ortak oldukları işyerlerinde 4/I-a'lı sigortalı olarak bildirilememesidir (5510 m.53/II; SSIY, m.27/1). Bu fıkraya göre, sigortalı olarak çalıştığı işyerinde daha sonra ortak olan yahut da işyerini kendisi alan kişi 4/I-a'lı olarak çalışmasını devam ettiremeyecek ve zorunlu olarak 4/I-b'li olarak sigortalılığa geçiş yapacaktır⁴⁰. Belirtilen bu düzenleme ise Kanunun kötüye kullanımını engellenmiş olup, kişilerin 4/I-b'li olması gerekirken 4/I-a'lı olarak elde ettiği menfaatin önu de

fazla sosyal güvenlik kurumuna tabi olmasını yasaklayıp sigortalının önceden başlayıp devam edegelen sigortalılığına geçerlik tanınarak çözüme ulaştırmaya çalışmışlardır. Yasal sistemimize göre bir kimsenin Sosyal Sigortalı Kurumu kapsamına girebilmesi için hizmet akdine tabi bir işte çalışması yanında başka bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında bulunmaması gerekir. 506 sayılı Yasanın 3. maddesinin I. (F) bendinde "Kanunla kurulu emekli sandıklarına aidat ödemekte olanların" (K) bendinde ise, "Herhangi bir işverene hizmet akdiyle bağlı olmaksızın kendi nam ve hesabına çalışanların" sigortalı sayılmayacağı" belirtilmiştir.

Aynı şekilde 1479 Sayılı Bağ-Kur Kanunu'nun 24. maddesinin I. ve II. Fıkralarında da bir kimsenin Bağ-Kur kapsamına girebilmesi için kendi adına bağımsız çalışıp kazanç sağlaması yanında, başkaca sosyal güvenlik kurumu kapsamında bulunmaması koşulu getirilmiştir. Bütün bu açıklamalardan anlaşılacağı üzere, sosyal güvenlik sistemimizde çifte sigortalılık mümkün olmayıp, önceden başlayıp devam edegelen sigortalılığa geçerlik tanınmaktadır (29.06.2005 gün ve 2005/21- 389E, 2005/430K Sayılı Yargıtay Hukuk Genel Kurulu Kararı da aynı yöndedir.). 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı yasanın 53/1 maddesinde "Sigortalının, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde yer alan sigortalılık nedenlerinden birden fazlasına aynı anda tâbi olmasını gerektirecek şekilde çalışması halinde; öncelikle (c) bendi kapsamında, (c) bendi kapsamında çalışması yoksa ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi esas alınarak sigortalı sayılacağı" bildirilmiştir.

3.2.2011 tarihli 6111 Sayılı Yasanın 33. maddesi ile değiştirilen ve 01.03.2011 tarihinde yürürlüğe giren 5510 Sayılı Yasanın sigortalılık hallerinin birleşmesi başlıklı 53/1. maddesinde ise "Sigortalının, 4. maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde yer alan sigortalılık hallerinden birden fazlasına aynı anda tabi olmasını gerektirecek şekilde çalışması halinde, öncelikle aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında, (a) ve (b) bentlerinde yer alan sigortalılık statülerine tabi olacak şekilde Kanun kapsamına girmesi halinde ise aynı maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılacağı" belirtilmiş ve aynı yasanın Geçici 33. maddesinde ise "Kanunun 53 üncü maddesinin birinci fıkrasında bu maddenin yürürlük tarihi itibarıyla yapılan değişiklikler, bu değişikliklerin yürürlüğe girdiği tarihten öncesi için uygulanmaz" hükmü getirilmiştir. Y21.HD., 26.06.2014, 1013/12574 E.-2014/15036 K. Çalışma ve Toplum Dergisi, 2015/1, s.500. Aynı yönde bkz., Y10HD., 10.05.2013, 2012/11248 E.-2013/9965 K. Çalışma ve Toplum Dergisi, 2014/3, s.429.

40 Kanunda yer alan bu düzenleme ile Kanunun dolaşılması engellenmiştir. Aksi halde 4/I-a'lı olarak çalışan birisi sigortalılığın devam etmesi halinde 4/I-b'li olarak çalışmayı gerektirecek bir iş yapması halinde 4/I-a'lılığı devam edebilecekti. Ancak mevcut olan istisnai düzenleme ile 4/I-a'lı olarak çalışan birisinin 4/I-b'li olarak çalışmasını gerektirecek bir iş yapması halinde zorunlu olarak 4/I-b'li sigortalılığa sevk edilecektir.

kesilmiş olmakla birlikte konu yasal bir zemine kavuşturulmuştur⁴¹. Ancak belirtilmelidir ki, 5510 sayılı Kanunda yer almamasına rağmen, 5510 Sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ⁴² ile farklı bir düzenleme getirilmiştir.

Buna göre 01.10.2008 tarihinden önce 4/b kapsamında sigortalı oldukları halde kendilerine ait veya ortak oldukları işyerlerinden 4/I-a'lı olarak prim ödemesi olanların sigortalılıklarının kesintiye uğrayana kadar devam ettirileceği belirtilmiştir⁴³. Kanunda olmayan bir hükmün Tebliğ ile uygulamaya konulmasının yerinde olmadığı görüşündeyiz⁴⁴.

Son olarak belirtilmelidir ki, sigortalının, 5510 sayılı Kanun'un 53. maddesi hükmüne göre sigortalı sayılması gereken sigortalılık halinden başka bir sigortalılık hali için prim ödemiş olması durumunda, ödenen primler birinci fıkraya göre esas alınan sigortalılık hali için ödenmiş ve esas alınan sigortalılık halinde geçmiş kabul edilir (5510 m.53/V; SSİY. m.27/3). Yani kişi herhangi bir şekilde hatalı olarak yanlış tespit ettiği sigortalılığa ilişkin prim öderse, ödenmiş olan primler gerçekte olması gereken sigortalılık ilişkisi içerisinde ödenmiş kabul edilecektir⁴⁵.

B- Zorunlu Sigortalılık Hali ile İsteğe Bağlı Sigortalılığın Çakışması

1- İsteğe Bağlı Sigorta Kavramı

Zorunluluk ilkesine isteğe bağlı sigortalılık müessesesi ile bir istisna

41 Aynı yönde bkz. Güzel/Okur/ Caniklioğlu, s.175.

42 RG., 28.09.2008, 27011.

43 Kesintiye uğramanın ne olduğu ise şöyle açıklanabilir: Esas olarak kişinin çalışma ilişkisinin kesin olarak ortadan kalkmasıyla sigortalılık ilişkisi kesintiye uğramaktadır. Bazı hallerde esas irade çalışma ilişkisinin sürdürülmesine ilişkin olsa da yapılan işin askıya alındığı bilinmektedir. Çalışma ilişkisinin herhangi bir nedenle kesintiye uğraması durumunda sigorta kolları açısından sosyal sigorta ilişkisi de sona erecektir. 5510 sayılı Kanunun 9/2 fıkrasında yer alan durumlarda sigortalılık süresinin onuncu gün itibarıyla sona ereceğine yer verilmiştir. Hangi durumlarda 4/I-a-b ve c'liğinin kesin olarak sona ereceği, 5510 m.9; SSİY. m.14; 5510 Sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ IV'de de belirtilmiştir. Sigortalılık hallerinin değişmesinde kesintinin belirlenmesinde adı geçen Kanun ve Yönetmelikte belirtilen sigortalılığın sona erdiği tarihi takip eden günden itibaren yeni sigortalılık haline göre hak ve yükümlülükler başlayacaktır. Sözer/Saraç, s. 154.

44 Düzenlemenin yerinde olmadığı yönünde doktrinde de eleştiriler yer almıştır. Güzel/Okur/ Caniklioğlu, s.176; Sözer/Saraç, s. 155.

45 Tuncay/Ekmekçi, s.307; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.178; Sözer/Saraç, s.156.

getirilmiştir. İsteğe bağlı sigortalılık ile sosyal korumanın kişiler açısından kapsamı genişletilmiş ve mümkün olduğunca çok kişi sosyal güvenlik şemsiyesi altına çekilmiştir⁴⁶. İsteğe bağlı sigortalılık ile kendi iradesi dışında zorunlu sigorta kapsamına giremeyen kişiler bakımından sosyal sigorta sistemine girme imkânı sağlanmaktadır⁴⁷. Bir diğer anlatımla isteğe bağlı sigortalılık, zorunlu sosyal sigorta ilişkisi bulunmayan yahut da bir şekilde bu ilişkiyi yitirmiş olanlara isteğe bağlı olarak prim ödeme kaydıyla uzun vadeli sigorta kolları ve genel sağlık sigortalısı olmayı sağlayan sigortalılıktır⁴⁸. 5510 sayılı Kanun'a göre, isteğe bağlı sigorta; kişilerin isteğe bağlı olarak prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kollarına ve genel sağlık sigortasına tâbi olmalarını sağlayan sigortadır. İsteğe bağlı sigortalılar 4/I-b'li sayılmakla birlikte, kısmi süreli 4/I-a sigortalıları, her ay 30 günden eksik günlerini isteğe bağlı ödemeleri durumunda isteğe bağlı sigortalılıkları 4/I-a kapsamında sayılmaktadır⁴⁹.

Geçmiş dönemde isteğe bağlı sigortalılığa ilişkin eleştiriler⁵⁰ yer almakla birlikte 5510 sayılı Kanun, isteğe bağlı sigortalıları genel sağlık sigortasının da kapsamına almıştır. İsteğe bağlı sigortalılık ilişkisinin kurulması, zorunlu sigortalılık ilkesinin aksine sigortalının iradesine bağlıdır⁵¹.

5510 sayılı Kanun öncesinde isteğe bağlı sigortalılık ilişkisinin kurulabilmesi için daha önce belli bir süre sigortalılık ilişkisinin kurulmuş olması şartı aranmaktaysa da⁵², 5510 sayılı Kanun bu ön koşulu ortadan kaldırmıştır⁵³.

46 Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.215; Tuncay/Ekmekçi, s.318.

47 Arıcı, s.263.

48 Uşan, s.111; Akın Levent, Tek Çatı Öncesi Ve Sonrası İsteğe Bağlı Sigortalılık, Mercek Dergisi, s.43, Temmuz 2006, s.165; Bostancı Yalçın, İsteğe Bağlı Sigortalılık, İstanbul 2004, s.51; Tuncay/Ekmekçi, s.317.

49 Şakar, s.193.

50 İsteğe bağlı sigortalılığın eşitlik ilkesine aykırı olduğu ve aktüeryal dengeyi bozduğu, isteğe bağlı sigorta primlerinin sadece yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası primlerini kapsamı ve isteğe bağlı sigortaya devam edenden hastalık sigortası primi alınmadığı, oysa isteğe bağlı sigortalılık şartlarını yerine getiren bir kimseye, yaşlılık (ya da malullük) aylığı bağlandığında, ilgili sağlık hizmetlerinden de yararlanmaya başladığı gerekçeleriyle eleştirildiğine ilişkin bkz. Tuncay/Ekmekçi, s.318.

51 Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.216.

52 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu öncesi dönemde isteğe bağlı sigortalı olabilmek için 1080 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olma koşulu vardır.

53 Başbuğ, Aydın, Sosyal Güvenlik Sisteminde Sosyal Sigortalar, Şeker-İş, 2013, s.46; Tuncay/Ekmekçi, s.318.

Ayrıca yeni yazılı mevzuat ile çalışma biçimi ne olursa olsun bütün isteğe bağlı sigortalılar aynı mevzuata tabi tutulmuştur⁵⁴.

5510 sayılı Kanun'un 50-52. maddeleri ve Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği'nin⁵⁵ 91-96. maddelerinde isteğe bağlı sigortalılığa ilişkin hükümlere yer verilmiştir. Buna göre isteğe bağlı sigortalı olabilmek için Türkiye'de ikamet edenler ile Türkiye'de ikamet etmekte iken sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerdeki Türk vatandaşlarının, 5510 sayılı Kanuna tâbi zorunlu sigortalı olmayı gerektirecek şekilde çalışmaması veya sigortalı olarak çalışmakla birlikte ay içerisinde 30 günden az çalışması ya da tam gün çalışmaması, kendi sigortalılığı nedeniyle aylık bağlanmamış olması, 18 yaşını doldurmuş bulunması ve son olarak da isteğe bağlı sigorta talep dilekçesiyle Kuruma başvuruda bulunması şartları aranmaktadır.

Bu durumda isteğe bağlı sigorta ilişkisinin zorunlu sigorta ilişkisinden farklı olarak, kişinin iradesine bağlı olarak Kuruma başvurusu neticesinde kurulduğu görülmektedir⁵⁶.

2- Her İki Sigortalılığın Çakışması Halinde Uygulanacak Kural

5510 sayılı Kanun'un açık hükmü gereği isteğe bağlı sigortalı olanların 4/I-a, 4/I-b veya 4/I-c kapsamına tabi olacak şekilde çalışmaya başlamaları halinde, bu Kanun'un 51. maddesinin üçüncü fıkrası saklı kalmak kaydıyla isteğe bağlı sigortalılık hali sona erer. Buna göre zorunlu sigortalılık hali ile isteğe bağlı sigortalılık hallerinin çakışması halinde isteğe bağlı sigortalılık son bulmaktadır.

Ancak istisnai olarak getirilen düzenleme ile ay içerisinde 30 günden az çalışan veya prim ödeme gün sayısı, ay içindeki toplam çalışma saatinin 4857 sayılı Kanun'a göre belirlenen günlük normal çalışma saatine bölünmesi suretiyle hesaplanan sigortalıların aynı ay içerisinde isteğe bağlı sigorta primi ödemeleri halinde, primi ödenen süreler zorunlu sigortalılığa ilişkin prim ödeme gün sayısına otuz günü geçmemek üzere eklenir ve eklenen bu süreler, 4/I-a kapsamında sigortalılık süresi olarak kabul edilir

54 Arıcı, s.268.

55 RG., 12.05.2010, 27579.

56 Başbuğ, s.46

(5510 m.51/III)⁵⁷. Yani kısmi süreli iş sözleşmeleri ile çalışan işçiler ay içerisinde eksik kalan sürelerle ilişkin isteğe bağlı sigortalılıktan yararlanabileceklerdir.

2011/36 sayılı Genelge’de de bazı çalışanların 4/I-a ve 4/I-b kapsamında çalışmaları halinde isteğe bağlı sigortalılıktan yararlanabileceği düzenlenmiştir. Buna göre de 4857 sayılı Kanun’a göre kısmi süreli iş sözleşmesiyle, ev hizmetlerinden 30 günden az veya puantaj kaydıyla çalışıp eksik gün nedeni 06 (Kısmi istihdam), 07 (Puantaj kayıtları) ve 17 (Ev hizmetlerinde 30 günden az çalışma) olan sigortalıların aynı zamanda 4/I-b kapsamında sigortalı olmaları hallerinde 4/I-a’lı sigortalılıkları sona ermedikçe ay içerisinde eksik kalan günleri bakımından 4/I-b’li olarak değerlendirilmeyeceklerdir. Bununla birlikte ay içerisinde eksik kalan süreleri için isteğe bağlı sigortaya müracaat edebilecekleri gibi 41. maddenin (i) bendi⁵⁸ kapsamında borçlanabileceklerdir. Bu şekilde kazanılan süreler 4/I-a kapsamında sigortalılık süresi olarak değerlendirilecektir. Ancak, kısmi süreli çalışması nedeniyle 4/I-a kapsamında sigortalı sayılanların devam eden 4/I-b bendi kapsamındaki çalışması nedeniyle de prim ödemek istemesi durumunda 4/I-b kapsamında 30 gün üzerinden prim tahakkuk ettirilecektir.

III- GELİR VE AYLIKLARIN BİRLEŞMESİ

A- Genel Olarak

5510 sayılı Kanun’un 3/16.fıkrasına göre gelir; iş kazası veya meslek hastalığı halinde sigortalıya veya sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine, yapılan sürekli ödemeyi, 17. fıkraya göre de aylık; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile vazife malûllüğü halinde yapılan sürekli ödemeyi ifade eder.

Gelir ve aylıkların birleşmesi, kişilerin farklı sosyal sigorta kuruluşlarından

57 13/2/2011 tarihli ve 6111 sayılı Kanunun 32 nci maddesiyle, bu maddenin üçüncü fıkrasında yer alan “(b) bendi” ibaresi “(a) bendi”, beşinci fıkrasında yer alan “bu süreler” ibaresi “söz konusu süreler, bu maddenin üçüncü fıkrası hükmü saklı olmak üzere” şeklinde değiştirilmiş ve metne işlenmiştir. Görüldüğü üzere daha önce 4/b olarak nitelendirilen sigortalılık 6111 sayılı Kanun sonrası 4/a olarak değiştirilmiştir.

58 (Ek: 13/2/2011-6111/30 md.) Bu bendin yürürlüğe girdiği tarihten sonraki sürelerle ilişkin olmak üzere, 4857 sayılı Kanuna göre kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışan sigortalıların, kısmi süreli çalıştıkları aylara ait eksik süreleri borçlanabilirler.

aynı anda hem gelir hem de aylığa hak sahibi olmaları durumunu ifade eder⁵⁹. Sosyal sigorta uygulamasında kişi, aynı veya farklı sosyal sigorta kuruluşlarından özellikle kısa ve uzun vadeli sigorta dallarından aynı anda birden çok aylık veya gelire hak kazanabilmektedir. Örneğin, bir sigortalı hem yaşlılık hem de malullük aylığı bağlanması için gerekli koşullara sahip olabilmektedir⁶⁰. Bu gibi durumlar dikkate alınarak gelir ve aylıkların birleşmesi halinde nasıl bir yol izleneceği kişilere sağlayacağı fayda ve Kurumun ekonomik yapısı da dikkate alınarak 5510 sayılı Kanun'un 54. maddesinde düzenlenmiştir⁶¹. Buna göre, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları kapsamında 5754 sayılı Kanun'la değişik 5510 sayılı Kanun'un 19, 27 ve 29. maddelerine göre sigortalılara, 20 ve 33. maddelerine göre de hak sahiplerine gelir veya aylık bağlanmaktadır.

5510 sayılı Kanun'un 54. maddesinde, birden fazla dosyadan gelir/aylık veya gelir ve aylığa hak kazanılması durumunda, gelir ve aylıkların tek veya iki dosyadan, tam veya yarım olarak ne şekilde ödeneceği belirlenmiş olup, bir kişide ikiden fazla gelir veya aylık birleştiği takdirde, bu gelir ve aylıklardan en fazla ödemeye imkan veren iki dosya üzerinden gelir veya aylık bağlanacağı, diğer dosya veya dosyalardaki gelir ve aylık haklarının durum değişikliği veya diğer bir dosyadan gelir veya aylığa hak kazanıldığı tarihe kadar düşeceği öngörülmüştür⁶². İlgili düzenlemeler ilk defa bu Kanuna göre sigortalı olanlar bakımından geçerli olmaktadır⁶³.

B- Aylıkların Birleşmesi

5510 sayılı Kanun'un 5754 sayılı Kanun'la değişik m.54/a hükmü ile düzenlendiği üzere, uzun vadeli sigorta kollarından (malullük, vazife malullüğü, yaşlılık ve ölüm) kişilerin aynı anda birden çok aylık almaya hak kazanması halinde hangi aylığa hak kazanılacağı belirtilmiştir.

Buna göre, hem malullük hem de yaşlılık aylığına hak kazanan sigortalıya,

59 Arıcı, s.451; Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.553; Uşan, s.242; Tuncay/Ekmekçi, s.480.

60 Güzel/Okur/Caniklioğlu, s.696.

61 Saraç Coşkun, Sosyal Sigortalarda Risklerin Birleşmesi, Birden Fazla Gelir ve Aylık Bağlanması, Çimento İşveren Dergisi, Mart 2001, s.29 vd.

62 15.05.2009 tarih ve 2009/70 sayılı Gelir ve Aylıkların Birleşmesi konulu Genelge s.1.

63 Arıcı, s.456.

bu aylıklardan yüksek olanı, aylıklar eşitse yalnız yaşlılık aylığı⁶⁴, malûllük, vazife malûllüğü veya yaşlılık aylığı ile birlikte, ölen eşinden dolayı da aylığa hak kazanan sigortalıya her iki aylığı, ana ve babasından ayrı ayrı aylığa hak kazanan çocuklara, yüksek olan aylığın tamamı, az olan aylığın yarısı, birden fazla çocuğundan aylığa hak kazanan ana ve babaya en fazla ödemeye imkân veren ilk iki dosyadan yüksek olan aylığın tamamı, düşük olan aylığın yarısı, hem eşinden, hem de ana ve/veya babasından ölüm aylığına hak kazananlara, tercihine göre eşinden ya da ana ve/veya babasından bağlanacak aylığı, 5510 sayılı Kanun'a göre vazife malûllüğü aylığı almakta iken, tekrar sigortalı olanlardan hem vazife malûllüğüne hem de malûllük aylığına hak kazananlara bu aylıklardan yüksek olanı, aylıkları eşitse yalnızca vazife malûllüğü aylığı, bunlardan hem vazife malûllüğü hem de yaşlılık aylığına hak kazananlara, bu aylıkların her ikisi, Evliliğin ölüm nedeniyle sona ermesi durumunda sonraki eşinden de aylığa hak kazananlara tercih ettiği aylığı bağlanacaktır.

C- Gelirlerin Birleşmesi

5510 sayılı Kanun'un 5754 sayılı Kanun'la değişik m.54/b hükmü ile düzenlendiği üzere, kısa vadeli sigorta kollarından kişilerin aynı anda birden çok gelir almaya hak kazanması halinde hangi gelire hak kazanılacağı belirtilmiştir.

Buna göre, sürekli iş göremezlik geliriyle birlikte ölen eşinden dolayı da gelire hak kazanan eşe her iki geliri, Ana ve babadan ayrı ayrı gelire hak kazananlara, yüksek olan gelirin tamamı, az olanın yarısı, Birden fazla çocuğundan gelire hak kazanan ana ve babaya, en fazla ödemeye imkân veren ilk iki dosyadan yüksek olan gelirin tamamı, düşük olan gelirin yarısı, Hem eşinden, hem de ana ve/veya babasından ölüm gelirine hak kazananlara, tercihine göre eşinden ya da ana ve/veya babasından bağlanacak geliri, Evliliğin ölüm nedeniyle sona ermesi durumunda sonraki eşinden de gelire hak kazananlara tercih ettiği geliri bağlanacaktır.

64 506 Sayılı Kanun'da da aynı düzenleme bulunmakla birlikte, burada aylıklardan fazla olanının ödenme sebebi, her iki sigorta kolu için de tek prim ödenmiş olmasıdır. Alper, Yusuf, Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, İstanbul 1999, s.248; Kuruca, Mustafa, Tüm Yönleriyle Emeklilik, Ankara 2004, s.123; Aslanköylü ise bu konuda, hiç dikkate alınmayan yaşlılık veya malullük aylığının kısmi de olsa düzenlenmesi gerektiği, aksi halde düzenlemenin adil olmayacağı görüşündedir. Aslanköylü, Resul, Sosyal Sigortalar Kanunu Yorumu, Ankara 2003, s.907.

D- Gelir ve Aylıkların Birleşmesi

Malullük, yaşlılık, ölüm sigortaları ve vazife malullüğü ile iş kazası ve meslek hastalığı sigortasından hak kazanılan aylık ve gelirler birleşirse, sigortalıya veya hak sahibine bu aylık veya gelirlerden yüksek olanın tamamı, az olanın yarısı, eşitliği halinde ise iş kazası ve meslek hastalığından bağlanan gelirin tümü, malullük, vazife malullüğü, yaşlılık veya ölüm aylığının yarısı bağlanacaktır⁶⁵. (5510 m.54/c-2009/70 sayılı Genelge s.5).

Burada yer verilmesi gereken bir durum vardır. 506 sayılı Kanun döneminde de 92.madde uyarınca malullük, yaşlılık, ölüm sigortaları ile iş kazası ve meslek hastalığı sigortasından hak kazanılan aylık ve gelirler birleşirse, sigortalıya veya hak sahibine bu aylık veya gelirlerden yüksek olanın tamamı, az olanın yarısı, eşitliği halinde ise iş kazası ve meslek hastalığından bağlanan gelirin tümü, malullük, yaşlılık veya ölüm aylığının yarısı bağlanacaktır. Bu düzenlemeye ilişkin olarak, Kurum tarafından hatalı olarak bir sigortalıya hem gelirin hem de aylığın tamamı bağlanmıştır. Daha sonra iş kazası ve yaşlılık aylığını birlikte almakta olan kişiden, bu aylıkların eşitlenmiş olması nedeniyle, iş kazası aylığının tamamının, yaşlılık aylığının yarısının ödenmesi gerekirken tamamının ödendiği belirtilerek fazla ödenen kısmın iadesi istemiyle dava açılmış, yapılan itiraz sonrasında 506 sayılı Yasa'nın 92. maddesinin ikinci fıkrasının birinci ve ikinci tümcelerinin Anayasa'ya aykırı olduğu kanısına varan yerel mahkeme, düzenlemenin iptali için Anayasa Mahkemesine başvurmuştur. Anayasa Mahkemesi ise gerekçeli olarak verdiği karar ile itirazın reddine hükmetmiştir. Kararın bu gibi durumlarda nasıl düşünüldüğüne yol gösterici olduğu hususu da dikkate alınarak önemli yerlerinin dipnota işlenmesi gerektiği kanaatindeyiz⁶⁶.

65 Bu durumda her iki sigorta kolu için ayrı ayrı prim ödenmesinin doğal sonucu olarak ayrı ayrı gelir ve aylık alınmaktadır. Uşan, s.243.

66 "...506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 92. maddesinin ikinci fıkrasının birinci ve ikinci tümcesinde; "*Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortasından hak kazanılan aylık ve gelirler birleşirse, sigortalıya veya hak sahibine bu aylık ve gelirlerden yüksek olanının tümü, eksik olanın da yarısı bağlanır. Bu aylık ve gelirler eşitse, iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortasından bağlanan gelirin tümü, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından bağlanan aylığın da yarısı verilir.*" denilmektedir.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucunda çalışma gücünün bir kısmını ya da tamamını kaybeden

E- En Yüksek Ödemeye İmkan Veren İki Dosyanın Tespiti

Birinci fıkradaki sıralamaya göre yapılacak değerlendirmeler sonucunda, bir kişide ikiden fazla gelir veya aylık birleştiği takdirde, bu gelir ve aylıklardan en fazla ödemeye imkân veren iki dosya üzerinden gelir veya aylık bağlanır, diğer dosya veya dosyalardaki gelir ve aylık hakları durum değişikliği veya diğer bir dosyadan gelir veya aylığa hak kazanıldığı tarihe kadar düşer. (m.54/c). Böylece aynı anda ikiden fazla dosyadan gelir ya da aylık bağlanması engellenmiş olmaktadır⁶⁷.

En yüksek ödemeye imkan veren iki dosyanın tespitinde; sadece en düşük miktarlı dosyanın sistemden çıkarılması şeklinde değil, tam yarım ödenmesi durumları da dikkate alınarak sigortalı veya hak sahibine en yüksek ödemeye imkan veren iki dosyadan ödeme yapılacaktır⁶⁸.

kişilerin diğer kişilere oranla daha fazla sosyal güvenliğe, bakıma ve korunmaya ihtiyaçları olduğu açık bulunmakla birlikte bu ihtiyaçlar giderilmeye çalışılırken, Anayasanın 4709 sayılı Yasa ile değişik 65. maddesinde yer alan “Devlet sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir” kuralı da gözetilerek gerekli düzenlemelerin yapılması zorunludur.

Sosyal Sigortalar Kanunu bir bütün olarak ele alındığında, iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortası ile malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları için kısmen sigortalıdan, kısmen de işverenden ayrı ayrı prim tahsil edilmesinin Kurumca sağlanan hizmetlerle aktüeryal dengenin birlikte korunması gereğinin sonucu olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası için tespit edilmiş bulunan prim oranlarının, Sosyal Sigortalar Kanununun itiraz konusu olan 92. maddesindeki esaslar gözönüne alınarak belirlendiği anlaşılmaktadır.

Anayasa'nın 10. maddesinde yer alan, “yasa önünde eşitlik ilkesi” hukuksal durumları aynı olanlar için sözkonusudur. Bu ilke ile eylemli değil, hukuksal eşitlik öngörülmüştür. Eşitlik ilkesinin amacı, aynı durumda bulunan kişilerin yasalar karşısında aynı işleme bağlı tutulmalarını sağlamak, ayırım yapılmasını ve ayrıcalık tanınmasını önlemektir. Bu ilkeyle, aynı durumda bulunan kimi kişi ve topluluklara ayrı kurallar uygulanarak yasa karşısında eşitliğin çiğnenmesi yasaklanmıştır. Yasa önünde eşitlik, herkesin her yönden aynı kurallara bağlı tutulacağı anlamına gelmez. Durumlarındaki özellikler, kimi kişiler ya da topluluklar için değişik kuralları ve uygulamaları gerektirebilir. Aynı hukuksal durumlar aynı, ayrı hukuksal durumlar farklı kurallara bağlı tutulursa Anayasa'da öngörülen eşitlik ilkesi zedelenmez. Bu nedenle sadece iş kazalarıyla meslek hastalıkları sigortasından gelir elde edenlerle malullük, yaşlılık veya ölüm sigortasından aylık alıp bunun yanında iş kazası ya da meslek hastalığı sigortasından da aylık ve gelir alabilecek durumda olanlar aynı konumda bulunmadıklarından itiraz konusu kural Anayasa'nın 10. maddesine aykırı değildir. Belirtilen nedenlerle itiraz konusu Yasa kuralı, Anayasa'nın 2., 5., 10., 11., 60., 61. ve 65. maddelerine aykırı değildir, 49. maddesi ile ilgisi görülmemiştir. İstemin reddi gerekir”. AYM.,11.03.2003, 2011/351 E.-2003/10 K. RG., 16.12.2003, 25318.

67 Güzel/Okur/Canıklıoğlu, s.697.

68 2009/70 sayılı Genelge s.7.

En yüksek ödemeye imkan veren iki dosyanın tespitine ilişkin mevzuat da sık değiştiğinden, gelir ve/veya aylıkların birleşmesi konusu, sosyal sigortaların sorun yaratan konularından biri olarak görülmektedir^{69,70}.

F- Kanun'un Yürürlüğe Girdiği Tarihten Önce Bir veya Birden Fazla Dosyadan Gelir ve Aylık Alanlar

Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihten yani 1 Ekim 2008 tarihinden önce birden fazla dosyadan gelir veya aylık alınması durumunda, bu gelir ve aylıklar ödenmeye devam edilecektir. 5510 sayılı Kanun geçici m.7/5 hükmünde, sigortalı ve hak sahiplerinin Kanun'un yürürlük tarihinden sonra yeni bir dosyadan gelir ve aylığa hak kazanması durumunda yeni bağlanacak dosyadaki gelir ve aylık miktarı da dahil olmak üzere mukayese yapılarak en düşük miktarlı dosyanın kapsamdan çıkarılacağı hüküm altına alınmıştır.

Bahsedilen hükümde sigortalının aynı kurum nezdinde geçen hizmetlerinden dolayı gelir ya da aylıkların birleşmesi durumu düzenlenmiştir. Ancak sigortalının bazen de iki farklı kurum nezdinde geçen sürelerden dolayı ayrı ayrı aylığa hak kazanması söz konusu olabilmektedir⁷¹. Kanun'un yürürlük tarihinden önce bir dosyadan gelir ve aylık almakta iken, 506, 1479, 2925 ve 2926 sayılı Kanunlara göre yeni bir dosyadan gelir ve aylığa hak kazanılması durumunda gelir ve aylıkların;

- Aynı kanuna göre hak kazanılması halinde, ilgili kanun hükümlerine göre,

- Farklı kanunlara göre hak kazanılması halinde ise, iki dosyadan gelir ve aylık ödenmesi gerekmektedir⁷².

Sosyal sigorta hakları ile sosyal yardım ve sosyal hizmet haklarının çakışması

69 Tuncay/Ekmekçi, s.482.

70 Aylık ve gelirlerin birleşmesi konusundaki düzenlemelere ilişkin bilgi için ayrıca bkz. Çelik, A. Hakim/Bingöl, Ozan, İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku, Güncellenmiş ve Genişletilmiş 13. B., Bursa 2014, s.214-216; Çolak, Mahmut, İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Temel Bilgiler&Formüller, 2. B., Ankara 2014, s.265-267.

71 Güzel/ Okur/ Caniklioğlu, s.697.

72 2009/70 sayılı Genelge.

durumunda ise, kişinin muhtaçlık⁷³ kriterlerini sağlayıp sağlamadığı unsuru değerlendirilmektedir. Dolayısıyla, kendisine aylık bağlanmış olan kişiler bu bağlamda yer alan yardımlardan yararlanamamaktadır.

G- Gelir ve Aylıkların Düzeltilmesi, Yükseltilmesi, Alt Sınırı, Ödenmesi ve Yoklama İşlemleri

Gelir ve aylıkların düzeltilmesi, yükseltilmesi, alt sınırı, ödenmesi ve yoklama işlemleri 5510 sayılı Kanun'un 55. maddesinde ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Buna göre, gelir ve aylıkların düzeltilmesi açısından yapılan düzenleme için gelir veya aylık bağlanan sigortalı ile hak sahibi kişilerin durumlarının, kendilerine veya başka hak sahiplerine bağlanmış bulunan gelir veya aylık tutarının düzeltilmesini gerektirir bir şekilde değişmesi halinde gelir veya aylık tutarları, değişikliğin meydana geldiği tarihten sonraki ödeme dönemi başından başlanarak yeni duruma göre düzeltme yapılacağı görülmektedir.

Kişilere bağlanan gelir ve aylıkların yükseltilmesi, her yılın Ocak ve Temmuz ödeme tarihlerinden geçerli olmak üzere, bir önceki altı aylık döneme göre Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan en son temel yıllık tüketici fiyatları genel indeksindeki değişim oranı kadar artırılarak belirlenecektir.

Sigortalıya bağlanacak aylıklar ile ölen sigortalının hak sahiplerinin aylıklarının hesabına esas tutarın hesaplanmasında ise yapılan hesaplama biraz karışık yapıdadır. Buna göre, çalışma sürelerindeki her yıl için günlük kazanç sınırları başlıklı 82. maddeye göre tespit edilen prime esas günlük kazanç alt sınırları dikkate alınarak, talep veya ölüm yılına ait Ocak ayı itibarıyla ortalama aylık kazanç sistemini gösteren 29. maddenin ikinci fıkrasına göre belirlenen ortalama aylık kazancın %35'inden, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu eşi veya çocuğu varsa %40'ından az olamaz. Hak sahibi kimselerin aylıkları; hak sahibi bir kişi ise bu fıkraya göre hesaplanan alt sınır aylığının %80'inden, hak sahibi iki kişi ise %90'ından az olamayacaktır. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri gereğince bağlanan kısmı aylıklar için bu fıkra hükümleri uygulanamayacaktır.

73 Arıcı'ya göre, Türk hukukunda henüz sosyal yardım hakkı çağdaş normlarda olduğu gibi düzenlenmediği için sosyal sigortadan aylık ya da gelir alan kişiler muhtaç sayılmamaktadır, Arıcı, s.457.

4/I-a; 4/I-b ve 4/I-c kapsamındaki sigortalılar için ayrı ayrı olmak üzere, malûllük sigortasından dosya bazında her yıl bağlanan aylıkların aylık başlangıç tarihinin ait olduğu yılın Ocak ayı itibarıyla yıl içine ait artışlar uygulanmaksızın hesaplanacak tutarları, yaşlılık sigortasından bir önceki yılın son ödeme ayında söz konusu sigortalılar için ayrı ayrı dosya bazında ödenen en düşük yaşlılık aylığından az olamayacaktır.

İş kazası veya meslek hastalığı sonucu başka birinin sürekli bakımına muhtaç duruma gelen sigortalı için 5510 sayılı Kanun'un sürekli iş göremezlik gelirin e hak kazanma, hesaplanması, başlangıcı ve birden çok iş kazası ve meslek hastalığı hali başlıklı 19. maddesine göre hesaplanacak sürekli iş göremezlik geliri, günlük kazanç sınırları başlıklı 82. maddeye göre tespit edilen prime esas kazanç alt sınırının aylık tutarının %85'inden az olamayacaktır.

Sigortalıya veya hak sahiplerine bağlanan gelir veya aylıklar, her ay peşin olarak ödenmekle birlikte, gelir ve aylıkların ödeme dönemleri, ödeme tarihleri, ödeme şekli ve ödeme merkezleri Kurumca belirlenmektedir.

Gelir ve aylık alma şartlarının devam edip etmediğine yönelik yoklama işlemlerine ilişkin usûl ve esaslar ile 55.maddenin uygulanmasına ilişkin diğer usûl ve esaslarla ilgili, Kurum tarafından çıkarılan Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği⁷⁴'nin 73.maddesinde düzenleme yapılmıştır.

H- Gelir ve Aylıkların Bağlanamayacağı Haller

Kişilerin haklardan mahrumiyetine neden olan haller e ilişkin düzenleme 5510 sayılı Kanun'un gelir ve aylık bağlanamayacak haller başlıklı 56. maddesi ile yapılmıştır⁷⁵. Buna göre, ölen sigortalının hak sahiplerinden; kendisinden aylık bağlanacak sigortalıyı veya gelir ya da aylık bağlanmış olan sigortalıyı kasten öldürdüğü veya öldürmeye teşebbüs ettiği veya bu Kanun gereğince sürekli iş göremez hale veya malûl duruma getirdiği yahut da kendisinden aylık bağlanacak sigortalıya veya gelir ya da aylık

74 RG., 12.05.2010, 27579.

75 Bu konuda 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu'nda bir hüküm olmasına karşılık, 506 ve 1479 sayılı Kanunlarda herhangi bir düzenleme bulunmamaktaydı. Ancak 506 sayılı Kanunda herhangi bir düzenleme yer almasa da kocasını öldüren kadının ölüm aylığı alamayacağına Yargıtay tarafından hükmedilmiştir. YHGK, 15.05.2005, 10-364/390, [<http://yargitay.gov.tr/belgeler/site/dergi/Ocak2008/Ocak2008/assets/common/downloads/page0015.pdf>], (10.05.2015).

bağlanmamış olan sigortalıya veya hak sahibine karşı ağır bir suç işlediği veya bunlara karşı aile hukukundan doğan yükümlülüklerini önemli ölçüde yerine getirmemesi nedeniyle ölüme bağlı bir tasarrufla mirasçılıktan çıkarıldıkları hususunda kesinleşmiş yargı kararı bulunan kişilere gelir veya aylık ödenmez⁷⁶. Ödenmiş bulunan gelir ve aylıklar, yersiz ödemelerin geri alınması başlıklı 96. madde hükümlerine göre geri alınır.

Öte yandan eşinden boşandığı halde, boşandığı eşiyle fiilen birlikte yaşadığı belirlenen eş ve çocukların, bağlanmış olan gelir ve aylıkları kesilir. Bu kişilere ödenmiş olan tutarlar yine, yersiz ödemelerin geri alınması başlıklı 96. madde hükümlerine göre geri alınır.

Yapılan düzenleme incelendiğinde, ilk grubun miras hukuku veya aile hukukundan doğan bazı hallere; ikinci grubun ise boşandığı eşiyle aynı evde birlikte yaşamaya devam eden eş ve çocuklara bağlanan aylıkların kesilmesine ilişkin tartışmalı düzenlemeler içerdiği belirtilmektedir⁷⁷.

Ülkemizde oldukça yaygın bir durum olan, evli çiftlerin aylığa hak kazanmak için boşandığı halde eşi ile birlikte yaşama hali bu düzenleme ile engellenmeye çalışılmıştır. Doktrinde düzenlemenin hakkın kötüye kullanımını önlediğine dair görüşler yer almakla birlikte, anayasal eşitlik ve özel hayatın gizliliği ilkelerine, temel hak ve hürriyetlere, sosyal güvenlik hakkına aykırı olduğu görüşleri de yer almaktadır⁷⁸.

Boşanma sonrası birlikte yaşayan eşlerin tespiti halinde boşanma dolayısıyla kendilerine bağlanan gelir ve aylıkların geri alınacağına ilişkin Yargıtay

76 Bu konuda detaylı bilgi için bkz. Keser, Hakan, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Işığında Mirasın Reddinin, Mirastan Iskatin ve Sigortalının Öldürülmesinin Sosyal Güvenlik Kurumunca Bağlanacak Olan Ölüm Aylığına Etkisi, Legal İSGHD., C.5, S.19, 2008, s.1030 vd.

77 Tuncay/Ekmekçi, s.484. Yazar burada, sigortalıyı kasten ya da haksız olarak öldüren veya öldürmeye teşebbüs edenlerin, aksi yargı kararıyla sabit olana dek hak sahibi olamayacağını, kimsenin kendi kusurundan yararlanarak hak sahibi olamayacağını, buna karşılık Sosyal Güvenlik Hukukunun koruyucu felsefesini ele alarak diğer durum ve fiiller için aynı sonuca varılmasının doğru olmadığını savunmaktadır. Konuya ilişkin karşı görüş için ayrıca bkz. Güzel/ Okur/ Caniklioğlu, s.683 vd.

78 Centel, Tankut, Boşandığı Eşi İle Birlikte Yaşayanın Aylığının Kesilmesi –Anayasa Karşısında Bir Ülke Gerçeği, Sicil, Mart 2012, s.190-196., Aynı yönde görüş için bkz. Arıcı, s.459. Hükümün, hakkın kötüye kullanılması ile bir ilgisinin olmadığına dair görüş için bkz. Tuncay/Ekmekçi, s.486.

kararları mevcuttur⁷⁹. Ancak Yargıtay tarafından verilen kararlar zamanla eşlerin birlikte yaşaması yönündeki araştırmaların daha da detaylı incelenmesi yönüne doğru değişiklik göstermiştir.

Yani önceden yerine göre karine teşkil eden durumlarda dahi boşanma sonrası bağlanan gelir veya ayıklar kesilebiliyorken gelinen aşamada Yargıtay çok detaylı inceleme talep etmektedir. Nitekim özellikle 2012 yılı sonrasında çıkarılan kararlara göre boşanma ile birlikte çiftlere bağlanan gelir veya aylığın geri alınabilmesi için boşanma sonrası fiili birliktelik olup olmadığı konusunda çok detaylı araştırma ve şüpheye yer vermeyecek nitelikte tespit yapılması gerektiği izlenimi doğmaktadır⁸⁰. Bu karar sonrası verilen kararlar da bu kriterlerin aranmaya başladığı görülmektedir⁸¹.

Bu arada özellikle belirtilmelidir ki Yargıtay'ın Ceza Dairelerine göre boşandıktan sonra gelir veya aylık bağlanan çiftlerin birlikte yaşaması

79 Y10HD., 01.12.2011, 2011/14361-2011/16608. [www.legalbank.net].

80 “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 56’ncı maddesinin ikinci fıkrasına dayalı açılan bu tür davalarda eylemli olarak birlikte yaşama olgusunun tüm açıklığıyla ve özellikle taraflar arasındaki uyumsuzluk konusu dönem yönünden ortaya konulması önem arz etmektedir. Bu aşamada; ayrıntıları yukarıda açıklandığı üzere, Anayasa’nın 20’nci maddesi ile 5510 sayılı Kanun, 5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanunu, 298 sayılı Seçimlerin Temel Hükümleri ve Seçmen Kütükleri Hakkında Kanun, 4857 sayılı İş Kanunu, 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu, 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu ve diğer ilgili mevzuat hükümleri göz önünde bulundurulmak suretiyle yöntemince araştırma yapılmalı, tarafların göstereceği tüm kanıtlar toplanmalı, davacı ile boşandığı eşinin yerleşim yerlerinin saptanmasına ilişkin olarak; muhtarlıktan ikametgah senetleri elde edilmeli, ilgili Nüfus Müdürlüklerinden sağlanan nüfus kayıt örnekleri ile yerleşim yeri ve diğer adres belgelerinden yararlanılmalı, adres değişiklik ve nakillerine ilişkin bilgilere ulaşılmalı, özellikle ilgili Nüfus Müdürlüğü’nden adres hareketleri, tarihleriyle birlikte istenilmeli, ilgililerin su, elektrik, telefon aboneliklerinin hangi adreste kimin adına tesis edildiği saptanmalı, seçmen bilgi kayıtları getirilmeli, varsa çalışmaları nedeniyle resmi/özel kurum ve kuruluşlara verilen belgelerde yer alan adresler dikkate alınmalı, boşanan eşler 4857 sayılı Kanun hükümleri kapsamında yer almakta iseler adlarına ödeme yapılabilecek özel olarak açılan banka hesabı bulunup bulunmadığı belirlenmeli, boşanan eşlerin kayıtlı oldukları bölge/bölgeler yönünden kapsamlı ve aydınlatıcı Emniyet Müdürlüğü/Jandarma Komutanlığı araştırması yapılmalı, anılan mahalle/köy muhtar ve azalarının tanık sıfatıyla bilgi ve görgülerine başvurulmalı, böylelikle “**boşanılan eşle eylemli olarak birlikte yaşama**” olgusunun gerçekleşip gerçekleşmediği, toplanan kanıtlar ışığı altında değerlendirildikten sonra elde edilecek sonuca göre hüküm kurulmalıdır. Y10HD., 30.04.2012, 2011/3204-2012/7564. [www.kazanci.com.tr].

81 Y10HD., 17.06.2014, 2014/8325-2014/14988; Y10HD., 14.04.2014, 2014/2485-2014/8517. [www.legalbank.net].

halinde dolandırıcılık suçu oluşmamaktadır⁸². Bu durumda gelir ve aylık almak amacıyla boşanmalarına rağmen birlikte yaşayan çiftlere Ceza Kanunu açısından ayrıca bir yaptırım uygulanamayacağı da belirtilmelidir.

SONUÇ

Çalışmamızda detaylı olarak açıklandığı üzere, 5510 sayılı Kanun'la sigortalılık hallerinin çakışması ile ilgili özel bir düzenleme yapılmıştır. Ancak bu düzenleme yapılmadan önce sigortalılığın çakışması halinde hangi sigortalılığa üstünlük tanınacağı Yargıtay'ın vermiş olduğu kararlar ile netleşmiştir. 5510 sayılı Kanun dönemi ile birlikte sigortalılık durumunun çakışması halinde hangi sigortalılığa üstünlük verileceği belirtilmişti. 5510 sayılı Kanun'un konu ile ilgili 53.maddesi 6111 sayılı Kanun ile değişikliğe uğramadan önce sigortalının 4/I-a, 4/I-b ve 4/I-c'ye tabi olarak çalışmaları hallerinde herhangi bir çakışma olması durumunda öncelikle 4/I-c'li olarak çalışmanın esas alınacağı 4/I-c'li olarak çalışmanın olmaması halinde ise ilk önce başlayan sigortalılığın esas alınarak sigortalılık durumunun tespit edileceği belirtilmiştir.

5510 sayılı Kanun'da da değişiklik yapan 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile sosyal güvenlikte teklik ilkesinin zedelendiğini söylemek mümkündür. Bu konuya ilişkin doktrinde de eleştiriler olduğu görülmektedir. 5510 sayılı Kanunun sigortalılık hallerinin birleşmesi başlıklı 53.maddesinin, 6111 sayılı Kanun ile değişikliğe uğraması sonrasında sigortalının 4/I-a, 4/I-b ve 4/I-c'lilik hallerinin çakışması halinde 4/I-c'liliğin esas olduğu, 4/I-a ve 4/I-b'liliğin çakışması halinde ise geçerli olan sigortalılığın 4/I-a olduğu belirtilmiştir.

82 Eşlerin bir arada yaşamasının boşanmanın maaş almak amacıyla yapıldığının ve hileli davranışın kanıtı olamayacağı, nitekim 5510 sayılı Kanun'un 56. maddesinde bu durumu tespit edilen kimselerin gelir ve aylığının kesileceği ve ödenmiş tutarların geri alınacağı belirtilmişti, bu hususta cezai düzenlemenin bulunmadığı, sanıkların eyleminin hukuki ihtilaf mahiyetinde olduğu, Anayasa, AIHS ve kanuni düzenlemeler de dikkate alındığında dolandırıcılık suçunun yasal unsurlarının oluşmadığı gözetilerek, sanıklar hakkında atılı suçtan ayrı ayrı beraat kararı verilmesi yerine yazılı şekilde mahkumiyetlerine hükmolunması bozmayı gerektirmiştir. Y15CD., 02.10.2014, 2014/14227-2014/16026.; Aynı yönde, Y15CD., 12.06.2014, 2014/11248-2014/11847. [www.legalbank.net].

Kişinin serbest olarak yani 4/I-b'li olarak çalışmasının yanında haftada bir gün de olsa 4/I-a kapsamında çalışması olması halinde Kanunun açık hükmü gereğince doğrudan 4/I-a'lı olarak kabul edileceği anlaşılmaktadır. 2011/36 sayılı Genelgenin sigortalılığı 01.03.2011 tarihinden sonra başlayanların hizmetlerinin çakışması başlıklı düzenlemesinde 4/I-a'lılık ile 4/I-b'liliğin çakışması halinde 4/I-b'liliğin bir gün önce sona ereceği belirtilmiştir. Yapılan düzenleme 4/I-a'lılık açısından olumsuz sonuçlara sebebiyet vereceğinden, kişinin hem 4/I-a hem de 4/I-b kapsamında çalışmasına rağmen yapılan düzenleme gereği 4/I-a'lı olarak sigortalı sayılanlar, yazılı talepte bulunmak kaydıyla talep tarihinden itibaren 4/I-b kapsamında prim ödeyebileceklerdir. Belirtilen durumda 4/I-a'lı olarak kabul edilmesine rağmen 4/I-b kapsamında da talep ile birlikte prim ödemeye başlayan sigortalılar iş kazası ve meslek hastalığından sağlanan haklar bakımından 4/I-b'li olarak, diğer kısa vadeli sigorta kollarından sağlanan yardımlar ile uzun vadeli sigorta kollarına tabi yardımlar bakımından ise 4/I-a'lı olarak işlem göreceklidir.

Öte yandan kanaatimize göre en isabetli olan düzenleme ise 5510 sayılı Kanun'un 53.maddesi uyarınca 4/I-b kapsamında sigortalı sayılan kişiler, kendilerine ait yahut da ortak oldukları işyerlerinde 4/I-a'lı sigortalı olarak bildirilemeyeceklerine ilişkin olanıdır. Bu maddeye göre, sigortalı olarak çalıştığı işyerinde daha sonra ortak olan yahut da işyerini kendisi alan kişi 4/I-a'lı olarak çalışmasını devam ettiremeyecek ve zorunlu olarak 4/I-b'li olarak sigortalılığa geçiş yapacaktır.

Belirtilen düzenleme ile yıllarca uygulanan düzenlemeye son verilmiş olup, Kanun'un dolaşılması yolu ile gerçekte 4/I-b li olunması gerekirken 4/I-a'lı olarak yapılan bildirimlerin önü kesilmiştir. Ancak 5510 sayılı Kanun'da yer almamasına rağmen, 5510 sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ ile farklı bir düzenleme getirilmiştir. Buna göre, 01.10.2008 tarihinden önce 4/I-b kapsamında sigortalı oldukları halde kendilerine ait veya ortak oldukları işyerlerinden 4/I-a'lı olarak prim ödemesi olanların sigortalılıklarının kesintiye uğrayana kadar devam ettirileceği belirtilmiştir. Kanunda olmayan bir hükmün Tebliğ ile uygulamaya konulmasının yerinde olmadığı görüşündeyiz.

5510 sayılı Kanun'un değişikliğe uğramadan önceki hali gerek 5510 sayılı

Kanun öncesi döneme gerekse de 5510 sayılı Kanun döneminde yer alan sosyal güvenliğin teklifi ilkesi ile örtüşmektedir. Ancak 5510 sayılı Kanun'da da değişiklik yapan 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile sosyal güvenlikte teklik ilkesinin zedelendiğini söylemek mümkündür.

5510 sayılı Kanun'un açık hükmü gereği isteğe bağlı sigortalı olanların 4/I-a, 4/I-b veya 4/I-c kapsamına tabi olacak şekilde çalışmaya başlamaları halinde, bu Kanun'un 51. maddesinin üçüncü fıkrası saklı kalmak kaydıyla isteğe bağlı sigortalılık hali sona erer. Buna göre zorunlu sigortalılık hali ile isteğe bağlı sigortalılık hallerinin çakışması halinde isteğe bağlı sigortalılık son bulmaktadır. Ancak istisnai olarak getirilen düzenleme ile ay içerisinde 30 günden az çalışan veya prim ödeme gün sayısı, ay içindeki toplam çalışma saatinin 4857 sayılı Kanun'a göre belirlenen günlük normal çalışma saatine bölünmesi suretiyle hesaplanan sigortalıların aynı ay içerisinde isteğe bağlı sigorta primi ödemeleri halinde, primi ödenen süreler zorunlu sigortalılığa ilişkin prim ödeme gün sayısına otuz günü geçmemek üzere eklenecek ve eklenen bu süreler, 4/I-a kapsamında sigortalılık süresi olarak kabul edilecektir. İstisnai olarak getirilen bu düzenleme ile özellikle kısmi süreli sigortalı olarak çalışanların mahrum kaldığı yahut da hak kazanabilmesi için uzun süreler geçmesi gereken sigortalılık durumlarının önüne geçilmiştir. Bu nedenle, yapılan düzenlemenin oldukça isabetli olduğu görüşüdeyiz.

5510 sayılı Kanun'un 54 üncü maddesinde, birden fazla dosyadan gelir/ aylık veya gelir ve aylığa hak kazanılması durumunda, gelir ve aylıkların tek veya iki dosyadan, tam veya yarım olarak ne şekilde ödeneceği belirlenmiş olup, bir kişide ikiden fazla gelir veya aylık birleştiği takdirde, bu gelir ve aylıklardan en fazla ödemeye imkan veren iki dosya üzerinden gelir veya aylık bağlanacağı, diğer dosya veya dosyalardaki gelir ve aylık haklarının durum değişikliği veya diğer bir dosyadan gelir veya aylığa hak kazanıldığı tarihe kadar düşeceği öngörülmüştür.

Çalışmamızda gelir ve aylıklara ilişkin kısım incelenirken 5510 sayılı Kanun dönemi öncesinde yer alan düzenlemelere yer verilmiştir. Yine çalışma içerisinde de tamamıyla sunulan Anayasa Mahkemesinin iptal kararının da konunun gerekçelendirilmesi açısından önemli olduğu ayrıca belirtilmelidir. Nitekim karara göre gelir ve aylıkların çakışması halinde Kanunla yapılan

düzenlemelerin yerinde olduğu bu konuda hem gelirin hem de aylığın yani her ikisinin birden tamamının alınması gerektiğine ilişkin olan tartışmalara son verilmiştir.

Kaynakça

- Akın, Levent (2008), “5510 Sayılı Yasa’nın Maluliyet Düzenlemelerinin Değerlendirilmesi”, *Sicil Dergisi*, s.9.
- Akın, Levent (2007), *Sosyal Güvenlik Hukukunda Bağımlı Çalışanların Maluliyeti*, Ankara.
- Akın, Levent (2006), “Tek Çatı Öncesi ve Sonrası İsteğe Bağlı Sigortalılık”, *Mercek Dergisi*, s.43.
- Alper, Yusuf (1999), *Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar*, İstanbul.
- Arıcı, Kadir (2015), *Türk Sosyal Güvenlik Hukuku*, Ankara.
- Aslanköylü, Resul (2003), *Sosyal Sigortalar Kanunu Yorumu*, Ankara.
- Başbuğ, Aydın (2013), “Sosyal Güvenlik Sisteminde Sosyal Sigortalar”, Şeker-İş.
- Bostancı, Yalçın (2004), *İsteğe Bağlı Sigortalılık*, İstanbul.
- Caniklioğlu, Nurşen, “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri Açısından Yargıtay’ın 2012 Yılı Kararlarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Tespiti*.
- Centel, Tankut (2012), “Boşandığı Eşi ile Birlikte Yaşayanın Aylığının Kesilmesi-Anayasa Karşısında Bir Ülke Gerçeği”, *Sicil*.
- Centel, Tankut (1992), “Genel Sosyal Sigorta, Hükümleri Açısından Yargıtay’ın 1991 Yılı Kararlarının Değerlendirilmesi”, İstanbul.
- Çelik, A. Hakim ve Ozan Bingöl (2014), *İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, Güncellenmiş ve Genişletilmiş 13. B., Bursa.
- Çolak, Mahmut (2014), *İş ve Sosyal Güvenlik Hukukunda Temel Bilgiler&Formüller*, 2. B., Ankara.
- Ermumcu, Senem (2009), “5510 Sayılı Kanun Bakımından Sigortalılık Hallerinin Çakışması”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, c.11, s.1, 2009.
- Gerçek, Muhammet (2008), “Baskın Sigortalılık” *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, s.51.
- Güzel, Ali ve Murat Demircioğlu (2001), *İşverenin Sosyal Sigorta Yükümlülükleri ve Sorumluluğu*, (İstanbul Ticaret Odası Yayınları), İstanbul.
- Güzel, Ali; Okur, A. Rıza ve Nurşen Caniklioğlu (2014), *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 15. B, İstanbul.
- Güzel, Ali ve A. Rıza Okur (1996), *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul.
- Keser, Hakan (2008), “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Işığında Mirasın Reddinin, Mirastan İskatin ve Sigortalının Öldürülmesinin Sosyal Güvenlik Kurumunca Bağlanacak Olan Ölüm Aylığına Etkisi”, *Legal İSGHD*, c.5, s.19.

Korkusuz, Refik ve Suat Uğur (2013), *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 3. B., Bursa.

Kuruca, Mustafa (2004), *Tüm Yönleriyle Emeklilik*, Ankara.

Saraç, Coşkun (2001), “Sosyal Sigortalarda Risklerin Birleşmesi, Birden Fazla Gelir ve Aylık Bağlanması”, *Çimento İşveren Dergisi*, Mart.

Sözer, Ali Nazım (1991), *Sosyal Sigorta İlişkisi*, İzmir.

Sözer, Ali Nazım (2000), *Sosyal Sigortalar Açısından Yargıtay’ın 1998 yılı Kararlarının Değerlendirilmesi*, İstanbul.

Sözer, Ali Nazım ve Coşkun Saraç (2008), “Sosyal Sigorta İlişkisinde Çokluk: Sigortalılık Hallerinin, Tiplerinin ve Sürelerinin Birleşmesi”, *Sicil*.

Şakar, Müjdat (2014), *Meslek Yüksekokulları İçin İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, Yenilenmiş 7. B., İstanbul.

Tuncay, A. Can ve Ömer Ekmekçi (2013), *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, Yenilenmiş 16. B., İstanbul.

Tunçomağ, Kenan (1990), *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar*, İstanbul.

Uşan, M. Fatih (2009), *Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları*, 2. B., Ankara.

Türkiye’de Yaşanan 2008 Ekonomik Krizinin Yoksulluk ve Emeklilik Kararları Üzerine Etkisi

The Impact of 2008 Economic Crisis that Occurred in Turkey, on Poverty and Retirement Decisions

Hayrettin KESGİNGÖZ*

ÖZ

Ülke ekonomisinde yaşanan krizlerin yoksulluk ve emeklilik üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır. Bu çalışmada betimsel analiz yöntemi kullanılarak 2008 krizinin yoksulluk ve emeklilik kararları üzerine etkisi incelenmiştir. Türkiye ekonomisinde en son yaşanan 2008 ekonomik kriziyle, gini katsayısı artmış, asgari ücret, yoksulluk sınırı ve kişi başına düşen GSYH azalmıştır. Kriz gelir dağılımını olumsuz etkilemiş yoksulluğu derinleştirmiştir. Küresel kriz yoksulluğu derinleştirdiği için kişiler emekli olmayı tercih etmektedirler. Krizin etkileri yoksulluktan sonra işgücü istatistiklerine ve finansal piyasalara da yansımıştır. Kriz döneminde kamu emeklilik sistemindeki emekli sayıları artmıştır. Emekli sayısının artmasının nedeni kamuda sosyal güvenlik şemsiyesi altında kendini güvence altına alma düşüncesiyle sağlık hizmetlerine erişim, güvenli gelir, tasarruf etme ve işsiz kalmama düşüncesidir. Artan sağlık harcamaları bu düşüncüyü desteklemektedir. Sosyal güvenlik sistemindeki aktif/pasif sigortalı oranındaki azalma aktüeryal dengelerin finansal sürdürülebilirliğini tehdit eder hale getirmiş ve bu süreçte yaşanan dengesizlikleri ortadan kaldırmak için kamu ve özel emeklilik sistemi reformlarıyla birlikte yeniden yapılandırılmıştır. Aktüeryal dengeleri sağlamak için yapılan reformlar başarılı olmuştur. Türkiye ekonomisinde sık sık yaşanan ekonomik krizler ve her geçen gün ağırlaşan sosyal güvenlik koşulları nedeniyle bireysel emeklilik sistemine olan ilgi daha çok artmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kriz, yoksulluk, gelir dağılımı, emeklilik, bireysel emeklilik sistemi

ABSTRACT

Economic Crisis occurred in country have direct effect on poverty and retirement. In this study the effect of 2008 economic crisis on poverty and retirement is investigated by using descriptive analysis. Because of 2008 final economic crisis, Gini-coefficient increased while minimum wage, poverty level and GDP per-capita decreased. Economic crisis effect distribution of income negatively and deepened poverty. Global crisis deepened poverty and because of that reason most people preferred to be retired. The effects of economic crisis can be seen in labor statistics and financial markets. During economic crisis period, the number of retired people increased in public retirement system. The reason of the increase in number of retired person is the thought of not being jobless, saving, access to health services, being in assurance under social insurance. Increased health expenditures support this assertion. The decrease in the ratio between active/passive insurant people become threatening financial sustainability of actuarial equilibrium and in this process public and private retirement system constructed with reforms to remove disequilibrium. These reforms got success in providing actuarial equilibrium. Because of the economic crisis often occurred in Turkey and social insurance conditions that are getting worse day by day, interest in private retirement system increased.

Keywords: Crisis, poverty, income distribution, retirement, individual pension system

* Yrd. Doç. Dr., Karabük Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü
hayrettinkesgingoz@karabuk.edu.tr

(Makale gönderim tarihi: 15.05.2015 / Kabul tarihi: 29.02.2016)

GİRİŞ

Bir ülkedeki ekonomik ve sosyal yapıdaki değişiklikler ülke vatandaşlarının kararları üzerinde etkilidir. Özellikle yaşanan ekonomik krizler insanların verdikleri bütün kararları etkilemektedir. Üretimde ve tüketimde yaşanan daralmalar, işsizlik oranındaki artış, ücretlerin azalması, sosyal yardımların azalması ve yoksulluk göstergelerindeki kötüleşme yaşanan krizlerin yıkıcı özelliklerindedir. Yaşanan kriz ortamında, krizin etkilerini en aza indirmek için işverenler tarafından uygulanan kriz politikaları, çalışanların gelir düzeyinin azalmasına neden olur. Bu dönemlerde benimsenen düşük ücret politikaları çalışan kişilerin yoksullaşmasını sağlar. Bu yoksulluğun ortadan kalkması için ülke genelinde işsizlik, emeklilik ve sağlık sigortası politikaları uygulanmaktadır. Görüldüğü gibi, ülkede yaşanan krizlerin yoksulluk üzerine doğrudan etkisi bulunmaktadır.

Kamu sektöründe çalışan kişilerin emeklilik kararları çoğunlukla hükümetlerin oluşturduğu sosyal güvenlik politikaları tarafından elde ettikleri gelir düzeyinde değişiklik olup olmamasına göre belirlenmektedir. Diğer yandan, özel sektörde çalışan kişilerin emeklilik kararları ise kamu sektörüne göre daha kompleks bir sürecin sonucunda alınmaktadır. Ülkenin içinde bulunduğu durum, işgücü piyasasının koşullarını ve kurumlarını etkilediği gibi emeklilik kararını da etkileyen önemli faktörlerdendir. Ayrıca, eğitim düzeyi, yaş grubu, cinsiyet, tasarruf düşüncesi, sosyal güvenlik şemsiyesi türü, sağlık hizmetlerine erişim ve güvenli gelir sağlama düşüncesi emeklilik kararlarının alınmasında önemli rol oynayan diğer değişkenlerdir. Türkiye ekonomisinde sık sık yaşanan ekonomik krizler nedeniyle emeklilik sistemi her geçen gün koşullarını ağırlaştırmaktadır. Yaşanan ekonomik krizler temel olarak emeklilik kararlarını, işgücü piyasası koşullarını ve beklentilerini değiştirerek etkiler. Ayrıca kriz dönemlerinin farklı aşamalarında emeklilik kararları değişebilir. Krizin yaşandığı dönemde çalışanların fazla etkilenmemesi için emeklilik sürecinin ertelenmesi bir seçenek iken diğer bir seçenek ise hemen emekli olup güvenli gelir düzeyine ve sağlık güvencesine sahip olmak olabilir.

Bu çalışmanın amacı, 2008 ekonomik krizinin yoksulluk ve emeklilik süreci üzerine makroekonomik ve aktüeryal göstergelerle nasıl etkilediğini ortaya koymaktır. Bu amaçla çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ekonomik krizin, yoksulluğun ve emekliliğin kavramsal olarak

açıklamaları, nedenleri, türleri ve literatür taraması yapılmıştır. İkinci bölümde ise 2008 yılında yaşanan ekonomik krizin yoksulluk ve emeklilik üzerine etkileri ve sonuçları makroekonomik ve aktüeryal göstergeler yardımıyla açıklanmış ve çalışma tamamlanmıştır.

I- EKONOMİK KRİZ KAVRAMI-NEDENLERİ VE TÜRLERİ

Kavramsal olarak ekonomik kriz, ekonomideki makro dengelerin bozularak mikro birimlerde zarara neden olmasıdır (Aktan ve Şen, 2002:3). Daha geniş bir tanım olarak ekonomik kriz gelişmiş ülkeler için talebin düşmesi, yatırımın azalması, refah seviyesinin azalması ve işsizliğin artmasıyken, gelişmekte olan ülkeler için ise kriz dış kaynaklı meydana gelmişse ihraç mal fiyatları azalırken ithal mal fiyatları artmakta ve yabancı sermaye girişi durma noktasına gelmekte ve ülke parasının değeri azalmaktadır. Yaşanan kriz iç kaynaklı ise bütçe açığı, faiz oranları ve para arzı artmaktadır (Lipsky, 2008). Ekonomik krizin tanımını yaptıktan sonra şimdi ekonomik krizin nedenleri ve ekonomik krizin türleri hakkında bilgiler vereceğiz.

Ekonomik krizlerin birçok nedeni vardır. Bu nedenler arasında en çok bilineni piyasadaki mekanizmanın kötü işlemesidir. Ayrıca fazla iyi işlememesi gibi aksaklıklara bağlı olmayan sorunlar da söz konusu olabilmektedir (Akman, 2010:185). Krizin nedenleri olarak; kıt kaynakların temin edilmesinin zorlaşması, tüketimin ve toplam talebin azalması, durgunlaşan ekonomide daralmayı daha da şiddetlendirmiş ve ekonomi, krize doğru yaklaşmıştır. Ekonomik krizlerin türleri ise, oluşum şekillerine göre reel sektör krizleri ve finansal krizler olmak üzere ikiye ayrılabilir. Reel sektör krizleri; mal, hizmet ve işgücü piyasalarındaki daralmalar biçiminde ortaya çıkan krizlerdir. Finansal sektör krizleri de finans piyasalarında fiyat veya miktarların aşırı dalgalanmayla oluşan kriz türleridir (Kibritçiöğlü, 2001:1–2). 2007 yılında ABD’de başlayan bütün dünyayı etkisi altına alan ve olumsuz etkileyen 2008 krizi finansal sektör krizidir. Bu kriz banka kredileri konut piyasasında başlamış, diğer sektörlerle de sıçramasıyla, krizin bankacılık krizi ile sınırlı olmadığı ortaya çıkmıştır. Daha geniş bir ifade ile 2007 Ağustos ayında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) konut piyasasında başlayan sorunlar giderek büyümüş ve bu sorunlar önce gelişmiş ülkelere ve gelişmiş ülkelerden de gelişmekte olan ülkelere sıçrayarak küresel bir boyut kazanmıştır. Bu krizin nedenleri likidite bolluğu, verilen özensiz krediler, konut fiyatlarının artışları, menkul kıymetleştirme, düzenleyici ve

denetleyici kurumların gecikmesini sayabiliriz (Alantar, 2008:1). Konut piyasasında başlayan çöküntü finansal piyasaları etkileyerek likidite krizine dönüşmüştür. Küresel finansal krizin nedeni finansal yeniliklerin yanlış yönetilmesi, varlık fiyatları balonu ve finansal kurumların bilançolarındaki bozulmadır (Öztürk ve Gövdere, 2010:394).

Krizin dünya ekonomisine hızla yayılması küreselleşmenin sonucudur. ABD’de oluşan ve küresel bir boyut kazanan finansal krizden Türkiye de olumsuz bir şekilde etkilenmiştir. Bu kriz dünyada ve Türkiye’de büyümeyi durdurmuş, işsizliği artırmış, dış ticareti olumsuz yönde etkilemiş ve makro ekonomik dengeleri bozmuştur (Yıldırım, 2010:1). Küresel anlamda yaşanan bu krizin etkisi Türkiye ekonomisinde güven kaybı nedeniyle büyüme oranlarının azalmasına, piyasalardaki talep belirsizliği nedeniyle üretimin yavaşlamasına, üretimin yavaşlaması nedeniyle ihracatın daralmasına, üretimin yavaşlaması işsizliğin artmasına neden olmuştur.

Türkiye ekonomisinin büyümesinde en önemli faktörlerden biri uluslararası piyasalarda yaratılan çok büyük miktarlardaki finansal genişlemelerdir (Susam ve Bakkal, 2008:72). Türkiye’deki finansal hareketliliğin nedeni, 2008 küresel finansal krizin etkilerini azaltmak için ABD likidite genişlemesinde bulunmuştur. Bu genişlemeler geliştirmekte olan ülkelere yabancı sermaye akışına neden olmuştur. Türkiye için artan yabancı sermaye akışıyla birlikte kredi genişlemesine ve artan krediler iç talebi arttırmış Türk lirasının değerlendirilmesi yoluyla ithalat artmıştır. Fakat Türkiye’nin ihracat yaptığı ülkelerin özellikle Avrupa Birliği (AB) ülkeleri olması ve bu ülkelerin ekonomik anlamda yavaş toparlanması nedeniyle ihracattaki artış sınırlı kalmıştır (Çınar vd. 2010:8). Makro ekonomik göstergelerdeki bu bozulmaların etkisi Türkiye’nin dış kaynak bağımlılığının devam etmesinden ve Türkiye’nin dış kaynak bağımlılığının süreklilik arz etmesinin nedenleri ise üretim ve dış ticaret yapısının ithalat odaklı olmasından kaynaklanmaktadır (Aydoğuş, 2009:42).

II- YOKSULLUK KAVRAMI-NEDENLERİ-TÜRLERİ

Kavramsal olarak yoksulluk temel ihtiyaçları karşılama gücüne sahip olmamadır (Gündoğan, 2008: 43). Diğer bir tanıma göre ise, yoksulluk, bir ülkedeki belirlenen toplumsal refah düzeyi ve toplumsal yaşam standardının mutlak ya da görel olarak altında kalmayı ifade etmektedir

(TÜSİAD, 2000:95). Yoksulluk kavramına farklı bir bakış açısı Koray (2010)'dan gelmiştir. Yoksulluğun tanımlanmasında gelir, kaynaklar ve yapabilirlik ölçütleri kullanılarak tanımlamalar yapılmıştır (Koray, 2010:4). Gelir ölçütüne göre yoksulluk günlük 1 veya 2 dolarlık ölçüttür. Kaynaklar ölçütü kişi başına düşen gelirden temel mal ve ihtiyaçları karşılayacak gelire kadar bilgi sahibi olunmasıdır (Robeyns, 2005:34). Yapabilirlik ölçütü ise insan yardım edilecek kişi değil yapmak istediklerini gerçekleştiren kişi olarak görmek gerekir (Sen, 2004). Yoksulluğun tanımını yaptıktan sonra şimdi yoksulluğun nedenleri ve yoksulluğun türleri hakkında bilgiler vereceğiz.

Yoksulluğun nedenleri ekonomik nedenler ve siyasal kültürel nedenlerdir. Ekonomik nedenlerden kastedilen yetersiz ekonomik üretim, ekonomik krizler, gelir dağılımındaki adaletsizlik, sosyal güvencesizlik, adaletsiz vergi sistemi, piyasada tekelleşmenin olması, yüksek faiz ve rant ekonomisi, enflasyon ve işsizliktir. Siyasal kültürel nedenler ise, siyasi sorunlar, geleneksel yapıların çözülmesi, nüfus artışı ve göç hareketleri, işçilerin örgütlenmesine izin vermemesi ve doğal afetlerdir (Hak İş, 2002; WBGU, 1995 Aktaran: Kılıç, 2013:13). Bu olayların gerçekleşmesi sonucunda kişilerin temel ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli gelir düzeyine sahip olamayacaklardır. Bunun sonucunda yoksulluğun yaşanması kaçınılmazdır. Yoksulluk mutlak ve görel olarak ikiye ayrılmaktadır. Mutlak yoksulluk, bireylerin günlük asgari kalori gereksinimleri dikkate alarak hesaplanır. Azgelişmiş ülkelerde 2070, gelişmekte olan ülkelerde 2480, gelişmiş ülkelerde ise 3390 günlük asgari kalori gereksinimi vardır. Mutlak yoksulluk, bu gereksinim düzeyine ulaşamayanların sayısının, toplam nüfusa oranıdır (Şenses, 2003:63). Görel yoksulluk ise, bir kişinin mutlak ihtiyaçlarını karşılayabildiği halde, yaşam standardının, gelir eksikliği nedeniyle, toplumun genel refah düzeyinin altına bulunması durumunu ifade etmektedir. Bu nedenle görel yoksulluk ülkedeki diğer insanların gelir seviyeleri ile yakından ilgilidir (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011:63).

Kapitalizm anlayışıyla birlikte yoksulluk gelir adaletsizliğinin bir fonksiyonudur. Yoksulluk sadece devletlerin değil Birleşmiş Milletler (BM), Dünya Bankası, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası kuruluşlar yoksullukla

mücadeleyle ilgilenmektedirler. Çünkü bu sorun bütün insanlığın ve bütün ekonominin işleyişini etkilemektedir (Koray, 2010:18). Yoksulluğun nedenleri ise, bugünkü yoksulluk geçmişteki gibi kıt kaynaklardan değil gelirin ve kaynakların adaletsiz dağılımından kaynaklanmaktadır. Örneğin yoksul bir aile çocuğunu okutmak yerine çalıştırıyorsa, çalışan çocuğun yoksulluktan kurtulma olasılığı düşüktür. Yoksulluk ve yoksunluk birbirini doğuran kısır bir döngüdür. Ayrıca gelir yetersizliğinin yanında salgın hastalıklar, yaşam süresi, temel eğitimden yoksunluk, göç, sağlıksız yaşam koşulları, yönetimler ve savaşlar yoksul insanların kaderini belirlemektedir. Yoksulluk küreselleşme sürecinde hız kazanmıştır. Günümüzde yoksulluk küresel ve sosyal eşitsizliğin birlikte ele alındığı bir gerçektir. Gelir adaletsizliğini çözmek için yardımlar değil kalıcı ekonomik politikalar oluşturulmalı böylece küresel sistemde adalet sağlanmış ve yoksulluk ortadan kaldırılmış olur (Koray, 2009:2-22).

III- EMEKLİLİK KAVRAMI- NEDENLERİ-TÜRLERİ

Kavramsal olarak emeklilik, insanların çalışma gücü ve yeteneklerini yitirip, çalışma hayatından ayrılmalarıyla, gelir kaynaklarının bir kısmının kesintiye uğraması sonucu kazandıkları sosyal bir vatandaşlık hakkıdır. Emeklilik sayesinde bireyler belirlenmiş bir süre sonunda işten ayrılarak, bir hizmet karşılığı olmaksızın aylık almaktadır. Emekliliğin tanımını yaptıktan sonra şimdi emekliliğin nedenleri ve emekliliğin türleri hakkında bilgi vereceğiz.

Emekliliğin nedenleri, ülkeden ülkeye yaşanan zamana ve krizlere göre değişmektedir. Sağlık ve beslenme ile ilgili gelişmeler sonucunda ortalama insan ömrünün arttığı gelişmiş ülkelerde bile gelir yetersizliği nedeniyle emeklilik düşüncesi öne alınmaktadır. Ayrıca emeklilik kararlarının alınmasında eğitim düzeyi, sağlık durumu, yaş, cinsiyet, tasarruf düşüncesi gibi faktörler de önemli rol oynamaktadır. Bu faktörlerin gerçekleşmesi sonucunda kişiden kişiye değişen nedenlerden dolayı kişiler emekli olmayı tercih edeceklerdir. Emeklilik türleri ikiye ayrılmaktadır. Birinci emeklilik türü devletin sağladığı sigorta primi ve yaş kriterlerini sağlayarak bireylerin sahip olduğu sosyal güvenlik çatısı altındaki haktır. Bu emeklilik türünde homojenlik esastır. Diğer emeklilik türü ise özel emekliliktir. Çalışanların gönüllü katılımıyla işleyen ve çalışanlara esas itibarıyla ek nitelikte emeklilik yardımı sağlayan fon esasına dayalı bireysel emeklilik ya da özel

emekliliklerdir. Bu emeklilik türünde de heterojen bir dağılım görülmektedir. Gönüllülük esasına dayandığı için yaş ve gelir dağılımından faydalanan kişiler arasında heterojen bir görüntü görülmektedir.

IV- KRİZ-YOKSULLUK VE EMEKLİLİK İLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI

Krizin gelir dağılımını yani yoksulluğu ayrıca da emeklilik kararlarını etkilediğinin gösterilmesi bu çalışmanın temel amacıdır. Yaşanan krizler işsizliğin artmasına ve buna bağlı olarak yoksulluğun oluşmasına neden olmuştur. Azalan reel ücretler ve sosyal güvenlik primleri gelirlerin azalmasına neden olur. Gelir garantisi ve sağlık harcamalarını güvence altına almak için kişiler emekli olmayı tercih etmektedirler. Ayrıca krizden fazla etkilenmeyip artan primlerin yükünü çekmek yerine emekli olma düşüncesi daha ağır basmaktadır. Kriz, yoksulluk ve emeklilik ile ilgili yapılan çalışmalarda genelde emeklilik bireysel emeklilik olarak ele alınırken emekli olma kararları üzerinde fazla bir çalışma yer almamaktadır. Bu çalışma 2008 krizinin yoksulluk ve kişilerin verdiği emeklilik kararları üzerine etkisini incelemesi bakımından literatüre katkı niteliğindedir. Ayrıca kriz, yoksulluk ve emeklilik ile ilgili çalışmalar aşağıda kronolojik sırayla verilmiştir.

Özşuca (2003), çalışmasında küreselleşme ve sosyal güvenlik krizini betimsel olarak makro ekonomik göstergeler yardımıyla anlatmıştır. Çalışmada uluslararası rekabet işgücü maliyetlerini düşürürken gelişmekte olan ülkelerde bu durum nüfusun önemli bir bölümünü sosyal güvenlikten yoksun bırakmıştır. Kişilerin bu anlamda yoksul olmasına neden olmuştur. 1980'li yıllarda uygulamaya konulan programlarla sosyal güvenlik sisteminin finansmanı ciddi sorunlarla karşılaşmıştır. Bu ciddi sorunları aşmak için küreselleşme ile birlikte Türkiye rekabet edebilirliği artırmalıdır.

Acar ve Kitapçı (2008) ise Türkiye'deki sosyal güvenliğin demografik boyutunun emeklilik sistemi üzerine etkisini betimsel olarak makro ekonomik göstergeler yardımıyla araştırmışlardır. Çalışmada ortalama insan ömrünün artışı ve genç emekli sayısındaki artış sosyal güvenlik harcamalarının düzenlenmesini zorlaştırmıştır. Ayrıca hayatta kalma süresi arttığı için emeklilik yaşının arttığı belirtilmiştir. Önceki dönemlerdeki emeklilik yaşı politik nedenlerden dolayı 50'nin altında seyretmektedir.

Sürdürülebilir bir emeklilik sistemi için politik ve ekonomik unsurların yanında nüfusun da hesaba katılması gerekmektedir. Aksi halde düşük gelirliler, yoksul insanlar sosyal güvenlik sisteminden yararlanamayacaktır.

Eich (2009), çalışmasında 2008 küresel finansal krizinin birçok ülkenin emeklilik sistemi üzerine etkisini betimsel olarak analiz etmiştir. Analiz sonucunda küresel finansal krizin hem fonlu hem de fonsuz emeklilik planlarını olumsuz etkilediğini tespit etmiştir.

Yenimahalleli (2010), betimsel yöntem kullanarak Türkiye’deki sosyal güvenlik sistemini analiz etmiştir. Analiz sonucunda sosyal güvenlik sisteminin dönüşümünün gelir ve sağlık güvencesi bakımından yetersiz kaldığını tespit etmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik sisteminin yetersiz kalması yoksul insanların yararlanmamasına neden olur.

Natali (2011), çalışmasında 2008 küresel finansal krizin emeklilik planları üzerindeki etkisini betimsel olarak analiz etmiş ve krizden en çok bireysel emeklilik sisteminin etkilendiğini tespit etmiştir. Ayrıca getiri oranları ve faizlerdeki azalma, emeklilik fonları üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.

Casey (2012), ise küresel finansal krizin Avrupa emeklilik sistemi üzerindeki etkilerini betimsel olarak incelemiş ve emekliliği gelen kişilerin hisse senedi piyasalarının değeri düştükçe bu değer kaybının emeklilik birikimlerinde daralmalara neden olduğu ve küresel finansal krizin finansman kaynaklı planlara olan güveni azalttığını tespit etmiştir.

Bayar ve Kılıç (2014), çalışmasında betimsel analiz yöntemini kullanarak küresel finansal krizinin Türkiye’de bireysel emeklilik sistemi üzerindeki etkileri incelenmiş ve kriz süresince bireysel emeklilik fonlarının toplam net varlık değerindeki artış hızının azaldığı, hisse senedi ağırlıklı emeklilik fonların negatif getiriler sağladığı, bundan dolayı emeklilik yatırım fonlarının portföy dağılımlarında hisse senedinden tahvile bir kayma olduğu, bireysel emeklilik sistemindeki katılımcı sayısı artış hızının önemli oranda azaldığı bulgularına rastlanmıştır.

Gümüş ve Çelikay (2014), çalışmasında küresel eğilimler bağlamında sosyal güvenlik sisteminin yapısını betimsel analiz yöntemi ile incelemiştir. Küresel eğilimlerden olan krizlerin oluşması ülke ekonomisinde işsizlik,

işsizlik ödemeleri, yoksulluk ve sağlık harcamalarının artmasına neden olur. Bu ödemelerin karşılanması için sosyal güvenlik sisteminin etkin olması gerekir. Ayrıca kayıt dışı istihdamın kayıtlı hale gelmesi ve bunun aktif politikalarla sürdürülmesi gerekir.

V- 2008 KRİZİNİN YOKSULLUK VE EMEKLİLİK ÜZERİNE ETKİSİ

2008 yılında ABD’de yaşanan ekonomik kriz tüm dünyayı etkilediği gibi Türkiye’yi de olumsuz bir şekilde etkilemiştir. Yaşanan bu krizin Türkiye’ye yansımaları sonucunda uygulanan kriz politikaları nedeniyle çalışanların gelir düzeylerinde bir azalma olmuştur. Bu dönemlerde benimsenen düşük ücret politikaları nedeniyle çalışanlar yoksullaşmıştır. Çalışanlar da bu yoksulluğu ortadan kaldırmak için emekli olmayı tercih etmişlerdir. Bu durum bize ülkede yaşanan krizin yoksulluk üzerine doğrudan etkisinin olduğunu göstermektedir. Yoksulluğun en temel nedeni kuşkusuz ülkedeki gelir dağılımının adaletsiz olmasıdır. Gelir dağılımının nasıl paylaşıldığı konusundaki önemli göstergelerden biri Gini katsayısıdır. Krizin yaşandığı dönemde ve sonrasında Gini katsayısı değerlerine bakarsak krizin gelir dağılımı üzerindeki etkisini görmüş oluruz.

Tablo 1. *Yıllar İtibariyle Hane Halkı Kullanılabilir Gelire Göre Gini Katsayısı*

Yıllar	2006	2007	2008	2009	2010
Türkiye	0.428	0.406	0.405	0.415	0.402

Kaynak: TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2006–2010.

Tablo 1’de Gini katsayılarını değerlendirirsek kriz yılındaki 0,405 değeri 2009 yılında 0,415’e yükselmiştir. Bunun anlamı gelir dağılımındaki adaletsizlik artarak krizden etkilenmiştir. 2006–2010 yıllarındaki Gini katsayılarında adaletsizliğin en çok olduğu yıl da 2009 yılı olmuştur. Gini katsayılarına baktıktan sonra yaşanan krizin yoksulluğa yani gelir dağılımına etkisini görmek için asgari ücret ve yoksulluk sınırı karşılaştırmalarına da bakmamız gerekir.

Tablo 2. *Asgari Ücret ve Yoksulluk Sınırı Karşılaştırmaları*

Ortalama Net Asgari Ücret			Ortalama Yoksulluk Sınırı	
Yıllar	TL/ay	\$/ay	TL/ay	\$/ay
2006	380	265	1875	1311
2007	419	355	2091	1787
2008	503	326	2347	1524
2009	546	364	2441	1627
2010	599	394	2733	1798

Kaynak: TÜİK, Yoksulluk İstatistikleri, TURK-İŞ, Haber Bültenleri’nden yararlanılarak hazırlanmıştır. Döviz kuru olarak, Merkez Bankası Aralık ayı efektif satış kuru esas alınmıştır. (TL verileri yeni TL olarak aktarılmıştır). (Aktaran: Kayalıdere ve Şahin: 2014:15)

Tablo 2’de görüldüğü gibi 2008 ekonomik krizi ortalama net asgari ücretin artışını beraberinde getirirse de dolar kurundaki yükseliş eğiliminin kullanılabilir gelir üzerindeki etkisi açısından değerlendirildiğinde 2008 yılında 355 \$’dan 326 \$’a düşmüş, 326 \$ olan net asgari ücret 2009 yılında artarak 364\$’a yükselmiştir. Ayrıca 2008 yılında ortalama yoksulluk sınırı 1787 \$ dan 1524 \$’a kadar düşmüş yani krizden olumsuz etkilenmiş ve 2009 yılında ise 1627 \$’a kadar yükselmiştir. 2008 yılında ABD’de yaşanan kriz dolar kurunu etkileyerek Türkiye’deki ücretlerin değerinin azalmasına neden olmuştur. Asgari ücret ve yoksulluk sınırı karşılaştırmalarını yaptıktan sonra krizin yoksulluk yani gelir dağılımı üzerindeki olumsuz etkisini görmek için kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hasıla (KBDGSYH) ve satın alma gücü paritesine bakmamız gerekir.

Tablo 3. *Kişi Başına Düşen Gayrisafi Yurt içi Hasıla ve Satın Alma Gücü Paritesi*

Yıllar	KBDGSYH (TL)	KBDGSYH (ABD \$)	Satın Alma Gücü Paritesi (ABD\$/TL)	Satın Alma Gücü Paritesine Göre KBDGSYH (ABD \$)
2006	10.928.61	7.586	0.8477	12.891
2007	12.008.52	9.240	0.8636	13.905
2008	13.369.92	10.438	0.8938	14.959
2009	13.220.80	8.559	0.9316	14.191
2010	15.137.75	10.079	0.9877	15.326

Kaynak: TÜİK, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler

Tablo 3'e göre, krizden önce kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hasıla ve satın alma gücü paritesi artarken, 2008 ekonomik krizinden sonra 2009 yılında kişi başına düşen gayrisafi yurt içi hasıla hem TL hem de ABD doları bazında azalmıştır. Satın alma gücü paritesine göre de dolar kurundaki yükseliş nedeniyle Dolar/TL paritesinin artması sonucunda satın alma gücü paritesi azalmıştır. Ayrıca satın alma gücünü etkileyen makroekonomik değişken enflasyondur. Kriz dönemindeki enflasyon oranına bakarsak;

Tablo 4. *Hedeflenen ve Gerçekleşen Enflasyon Oranları*

	2008	2009	2010
Hedef %	4	7.5	6.5
Gerçekleşen %	10.1	6.5	6.4

Kaynak: TCMB (2012)

Tablo 4'de görüldüğü gibi 2008 yılında küresel piyasalarda oluşan kriz nedeniyle hedeflenen ve gerçekleşen enflasyon arasındaki fark en fazladır. Yaşanan bu kriz Türkiye'de hedeflenen ve gerçekleşen enflasyon oranlarını olumsuz etkilemiştir. 2008 yılında hedeflenen ve gerçekleşen arasında büyük miktarda fark olmuş, 2009 ve 2010 yıllarında belirlenen hedefin altında hedef tutturulmuştur (Serel ve Bayır, 2013:71).

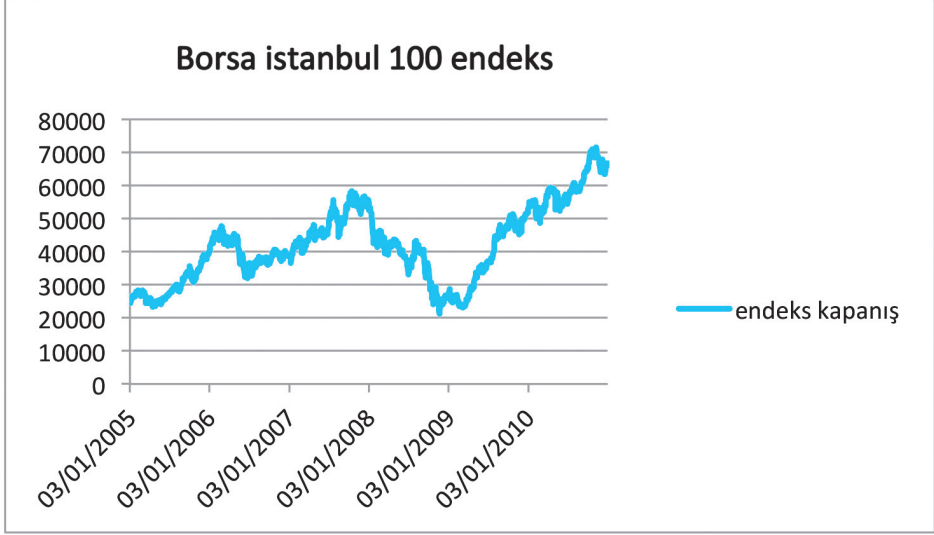
Özetle, Tablo1, Tablo 2, Tablo 3 ve Tablo 4'te görüldüğü gibi uluslararası piyasalarda yaşanan krizin etkisi Türkiye ekonomisini olumsuz etkilemiş, gelir dağılımı göstergeleri olarak kullanılan Gini katsayısı, asgari ücret, yoksulluk sınırı, KBDGSYH, satın alma gücü paritesi ve enflasyon oranı değişkenlerindeki değişimler bize Türkiye ekonomisinin krizden olumsuz etkilendiğini ve bu makroekonomik göstergelerdeki kötüleşmeler yoksulluğu tetiklemektedir. Ülkemizde yoksulluk oranı 2008 yılı itibari ile %17 olarak saptanmıştır. Yoksullukla mücadelede sosyal güvenlik sistemi etkin olmalıdır. Çünkü sosyal güvenlik sistemi yoksulluk, işsizlik, gelecekle ilgili ekonomik belirsizlik, yaşlılık ve hastalık gibi sosyal tehlikelerin ortaya çıkaracağı olumsuzlukları hafifletmeyi ya da yok etmeyi sağlayan önlemleri içermektedir (Gümüş, 2010:3-4).

Türkiye'de yaşanan 2008 ekonomik krizinin yoksulluk üzerine olumsuz

etkisini analiz ettikten sonra şimdi krizin emeklilik kararları üzerindeki etkisinin olup olmadığını makroekonomik göstergeler yardımıyla açıklayacağız. Öncelikle yaşanan krizin emeklilik süreci üzerine etkisini görebilmek için ülke ekonomisinin durumunu gösteren değişkenlerden Borsa İstanbul-100 endeks değerine, tüketici fiyat endeksi ve reel ücretlerdeki değişimler ve tüketici güven endeksine bakmak gerekir. Bu değerlerinin yıllar içerisindeki seyri ve özellikle de kriz yılındaki durumu yaşanan krizin derinliği ile ilgili bize fikir verecektir. Ayrıca ülke ekonomisindeki kriz yılı ve sonrasındaki işgücüne katılma oranı, işsizlik oranı ve istihdam oranı da krizin etkisinin daha iyi görülmesini sağlayacak ve bu değişkenlerin olumsuz olması kişilerin emeklilik kararını almasında bir etken olacaktır. Daha sonra yaşanan bu krizin emeklilik üzerine etkisinin daha iyi analiz edilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) gelir ve gider dengesine, SGK aktif/pasif sigortalı oranına, ortalama yaşam süresine, SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu), Bağ-Kur ve Emekli Sandığına kayıtlı kişilerin emeklilik sayılarına, SGK bütçe transferlerine, sağlık harcamalarına, 5510 sayılı Kanun gereği SGK emeklilik yaşı düzenlemesine ve Bireysel Emeklilik Sistemi’ne (BES) kayıtlı kişilerin kriz yılı ve sonrasındaki rakamlara bakılarak analiz tamamlanacaktır.

Küreselleşme ile birlikte krizler piyasalarda daha sık görülmeye başlamıştır. Ayrıca küreselleşmenin getirdiği finansal serbestleşmenin etkisiyle yaşanan krizin ekonomik etkileri geçmişte görülen krizlerden daha şiddetli ve daha hızlıdır. 2008 yılında yaşanan küresel finansal krizin etkisi Türkiye ekonomisini derinden etkilemiştir. Yaşanan krizin ilk etkisi her zaman finansal piyasalar üzerinde görülmektedir. Finansal piyasaların temel göstergesi borsa endeks değeridir.

Ülke ekonomisinin durumunu gösteren temel gösterge Borsa İstanbul 100 endeksidir. Tablo 5’de Borsa İstanbul değeri 2007 yılı sonunda 55.538 puandan kapatmıştır. Daha sonra düşüş trendine devam etmiş 2008 Kasım ayında 21.228 puana kadar gerilemiştir. Tepe ve dip noktası arasındaki değer kaybı yaklaşık %61’dir. Krizin yaşandığı yıl endeks değerine yaklaşık bir buçuk yıl sonra ancak ulaşılmıştır. Bu durum ülke ekonomisinin krizden olumsuz etkilendiğini gösterir. Yatırım fonları piyasasının net aktif büyüklüğü 2007 yılında 22.6 milyar dolardan 2008 yılında 15.4 milyar dolara gerilemiştir. Döviz piyasasında 2008 Ekim ayında kur 1.14 TL/Dolar’dan 1.70’e kadar yükselmiş ve TL dolar

Tablo 5. *Borsa İstanbul 100 Endeks Değeri*

Kaynak: Borsa İstanbul 100 Endeksi, www.bist.com.tr

karşısında %49 değer kaybetmiştir. Emeklilik fon gruplarının ortalama getiri oranlarına bakarsak 2008 yılında hisse senedi fon grubunda %-43'lük getiri, dengeli fon grubunda %-8,13 ve esnek grupta ise %-0,18'lik getiri elde edildiği görülmektedir. Bireysel emeklilik yatırım fonları portföy dağılımına bakarsak 2008 yılında krizle birlikte hisse senedi oranının %3,71 azaldığı, portföylerdeki kamu borçlanma senedi ve repo oranında %2,85'lik bir artış olduğu görülmektedir. Bireysel emeklilik yatırım fonları portföyündeki gelişmeler hisse senedindeki negatif getirilerden kaynaklanmaktadır (Bayar ve Kılıç, 2014:249-258).

Krizin borsanın endeks değerini etkilediğini gördükten sonra ülke ekonomisindeki bu krizin yansımaları daha iyi görmek için reel ücretlerdeki artışın enflasyon oranı karşısındaki değerine, tüketici güven endeksine, ülkedeki işgücüne katılma oranına, işsizlik oranına ve istihdam oranına bakmak gerekir.

Tablo 6'da 2007 yılında tüketici fiyat endeksi %8.756 oranında artarken, reel ücretlerde de %0.264'lik bir artış gerçekleşmiştir. İki değer artarken tüketici fiyat endeksindeki artış daha fazla olduğu için bu durum

Tablo 6. Yıllar İtibariyle Tüketici Fiyat Endeksi ve Reel Ücretlerdeki Değişmeler

Yıllar	Tüketici Fiyat Endeksi %	Reel Ücretlerdeki Değişme %
2005	8.179	—0.260
2006	9.597	0.086
2007	8.756	0.264
2008	10.444	0.147
2009	6.251	0.445
2010	8.566	0.568

Kaynak: TÜİK/Genel İstatistikler ve TCMB İstatistikler/EVDS

kişilerin aldığı ücretlerin tüketici fiyatları endeksi karşısında değerinin azalmasına neden olmaktadır. Yani tüketici fiyat endeksi karşısında kişiler fakirleşmiştir. Kriz yılı 2008 yılında ise tüketici fiyat endeksi değeri yaklaşık %10 seviyesinde en yüksek seviyede iken reel ücretlerin artışı %0.147 olmuştur. Yani kişiler neredeyse %10 oranında fakirleşmişlerdir. 2009 yılı ve sonrasında ise tüketici fiyat endeksi değeri %6 seviyesine düşerken reel ücretlerde 2008 sonrasında devamlı bir artış görülmeye başlamıştır. Fakat bu artış %0,147’den %0,568’e kadar yükselmiştir. Bu artışlar %1 bile değildir. Kısacası kriz yılı olan 2008 yılında en yüksek düzeyde gerçekleşen tüketici fiyat endeksi değeri ve reel ücretlerdeki en az seviyede olan artış nedeniyle kişiler en yüksek seviyede fakirleşmişlerdir. Kriz sonrasında ise reel ücretlerdeki artış nedeniyle %10’luk gelir kaybı yıllar itibariyle azalarak 2009 yılında %5,5 seviyesine kadar düşmüştür.

Tablo 7’de görüldüğü gibi tüketici güven endeksi değerlerine bakarsak, 2005 yılından 2007 yılına kadarki değerler genelde 75’in üzerindedir. Fakat 2008 yılında küresel finansal kriz nedeniyle tüketici güven endeksi değeri 2008 yılı Ocak ayında 78,9 iken Aralık ayında bu değer 56,7’ye kadar düşmüştür. Yaşanan bu küresel finansal kriz güven endeksine göre tüketicilerin güveni piyasalara azalmıştır. 2009 yılında da tüketici güven endeksi artmaya başlamıştır. 2009 Ocak ayında 58,3 olan güven endeksi kriz sonrası alınan önlemlerle birlikte Aralık ayında 65,6’ya kadar yükselmiştir. Daha sonraki yıllarda da tüketici güven endeksi yeniden 75’in üzerinde değerler almaya başlamıştır. Bu durum krizden sadece

Tablo 7. Tüketici Güven Endeksi

Yıllar	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık
2005	92.2	92.0	88.8	87.1	87.1	85.8	86.0	84.2	82.3	84.8	86.3	86.2
2006	88.5	87.9	88.5	89.0	86.8	78.9	75.4	78.2	78.1	78.3	80.1	78.8
2007	78.6	79.5	79.2	80.4	81.7	80.9	82.3	85.0	83.9	83.0	79.3	80.7
2008	78.9	74.4	68.7	63.0	62.1	61.8	63.8	66.6	67.5	61.0	55.7	56.7
2009	58.3	60.8	61.6	67.5	70.1	72.0	69.1	68.1	68.7	67.2	65.2	65.6
2010	66.0	68.6	71.5	72.6	73.4	74.8	74.3	74.1	77.2	75.8	78.1	77.8

Kaynak: TÜİK, Tüketici Güven Endeksi

2008 ve 2009 yıllarının etkilendiğinin göstergesidir. Alınan önlemler 2009 ve sonrasında piyasada yeniden güvenin oluşmasını sağlamıştır.

Tablo 8. Yıllar İtibariyle İşgücüne Katılma Oranı-İşsizlik Oranı-İstihdam Oranı

Yıllar	İşgücüne Katılma Oranı (%)	İşsizlik Oranı (%)	İstihdam Oranı (%)
2005	44.9	9.5	40.6
2006	44.5	9	40.5
2007	44.3	9.2	40.3
2008	44.9	10	40.4
2009	45.7	13.1	39.8
2010	46.5	11.1	41.3

Kaynak: TÜİK, Tüketici Güven Endeksi

Tablo 8’de yaşanan krizin öncelikle işgücüne katılma oranı üzerine etkisine bakarsak 2007 yılından itibaren ekonominin büyümesiyle birlikte yıllar itibariyle bir artış görülmektedir. Fakat işsizlik oranına bakacak olursak 2007 yılında %9.2 olan bu oran krizin ve etkilerinin görüldüğü 2008 ve 2009 yıllarında %10 ve %13.1’e kadar yükselmiştir. Yani krizle birlikte işsizlik oranında artış gerçekleşmiştir. Ayrıca işsizlik oranının en yüksek olduğu yılda 2009 yılıdır. İstihdam oranına da bakarsak krizden

önceki yıllarda istihdam oranı yaklaşık %40 oranında bir seyir takip ederken krizin etkisinin görüldüğü yıl olan 2009 yılında %39.8 ile en düşük seviyede gerçekleşmiştir. İstihdam krizden etkilenmiş ve işsizlikte artmıştır.

Özetle Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8’de görüldüğü gibi yaşanan kriz Türkiye ekonomisinin ve işgücü istatistiklerinin göstergelerini olumsuz etkilemiştir. Sonuçta ülkede yaşanan kriz işgücü piyasasının durumunu olumsuz etkilediği için bu olumsuz durumun emeklilik kararları üzerinde de etkili olması beklenmektedir. Çünkü sosyal güvenlik şemsiyesi altında kendini güvence altına alma düşüncesiyle sağlık hizmetlerine erişim ve güvenli gelir ve hatta işsiz kalmama düşüncesi emeklilik kararlarının alınmasında önemli rol oynayan değişkenlerdendir.

İşgücü piyasasındaki yaşanan bu olumsuz durumun emeklilik kararları üzerine nasıl yansıdığını görmek için öncelikle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) gelir-gider dengesine, sigortalıların aktif/pasif oranlarına, ortalama yaşam süresine, SGK verilerinin kriz dönemi ve sonrasındaki emekli sayılarındaki dağılımlarına, SGK bütçe transferlerine, sağlık harcamalarına, SGK reformu olan 5510 sayılı Kanun’la birlikte kademeli olarak belirlenen emeklilik yaşlarına ve emeklilik yaşlarının yükselmesiyle beraber kamudan emekli olma durumunu öteleyen fakat özel emeklilik fırsatı sağlayan Bireysel Emeklilik Sistemi’nin (BES) yıllar itibariyle katılım sayılarına bakarak krizin emeklilik üzerindeki etkisini analiz edeceğiz.

Sosyal Güvenlik Kurumuyla ilgili makroekonomik göstergeleri anlatmadan önce Sosyal Güvenlik Kurumunu ve finansman yöntemini şöyle özetleyebiliriz. Sosyal güvenlik kişilerin dışında gelişen ve mal varlığında, gelirinde ve çalışma gücünde eksikliklere yol açarak kendisinin ve geçimini sağlamak zorunda olduğu kişilerin yaşamlarının devamını güçleştiren tehlikelerin zararını telafi etmeye yönelik önlemlerden oluşmaktadır (Bedük ve Mete, 2006:25). Sosyal güvenlik sisteminin finansman yöntemi kuşaklar arasında reel gelirin yeniden dağıtımını esas alan dağıtım yöntemidir. Bu yöntem toplumdaki destek ve dayanışma esasına dayanır. Prim ödeyenler ve yardım görenler sürekli ilişki içerisindeyler (Güneş ve Yakar, 2004:131). Dağıtım sisteminde emeklilere yapılan ödemeler çalışanların vermiş oldukları katkı payı ile ödenmektedir (Bayri, 2004:243). Şimdi çalışan kişiler şimdi emekli olanların maaşlarını ödemektedirler. Emekli

olduklarında emekli maaşlarını bir sonraki çalışanlardan karşılayacaklardır. Bu finansmanı sağlamak için bir fon oluşturup yatırım yapılır. Türkiye’deki emeklilik sistemi dağıtım modeline dayanmaktadır. Dağıtım modelinde varlıklar ve yapılan yatırımlar emekli maaşlarını karşılayacak yeterlilikte değil ise riski devlet üstlenmektedir. İsteğe bağlı bireysel emeklilik sistemi ise özel finansman kaynaklı katkı sistemidir.

Tablo 9. Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi, 2005–2010 (Bin TL)

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı %	Giderler	Artış Oranı %	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı %
2005	41.249.438	18.9	59.941.373	18.4	—18.691.935	68.8
2006	53.830.886	30.5	71.867.475	19.9	—18.036.589	74.9
2007	56.874.830	5.7	81.915.401	14.0	—25.040.571	69.4
2008	67.257.484	18.3	93.159.462	13.7	—25.901.978	72.2
2009	78.072.788	16.1	106.775.443	14.6	—28.702.655	73.1
2010	95.273.183	22.0	121.997.301	14.3	—26.724.118	78.1

Kaynak: SGK istatistiklerinden elde edilmiştir.

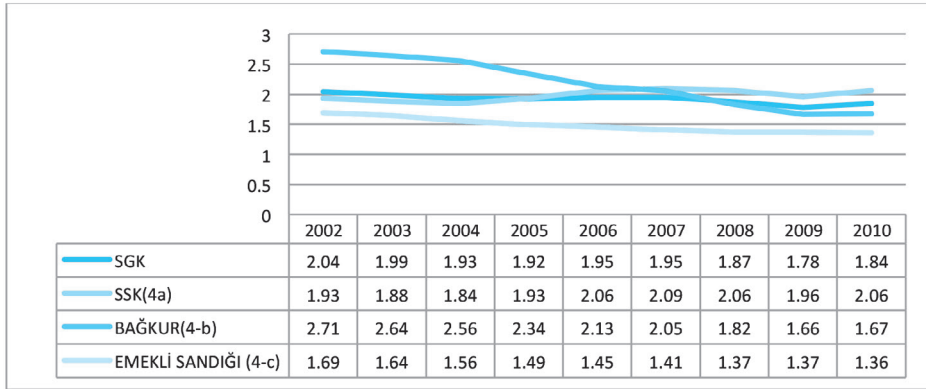
Tablo 9’da görüldüğü gibi SGK’nın açığı yıllar itibariyle 2009 yılına kadar artmıştır. 2009 yılından sonra SGK açığı gelirlerin artışıyla birlikte azalmıştır. 2009 yılında açık maksimum seviyesindedir. Açığın en çok olduğu yıllar sırasıyla 2009, 2010 ve 2008 yıllarıdır. Kriz yılında kişilerin emekli olması ile birlikte açığın maksimuma ulaştığı yılda kriz sonrası yıl olan 2009 yılıdır. Bu açıkla birlikte çıkarılan kanunla emeklilik yaşı kademeli olarak arttırılmış ve SGK açığını azaltıcı reformlar olarak bu kanun uygulanmıştır. Bu kanun sayesinde kriz yılına kadar gelirlerin giderleri karşılama oranı %70’ler seviyesindeyken 2010 yılında bu oran %78.1’e kadar yükselmiştir. Ayrıca gelirlerin giderleri karşılama oranlarına bakarsak 2010 yılında %78.1 ile gelirlerin giderleri karşılama oranının en yüksek olduğu yıldır. SGK reformlarından birisi olan ve 2008 yılında çıkan emeklilik yaşı kanunu ile SGK gelirlerini artırmıştır.

SGK reformlarını uygulamak için krizle birlikte artan emekli sayıları nedeniyle gelir-gider dengesizliği artmıştır. Bu dengesizliğin ne kadarının hangi kurumlarda çalışan ve emekli olanlardan kaynaklandığını görmek

için yıllar itibariyle SGK bünyesindeki SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalıların aktif/pasif oranlarına bakmamız gerekir.

Sosyal güvenliğin demografik yapısını belirleyen faktörler aktif/pasif oranı ve ortalama yaşam süresidir. Aktif/pasif oranı bir emekliyi kaç kişinin finanse edeceğinin ifadesidir. Bu oranın en az 2 olması hedeflenir. 2’nin altına düşmesi sosyal güvenlik sisteminde finansman sorunu yaşandığının göstergesidir (Acar ve Kitapçı, 2008:80). Ayrıca sosyal güvenlik sisteminin gelir-gider dengesinin rahat bir şekilde sağlanması ve sistemin sürdürülmesi için aktif/pasif oranının en az 4 olması gerekmektedir (Gümüş, 2004: 5). Aktif kısım ne kadar fazla ise sistem o kadar rahat bir finansal yapıya kavuşacaktır (Hairault ve Langot, 2008:387).

Tablo 10. Yıllar İtibariyle SGK Aktif/Pasif Oranı



Kaynak: SGK istatistiklerinden elde edilmiştir.

Tablo 10’da krizden önce 2007 yılında SGK aktif/pasif oranı 1.95 iken kriz yılında 1.87’ye ve 2009 yılında da 1.78’e kadar düşmüştür. SSK’nın aktif/pasif oranına bakarsak, hemen hemen 2007 yılına kadar bir artış görülüyorken 2007 yılında aktifin pasifi karşılama oranı 2.09’dur. Kriz yılı 2008’de 2.06’ya ve kriz sonrası 2009 yılında 1.96’ya kadar düşmüştür. SSK’daki kişiler kriz yılında aktiften pasif tarafa geçmişler yani emekli olmuşlardır. Bağ-Kur’un yıllar itibariyle aktif/pasif oranına bakarsak, 2002 yılından 2007 yılına kadar azalış göstermektedir. Bu azalışa rağmen

2007 yılında aktif/pasif sigortalı oranı 2'nin üzerinde yer alırken kriz yılı olan 2008 yılında 2'nin altına düşerek 1.82 olmuştur. 2009 yılında da en düşük seviye olan 1.66'ya kadar düşmüştür. Bağ-Kur'daki kişilerde yine SSK'daki gibi emekli olmuşlardır. Emekli Sandığına kayıtlı sigortalıların aktif/pasif oranı da kademeli olarak 2002 yılından 2010 yılına kadar azalış gösteren bir seyir izlemektedir. Kriz yılı ve sonrasında gelir garantisi olduğu için bir değişiklik olmamıştır. Sonuç olarak SGK'nın sigortalıların aktif/pasif oranındaki bu düşüşün en önemli nedeni SSK ve Bağ-Kur'dan emekli olanlardır. Çünkü Emekli Sandığına kayıtlı kişilerin gelir garantisi söz konusudur. Bu yüzden kriz yılı ve sonrasında gelir garantisini sağlamak için SSK ve Bağ-Kur'a kayıtlı kişiler emekli olmayı tercih etmişlerdir. Ayrıca SSK ve Bağ-Kur'a kayıtlı kişilerin kriz yaşandıktan sonra primlerin artacağı beklentisi de emekli olmalarında bir etkidir.

Herkes ömrünün belirli bir döneminde desteğe muhtaç hale gelebilir. Kamusal yardım devletin ihmal edemediği bir harcama türüdür. Ancak bu harcamaların finansmanı sorunu, hem hizmeti sınırlandırmakta hem de finansmana katkı konusunda sıkıntılar oluşturmaktadır. Türkiye açısından kamusal finansmanın sürdürülebilirliğini sağlamak için ortalama yaşam süresi ve genç emekli sayısındaki artış emeklilik ile ilgili düzenlemeleri zorunlu kılmıştır (Acar ve Kitapçı, 2008:77). Türkiye genç nüfusa sahip olmanın avantajını her geçen gün kaybetmekte ve emeklilik sisteminin sürdürülmesinde nüfusunda değerlendirmeye alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ortalama yaşam süresi gelişmişliğin göstergesidir. Türkiye gibi dağıtım yöntemi uygulayan ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin sağlıklı işlemesi için ortalama yaşam süresinin dikkate alınması gerekmektedir.

Tablo 11. Ortalama Yaşam Süresi

1995–2000	2000–2005	2005–2010	2010–2015	2015–2020
68.6	69.8	70.9	71.8	72.5

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Sosyal Güvenlik Reformu

Tablo 11'de görüldüğü gibi ortalama yaşam süresi yıllar geçtikçe artmaktadır. Dolayısıyla bu durumda gelir gider dengesini sağlamak için emekli olma yaşının da artması kaçınılmazdır. Ortalama yaşam süresinin artışıyla birlikte emekli olma yaşı da kademeli olarak artırılmalıdır.

Türkiye’de yönetilebilir ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sisteminin oluşması için politik, ekonomik faktörlerin yanında nüfusun da hesaba katılması gerekmektedir. Aksi halde düşük gelirli vatandaşların sistemden yararlanması zor bir durum oluşturur.

Yıllar itibariyle SGK’ya kayıtlı aktif/pasif oranındaki değişimleri inceledikten sonra kaç kişinin bu kurumlardan emekli olduğuna bakmamız gerekir.

Tablo 12. SGK Verilerinin Kriz Dönemi ve Sonrasındaki Dağılımı

SGK VERİLERİ Ve ZAMAN	2008	2009	2010
SGK TOPLAM EMEKLİ SAYISI	8746703	9173750	9518648
TOPLAM AKTİF/PASİF ORANI	1.87	1.78	1.84
SSK EMEKLİ	5024696	5290270	5535411
SSK AKTİF/PASİF ORANI	2.06	1.96	2.06
BAĞ-KUR EMEKLİ	1965247	2088146	2160507
BAĞ-KUR AKTİF/PASİF ORANI	1.82	1.66	1.67
EMEKLİ SANDIĞI EMEKLİ	1756760	1795334	1822730
EMEKLİ SANDIĞI AKTİF/PASİF ORANI	1.37	1.37	1.36

Kaynak: SGK İstatistiklerinden elde edilmiştir.

Tablo 12’de SGK toplam emekli sayısı kriz yılı ve sonrasında artmıştır. Toplam aktif/pasif oranından da gördüğümüz gibi kriz yılı olan 2008 yılında 1.87 iken 2009 yılında 1.78’e düşmüş ve daha sonraki yıl olan 2010 yılında da emeklilik yaşının kademeli olarak yükseltilmesiyle bu değer 1.84’e kadar yükselmiştir. SGK’dan emekli olanlarının sayısı yıllar itibariyle artmıştır. SSK ve Bağ-Kur’dan emekli olanların sayısı, Emekli Sandığından emekli olanlardan fazladır. Bu durum zaten Emekli Sandığı aktif/pasif oranının değişmemesinden anlaşılmaktadır. Kriz yılında emekli olanlarının sayısı artmıştır. Bu durum aktif/pasif oranında bir iyileşme değil aksine kötü gidişin devam ettiğini göstermektedir. Kısa dönemde aktif/pasif sigortalı oranında 2010 yılı itibariyle bir iyileşme gerçekleşmiştir. Bu artış kısa dönemde aktif/pasif sigortalı oranındaki iyileşmesi sağlamaktan uzaktır. Bunun sonucunda SGK’da reform çalışmalarının başladığı dönemde emekli sayılarının artması, yeni gelen sistemden olumsuz etkilenmemek için kişilerin çalışma hayatından ayrılmayı tercih ettiklerini göstermektedir.

Kısaca SGK’da yaklaşık 2 aktif sigortalı prim ödeyen kişi 1 pasif emekli aylığı alan kişiyi finanse etmektedir. Bu durum Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesinin yetersiz ve açık vermesine neden olmaktadır. Türkiye genç nüfusa sahip olmasına rağmen bütçe açıkları vermektedir. Kamu tarafından finanse edilen bu açıklar ülkelerin bütçe dengelerinde önemli sorunlara neden olmaktadır (Sezgin ve Yıldırım, 2015:124). Türkiye’de bütçe açıkları ve enflasyonun en önemli nedeni sosyal güvenlik kurumu açıklarıdır. SGK’da oluşan bütçe açıkları devletin bütçesinden transferlerle kapatılıp finanse edilir. Yıllar itibariyle yapılan bütçe transferleri ve bu transferlerin GSYH içerisindeki paylarına bakarsak;

Tablo 13. Sosyal Güvenlik Kurumuna Yapılan Bütçe Transferleri, 2005-2010

Yıllar	4-1/a +4-1/b +4-1/c Toplam (Bin TL)	GSYH’ya Oranı
2005	23.322.000	3.59%
2006	22.892.000	3.02%
2007	33.060.313	3.92%
2008	35.016.403	3.68%
2009	52.599.691	5.52%
2010	55.244.258	5.03%

Kaynak: SGK, Yıllık Mali İstatistikleri

Tablo 13’de görüldüğü gibi SGK’ya yapılan transferlerin bütçede ki payı önemli ve 2009 yılında en yüksek seviyededir. 2008 yılına kadar yaklaşık %3 ve %3’ün üzerinde iken 2009 yılında bütçedeki pay %50 artarak %5.52 olmuştur. Daha sonraki yıllarda alınan önlemler ve uygulanan reformlarla birlikte bütçenin payı yıllar itibariyle azalmaya başlamıştır. Erken emeklilik yaşı ve yaşanan kriz kişilerin bir an önce emekli olmasını tetiklemiş ve 2009 yılında bütçe payının maksimum olmasını sağlamıştır.

Ayrıca krizin yaşandığı yıllarda işsizliğin artmasıyla birlikte işsizlik ödemeleri, orta yaşın üzerindeki bireylerin işsiz kalma korkusuyla emekliye ayrılmaları, kriz ile birlikte psikolojik rahatsızlıkların yaygınlaşmasına bağlı olarak sağlık harcamalarındaki artış sosyal güvenlik sistemlerinin krizden olumsuz bir şekilde etkilenmesine neden olmuştur (ISSA, 2013:5-9). Artan işsizlik ve buna bağlı olarak oluşan yoksulluk reel ücretlerin ve

sosyal güvenlik primi gelirlerinin azalmasını beraberinde getirmiştir. Bu azalmayla birlikte emeklilik ve sağlık harcamalarının artması sonucunda ise sosyal güvenlik sistemlerinin finansal bir çıkmaza girmeleri kaçınılmaz bir sonuç oluşturmuştur (ILO, 2010:105-110).

Ülkemiz sosyal güvenlik sisteminin temel finansal sorunu gelirlerinin yetersizliği ve giderlerin fazlalığı nedeniyle sistemin sürekli mali açık vermesinden ileri gelmektedir. Gelir gider dengesizliğinden birisi de sağlık harcamalarıdır (Gümüş, Çelikay ve Yalama, 2014:92).

Tablo 14. SGK Sağlık Harcamaları

Yıllar	Artış Oranı %
2007	0.13
2008	0.26
2009	0.13
2010	0.12

Kaynak: SGK, Aylık Sosyal Güvenlik Temel Göstergeler

Tablo 14’te görüldüğü gibi kriz yılı olan 2008 yılında sağlık harcamaları artış oranı %100 olarak gerçekleşmiştir. Harcamaların bu kadar artmasında krizin etkisinin yanında 2008 yılında kabul edilen 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Reformu kapsamında yoksulların primlerinin devlet tarafından ödenmesi etkili olmuştur.

Değişen ekonomik ve sosyal koşullar mevcut sosyal güvenlik sistemini etkileyerek reform çalışmalarına gidilmesini gerekli kılmaktadır. Özellikle artan işsiz sayısı, mevcut emekli kitlesi, bozulan aktüeryal dengeler, daha uzun yaşam süreleri, sosyal güvenlik alanında yeni düzenlemelerin yapılmasını zorunlu hale getiren faktörlerdendir (Ekin vd., 1999:38). Bozulan bu dengeleri yeniden sağlamak için sosyal güvenlik sisteminde reformlar başlatılmış ve bu reformlardan en önemlisi emeklilik yaşının kademeli olarak artırılması, Bireysel Emeklilik Sistemi ve Bireysel Emeklilik Sisteminde yapılan kanuni düzenlemelerdir. SGK’da kriz sonrasında emekli olanların sayılarındaki artışlar nedeniyle aşırı dış açıklar oluşmuş ve bu

açıkları hem azaltmak hem de aktif/pasif oranını yükseltmek için 5510 sayılı SGK emeklilik yaşı kanunu uygulanmıştır. Yaşanan finansal krizler ve bireylerin uzun yaşamaları emeklilik sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği için tehdit unsurlarıdır. Finansal sürdürülebilirliği sağlamak için ülkeler emeklilik sisteminde emekli olma yaşını kademeli olarak artırmış, emeklilik dağıtım yönteminden finansman kaynaklı emeklilik yöntemine geçilmiş, emeklilik sistemindeki devletin payı azaltılmış ve tek katmanlı emeklilik sistemi yerine çok katmanlı emeklilik sistemine geçiş önlemlerini almışlardır. Türkiye ise 20 yıl gecikmeli olarak finansal sürdürülebilirliği sağlamak için ülkelerin almış olduğu önlemleri uygulamaya başlamıştır. Emeklilik yaşını kademeli olarak artırmıştır (Bayar ve Kılıç, 2014:248). Bu yaş uygulaması 2008 yılında uygulamaya konulmuştur.

Tablo 15. SGK’da Yıllar İtibariyle Erkek ve Kadınlardaki Emeklilik Yaşı

Yıllar	Erkek Emeklilik Yaşı	Kadın Emeklilik Yaşı
2008–2035	60	58
2036–2037	61	59
2038–2039	62	60
2040–2041	63	61
2042–2043	64	62
2044–2045	65	63
2046–2047	65	64
2048 ve sonrasında	65	65

Kaynak: SGK, 5510 Sayılı Kanun

Tablo 15’de SGK’daki gelir-gider arasındaki açıklıkları azaltmak için uygulanan 5510 sayılı emeklilik yaşı düzenlemeleri yıllar itibariyle görülmektedir. 30.04.2008’den sonra sigortalı olanlar için 2036’ya kadar emeklilik yaşı erkeklerde 60 yaş iken kadınlarda 58 yaş ve 2036 yılından sonra ise kademeli olarak hem erkeklerde hem de kadınlarda artmıştır. 2044 yılı ve sonrasında erkeklerde emeklilik yaşı 65 olarak belirlenirken, kadınlarda ise 2048 yılından itibaren emeklilik yaşı 65 olarak belirlenmiştir.

SGK’da açığın finansmanı için yaş uygulaması önemliyken, kişilerin tasarruf etmesinin sağlanması da sistemin açığını finanse etmek için önemlidir. Türkiye ekonomisinde tasarrufdan fazla yatırım yapmaktadır. Ancak burada

yatırım hacminin yüksekliği değil tasarruf hacminin olağanüstü düşüklüğü belirleyici olmaktadır (Sezgin vd., 2015:237). Tasarrufların düşüklüğü finansal krizlerde emeklilik fonlarının varlık ve getirilerindeki dalgalanmalar nedeniyle bireylerin finansman kaynaklı emeklilik planlarındaki güveni sarsmaktadır (Bayar ve Kılıç, 2014:246). Gelişmiş ekonomilerde en önemli tasarruf kalemi bireysel emeklilik sistemidir. Bireysel emeklilik sistemi kamu sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak düşünülerek 7 Ekim 2001 tarih ve 4632 sayılı “Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu” ile düzenlenmiştir. Bu kanuna göre, bireysel emeklilik sistemi, kamu sosyal güvenlik sisteminin tamamlayıcısı olarak, bireylerin emekliliğe yönelik tasarruflarının yatırıma yönlendirilmesi ile emeklilik döneminde ek bir gelir sağlanarak refah düzeylerinin yükseltilmesi, ekonomiye uzun vadeli kaynak yaratarak istihdamın artırılması ve ekonomik kalkınmaya katkıda bulunulmasını sağlamak üzere, gönüllü katılıma dayalı ve belirlenmiş katkı esasına göre oluşturulan bir sistemdir (4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu). Fonlama esasına göre çalışan sistemde, katkı payları, katılımcıların belirleyeceği şekilde emeklilik yatırım fonlarında değerlendirilmekte, bu katkıların işletilmesinden sağlanacak getiriler ise, emeklilik gelirini oluşturmaktadır (İşveren ve Hatunoğlu, 2012:157). 18 yaşını dolduran herkes sisteme katılabilir ve en az 10 yıl sistemde bulunmalıdır. 10 yıl sistemde kalan ve 56 yaşını tamamlayan kişiler emekli olmaya hak kazanırlar. Sistemin finansmanı katılımcıların ödediği katkı payları ve yine katılımcılar tarafından ödenen gider ödemeleri ve gider kesintileri ile karşılanmaktadır (Topalhan, 2010:181-182).

Bireysel emeklilik sisteminin amacı Sosyal Güvenlik Kurumuna yardımcı olmak, bütçedeki sosyal güvenlik primlerine ayrılan yükü azaltmak ve bireylere emeklilik zamanında daha refah yaşam düzeyi sunmayı amaçlamaktadır (Sezgin ve Yıldırım, 2015:123). Bireysel emeklilik sistemi kamu güvenlik sistemine üye olan ve aktif prim ödeyenlere ek avantajlar sağlayarak vergi gelirlerinin arttırılmasını öngörerek kayıt dışılığın azalmasında ve mali gelirlerin arttırılmasına yönelik bir sistemdir (Erdem, 2013:74-75).

Ülkemizde 2006 yılına kadar sosyal sigorta hizmetlerini sunan üç kurum vardı. Bunlar, T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur idi. Bu üç kurum 2006 yılında çıkarılan 5502 sayılı Kanun ile kurulan yeni bir kuruma, tek çatı olarak da bilinen, Sosyal Güvenlik Kurumuna

(SGK) devredilmiştir. 5510 sayılı Kanun 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. 5510 sayılı Kanun'un uygulanması ile birlikte emeklilik yaşlarının erkeklerde ve kadınlarda kademeli olarak 65 yaşına yükseltilmesiyle birlikte özel emeklilik sistemlerinin önemi daha da artmıştır. Ayrıca özel emeklilik sisteminde emeklilik yaşının kamudan emekli olma yaşına göre hem erken olması hem de devletin çalışanlara tasarruf yapmasını sağlamak için verdiği %25 devlet desteği ile birlikte bireysel emeklilik sistemine rağbet artmıştır. Devlet katkısı ise 01 Ocak 2013 tarihinden itibaren başlayan ve katılımcılar tarafından ödenen katkı payının %25'i oranında devlet tarafından emeklilik hesabına ödenen tutardır (EGM, 2014:50). Ayrıca emeklilik kararlarında kamunun yanında özel emekliliğin de sağlanması (yani çifte emeklilik) özel emeklilikte sağlanan devlet tasarrufu ve kamuya göre erken emeklilik durumu kişilerin emekli olma düşüncesini desteklemiştir. Kamuda emeklilik yaşının erkekte 65 yaş, kadınlarda 63 yaş, özel emeklilikte emeklilik yaşının 56 yaş olması ve %25 devlet desteği verilmesi gibi faktörler kişileri bireysel anlamda emeklilik kararlarını vermeye yönlendiren faktörler olmuştur.

Devlet katkı sistemi sayesinde sisteme yatan her TL makroekonomik anlamda tasarruf oranlarını artıracaktır. Artan tasarruf oranları risk priminin düşmesini sağlayacaktır. Bunun yanında kamu borçlanma kağıtlarının büyük bir bölümünün emeklilik fonlarından oluştuğu ve bu fonlara kayıtlı olanların alt ve orta gelir grubuna dahil olduğu düşünülürse emeklilik sisteminin hedefi gerçekleşmiştir. Böylece sistem amacına ulaşmıştır. Ayrıca bireysel emeklilik sisteminde uzun vadeli getiri elde etme hedefi ekonomideki uzun vadeli kurumsal yatırımların artmasına yol açacaktır. Uzun vadeli tasarruflar ülke ekonomisine dinamizm getirecektir. Kısa vadeli sermaye hareketlerinin yol açacağı dalgalanmaları sınırlandıracak ve finansal istikrarı olumlu yönde etkileyecektir. Bireysel emeklilik sistemi ile uzun vadeli fonların devamlı gelmesiyle faiz oranlarını düşürecek kamu sektörünün borçlanma imkanı artacaktır. Böylece bütçe açıklarının ve kamunun sosyal güvenlik kaynaklanan yükü azalacaktır. Son olarak yatırımlara yönlendirilen tasarruflar tüketimin azalmasını sağlayarak üretim ve istihdamın artmasını sağlar. Bireysel emeklilik sisteminde ulusal para cinsinden yapılan fon yatırımları ile ülke parasının güvenliğini arttırmaktadır (İşveren ve Hatunoğlu, 2012:155-174). Sosyal güvenlik sisteminin ve bireysel emeklilik sisteminin kriz yılında katılan kişi sayılarına bakarsak;

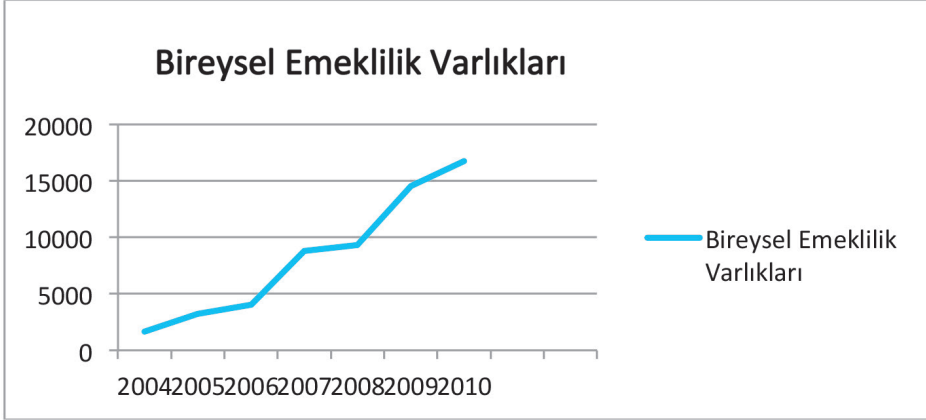
Tablo 16. Sosyal Güvenlik Sistemi ve BES Kişi Sayıları

Yıllar	Aktif sigortalı Sayısı I	Artış Oranı %	BES Kişi Sayısı II	Artış Oranı %	II/I %
2006	14124925	7,4	1073650	9,6	7,6
2007	14763075	4,5	1457704	35,77	9,8
2008	15041268	1,9	1745354	19,73	11,6
2009	15096728	0,4	1987940	13,89	13,1

Kaynak: SGK Faaliyet Raporları (2011) ve BES Verileri, www.egm.org.tr

Tablo 16’da kamu sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan aktif sigortalılar ile bireysel emeklilik sistemi içerisinde yer alan sigortalıların sayıları 2006’dan bu yana gösterilmiştir. Tablo 16’da rahatça görüleceği üzere 2006 yılından bu yana bireysel emeklilik sistemi sigortalı sayısı artmıştır. Ayrıca 2008 ekonomik krizden sonra 2009 yılı sonu itibariyle bireysel emeklilik sistemi katılımcı sayısının kamu sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan aktif sigortalılara oranı %13,1 seviyesine kadar yükselmiştir. Bu durum kişilerin BES’ne ne kadar önem verdiğinin göstergesidir (Topalhan, 2010:200). Ayrıca BES ile kişilerin çifte emekli olmasıyla birlikte hem gelir seviyesi artmış hem de %25 devlet desteği ile daha fazla gelir elde etmişlerdir. Ayrıca kriz sonrası yıllar için geçerli olan SGK emeklilik yaşı uygulaması sonrasındaki durumu görmek için BES’deki varlıklara yıllar itibariyle bakmak gerekir.

Krizden en çok bireysel emeklilik sisteminin etkilendiği görülmektedir. Kriz sonrası artış bu durumun göstergesidir. Tablo 17’de görüldüğü gibi 2008 yılına kadar bireysel emeklilik varlıkları belirli bir seviyede artış gösterirken 2008 yılında krizin yaşanması ve SGK’nın emeklilik yaşlarındaki uygulamaları nedeniyle bireysel emeklilik sistemine katılım artmıştır. 2008 yılı ve sonrası yıllarda devlet desteğinin de etkisiyle bireysel emeklilik varlıkları, sisteme katılanların artışıyla birlikte yıllar itibariyle artarak artmıştır. 2008 yılı ve sonrasındaki artışlar önceki yıllardaki artışlardan 2-3 kat daha fazladır. Bu artış kriz sonrasında da bireysel emeklilik sisteminin

Tablo 17. *Yıllar İtibariyle Bireysel Emeklilik Varlıkları*

Kaynak: BES Verileri, www.egm.org.tr

öneminin daha da arttığını göstermektedir. Ayrıca bireysel emeklilik sistemi kişilerin tasarruf etmesini de sağlamaktadır. Emeklilik yaşının yükselmesi ile birlikte kişilerin emekli olduktan sonra gelirlerinin %40 azalması da, bireysel emeklilik sisteminin önemini daha da arttırmıştır. Kişiler emekli olduktan sonra gelirlerindeki azalmaları dengelemek için bireysel emeklilik sistemine yönelmişlerdir. Türkiye’de bireysel emeklilik sistemine katılımı etkileyen faktörler; kişi başına düşen gelirin düşük olması, zorunlu sosyal sigortaların varlığı, ülkenin yaşadığı krizler, sigorta kültürünün olmayışı, genç yaşta sisteme girenlerin uzun yıllar sistemde kalması, asgari getiri garantisinin olmaması ve sisteme olan güven kişilerin bireysel emeklilik sistemine dahil olmasında önündeki engellerdendir.

Bireysel emeklilik sistemiyle Türkiye’de emeklilik fonları kurumsal yatırımlara dönüşmüştür. Bu dönüşümle birlikte kişilerin uzun dönemde tasarruf yapması sağlanacaktır. Sermaye piyasalarının gelişimi ve ekonomiye sağlanan uzun vadeli kaynakla birlikte istihdamın artırılması sağlanıp ayrıca ekonominin büyümesine katkı açısından emeklilik fonları önem arz etmektedir (Oktayer ve Oktayer, 2007:71-72). Bireysel emeklilik sisteminin kişilere gelir sağlaması yanında ülke ekonomisine istikrar ve tasarruf kazandırması açısından da önemli etkileri bulunmaktadır. Ülke ekonomisinde istikrarın sağlanması için kişilerin yapacağı tüketim harcamaları kısılarak harcamaların tasarrufa dönüşmesi sağlanır. Artan

tasarruflar tüketimin de azalmasıyla enflasyonu azaltıcı bir etki yaratır. Azalan enflasyon ülke ekonomisindeki ekonomik istikrar için önemlidir. Ayrıca bireysel emeklilik sisteminin hem gelir dağılımı hem de istihdam üzerine olumlu etkisi bulunur. Gelir dağılımı açısından etkisi çifte emekliliğin ve kişi başına düşen gelirin arttırılmasını sağlaması iken istihdam açısından etkisi de açılan sigorta acenteleri ve acentelerde çalışan kişi sayıları ve bankaların bireysel emeklilik sistemi temsilcileri bakımından bireysel emeklilik sistemi kişilere istihdam olanağı sağlamaktadır. Son olarak bireysel emeklilik sisteminin finansal piyasalar üzerindeki etkisi ise finansal piyasaların genişlemesi ile özellikle hisse senedi piyasasının uzun dönemde genişlemesinin ekonomik büyüme üzerinde bir uyarıcı etkiye sahip olduğu belirtilmektedir.

SONUÇ

Türkiye ekonomisinde yaşanan krizler nedeniyle yıllar itibariyle her zaman ekonomide birçok olumsuzluklar meydana gelmiştir. 2008 ekonomik krizinin yaşanması ile ülke ekonomisinde öncelikle satın alma gücü paritesi ve kişi başına düşen gelir azalmıştır. Satın alma gücünün azalması ekonomideki yaşayanların yoksullaşması demektir. Kriz döneminde insanlar yoksullaşmıştır. Türkiye’de yaşanan yoksulluğun nedenleri arasında birçok faktör sayılabilir. (Metin, 2012:119)’e göre bunlar arasında en önemli nedenler gelir dağılımı eşitsizliği, sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan sorunlar, işgücü piyasası ile ilgili problemler ve ekonomik krizlerdir.

Kriz yılında sosyal güvenlik sisteminin açıkları GSYH’nın %5 seviyesindedir. Bu durum ülkenin kalkınma sürecini olumsuz etkilemektedir. Atılan adımlar, önlemler ve reformlarla birlikte bu açıkların gelecek yıllarda da süreceği beklentisi hakimdir. Prim gelirlerinin artırılması için SGK açıklarına neden olan faktörlerin kontrol altına alınması gereklidir.

Gümüş (2010)’e göre emeklilik sisteminin finansal çıkmaza girme nedenleri şu şekilde belirtilmektedir. Politik çıkarlar doğrultusunda emeklilik yaşının devamlı değiştirilmesi, erken emeklilik uygulamaları, prim tahsilâtındaki problemlere çözüm bulunamaması, sürekli gelen prim afları ile vatandaşın primlerini zamanında ödemeyerek af beklentisi içerisinde beklemesi, hesaplanan sigorta primlerinin matrahın çok düşük düzeyde belirlenmesi, kayıt dışı nedeniyle prim ödeyenlerin sayısının çok

sınırlı olması, koalisyon ve siyasi istikrarsızlık nedeniyle sosyal güvenlik sisteminde istikrarlı politika uygulanamaması, emekli sayısının sürekli artması, ödenen emekli aylıkları ile primler arasındaki ilişkinin çok zayıf tutulması ve borçlanma kanunlarının çok sık çıkarılması ve hizmet borçlanmasına gidilmesidir.

Türkiye ekonomisinde sık sık yaşanan krizler nedeniyle emeklilik şartları günden güne ağırlaşmaktadır. Krizin yaşandığı dönemde insanların tek düşüncesi güvenli gelir düşüncesidir. Çalışanların kriz dönemlerinde fazla etkilenmemesi için emeklilik sürecinin ertelenmesi bir seçenek iken, hemen emekli olup güvenli gelir ve sağlık güvencesine sahip olmakta bir seçenektir. Ayrıca erken emeklilikte tasarruf sağlama düşüncesi de emeklilik kararlarını etkilemektedir. 2003 yılından beri uygulanan özel emeklilik sistemi (bireysel emeklilik sistemi) ile kişiler yaş nedeniyle kamudan önce emekli olmaktadır. Bireysel emeklilik sistemi hem devlet desteği hem de sosyal güvenlik kurumunun krizden olumsuz bir şekilde etkilenmesi nedeniyle her geçen gün emekli olma şartlarının ağırlaştırması nedeniyle daha fazla kişi tarafından talep edilmektedir.

Kısacası Türkiye’de yaşanan krizler nedeniyle yoksullaşan insanlar tasarruf etme, %25 devlet desteği, güvenli gelir ve sağlık güvencesine sahip olmak için emekli olmayı tercih etmektedirler. Sosyal güvenlik kuruluşu tarafından emeklilik yaşının her geçen gün ağırlaşması nedeniyle sosyal güvenlik kurumuna alternatif olarak bireysel emeklilik sistemini tercih etmektedirler.

Ayrıca krizin etkisiyle birlikte emekli olanların sayıları artmış ve artan emekli sayılarıyla birlikte SGK bütçesindeki dengesizlikler de artmıştır. Artan dengesizlikler emeklilik yaşının kademeli olarak yükseltilmesine neden olmuştur. Emeklilik yaşının yükseltilmesi ve emekli maaşının mevcut maaşın %40’ını kaybettiği için 2009 yılından sonra kişiler emekli olmak yerine çalışmayı tercih etmişlerdir. Bireysel emeklilik sisteminde emeklilik yaşı kamudan farklı olduğu için ve bu süre içerisinde kişiler kendilerine ek gelir sağladığı için bireysel emeklilik sistemine yönelmişlerdir. Ayrıca bireysel emeklilik sistemindeki %25 devlet desteği ile kişiler emekli olduktan sonra kaybettiği %40 gelirini telafi etmeyi amaçlamaktadırlar.

Özetle 2008 krizi SGK’daki sigortalıların emekli olmasında etkili

olmuştur. Bu durum SGK da gelir gider dengesizliğini tetiklemiş ve 2009 yılında bu açık maksimum olmuştur. SGK da bu açığı kapatmak için emekli olmayı zorlaştırarak emeklilik yaşını kademeli olarak yükseltmiştir. Ayrıca da emeklilik maaşının %40’nın kaybedilmesi de 2009 yılından sonraki dönemler için emekli olmak yerine kişilerin çalışmayı tercih etmesinde önemli bir nedendir. Bu süreç içerisinde kişiler çifte emekli olmak için bireysel emeklilik sistemine yönelmişlerdir. Bireysel emeklilik sistemindeki %25 devlet katkısı %40 emekli maaşı kaybının telafisinde önemli rol oynamaktadır.

Kaynakça

- Acar, İbrahim Atilla ve İsmail Kitapçı (2008), “Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye’deki Emeklilik Sistemindeki Değişim”, *Maliye Dergisi*, 154, Ocak-Haziran, 77-98.
- Akman, Cüneyt (2010), *2008 Küresel Ekonomik Krizine Tarihsel ve Teorik Açından Bir Yaklaşım*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aktan, Coşkun Can ve Hüseyin Şen (2002), “Ekonomik Kriz: Nedenler ve Çözüm Önerileri”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt 2, Sayı 42, s.1225–1230.
- Alantar, Doğan (2008), “Küresel Finansal Kriz: Nedenleri ve Sonuçları Üzerine Bir Değerlendirme”, *Maliye Finans Yazıları*, Sayı 81.
- Arpacıoğlu, Özge ve Metin Yıldırım (2011), “Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi”, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 2, s.60–76.
- Aydoğuş, Osman (2009), “2008-09 (?) Küresel Krizi’nden Geçerken Türkiye Ekonomisi Üzerine Bazı Gözlem ve Değerlendirmeler”, *Tisk Akademi*, 2009 Özel Sayı II, 27–20.
- Bayar, Yılmaz ve Metin Kılıç (2014), “Küresel Finansal Krizin Türkiye’de Bireysel Emeklilik Sistemine Etkileri”, *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, 246-264.
- Bayrı, Osman (2004), “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması: Bir Genel Reform Çerçevesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, C9,S2, 229-256.
- Bedük, Aykut ve Okan Mete (2006), “Avrupa Birliği Sürecinde Türk Sosyal Güvenlik”, *Selçuk Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 24-42.
- Borsa İstanbul (2015), [www.bist.com.tr/], Borsa İstanbul 100 Endeks, (11.02.2015).
- Casey, Bernard H. (2012), “The Implications of the Economic Crisis for Pensions and Pension Policy in Europe”, *Küresel Social Policy*, V:12, 1–3.
- Çınar, Barış; Erdoğan, Ömer, Tuğrul Gürgür ve Tandoğan Polat (2010), “Küresel Kriz Etkileşim Kanalları ve Türkiye Ekonomisi”, *TCMB Ekonomi Notları*, No:10/07.

- EGM (Emeklilik Gözetim Merkezi) (2014), *Bireysel Emeklilik Sistemi 2013 Gelişim Raporu*, İstanbul: Emeklilik Gözetim Merkezi.
- Eich, Frank (2013), “The Financial and Economic Crisis and Pension Systems: International Experiences”, *Pension Corporation Research*, (10.01.2014), [http://ssrn.com/abstract=1594106].
- Ekin, Nusret; Ekin, Alper ve Tekin Akgeyik (1999), “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Arayışlar: Özelleştirme ve Yeniden Yapılanma”, *İstanbul Ticaret Odası Yayınları*, Yayın No:1999/69.
- Emeklilik Gözetim Merkezi (2009), [www.egm.org.tr], BES Verileri, Emeklilik Gözetim Merkezi, (2009), *Bireysel Emeklilik Gelişim Raporu*, (10.04.2014).
- Erdem, Tahir (2013), “Bireysel Emeklilik Sistemine Yönelik Değişikliklerin Eleştirisi”, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 73–116.
- Galasso, Vincenzo ve Paola Profeta (2002), “The Political Economy of Social Security: A Survey”, *European Journal of Political Economy*, Vol. 18, 1–29.
- Gümüş, Erdal (2004), “Sosyal Güvenlik Sisteminin Geleceği Ümit Veriyor mu?”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(6), ss. 1–16.
- Gümüş, Erdal (2010), “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler”, *SETA Analiz*, Sayı: 24.
- Gümüş, Erdal; Çelikay, Ferdi ve Gamze Öz Yalama (2014), “Küresel Eğilimler Bağlamında Sosyal Güvenlik: Sorunlar ve Değerlendirmeler”, *Researchgate*, Mart 2014, 64-100. (DOI: 10.13140/2.1.4418.7201), [http://www.researchgate.net/publication/269276087/].
- Gündoğan, Naci (2008), “Türkiye’de Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadele”, [http://www.aso.org.tr/kurumsal/media/kaynak/TUR/asomedy/ocak subat 2008. Pdf,], (25.12.2013).
- Güneş, İsmail ve Soner Yakar (2004), “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, *Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 127-142.
- Hairault, Jean-Olivier ve François Langot (2008), “Inequality and Social Security Reforms”, *Journal of Economic Dynamics Control*, 32, ss. 386-410.
- Hak-İş (2002), “Yoksulluk Sorununun Nedenleri ve Yoksullukla Mücadele Stratejileri”, (Edit: Coşkun Can Aktan), Ankara, *Hak-İş Konfederasyonu Yayını*.
- ILO (2010), *World Social Security Report 2010/11-Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond*, International Labour Office, Geneva.
- ISSA (2013), *Europe: Enhancing the Sustainability of Comprehensive Social Security Systems*, International Social Security Association, Switzerland.
- İşseveroğlu, Gülsün ve Zeynep Hatunoğlu (2012), “Türkiye’de Bireysel Emeklilik Sisteminin Makro Ekonomik Dinamiklere Etkisi Kapsamında SWOT Analizi”, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 155–174.
- Kayalıdere, Gül ve Hande Şahin (2014), “Sosyal Devlet Anlayışı Çerçevesinde Türkiye’de Sosyal Koruma Harcamalarının Gelişimi ve Yoksulluk”, *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2014, Yıl:2, Cilt:2, Sayı:2.

- Kılıç, Selim (2013), “Çevre Sorunları ve Yoksulluk”, *International Journal of Alanya Faculty of Business*, Yıl: 2013, C:5, S:1, s. 9-20.
- Kibritçiöglü, Aykut (2001), “Türkiye’de Ekonomik Krizler ve Hükümetler, 1969–2001”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt 1, Sayı 41, Ankara, s.174-182.
- Koray, Meryem (2009), “Büyüyen Yoksulluk ve Yoksunluk Sorunu Karşısında İnsan Hakları Tartışması”, *Toplum ve Demokrasi*, 3 (5), Ocak-Nisan, s.1-25.
- Koray, Meryem (2010), “Büyüyen Yoksulluk ve Yoksunluk Sorunu ve Sosyal Hakların Sınırları”, *İ.Ü. Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi*, No:42, Mart 2010, 1–31.
- Lipsky, John (2008), “The Küresel Economy and Financial Crisis”, [<http://www.imf.org/external/np/speeches/2008/092408/>], (13.04.2013).
- Metin, Banu (2012), “Yoksullukla Mücadelede Asgari Gelir Güvencesi: Türkiye’de Sosyal Yardım ve Hizmet Sisteminde Mevcut Durum ve Asgari Gelir Güvencesi İhtiyacı”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, s.1, s.117- 143.
- Natali, David (2011), “Pensions After the Financial and Economic Crisis: A Comparative Analysis of Recent Reforms in Europe” *European Trade Union Institute Working Paper 7*.
- Oktayer, Nagihan ve Asuman Oktayer (2007), “Özel Emeklilik Fonlarının Finansal Piyasaların Gelişmesine Etkileri” *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, C 9, S11, 2007.
- Özşuca, Şerife (2003), Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi, *Ankara Üniversitesi, SBFD*, s.58-2.
- Öztürk, Serdar ve Bekir Gövdere (2010), “Küresel Finansal Kriz ve Türkiye Ekonomisine Etkileri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, C.15, S1,s 377-397.
- Robeyns, Ingrid (2005), “Assesing Global Poverty and Inequality: Income, Resources and Capabilities” *Metaphilosophy*, 36 (1/2); 30-49.
- Sen, Amartya (2004), “Elements of a Theory of Human Rights”, *Philosophy and Public Affairs*, 32 (4); 315-356.
- Serel, Alpaslan ve Musa Bayır (2013), “2008 Finansal Krizinde Para Politikası Uygulamaları: Türkiye Örneği”, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Sayı 9, 59-80.
- Sezgin, Selami ve Tuba Yıldırım (2015), “Türkiye’de Bireysel Emeklilik Sisteminin Etkinliği”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İ.İ.B.F.Dergisi*, Ağustos 2015, 10(2), 123-140.
- Sezgin, Zafer; Sevim, Cüneyt ve Figen Kalyoncu (2015), “Türkiye Ekonomisinde Cari Açık Sorunu: Tasarrufların Önemi ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, *Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, Temmuz 2015, Cilt 5, Sayı 2, 227-240.
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2014), [www.sgk.gov.tr/], Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık Sosyal Güvenlik Temel İstatistikleri, (12.11.2014).
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2014), [www.sgk.gov.tr/], 5510 Sayılı Kanun, (13.04.2014).
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2014), [www.sgk.gov.tr/], SGK Faaliyet Raporları (2011-2010-2009-2008) SGK Faaliyet Raporları, (13.04.2014).
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2014), [www.sgk.gov.tr/], SGK Yıllık Mali İstatistikleri, (13.04.2014).

- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2014), [www.sgk.gov.tr], Sosyal Güvenlik Reformu, (13.02.2014).
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2014), [www.sgk.gov.tr/www.e.g.m.gov.tr/4632] SK: md.1.,(13.01.2014).
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2015), [www.sgk/5510] sayılı Kanun, (10.05.2015).
- Susam, Nazan ve Ufuk Bakkal (2008), “Kriz Süreci Makro Değişkeleri ve 2009 Bütçe Büyüklüklerini Nasıl Etkileyecek?”, *Maliye Dergisi*, Sayı 155, Temmuz-Aralık.
- Şenses, Fikret (2003), *Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk*, (İletişim Yayınları), İstanbul.
- TCMB (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası) (2009), 2010 Yılında Para ve Kur Politikası, [www.tcmb.gov.tr], (10.06.2015).
- TCMB (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası) (2012), [www.tcmb.gov.tr/evds/enflasyon], (10.06.2015).
- TCMB (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası) (2014), [Genel İstatistikler/ EVDS/www.tcmb.gov.tr/], (10.04.2014).
- Topalhan, Türker (2010), “Türkiye’de Altıncı Yılında Bireysel Emeklilik Sistemi ve Uygulama Sonuçları”, *Kamu-İş*, 165-210.
- Topalhan, Türker (2010), “Türkiye’de Altıncı Yılında Bireysel Emeklilik Sistemi ve Uygulama Sonuçları”, *Kamu-İş*, C:11, s.165-210.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2014), Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, [www.tuik.gov.tr/], (10.04.2014).
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2014), Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırmaları, [www.tuik.gov.tr/], (13.04.2014).
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2014), Genel İstatistikler, [www.tuik.gov.tr], (13.04.2014).
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2014), İşgücü İstatistikleri, [www.tuik.gov.tr], (13.04.2014).
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2014), Tüketici Güven Endeksi, [www.tuik.gov.tr], (13.04.2014).
- TÜSİAD (Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği) (2000), “Türkiye’de Bireysel Gelir Dağılımı ve Yoksulluk”, Aralık, İstanbul.
- WBGU (1995), “Welt im Wandel: Wege zur Lösungküreseler Umweltprobleme, Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Küresel Umweltveränderungen (Hrsg)”, *Jahresgutachten Economica Verlag*, Bonn, [www.wbgu.de/].
- Yenimahalleli, Gülbiye (2010), “Ekonomik Kriz ve Sosyal Güvenlik Sistemi: Yeterli Koruma Sağlayabildik mi?”, *Eğitim Bilim ve Toplum Dergisi*, Cilt 8, Sayı 29, Kış s. 53-93.
- Yıldırım, Süreyya (2010), “2008 Küresel Ekonomi Krizinin Dünya ve Türkiye Ekonomisine Etkileri”, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (18): 47-55.

OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler

Financing of Long-Term Care Services in Line with OECD Countries Practices and Suggestions for Turkey

Tolga BAL*

ÖZ

Günümüzde OECD ülkelerinde, nüfusun hızla yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinde, artan talebe karşı azalan arz noksanı yaratmaktadır. Hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan Türkiye’de UDB hizmetleri arzı günümüzde toplum için çok ciddi sorun oluşturmamaktadır, zira söz konusu arz geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar vasıtasıyla sağlanmaktadır. Diğer taraftan nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin sunumunu ve dolayısıyla finansmanını yakın gelecekte önemli ölçüde etkileyecektir. Bu makale, Türkiye’de yakın gelecekte ortaya çıkabilecek söz konusu olumsuzluklar karşısında tedbirli olunmasına ve gerekli önlemlerin alınmasına dikkat çekilmesini amaçlamaktadır. Bu çerçevede makalede bakım emeği, UDB, UDB hizmetlerinin finansmanı ile ilgili OECD ülke uygulamaları ve bu doğrultuda Türkiye için öneriler yer almaktadır.

Anahtar Sözcükler: Bakım emeği, uzun dönemli bakım (UDB), uzun dönemli bakımın finansmanı, OECD, Türkiye

ABSTRACT

Today in the OECD countries, rapid aging of the population, increased life expectancy, the increase in women’s participation in employment, changing family structures and reduced fertility have created increasing demand against diminishing supply deficiency of long-term care (LTC) services which have been traditionally performed by women. Today in Turkey with both young population and female employment rate that is quite lower than the OECD average, supply of LTC services do not create serious problems for society, because mentioned supply has been still traditionally and overwhelmingly provided by women of family members. However the aging of the population, the increase of life expectancy, the increase in women’s participation in employment, changing family structures and reduced fertility will significantly affect the LTC service delivery that traditionally performed by women and also financing in the near future. This article aims to draw attention to the caution and take the necessary precautions against such adversities that may arise in the near future in Turkey. In this context, this article contains care labor, LTC, OECD countries practices related to delivery and financing of LTC services and recommendations for Turkey in line with OECD experiences.

Keywords: Labor care, long term care (LTC), financing of long term care, OECD, Turkey

* *Sosyal Güvenlik Uzmanı, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, ÇEEİ Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi*
tbal@sgk.gov.tr

(Makale gönderim tarihi: 04.06.2015 / Kabul tarihi: 29.02.2016)

GİRİŞ

Günümüzde OECD ülkelerinde, nüfusun hızla yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinde, artan talebe karşı azalan arz noksanı yaratmaktadır.

Kalkınmanın ve küreselleşmenin etkisiyle, özellikle 1970'li yılların sonundan itibaren ülkeler, aile üyelerine bırakamadıkları bakım hizmetlerinin sunumunu gelişmişlik düzeyi ve uyguladıkları sosyal refah rejimleriyle bağlantılı olarak UDB hizmetlerinde ortaya çıkan arz açığını ve talep artışını oluşturdukları çeşitli finansman ve hizmet sunum modelleriyle gidermeye çalışmıştır.

Hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan Türkiye'de UDB hizmetleri arzı günümüzde toplum için çok ciddi sorun oluşturmamakla birlikte nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin sunumunu ve dolayısıyla finansmanını yakın gelecekte önemli ölçüde etkileyecektir.

Bu makalenin ilk bölümünde bakımın çok yönlü bir konu olması itibarıyla bakım kavramı, bakımın toplumdaki yeri, bakım emeğinin özellikleri, bakım emeğinin kadınlar tarafından yerine getirilmesinin kadın işgücü (yerli/göçmen) açısından etkileri ve uzun dönemli bakım hizmetleri genel olarak kısaca açıklanmıştır.

Makalenin ikinci bölümünde hızla yaşanan ve yaşam beklentisi artan OECD ülkelerinde UDB hizmetlerinde oluşan arz açığının nedenleri ve UDB hizmetleri çerçevesinde ortaya çıkan finansman yöntemleri sunulmuştur. Son bölümde ise UDB hizmetlerinin Türkiye'de finansmanının sağlanmasına ve sunumuna yönelik öneriler yer almaktadır.

I- BAKIM EMEĞİ VE UZUN DÖNEMLİ BAKIM (UDB)

A- Bakım Kavramı, Bakım Emeğinin Özellikleri ve Toplumdaki Yeri

“Bakım” kelimesi bir yandan bakım işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir

durumda kalması için verilen emek anlamında kullanılırken diğer taraftan birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 1998:203).

Bir sosyal politika kavramı olarak ise bakım kavramı, kendi kendine kişisel sağlığı ve refahı sağlayamayacak durumda olan çocuk, yaşlı, engelli ve kronik rahatsızlığı olan kişilere yönelik sunulan hizmetleri ve/veya bu kişileri destekleyici yönde verilen nakdi, aynı yardımları içerecek şekilde daha genel bir çerçevede tanımlanabilir (Gökbayrak, 2009:59).

Fakat bu tanımının ötesinde bakım emeği niteliği gereği duygusallığı içermektedir. Bakım hizmeti sunulurken bakımı üstlenilen kişiyle bakım faaliyetini yürüten arasında var olan ilgi, sevgi gibi duygular her zaman etkileşim halindedir (Badgett ve Folbre, 1999:312). Emeğin kişiyle özdeşleşmesi, yani bakım emeğinin bakım faaliyetini yürüten kişiden ayrılamaması ve hizmet sunulanla kurulan duygusal bağ, bakım emeğini diğer piyasalaşmış emek kategorilerinden ayıran ve bakım emeğini eşsiz kılan en temel özelliktir.

Konuya ilişkin literatürde düşük ücretlendirilen bir sektör olarak bakım emeği birçok yaklaşım ile açıklanmaya çalışılmıştır. England'a göre bakım dört temel eksende incelenmektedir. Bu yaklaşıma göre bakım işleri; genellikle kadınlar ile ilişkili olmasından dolayı kötü bir şekilde ödüllendirildiğini savunan "devalüasyon" ekseni, faydasının hizmet alan kişilerin ötesinde bir fayda sağladığını ve özelleştirilmesinin piyasa başarısızlığı getireceğini savunan "kamu yararı" ekseni, içsel bakım motiflerinin işverenler tarafından düşük ücretlendirme suretiyle istismar edildiğini savunan "aşk mahkumu" ekseni ve duygusal yararına odaklanmak yerine onun maddi yararına odaklanılmasının duygusal zarara yol açtığını savunan "duygunun metalaşması" ekseni doğrultusunda incelenmektedir (England, 2005:381).

Literatürde kabul gören diğer bir görüşe göre ise bakım emeği üç temel eksende incelenmektedir. Bu yaklaşıma göre bakım; toplumsal cinsiyet roller ve sosyo-ekonomik ilişkiler neticesinde kadının hanede karşılıksız iş ve hizmetleri sunmasına odaklanan "maddi, ekonomik" eksen, bakımın bireylerin olduğu kadar toplumun da refahını sağlayan bir etik veya ahlaki yönelim olarak gören "maddi olmayan, toplumsal ilişkiler" ekseni ve

bakımın arz ve talebinin nasıl yönetilmesi gereği üzerinde duran “sosyal politika, refah” ekseninde incelenmektedir (Toksöz, 2014:4-5).

1980'lere kadar yerleşik olan literatür kadının, sadece gelir getirici üretken çalışmasını dikkate almakta diğer taraftan ev içi iktisadi faaliyetlerini, piyasa-dışı faaliyetler olarak önemsiz ve ikincil olarak nitelendirerek sosyal yeniden üretimi ve kadın emeğini görünmez kılmaktaydı (Toksöz, 2011:88-91). Sonrasında işgücü piyasasında metalaşmış bir değiş tokuşun dışında; ev işleri, çocuk bakımı, yaşlı bakımı gibi farklı üretim faaliyetlerini ifade eden “yeniden üretim” olgusu feminist iktisatçılar tarafından görünür kılınarak daha kapsamlı şekilde incelenmeye başlanmıştır. Bakım hizmetlerinde kullanılan emek de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Bakım hizmetlerinin genellikle enformel şekilde yürütülmesi, ev içi üretimin ve bakım emeğinin pratikte birbirinden ayrılmasının ve değerlendirilmesinin güçlüğü, bakım emeğini görünmez kılarak söz konusu “duygusal ekonominin” değerinin, verimliliğinin ve etkinliğinin net bir şekilde ölçülmesini engellemektedir.

Bakıma ilişkin çalışmalar başta Batı Avrupa'da yer alan ülkeler olmak üzere gelişmiş ülkelere yöneliktir. Ailenin ve çoğunlukla kadınların bakım işi açısından merkezi önemde olduğu gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelere ilişkin bu konuda çok fazla araştırma bulunmamaktadır. Bunun nedeni bu ülkelerde halen yaşlı nüfusun oranının, kadınların istihdama katılım oranlarının düşük oluşu sonucu bakım hizmetlerinde herhangi bir arz açığı ve talep artışının ortaya çıkmamasıdır. Kadınlar tarafından hanede karşılıksız olarak sunulan bakım hizmetleri bu toplumlarda tamamen görünmez kalabilmektedir. Yine de bunların içerisinde de kadınların istihdama artan katılımıyla ortaya çıkan bakım açığının piyasadan özellikle de yine göçmen kadın işgücü yoluyla kapatılmaya çalışıldığı görülmektedir.

B- Bakım Emeğinin Kadınlar Tarafından Yerine Getirilmesinin (Feminizasyonunun) Kadın İşgücü (Yerli ve Göçmen) Açısından Etkileri

Gelişmiş ülkelerde kadınların ücretli işgücüne artan katılımı, düşen doğurganlık oranları, uzayan yaşam süreleri ve toplumun yaşlanması bu ülkelerin refah rejimleri üzerindeki baskısının yol açtığı “bakım krizi”nin sonucunda, hane içindeki ödenmeyen bakım işleriyle işgücü

piyasasındaki ödenen bakım işleri giderek daha fazla tartışılır olmuş ve son 20 yılda bu ülkelerin refah rejimlerinde yaşanan dönüşümlerin niteliği, bakım hizmetlerinde göçmen kadın emeğine olan talebin de önemli bir belirleyicisi olarak ortaya çıkmıştır (Toksöz, 2014: 10).

Bakım hizmetlerinde işgücü arzında ortaya çıkan söz konusu açık ise ekonomik ve sosyal sorunlar nedeniyle göç etmekten başka çaresi kalmayan ve bakım hizmetlerinde işgücünün feminizasyonunun bir diğer boyutunu ifade eden göçmen kadınlar tarafından doldurulmaktadır. Bu çerçevede söz konusu açık bir taraftan iç piyasadan, kırsal alanlardan şehirlere göç eden kadınlar (iç göçmen) ve geleneksel olarak aile üyeleri tarafından telafi edilirken diğer taraftan görece daha esnek ve ucuz çalışabilen gelişmemiş ülkelere gelişmiş ülkelere göç eden kadınlar (dış göçmen) tarafından bakım açığı giderilmeye çalışılmaktadır.

Bakım hizmetlerinde çalışan göçmen kadınlar göç ettikleri ülkelerin refah sistemlerinin niteliksel dönüşümünün yarattığı boşluğu da, refahın ucuz ve esnek sunucuları olarak kapatmakta ve geliştirmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göçmen kadınlar üzerinden bir refah transferini gerçekleştirmektedirler (Gökbayrak, 2009:69).

Zengin ülkelerde kadınların işgücüne katılımlarının, çocuk sahibi kadınların istihdamdaki oranlarının ve ortalama çalışma sürelerinin artmış olmasına rağmen erkeklerin bakım işlerini paylaşmaya yanaşmaması hususunun devletin kamusal bakım hizmeti sunmamasıyla birleşmesi bakım hizmetlerinde ortaya çıkan arz açığını derinleştirmektedir.

Hochschild esas olarak az gelişmiş ya da geliştirmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere, ekonomik amaçla yapılan bakım göçü sonrası ortaya çıkan bu yeni işbölümünü “küresel bakım zincirleri” olarak kavramsallaştırmıştır. Bu zincir içerisinde bir yandan gelişmiş ülkelerdeki kadınlar “kendi bakım sorumluluğunu”, az gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelere göç eden kadınlara, göçmen kadınlar da “kendi bakım sorumluluğunu” yine kendi ailesinden bir başka kadına ücretsiz olarak ya da o ülkenin kırsal bölgesinden gelen bir başka kadına ücretli olarak devrederek gelişmiş bir ülkede bir başka hane halkının ev ve bakım hizmetlerini üstlenmektedir (Isaksen vd, 2008:405-425).

Bu durumu en güzel özetleyen ifade; “Doğudan batıya ya da güneyden

kuzeye sevgi ithali” olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün zengin ülkeler, hala gelişmekte olan ya da az gelişmiş dünyanın tarımsal ve endüstriyel işgücüne ihtiyaç duymakla birlikte göçmen bakıcılarla gerçek annelik ve evlat duygusunu transfer etmektedirler (Ehrenreich ve Hochchild, 2004:1-14). Az gelişmiş ülkelerden gelen kadın bakıcılar geldikleri ailelere annelik duygusunu getirirken geride kalan çocuklarını bundan mahrum bırakmaktadır.

Göç eden kadınların tamamı yoksul ve düşük eğitilmiş değildir. Bazen yüksek eğitim düzeyine ve iyi bir ekonomik duruma sahip kadınlar da sosyal baskılar, hanedeki yaşlı üyelerin bakımından kaçınma, kazancını babasına veya kocasına vermekten kurtulma ve baskıcı bir kocaya boyun eğmemek için göç etmektedir (Ehrenreich ve Hochchild, 2004:1-14).

C- Uzun Dönemli Bakım (UDB)

Hem sağlık hem de sosyal bakım faaliyetlerini içeren uzun dönemli yaşlı bakımı (UDB) hizmetleri; fiziksel veya bilişsel anlamda fonksiyonel kapasitesi azalmış kişilere ve günlük temel faaliyetlerini gerçekleştirmek için uzun bir süre boyunca dışarıdan yardıma bağımlı olan kişilere sunulan bir dizi hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Fujisawa ve Colombo, 2009:14).

Bu hizmetler; yürüme, banyo yapma, giyinme, beslenme, yemek hazırlama, ev temizliği, ağrıyla baş etme, güvenli davranış ve başıboş kalma durumlarını giderme, fiziksel ya da psikolojik terapi, danışmanlık, telefonlara cevap verme, ulaşım, ilaçların doğru alınması, paranın doğru kullanımı, faturaların ödenmesi, kişisel hijyenin sağlanması, evlerde ihtiyaç duyulan değişikliklerin yapılması, kapılarının önündeki karların temizlenmesi vb. gibi günlük temel faaliyetlerin (GTF) sağlanmasına yönelik hizmetlerdir.

UDB hizmetleri genel olarak; hizmeti alan kişinin evinde, hizmeti alan kişinin aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birisinin evinde, yaşlılara gündüz hizmet veren bir kuruluştaki, gözetim altında tutulan bakımevi gibi herhangi bir yaşam alanında, bir hospiste (Tedavisi mümkün olmayan hastalıklara sahip insanların bakımının yapıldığı hastaneler) ya da huzurevinde profesyonel bakıcılar, ücretli bakıcılar ya da aile bireyleri (genellikle kadınlar) vasıtasıyla sunulmaktadır.

Uzun dönemli bakım ihtiyacı yaşanan hastalıktan, özürllükten, kronik

hastalıklardan ya da yaşlılıktan kaynaklanan sorunlara bağlı olarak ortaya çıkmakta ve nedenlerine bağlı olarak duyulan uzun dönem bakım ihtiyacının süresi, ihtiyacı ortaya çıkaran nedene bağlı olarak değişmektedir (Dölek Önal, 2012:95).

Uzun dönemli bakım hizmeti emek yoğun karakteristiği olan, her koşulda pahalı ve kendine özgü duygusallığı olan diğer bakım hizmetlerine kıyasla daha fazla özveri ve profesyonellik gerektiren bir alan olarak daha da maliyetlidir.

II- OECD Ülkelerinde Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Bu bölümde öncelikle OECD ülkelerinde ortaya çıkan bakım sorununun oluşumuna etki eden nedenler tespit edilerek, veriler vasıtasıyla açıklanmıştır. Sonrasında UDB hizmetlerinin finansman yöntemleri ortaya konmuştur.

A- OECD Ülkelerinde UDB Arz Açığının Oluşumu

Günümüzde OECD ülkelerinde, nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinde, artan talebe karşı arz açığı yaratmaktadır.

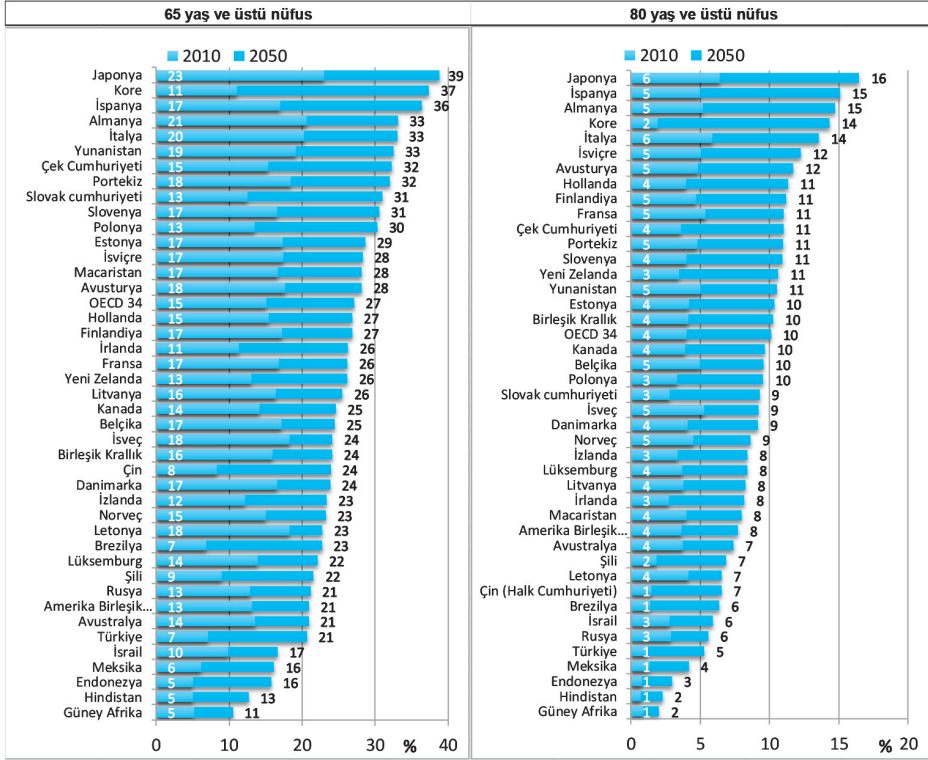
1- Nüfusun Yaşlanması ve Yaşam Beklentisinin Artışı

UDB hizmetlerinde oluşan açığın nedenlerinden en önemlisi nüfusun hızla yaşlanmasıdır. Birçok ülke için yeni bir olgu olan nüfusun yaşlanması, UDB arz açığının hem arz yönüne hem de talep yönüne olumsuz etki etmektedir.

2010 yılı itibarıyla OECD ülkelerinde yaşanan ve 2050 yılı itibarıyla yaşanacak olan demografik değişim projeksiyonu Şekil 1’de görülmektedir. UDB hizmetlerinin finansmanı 2010 itibarıyla OECD ülkeleri için ciddi bir sorun olarak görülmezken başta Japonya, Kore, İspanya ve Almanya gibi 65 yaş üstü nüfusu fazla olan ülkeler için UDB hizmetlerinin finansmanı çözüm bulunması ve sürdürülebilir kılınması gerekli bir alan olmuştur.

Bu ülkeler de kendi sosyal refah modelleri ve tercihleri doğrultusunda UDB hizmetlerinin finansmanında öncü ülkeler olmuşlardır. Örneğin Almanya, Japonya ve Kore sosyal sigortacılık modeli doğrultusunda

Şekil 1. OECD Ülkelerinin Yaşlanma Trendi



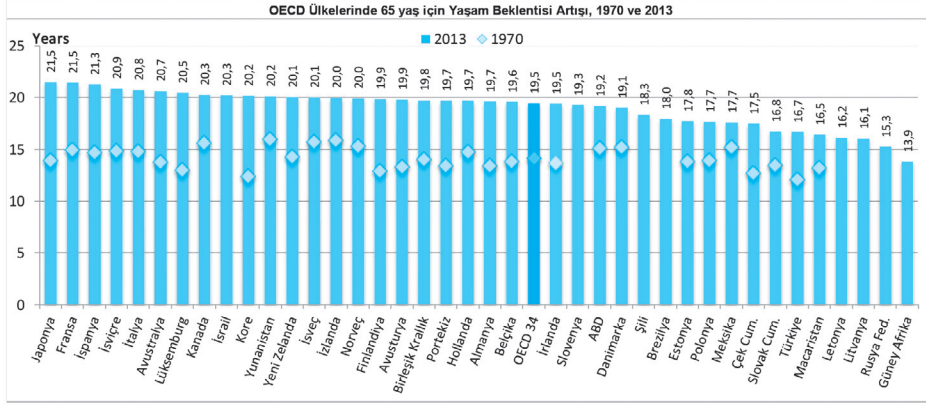
Kaynak: 2015 yılı OECD Geçmiş Nüfus Verileri ve Projeksiyonlar Veritabanı, [http://dx.doi.org/10.1787/888933281371], 19.01.2016

UDB sigortası, İsveç İskandinav refah modeli doğrultusunda toplanan vergi gelirleri aracılığıyla UDB hizmetlerini finanse etmektedir.

2050 yılına gelindiğinde ise birçok OECD ülkesinin yaşlanacağı görülürken bu durum da UDB hizmetlerine olan talebi arttıracaktır. En genç nüfusa sahip olan Türkiye’de bile 2050 yılına gelindiğinde 65 yaş üstü nüfusun oranı %17,6 olacaktır. Bu oran, UDB hizmetlerinin finansmanı için sürdürülebilir bir yöntem oluşturulmasını gerekli kılmaktadır.

OECD ülkelerinde yaşam beklentisinin artışı da UDB hizmetlerinde artan talebe karşı oluşan arz açığının bir diğer nedenidir. Şekil 2’de görüldüğü üzere, OECD ülkelerinin yaşam beklentisi son 43 yılda ortalama olarak

Şekil 2. OECD Ülkelerinde Yaşam Beklentisi Artışı, 1970-2013



Kaynak: 2015 yılı OECD Sağlık Verileri; [http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en], 19.01.2016

19,5 yıl artmıştır. Bir önceki şekilde yaşlanan nüfusu ile dikkat çeken Japonya, İspanya ve Kore gibi ülkelerde nüfus artışına paralel olarak yaşam beklentisinin de arttığı görülmektedir.

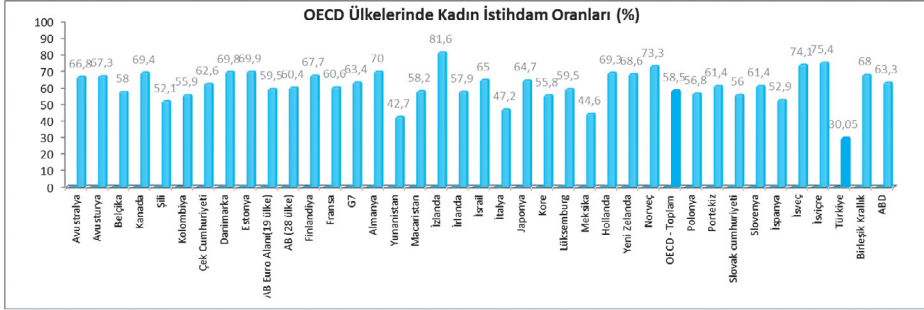
Bir yandan yaşlanan diğer taraftan yaşam beklentisi artan OECD ülkeleri için UDB hizmetleri önceden olmayan ve bir an önce sürdürülebilir bir çözüm bulunması gereken bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Daha önceden tecrübe etmedikleri bir olguyla karşılaşan bu ülkeler UDB hizmetlerinin arz açığını daha çok enformel olmakla birlikte geleneksel kadın emeği ile gidermeye çalışmaktadırlar.

2- Kadın İstihdam Oranının Artması ve Doğurganlığın Azalması

Kadın istihdamının son 40 yılda artmış olması ve doğurganlık oranlarındaki ciddi düşüş, UDB hizmetlerinde artan talebe karşı oluşan arz açığının diğer nedenleridir.

OECD ülkelerinde kadın istihdam oranı 1970’te %45’e yakınken (OECD, 2010:8) 2015 yılına gelindiğinde bu oran %58,5’e yükselmiştir. Türkiye kadın istihdam oranının ise %30 ile diğer tüm ülkelere kıyasla oldukça düşük olduğu görülmektedir. Kadınların istihdam oranının artması geleneksel olarak hane içerisinde karşılıksız kadın emeğine dayalı olan UDB hizmetlerinin piyasadan teminini gerektirmekte, ancak işgücüne katılan

Şekil 2. OECD Ülkelerinde Yaşam Beklentisi Artışı, 1970-2013



Kaynak: 2015 yılı OECD Sağlık Verileri; [<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>], 19.01.2016

kadınların diğer sektörlerde istihdamı tercih etmesi, işgücü piyasasında arz açığına yol açmaktadır.

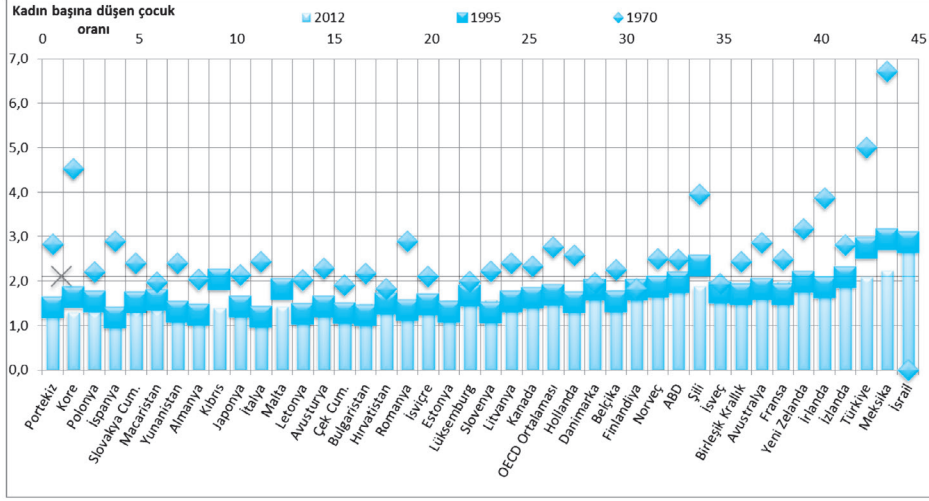
Türkiye ve Meksika gibi hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan ülkelerde UDB hizmetleri arzı toplum için çok ciddi sorun oluşturmamaktadır, söz konusu arz geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar vasıtasıyla sağlanmaktadır.

OECD ülkelerinde; kadınlar ile erkekler arasındaki kadınlar aleyhine olan ücret farklılıkları (ücret açıkları), kadınların iş ve sosyal yaşamında önlerinde belirli bariyerler, cam tavanlar olması, mobing uygulamaları, erkeklerin bakım hizmetlerini bölüşmeye yanaşmamaları, kadınların erkeklere göre daha yoksul olması, kadınların erkeklere göre daha az boş zamanının olması, kadınların geçmişe göre daha az çocuğa sahip olmayı tercih etmeleri, kadınların çocuk sahibi olmayı ertelemeleri, aile yapılarının tek ebeveynli olarak değişmesi, boşanma oranlarının artması, evlilik oranlarının düşmesi, kadınların daha fazla saatlerle çalışması, kadınların iş yaşamında daha fazla yıl geçirmesi gibi nedenlerin belirli oranlarda etkileri sonucunda doğurganlık azalmaktadır (OECD, 2010:1-18).

Doğurganlık oranının azalması neticesinde nüfusun yaşlanması ise UDB sektöründe talebi artırırken, yerel işgücü piyasalarında geleneksel hane içi bakım hizmetlerinde karşılıksız kadın emeğinin eskiye oranla çok daha düşük kullanılabilmesi çerçevesinde UDB ve diğer bakım sektöründe arz açığını ortaya çıkarmaktadır. OECD ülkeleri bu çerçevede; UDB

ve bakım hizmet sunumunda oluşan bu açığın giderilmesi çerçevesinde alternatif ve kalıcı politikalar oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Şekil 4. OECD Ülkelerinde Doğurganlık Oranları; 1970, 1995, 2012



Kaynak: 2014 yılı OECD Doğurganlık Verileri (Ulusal İstatistik Kurumları ve Eurostat demografi verileri aracılığıyla)

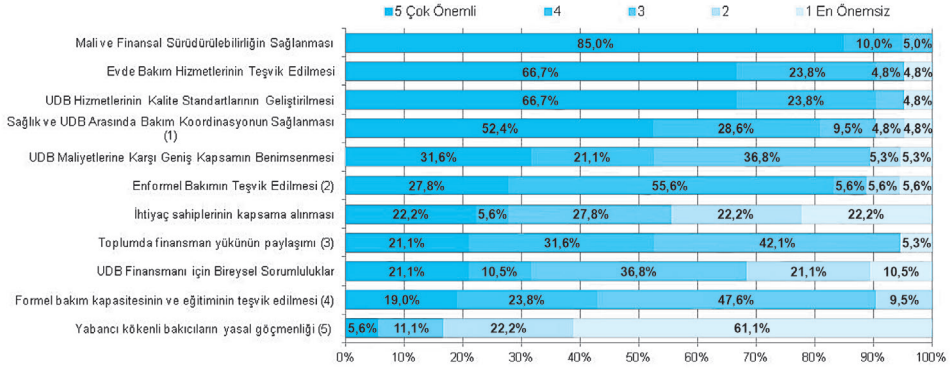
B- OECD Ülkelerinde Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

2010 yılında OECD ülkelerinde UDB hizmetleri konusunda politika önceliklerine yönelik yapılan araştırma (Bkz Şekil 5), %85 gibi yüksek bir oranla “mali finansman ve sürdürülebilirliğin” en önemli husus olduğunu ortaya koymaktadır. Bu politikanın önceliklendirilmesinde 3 puanın altına hiç düşülmemesi de yine mali sürdürülebilirliğin ülkeler açısından ne kadar önemli olduğunu yansıtmaktadır.

Mali ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması konusundan hemen sonraki öncelik %66,7 ile “evde bakım hizmetlerinin teşvik edilmesi” ve “UDB hizmetlerinin kalite standartlarının geliştirilmesi” konularıdır. Bu sonuç bize aslında ülkelerin maliyetlerin düşmesi anlamında evde bakım hizmetlerinin mi teşvik edileceğine yoksa maliyetleri arttıracak olan UDB hizmetlerinin kalite standartlarının geliştirilmesine mi destek olacağına tam olarak karar verilemediğini göstermektedir. OECD ülkeleri kendi iç

dinamikleri, gelişmişlik düzeyleri, yaşlı nüfus oranları vb. doğrultusunda uygulayacakları politikalarla buna karar vermektedirler.

Şekil 5. Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri Konusunda OECD Ülkelerinin Politika Öncelikleri



Kaynak: 2010 yılı OECD sağlık verilerine ek olarak Kore Ulusal İstatistik Kurumu verileri; [http://dx.doi.org/10.1787/888932400589], 17.01.2016

Yabancı kökenli bakıcıların yasal göçmenliğinin %61,1'lik oranla OECD ülkelerinde en önemsiz konu olarak ortaya çıkması, dikkat çekici olmakla beraber enformel karakteristiğe sahip olan UDB sektörü için şaşırtıcı değildir. Yine enformel bakımın teşvik edilmesi konusunda 4 puan üstünün %80'e yakın olması dikkat çekicidir. Aslında UDB işgücü açısından olumsuz olan bu sonuçlar yine maliyet ile ilgilidir. Bu sonuçların yanında formel bakım kapasitesinin geliştirilmesi ve kapsamın genişletilmesi konularında oluşan farkındalık ise umut vericidir.

Nüfusun yaşlanması, aile bakıcılarının azalması, yaşam beklentisindeki artış, doğurganlığın azalması ve kadınların istihdamının artışı UDB hizmet maliyetlerini artırmaktadır. Diğer taraftan OECD ülkelerinde UDB hizmet kullanıcılarının hizmetlerin kalitesinin artırılması yönünde önceliği olduğu görülmektedir. Esas sorun ise kaliteli ve sürdürülebilir UDB hizmet maliyetlerini kimin ya da kimlerin ödeyeceği hususunda ortaya çıkmaktadır.

C- UDB Hizmetlerinde Finansman Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Bu bölümde OECD ülkelerinin bugüne kadar kendi önceliklerine, sosyal

refah patikasına, gelişmişlik düzeyine ve ihtiyacına göre oluşturdukları UDB finansman modellerinin bir sınıflandırması ortaya konulmuştur.

UDB hizmetlerinin finansman yöntemleri çerçevesinde öncelikle Esping-Andersen'in 1980'li yılların sonunda oluşturmuş olduğu ve genel kabul gören refah devletlerine ilişkin sosyal demokrat/iskandinav, muhafazakar/korporatist ve liberal refah devletleri şeklindeki üçlü sınıflandırmasından bahsetmek OECD ülkelerinin sosyal refah patikalarının anlaşılması bakımından faydalı olacaktır.

Esping-Andersen bu sınıflandırmasını gelişmiş ülkelerdeki vatandaşlığa dayalı sosyal hakların gerçekleşme düzeyi çerçevesinde devlet-piyasa ilişkilerinin, sosyal tabakalaşmanın ve emeğin metadışlaşması üzerindeki etkilerinin üç temel boyutu üzerine kurmuştur (Esping-Andersen, 1990:21-23).

Andersen devlet-piyasa ilişkileri bağlamında, refah devletlerinin insan ihtiyaçlarının ne kadarını sosyal politika aracılığıyla karşıladığını incelerken, sosyal tabakalaşma bağlamında toplumda sınıf, statü, meslek farklarının pekişme sürecini incelemekte ve son olarak metadışlaştırma bağlamında bir hizmetin bir hak olarak verilmesi ve bir kişinin piyasaya bağlı olmadan geçimini sağlayabilme derecesini incelemektedir.

Bu sınıflandırmaya göre; liberal rejimler, gelir/ihtiyaç testi veya çalışmaya dayalı katkılarla metadışlaştırmayı en aza indirmekte, yararların çalışma ve piyasaya bağlı olduğu (sosyal sigorta modelleri), geleneksel aile bağlarının güçlü olduğu muhafazakar-korporatist rejimler metadışlaştırılmayı önemsememekte, küçük bir azınlığı temsil eden sosyal demokrat rejimler ise yararların evrensel ve kolay erişilebilir olması nedeniyle en fazla metadışlaştırma imkanını sunmaktadır (Esping-Andersen, 1990:27-29).

Esping-Andersen'in yapmış olduğu bu sınıflandırma, her ülke için tam anlamıyla uygun olmasa da sosyal refah modellerinin yapılarına ilişkin genel bir çerçeve sunması anlamında bir başlangıç noktasıdır ve gelişmiş ülkelerde yer alan bakım rejimlerinin sınıflandırılmasına da katkı sağlamıştır.

Bundan sonraki süreçte sınıflandırmaya yeni ülkelerin de bulunduğu gruplar

dâhil edilmeye çalışılmıştır. Tablo 1’de görüldüğü üzere 1999 yılında Avrupa Birliğinde ülkelerin ulusal raporları doğrultusunda Simonazzi (2008) tarafından oluşturulan sınıflandırma dört temel bakım rejimini içermektedir.

Bu sınıflandırmaya göre İsveç, İngiltere, İrlanda, Danimarka, Finlandiya gibi ülkelerin de dahil olduğu Kuzey Avrupa diğer bir ifadeyle Beveridge modeli bakım hizmetlerinin genel vergilerden finanse edildiği, hizmetlerin sağlık ve sosyal sistem aracılığıyla sunulduğu sistemi ifade etmektedir. Bu sistem gelir testi ile beraber uygulanan genel kapsamlı modeli ifade etmektedir.

Kıta Avrupası modeli ve Akdeniz ülkelerinde aile halen bakımın temel unsuru olarak ortaya çıkmaktadır. Kıta Avrupası modelinde bakım yeni bir risk faktörü olarak görüldüğü için sosyal sigorta içerisinde değerlendirilmektedir. Akdeniz ülkelerinde ise bakım daha çok sosyal hizmetlerin bir konusu olarak görülmektedir. AB’ye sonradan katılan ülkelerde bakım, yasal ya da örtülü olarak aile üyeleri tarafından yerine getirilmektedir.

Tablo 1. AB Ülkelerinde Yaşlı Bakım Sistemleri, 1990’lı Yılların Sonu

Ülke Grupları	Kuzey Avrupa – Beveridge Sistemi	Kıta Avrupası – Bismarck Sistemi	Akdeniz Ülkeleri	Yeni Katılan Ülkeler
Bakım Sistemlerinin Temel Özellikleri	Sosyal ve sağlık sistemi aracılığıyla genel vergi gelirlerinden finansman sağlanmakta	Bakım yeni bir risk olarak görülmekte, sigorta veya genel kapsamlı şekilde finanse edilmekte	Bakım, sosyal hizmetlerin alanı olarak görülmekte	Bakım hizmetleri yasal ya da pratik olarak aile üyeleri tarafından sunulmakta
Sistemdeki Ülkeler	İsveç, İngiltere, İrlanda, Danimarka, Finlandiya	Almanya, Avusturya, Fransa, Lüksemburg	Yunanistan, İtalya, İspanya, Portekiz	Macaristan, Polonya, Bulgaristan

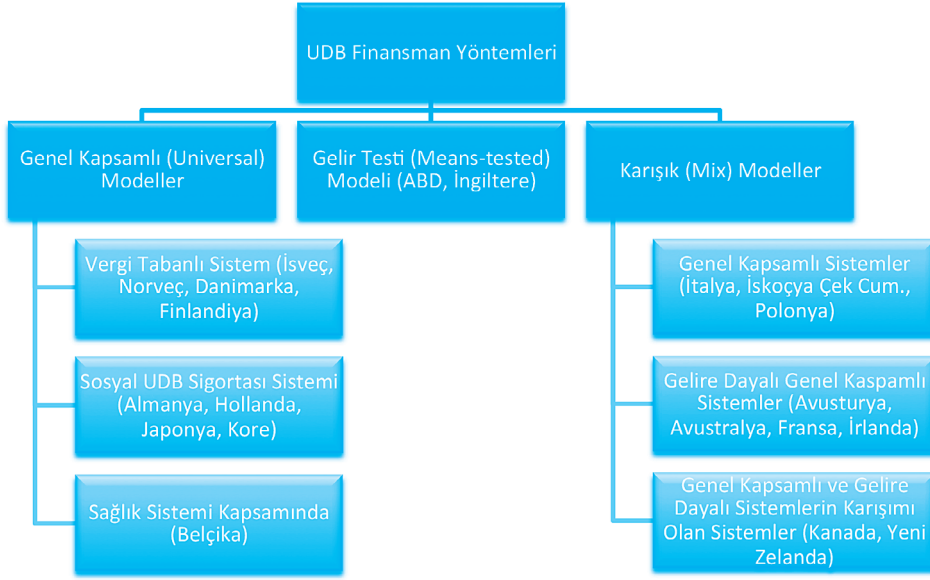
Kaynak: Simonazzi, 2008: s. 5, Avrupa Komisyonu Ulusal Raporları aracılığıyla.

Yukarıda özetlenen sınıflandırmalar OECD ülkelerinin sosyal refah patikaları çerçevesinde günümüzde uyguladıkları UDB sistemlerini anlamak ve yorumlamak açısından önemlidir. Bu çalışmada ise OECD tarafından 2011 yılında oluşturulan ve çağdaş sistemleri en iyi tasnif eden sınıflandırma kullanılmıştır.

Buna göre OECD ülkelerinin UDB hizmetlerinin finansmanında kullandığı sistemler öncelikle iki ölçüte göre sınıflandırılmıştır (Colombo vd, 2011:215).

Buna göre ilk olarak; kişilerin UDB yardımlarına hak kazanma kapsamında; UDB yardımlarının genel (kapsamlı) ya da gelir testine göre sunulması çerçevesinde bir sınıflandırma, ikinci olarak ise UDB hizmetlerinin tek bir sistem dâhilinde, birden çok sistemle, çeşitli hizmetler ve/veya programlar aracılığıyla sağlanması anlamında sınıflandırma bulunmaktadır.

Şekil 6. OECD Ülkelerinde UDB Finansman Yöntemleri



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıda ifade edilen ölçütler çerçevesinde OECD ülkelerinin UDB kapsamında uyguladığı finansman politikaları öncelikle üç sınıfa ayrılmaktadır: Genel Kapsamlı (Universal) Modeller, Gelir Testi Modeli (Means-tested) ve Karışık (Mix) Modeller.

Genel kapsamlı model; yüksek gelirli ve belirli bir katkı sağlayabilecek olan kişiler dahil olmak üzere UDB hizmetlerine bağımlı olan herkesi kapsayan bir sistemi ifade etmektedir. Gelir testi ise bireylerin gelir ve varlık durumuna göre UDB hizmetlerinden faydalanmasını öngören sistemi ifade etmektedir. UDB kapsamı zamanla genel kapsamlı modele, yardım modeline ve daha çok isteğe bağlı – hizmet alıcısının seçimi (user choice) modeline doğru gelişmektedir.

Söz konusu modeller de kendi içerisinde; başta finansman kaynakları (vergi/katkı), UDB hizmetlerinin sağlık sisteminin bir parçası mı yoksa bağımsız bir sistem mi olarak oluştuğu, sunulan hizmetlerin niteliği, kapsamı(aktif/pasif nüfus) ya da sağlanan yararın türü (aynı/nakdi) doğrultusunda farklı alt sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bu modeller aşağıda detaylı olarak incelenmiştir.

1- Genel Kapsamlı (Universal) Modeller

Genel kapsamlı UDB modelleri, (UDB çerçevesinde) bakıma muhtaç tüm bireylere sunulan bakımevi ve kişisel bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Hizmet sunulan hedef grubu, Japonya’da ve Kore’de yaşlıları kapsarken, Hollanda ve Almanya’da yaşa bağlı olmadan tüm bireyleri kapsamaktadır.

Genel kapsamlı modellerde kullanıcı ücretleri ve çeşitli muafiyetler yer almaktadır. Bunlar daha çok bireylerin gelir durumu gözetilerek yapılmaktadır. UDB maliyetlerinin finansmanın sağlanması amacıyla yoksullar için kısmi veya tam muafiyet ya da çeşitli sosyal yardım mekanizmaları söz konusu olabilmektedir.

Genel kapsamlı modeller; İskandinav ülke sistemleri ve sosyal UDB sigortası gibi sağlık sisteminden ayrı şekilde tasarlanmış veya Belçika’da olduğu gibi sağlık sisteminin bir parçası olan 3 temel alt modelden oluşmaktadır.

a- Vergi Tabanlı Sistem (İskandinav, Kuzey Sistemi)

Vergi tabanlı modelin en tipik örneğini, genel kapsamlı olarak tüm nüfusu kapsam altına alan, vergi gelirleri ile finanse edilen ve sosyal yardım ve sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak oluşturulan İskandinav (Kuzey) UDB modeli oluşturmaktadır. Norveç, İsveç, Danimarka ve Finlandiya bu çerçevede UDB hizmeti sunmaktadır. Bu model aynı zamanda kurumsal, sosyal demokrat, genel kapsamlı, kapsayıcı model olarak da adlandırılmaktadır.

Sağlanan faydaların tümünün finansmanın vergilerden sağlandığı bu sistemde UDB harcamaları Şekil 7’de görülebileceği üzere GSYH içerisinde diğer ülkelere kıyasla yüksek bir orana sahiptir. Yaşlı ve engellilerin bakımı konusunda genel sorumluluk merkezi devlete ait olsa da bu ülkelerin temel özelliklerinden birisi belediyelerin, il

idarelerinin, ilçe idarelerinin ve konseylerin hizmet sunumunda ve bakımın finansmanında düzenleyici bir rol üstlenmesidir (Karlsoon ve Iversen, 2010:4, Social Protection Committee of EC, 2014:104-107, 129-131, 216-218).

Bu modellerde devlet belirli bir amaca tahsis edilmemiş ödenekler vasıtasıyla Finlandiya’da olduğu gibi belediyeleri ya da Danimarka’da olduğu gibi bölgesel yönetimleri nüfus yapısına ve ihtiyaca göre finanse etmektedir.

Yaşlılara ve engellilere kurumsal ve evde kişisel bakım desteğinin yanında; yerel bakım (Danimarka, İsveç) hizmetleri sunulmakta, korunaklı konut sağlanmakta, ev adaptasyonu için yardım edilmekte ve ulaşım ve araçlar için yardım sunulmaktadır (Karlsoon ve Iversen, 2010:5-6). Bu modelde kişilerin kendi gelirlerinden yaptıkları özel harcamalar ise diğer ülkelere kıyasla çok düşük bir paya sahiptir.

b- Uzun Dönemli Bakım Sosyal Sigorta Modeli

Genel kapsamlı modelin ikincisini uzun dönemli bakım hizmetleri için özel sosyal sigorta düzenlemeleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerini de sosyal bir sağlık sigortası üzerine inşa etmiş olan Almanya, Japonya, Kore, Hollanda ve Lüksemburg ülke sistemleri UDB sosyal sigorta modelini oluşturmaktadır.

İskandinav (kurumsal, sosyal demokrat) model(in)de olduğu gibi hizmet kapsamı bu modelde de tüm toplumu kapsam altına alacak şekilde oluşturulmuştur. Bakımevlerinde konaklama ve beslenme giderleri bazı ülkelerde tamamen kapsama alınmışken Japonya’da olduğu gibi kısmen de karşılanabilmektedir. Bu ülkelerin bakım harcamalarının GSYH’ye oranının OECD ortalaması olan %1,7 olduğu görülürken, %0,7 ile Kore ve %4,3 ile Hollanda örnekleri grup ortalamasının uç değerlerini oluşturmaktadır (Bkz. Şekil 7). Bu oranlar bize ülkelerin aynı tip UDB sistemini kullansa dahi ait oldukları farklı sosyal refah rejimlerine göre harcamalarının değiştiğini göstermektedir.

UDB sosyal sigorta sistemlerinin üç temel ortak özelliği bulunmaktadır (Colombo vd, 2011:220-221). Birincisi aynı sosyal sigorta modeli içerisinde olmalarına rağmen UDB ve sağlık sigortaları için farklı fon kaynakları mevcuttur. İkincisi sosyal sigortaların nüfusun tamamı ya da

büyük kısmı (Örneğin; Japonya’da 40 yaş ve üstü için bir zorunluluk olması) için zorunluluk olmasıdır (Campbell ve Ikegami, 2000:31-32). Üçüncüsü finansmanın vergi gelirleri dışında, çok büyük ölçüde ücretli çalışanlarca ödenen primlerden ve katkılardan sağlanmasıdır. Yine de bazı özel durumlarda prim veya katkı ödemek isteyip istemedikleri isteğe bağlı bırakılabilmektedir.

Söz konusu ülkelerin finansman kaynakları, hak sahibi olma kriterleri ve yardım sistemleri arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. 1995 yılında kurulan UDB sosyal sigorta sisteminde 2013 yılı itibarıyla 69,8 milyon kişinin kapsam altına alındığı Almanya’da (Social Protection Committee of EC, 2014:95), alınacak fayda değerlerinin sabitlenmesi UDB yararlanıcılarının satın alım gücünde enflasyondan dolayı bir düşüş yaratmıştır. Fakat 2008 yılında yapılan reformla bu olumsuzluk giderilmiştir. 2013 yılı itibarıyla Almanya’da bakım sunumunun türüne göre (kurumsal/yatılı bakım, evde bakım, sadece bakım ödeneği) ve ihtiyaca göre üç derece çerçevesinde kullanıcılara aylık 235-1.550 Euro arasında değişen tutarlarda fayda sağlamaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:97).

OECD ülkeleri içerisinde, %4,3’lük UDB Harcamaları/GSYH oranıyla en yüksek harcamaya sahip olan Hollanda’da; UDB sistemi, Olağanüstü Tıbbi Giderler Yasası (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten-AWBZ) ve Toplumsal Destek Yasası (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) kapsamında iki sütunlu bir yapıdan oluşmaktadır. 1968 yılında kurulan zorunlu katkı esaslı sosyal sigorta düzenini ifade eden AWBZ, sistemin temel finansman kaynağını oluşturmaktadır. Bu kapsamda tıbbi tedavileri içeren yatılı ve kişisel bakım, hemşirelik bakımı ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:193). Belediyeler tarafından vergi gelirleriyle finanse edilen ve 2007 yılında oluşturulan Toplumsal Destek Yasası vasıtasıyla ise çok sınırlı sayıda ve daha önce yine AWBZ kapsamında sağlanan hizmetler sunulmaktadır. Hollanda hem kalite hem de UDB hizmetlerine erişilebilirlik anlamında öncü ülkeler arasında yer almaktadır.

Japonya’da ise yasal kapsamda UDB faydalanıcıları bakım maliyetlerinin %90’ını alabilmektedir. Japon sisteminde hedef grup yalnızca yaşlılar olurken, Almanya ve Hollanda sistemlerinde yaşa bakılmaksızın ihtiyacı

olan vatandaşlara UDB hizmetleri sunulmaktadır. Kore ise 2008 yılı Temmuz ayında, UDB sigorta modelini en son uygulamaya alan ülkedir.

c- Sağlık Sistemi Üzerinden Kişisel Bakım Modeli

Üçüncü alt model; uzun dönemli bakım maliyetlerinin tamamen sağlık sistemi aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu modelde, sadece nitelikli bakımevi hizmeti değil aynı zamanda günlük temel faaliyetler olan giyinme, yeme, yıkama vb. de genel kapsamlı sosyal sağlık sistemi içerisinde finanse edilmektedir.

Bu husus, uzun süreli bakımın bir sağlık riski olarak görüldüğünü ve bakım hizmetlerinin öncelikle profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirilen kurumsal düzenlemelerin “tıbbi bir bakım modeli” (sosyal model aksine) yansıttığını göstermektedir (Colombo vd, 2011:222). Belçika sistemi bu modelin örneğini oluşturmaktadır.

Belçika'nın genel sağlık sigorta sistemi hem evde ve hem de kurumsal UDB bakım maliyetlerini tüm nüfus kapsamında sosyal güvenliğe yapılan katkılarla sağlamaktadır. Medikal hizmetler federal sağlık sigorta (sosyal güvenlik) sisteminden ulusal düzeyde karşılanırken UDB hizmetleri ile ilgili sosyal güvenlik sisteminden yasal düzenleme olmadığından kişisel bakım hizmetleri bölgesel düzeyde sunulmaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:72). Bu çerçevede UDB'nin tıbbi olmayan hizmetleri bakım ihtiyacı olan düşük gelirli yaşlılara sunulmakta ve yerel sosyal refah merkezleri (CPAS), bakıma ihtiyacı olan yaşlılara bakımevlerinde veya evlerinde konaklama ve geçici kalma yardımı sağlamaktadır. Bölgesel düzeyde sunulan tıbbi olmayan hizmet çeşitleri farklılık göstermektedir.

Bölgesel düzeyde, Flaman hükümeti tarafından tamamlayıcı nakit faydalar sağlayan ve 25 yaş üzeri her kişi için yıllık 40 Avro (2010 yılında) zorunlu katkı ile finanse edilen zorunlu bağımlılık sigorta düzeni uygulanmaktadır (Colombo vd, 2011:222). 2013 yılı itibarıyla Belçika'da UDB harcamalarının GSYH içindeki payı % 1,9'dur (OECD, 2015:209).

2- Gelir/İhtiyaç Testi (Means-tested) Modeli

Gelir/İhtiyaç testine dayalı sistemlerde UDB kapsamı, öncelikle emniyet/

güvenlik ağırları programları aracılığıyla belirlenmektedir. Bu sistemi uygulayan ülkelerde önceden belirlenen gelir ve/veya varlık eşik değerlerine göre vatandaşların kamu kişisel bakım hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmaktadır.

Sadece bu eşik değerleri sağlayan ve bakıma muhtaçlık derecesine göre önceliklendirilmek suretiyle yeterli maddi gücü olmayan kişiler kamusal UDB hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Hak sahipliği kriterleri (örneğin, kişisel ve/veya aile gelirleri, varlıkları, uygunluk, kayıt dışılık vb) genelde esnek şekilde belirlenmekte ve bu kriterler belirgin şekilde ülkelerin kendi sosyo-ekonomik durumlarına göre şekillenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri bu modelin iyi bir örneğidir. Yoksullar için bir kamusal program olan “Medicaid”, UDB hizmetlerinin ana finansman kaynağını oluşturmakta toplam UDB maliyetlerinin %40’ını karşılamaktadır ve her 10 bakımevinin 6’sını kapsamaktadır (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2013:4).

Medicaid, federal ve merkezi devlet bütçesi tarafından finanse edilen, gelir testi sistemi temelinde sağlık ve UDB harcamalarını karşılamakta güçlük çeken kişiler için oluşturulmuş bir sosyal sağlık sigortası programıdır.

Eyaletlerde hak sahiplerine gelir testi sonrası kurumsal ve evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Fakat sunulan UDB hizmetlerinin kalitesi, yaygınlığı ve hizmetlerden faydalanmak için hak sahibi olma koşulları, eyaletlerin gelirlerine ve tercihlerine göre değişebilmektedir. Söz konusu gelir testi çok sıkı bir şekilde uygulanmakta ve genellikle kişilerin kendi kaynaklarını tükettikten sonra program çerçevesinde hak sahibi olması öngörülmektedir. Bazı eyaletlerde ise az da olsa katılım payı alınabilmektedir.

ABD’de yarısı yaşlı olmak üzere yaklaşık 10 milyon kişinin UDB hizmetlerine ihtiyacı vardır fakat bunların yalnızca 3 milyona yakını Medicaid kapsamında finanse edilmektedir (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2013:25). ABD’de 2013 yılı itibarıyla kurumsal bakım kapsamında yapılan UDB harcamaları GSYH’nın %0,5’ine denk gelmektedir (OECD, 2015:209).

İngiltere’de tartışmaların odağında olan UDB hizmetleri çerçevesinde uygulanan model de gelir testi modeline yakın bir görünüm çizmektedir. Sınırlı sayıda gelir testine tabi olmayan kişisel bakım düzenlemeleri olduğu

gibi yetişkin bakım hizmetlerinin sunumunda oluşturulan temel politika gelir testine yönelik düzenlemeleri içermektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:237-239).

Engelli Yaşam Ödeneği ve Bakım Ödeneği kapsamında (The Disability Living Allowance and Attendance Allowance) hak sahipleri hiçbir katkıya, vergiye tabi değildir ve gelir testine ihtiyaç duyulmaksızın hizmetlerden faydalanmaktadır. Engelli Yaşam Ödeneği 65 yaşından önce bildirimde bulunanların bir kısmını kapsarken, Bakım Ödeneği 65 yaş üstü tüm vatandaşları kapsamaktadır (Colombo vd, 2011:228).

Sosyal bakım hizmetlerinde yerel makamlar yetkili kılınmıştır ve bu hizmetler; vergi gelirleri (merkezi hükümet), yerel makam gelirleri ve kullanıcı katkıları vasıtasıyla finanse edilmektedir. Bu çerçevede hak sahiplerinin bakımevlerinden yararlanabilmeleri için hem gelir testinde istenen yeterliliği hem de kendi kaynaklarını tüketmeleri gerekmektedir. Diğer taraftan evde bakım hizmetleri çerçevesinde hak sahipleri kişisel bütçe formuna göre yapılan bir gelir testine bağlı olarak nakdi yardım almakta ve UDB çerçevesinde sağlık hizmetleri serbest olarak kullanılabilir (Colombo vd, 2011:229). Son yıllarda hizmet alımı yerine nakdi yardımı tercih edenlerin sayısındaki hızlı artış enformel bakımı desteklemektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:237).

3- Karışık (Mix) Modeller

Karma modeller UDB hizmet kapsamını çeşitli genel kapsamlı modellerin sağladığı fayda programları veya genel kapsamlı modeller ve gelir testi modelinin karışımı olan modeller aracılığıyla sağlamaktadır.

Bu modellere örnek teşkil eden ülkelerin, genel kapsamlı tek bir program uygulamadıkları, daha çok birden fazla UDB sisteminin karışımı olan programlar oluşturdukları görülmektedir. Bu çerçevede UDB hizmetlerinin; yöneldiği hedef gruplarda, maliyet bileşenlerinde ve yetki alanlarında farklılıklar bulunmaktadır.

Karma modellerin çeşitliliği ve karmaşıklığı nedeniyle bu gruba ait kurumsal düzenlemeleri sınıflandırmak oldukça zordur. Ancak UDB hizmetlerinin genel kapsamlılığının derecesine göre bir sınıflandırma

yapılabilir; genel kapsamlı model benzeri sistemler, gelir testine dayalı fayda ya da sübvansiyon sistemi ve genel kapsamlı ile gelir testi modellerinin karışımı olan sistemler.

a- Genel Kapsamlı Model Benzeri Sistemler

Bu modeller farklı genel kapsamlı sistem yapılarının birleşiminden oluşmaktadır. En tipik özelliği; bakımevi hizmetlerinin sağlık sisteminden, kişisel bakım hizmetlerinin ise farklı sistemlerden karşılanmasıdır.

2002 yılında beri İskoçya'da sağlık sisteminin bir bileşeni ve ücretsiz bakımevi hizmetlerine ek olarak kişisel bakım hizmetleri, evde ve kurumsal bakım çerçevesinde sosyal bakım sistemi vasıtasıyla sunulmaktadır (Bell ve Bowes, 2007:1-3). Bakım hizmetleri yerel makamlarca ihtiyacı olan kişilere yönelik ve kişilerin varlıklarından/gelirlerinden bağımsız olarak finanse edilmektedir. Bu sistem günlük temel faaliyetleri içermekte fakat bakımevi hizmetlerinden kişiler ancak ücretini ödemek suretiyle faydalanabilmektedir.

Bu modele diğer örnekleri Güney ve Doğu Avrupa ülkeleri oluşturmaktadır. Bu ülkelerin sistemlerinde ise yine sağlık sistemi aracılığıyla huzurevleri ve bakımevleri genel kapsamlı, gelirden bağımsız olarak ve daha çok evde bakım hizmetlerinin ön plana çıkmasıyla sağlanmaktadır. Örneğin İtalya'da yaşlı ve engelli vatandaşlara yönelik olarak sağlık sistemi aracılığıyla sübvansiyonlar sunulurken, evde bakım hizmetlerinin finansmanı hem sağlık sisteminden hem de sosyal sistemden sağlanmaktadır (Colombo vd, 2011:224). UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %1,9 ile OECD ortalamasının (%1,7) üzerinde olan İtalya'da; UDB kapsamında nakdi yardımların çok yaygın olduğu, kurumsal bakımın gelişkin olmadığı ve evde bakım hizmetlerinde enformel bakıcıların yaygın olduğu görülmektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:159).

Başka bir örnek olarak Çek Cumhuriyeti'nde UDB hizmetlerinin sorumlulukları sosyal sektör ile genel kapsamlı sağlık sistemi arasında bölüşülmekte (Social Protection Committee of EC, 2014:91) ve 2013 yılı itibarıyla UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %0,3'tür. 2007 yılında çıkarılan Sosyal Servisler Yasası ile UDB hizmetleri çerçevesinde bakım ihtiyacı olan tüm bireylere en düşük kategoride 79 Avro, en yüksek

kategoride 471 Avro olmak üzere nakit yardımı yapılmaya başlanmıştır (Colombo vd, 2011:224).

Polonya’da yaşlıların çocuklarıyla beraber yaşaması, güçlü aile ilişkileri, genç emekli olan kadınların geleneksel rolleri doğrultusunda UDB hizmetlerini sağlaması, kamu tarafından finanse edilen bakım hizmetlerinin yetersizliği ve uygun fiyatlı özel bakımevlerinin olmaması nedenleriyle UDB hizmetleri yoğunlukla aile üyeleri tarafından sunulmaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:199). Bunun yanında engelli çocuklar ve yetişkinler için gelir testine gerek olmaksızın yerel yönetimler vasıtasıyla ulusal bakımevi hizmetleri sunulmaktadır. Düşük kapsamdan dolayı UDB hizmetlerinin GSYH’ye oranı %0,4’tür. UDB kapsamında sunulan sağlık bakım hizmetleri sağlık sigortası ve sosyal yardımlar vasıtasıyla finanse edilmektedir.

b- Gelire Dayalı Genel Kapsamlı Sistemler

Gelire dayalı genel kapsamlı sistemlerde UDB hizmetlerinden yararlanan kişilere fayda ya da sübvansiyon sağlanmaktadır. Bu sistemlerin en iyi örneklerini İrlanda, Avustralya, Avusturya ve Fransa oluşturmaktadır.

Bu ülkelerde gelir testinden sonra gelir durumuna göre hak sahiplerine UDB kapsamında fayda sağlanmaktadır. Söz konusu hak sahipleri ilaveten sağlık sistemi aracılığıyla (Örn: Fransa) veya yerel yönetimler (Örn: Avusturya ve Avustralya) aracılığıyla bakımevi hizmeti gibi ek faydalara da sahip olabilmektedir.

Bu gruptaki ülkeler genel kapsamlı kişisel bakım hizmetlerini bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda sunmaktadır. Buna göre bireylerin geliri azaldıkça kamu tarafından sunulan bakım hizmet tutarı da artmaktadır. Bu yüzden bu sistem “kişiye özel” ya da “kademeli genel” bakım sistemi olarak da adlandırılmakta (Fernandezvd, 2009:4) ve sistem hiçbir zaman bireylerin UDB maliyetlerinin tamamını ya da tamamına yakın bir kısmını ödeme amacı taşımamaktadır.

Engelli ve yaşlı bakımı olmak üzere iki ayaklı bir sisteme sahip Fransa örneğinde, UDB hizmet alıcılarının hizmetlerden faydalanmalarının tamamlayıcı koşulu gelirleri oranında ödeyecekleri katkı paylarıdır (Social Protection Committee of EC, 2014:136-137). Evde bakım ve/veya kişisel

bakım hizmeti sunulması kişilerin durumlarına göre değişebilmektedir. Yine genel kapsam benzeri sistemlerde olduğu gibi bu sistemlerde de hem aynı yardımlar (Örn:Avustralya) hem de nakdi yardımlar (Örn:Fransa) ülkelerin kendi tercihleri doğrultusunda sunulmaktadır. 2011 sonu itibarıyla Fransa'da engelli bakımı kapsamında 184.917 kişi engellilik ödemesi (PCH) alırken 60 yaş üzeri 1,200,254 kişi yaşlı bakımından (APA) fayda sağlamıştır (Social Protection Committee of EC, 2014:36-137).

Fransa'da, sağlık sigorta sistemi sağlık giderlerinin yanında tüm bakımevi hizmetlerini kapsamaktadır. Buna ilave olarak APA vasıtasıyla 60 yaş üstü engelli kişilere bakıma muhtaçlık derecesine ve gelir durumuna göre nakdi yardım sağlanmaktadır. Buna göre sağlanan nakdi yardım 2010 yılı itibarıyla 530 Avro ile 1.235 Avro arasında değişmektedir (Colombo vd, 2011:225). Fakat söz konusu en düşük nakdi yardım olan 530 Avro yine eğer kişi en yüksek gelir gurubunda ise 27 Avro'ya kadar düşebilmektedir. Yine APA hem günlük temel faaliyetleri hem de ev işi, yemek, alışveriş ve ulaşımı kapsayan şekilde hizmet sunmaktadır. Hatta bunların sağlanması için bazı durumlarda kızı ve eşi dışında olmak şartıyla bakıcı istihdam edilmektedir. APA yerel makamlarca yönetilmektedir fakat finansmanı yerel yönetimlerce ve merkezi bütçe tarafından sağlanmaktadır.

UDB hizmetlerinin finansmanının devlet ve bireyler arasında paylaşıldığı İrlanda örneğinde, 2009 yılında bakımevlerine ilişkin olarak çıkarılan yasa (The Nursing Home Support Scheme-NHSS) ile harcanabilir gelirin %80'ni ve her türlü mal varlığı getirisinin %7,5'ini katkı olarak ödeyen her birey UDB hizmetlerinden faydalanabilmektedir (Colombo vd, 2011:225, Social Protection Committee of EC, 2014:152). Bu çerçevede malvarlığı getirisinde bir kişi için 36 bin Avro, çiftler için ise 72 bin Avro değerlendirme dışı tutulmuştur.

Avustralya örneğinde, 2009 yılı itibarıyla GSYH'nin %0,8' ini ifade eden ve 2050 yılında %1,8 olması beklenen toplam UDB maliyetlerinin büyük bir kısmı vergi gelirlerinden finanse edilmektedir (Ergan ve Paulucci 2010:2-3). Kişisel bakım ücretsiz değildir fakat her birey UDB hizmetlerinden yararlanma konusunda hak sahibi konumundadır. Kurumsal ve evde bakım hizmetleri çerçevesinde bireylerden gelirlerine göre ayarlanmak suretiyle katkı payı alınmaktadır. Kurumsal bakım hizmetlerinden ve ek

hizmetlerden faydalananlar gelirlerine göre belirlenmiş bir günlük katkı payı ödemektedir ve bu kişilere %70 civarında devlet sübvansiyonu sağlanmaktadır (Colombo vd, 2011:225).

Avusturya örneğinde, kişilerin gelirlerine göre belirlenmiş olan genel kapsamlı nakdi ödemeler ya da kişisel bakım hizmetlerinin güvence altına alınması sağlanmaktadır. Bu sistem genel kapsam, gelir testine dayalı sistem ile aynı yardımların bir karışımını oluşturmaktadır. Buna göre genel kapsamlı nakdi ödeme (Pflegegeld), 1993 yılından itibaren federal devlet, belediyeler ve eyaletlerin katılımıyla finanse edilmektedir. Bu nakdi yardımlar kişilerin gelirlerinden bağımsız, bakım ihtiyacının derecesine bağlı olarak 154 Avro (1. derece) ile 1.656 Avro (7. derece) arasında değişmekte (Social Protection Committee of EC, 2014:66) ve 2008 yılı itibarıyla yaklaşık olarak 80 yaş üstü nüfusun %59'u ve 60-80 yaş arası nüfusun %9'u söz konusu nakdi ödemeyi (Pflegegeld) almaktadır (Colombo vd, 2011:225). 2007'de 24 saat bakım hizmeti adıyla da bilinen gelir testine dayalı ve nakdi ödeme sistemini tamamlayıcı yeni bir model kabul edilmiştir. Yine de her iki sistemde UDB hizmet maliyetlerinin tamamını karşılamamaktadır. Sistem tarafından bakım maliyetlerinin ödenmeyen kısmı karşılamaya gücü olmayanlara ise eyaletler destek vermektedir. 2013 yılı itibarıyla UDB harcamaları GSYH'nin %1,2' sini oluşturmakta (OECD, 2015:209) ve harcamaların tamamı vergi gelirleri ile finanse edilmektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:68).

c- Genel Kapsamlı ve Gelire Dayalı Sistemlerin Karışımı Olan Sistemler

Bu gruba dahil olan ülkeler genellikle aşağıdaki seçeneklerden birini ya da ikisini seçmektedir (Colombo vd, 2011:226);

- Sağlık sistemine dayalı; kurumsal ve evde UDB hizmetlerinin eğitimli kişiler tarafından verilmesi (İsviçre örneği),
- Evde profesyonel hemşire ve kişisel bakım düzenlemeleri (Yeni Zelanda örneği ve Kanada'nın bazı illeri/bölgeleri).

Bu seçeneklere ek olarak Yunanistan örneğinde olduğu gibi genel kapsamlı sistem tarafından kurumsal bakım gibi hizmetler ya da İspanya'da olduğu gibi nakdi-ayni yardımlar sağlanabilmektedir.

İsviçre sisteminde, hem kurumsal hem de evde bakım çerçevesinde genel kapsamlı aynı bakımevi hizmetleri sağlık sigortası (LAMal) vasıtasıyla sunulurken, aynı zamanda bu sistemin tamamlayıcısı olarak LAI (Law on Invalidity Insurance) ve LAVS (Law on Old-age and Survivors Insurance) yasal düzenlemeleri ile gelire dayalı nakdi yardım sistemi de oluşturulmuştur. Bu yasal düzenlemeler kalıcı veya uzun dönemli bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve engelliler için ek faydalar sağlamaktadır. Kişisel bakım sorumluluğunun büyük kısmı ise sağlığa dayalı UDB maliyet toplamının %60'ını karşılayan hizmet alan kişilerdedir. Evlerinde yaşayan görece az engelli emeklilere sunulan engellilik ödenekleri, 3 dereceye göre sınıflandırılarak ek ödeme imkânı getirilmiştir.

Yeni Zelanda sisteminde, kişiler gelir durumlarına göre ödedikleri katkı payları ile evde kişisel bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır. Kurumsal bakım hizmetlerinde faydalanma hususunda hak sahipliği ise ihtiyacın derecesine ve ödeme gücüne göre belirlenmektedir. Ülkede kurulmuş olan RSC (Residential Subsidy of Care) sistemi, konaklama ve yemek dahil olmak üzere kişilerin kurumsal bakım hizmetlerini en fazla katkı payı üzerinden ödemektedir. 2008 yılı itibarıyla kurumsal bakım hizmeti alanların %71'inin RCS sübvansiyonlarından faydalandığı tespit edilmiştir. 2005 yılından bu yana Yeni Zelanda hükümeti kurumsal bakım hizmetlerinde hak sahipliği konusunda gelir ve varlık testi uygulamaktadır.

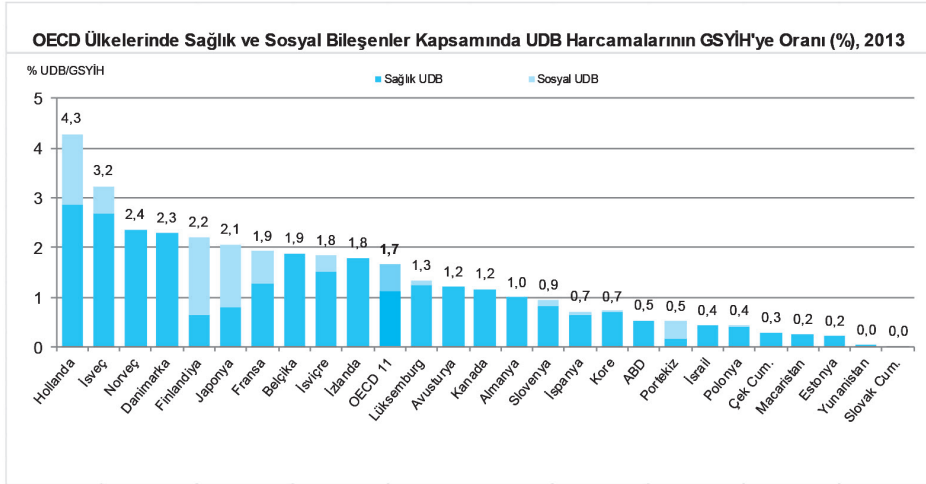
Yukarıda anlatılan Yeni Zelanda sistemine benzer bir yapı, Kanada'nın bazı illerinde/bölgelerinde uygulanmaktadır. Kanada'da uygulanan sistemde, UDB hizmet kullanımı için yapılacak devlet desteği gelir değil varlık testi vasıtasıyla yapılmaktadır. Bu gruba bir diğer örnek ülke sistemi İspanya sistemidir. 2007 yılbaşında yürürlüğe giren Ulusal Uzun Dönemli Bakım Sistemi ile yasal çerçevede bakıma ihtiyacı olan ve gelir ve varlık testinden geçen kişilere UDB bir hak olarak tanınmıştır (Costa-Font ve Garcia Gonzalez, 2007:20-22). Uygulanan aynı ve nakdi yardımların kapsamı birbirinden farklıdır. Nakdi yardımlar genel kapsamlı olarak uygulanırken aynı yardımlardan herkes faydalanamamaktadır. UDB hizmet alıcıları toplam maliyetlerin üçte biri oranında katılım payı ödemektedir. Bu sistemin kurulmasıyla işgücü ve bakım piyasalarında formel yapı teşvik edilmesi amaçlanmaktadır.

D- OECD Ülkelerinde UDB Hizmetlerinin Finansmanı Çerçevesinde Genel Bir Değerlendirme

OECD ülkelerinin yaklaşık üçte biri, UDB hizmetlerinin genel kapsamlı olarak tek bir sistem içerisinde sağlandığı modeli kullanmaktadır. Bu sistemde UDB hizmetlerinin finansmanı vergi gelirlerinden sağlanmakta ve İskandinav ülkeleri sistemin tipik örneğini oluşturmaktadır. Bu grupta yer alan ülkelerin UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %2 ile %3,2 arasında ve %1,7 olan OECD ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.

Genel kapsamlı grubun diğer bir yaygın örneğini Almanya, Japonya, Hollanda, Kore ve Lüksemburg ülkelerinin oluşturduğu sosyal sigorta sistemleri temsil etmektedir. Bu grupta ise UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %0,7 (Kore) ile % 4,3 (Hollanda) arasında değişmektedir. Grubun son örneğini ise Belçika sisteminin temsil ettiği UDB hizmetlerinin sağlık sistemi vasıtasıyla finanse edildiği sistem oluşturmaktadır.

Şekil 7. OECD Ülkelerinde UDB Harcamalarının GSYH'ya Oranı, Sağlık-Sosyal



Kaynak: 2015 yılı OECD Sağlık Verileri, [<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>], 15.01.2016

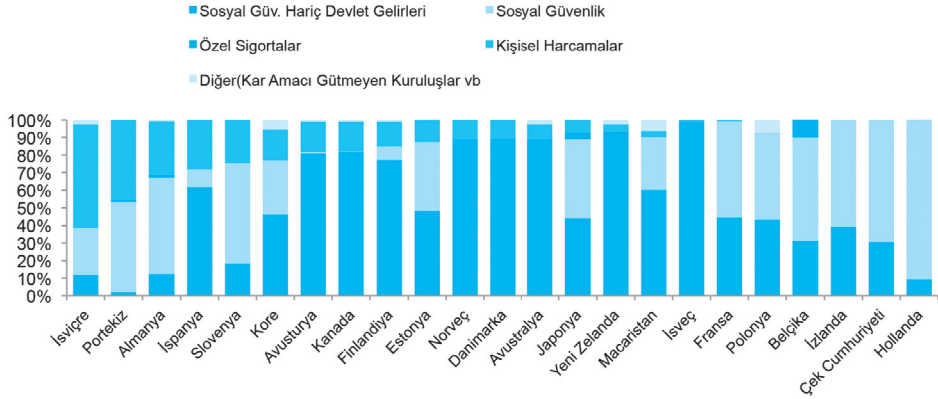
Gelir ve/veya varlık testine dayalı olarak uygulanan modelde ise kişiler söz konusu test sonrası kamusal UDB hizmetlerine erişimde hak sahibi olabilmektedir. Bu modelin en iyi örneğini ise İngiltere ve ABD temsil etmektedir.

Karışık modellerde yer alan sistemler ise genel kapsamlı olarak nakdi ve/veya aynı yardımlar vasıtasıyla kişisel bakım hizmeti sunulmasına yöneliktir. Nakdi yardımlar temelinde çalışan sistemleri Avusturya, Fransa, İtalya temsil ederken, Avustralya ve Yeni Zelanda aynı yardımlara örnek oluşturmaktadır.

OECD ülkelerinde kamusal UDB hizmetleri özel kapsama kıyasla genel kapsamlı ve yaygın olarak sunulmakta ve UDB harcamalarının GSYH içerisindeki oranı ortalama %1.5 olarak gerçekleşmektedir (Colombo vd, 2011:46).

OECD ülkelerinde finansman kaynakları çerçevesinde UDB maliyetlerinin hangi kaynaklardan finanse edildiği ayrıntılı olarak Şekil 8’de görülmektedir. Burada öne çıkan üç kaynak bulunmaktadır; Genel vergi gelirlerini ifade eden sosyal güvenlik hariç devlet kaynakları, sosyal güvenlik gelirleri ve kişisel harcamalardır. Özel sigortalar ve kar amacı gütmeyen kuruluşların Polonya, Kore ve Macaristan hariç olmak üzere UDB finansmanında önemi yok denecek kadar azdır.

Şekil 8. Finansman Kaynakları Çerçevesinde UDB Giderleri



Kaynak: 2010 yılı OECD Sağlık Verileri, [<http://dx.doi.org/10.1787/888932401615>], 15.01.2016

Genel olarak OECD ülkelerinin UDB finansman kaynaklarının öncelikle vergi gelirlerinin ve sosyal güvenlik gelirlerinin ve daha sonra kullanıcıların kişisel gelirleri olduğu görülmekte ve ülkeler aynı modeli hatta aynı model içerisinde aynı sistemi uygulasa dahi UDB

finansmanında ülkelerin kendi sosyal refah patikaları ve sosyo-ekonomik tercihleri doğrultusunda hareket ettiklerini göstermektedir.

Bu çerçevede sosyal güvence patikasında sosyal sigorta sistemini benimsemiş ülkeler bakım hizmetlerinde de öncelikli finansman kaynağı olarak sigorta prim gelirlerini kullanırken, vergi tabanlı olan ülkelerin öncelikli finansman kaynağı olarak vergi gelirlerini kullanmaktadır.

III- TÜRKİYE UDB SİSTEMİ VE ÖNERİLER

A- Türkiye UDB Sistemi

Genel kapsamlı bir UDB sistemi bulunmayan Türkiye, bir önceki bölümde yer alan OECD sınıflandırması içerisinde; örneğini ABD ve İngiltere modellerinin oluşturduğu gelir/ihtiyaç testi (means-tested) modeli kapsamında değerlendirilebilir. Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın (ASPB) bünyesinde, ilgili yasal mevzuatlar kapsamında sağlanan yardımlar ve hizmetler; kapsam olarak Fransa’ya benzer şekilde yaşlı ve engelli kişileri, hizmet sunumu çerçevesinde ise kurumsal ve evde bakım sunumunu kapsamaktadır. Ayrıca sınırlı olarak da bazı belediyeler kendi imkânları çerçevesinde evde bakım hizmetleri vermektedir.

Kamu tarafından sağlanan UDB hizmetlerinin finansmanı yoğunlukla vergi gelirlerinden, Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan tıbbi bakım malzemeleri ve ilaçlar çerçevesinde ise sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla genel sağlık sigortasından sağlanmaktadır. Aşağıda görüleceği üzere hizmet sunumu ve bakıcılar açısından kendi yapısal ve kültürel koşulları doğrultusunda hareket eden Türkiye’nin, UDB hizmetlerinin finansman konusunda sosyal güvenlik sisteminin benimsediği sosyal sigorta patikasını izlemediği görülmektedir.

Engelli ve yaşlı bakımına ilişkin yasal çerçeveyi; birçok maddesi 3/6/2011 tarihli, 633 sayılı KHK ile değiştirilen 10/7/1976 tarihli ve 15642 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ve 27/5/1983 tarihli ve 17354 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu oluşturmaktadır (ASPB, 2015b:25-30). Bu kanunların uygulanması amacıyla birçok ikincil mevzuat

düzenlemesi de yürürlüğe sokulmuştur¹.

Kadın istihdam oranının düşüklüğü, Polonya ve Güney Avrupa ülkelerine benzer şekilde önceki dönemlerde uygulanan popülist politikalar neticesinde ortaya çıkan erken emeklilik, güçlü aile ilişkileri, yaşlıların çocuklarıyla beraber yaşaması, UDB hizmet sunumunun yetersiz olması nedenleriyle bakım hizmetleri yoğun olarak aile üyeleri (çoğunlukla kadınlar) tarafından sağlanmaktadır. Örneğin Türkiye’de evde bakım hizmetleri çerçevesinde engelli bireylere yönelik sunulan bakım hizmetlerinde yürütülen politika ve stratejilerde engelli bireylerin ailesi yanında evde bakımının sağlanması esastır. Ancak ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireyler için alternatif olarak kuruluş bakımı seçenekleri ile farklı hizmet modelleri sunulmaktadır.

2015 yılı itibarıyla 2022 sayılı Kanun çerçevesinde kapsamdaki yaşlı ve engellilere; 145,81 TL yaşlı aylığı, 291, 62 TL özürlü (%40-69) aylığı, 437,43 TL bakıma muhtaç özürlü (%70 ve üstü) aylığı, 291,62 TL 18 yaş altı özürlü yakını aylığı sağlanmaktadır. 2022 sayılı Kanuna göre yaşlı ve engelli aylığı kapsamına girebilmek için yararlanıcıların; yaşlılar için 65 yaşını doldurmuş olma, engelliler için %40 ve üzeri oranda yetkili hastanelerden alınmış özürlü sağlık kurulu raporuna sahip olma, her ne ad altında olursa olsun sosyal güvenceye sahip olmama, nafaka bağlanmamış olmak ya da bağlanması mümkün olmama şartlarına sahip olma, tüm gelirleri toplamı göz önüne alındığında ilgilinin hanesinde kişi

1 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Engelli ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik, 30/07/2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 30/7/2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 16/08/2013 tarihli ve 28737 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 19/08/2006 tarihli ve 26264 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan İşaret Dili Tercümanlığı Hizmeti Verecek Personelin Yetiştirilmesi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, 03/09/2010 tarihli ve 27691 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik.

* Burada gerekli olmadığı için ikincil mevzuat kapsamında sadece önemli olan yönetmeliklere yer verilmiştir. Konuyla ilgili ayrıca birçok yönetmelik, genelge vb. ikincil mevzuat düzenlemesi bulunmaktadır.

başına düşen gelirin 2022 sayılı Kanun'un 1. maddesinin memur aylık katsayıları ile çarpılması sonucu bulunacak tutardan daha az olması (2015'in ikinci 6 ayı için bu tutar 303,47 TL'dir) ve genel sağlık sigortası kapsamında gelir testi sonucunda gelir grubunun G0 (en düşük gelir grubu) olarak tescil edilmesi şartlarına haiz olması gerekmektedir. Bu kapsamda 2014 yılı itibarıyla engellilik derecesine göre toplamda 679.554 engelliye 2.590 milyon TL ve 629.590 yaşlıya (65 yaş üstü) 1.009 milyon TL maaş ödemesi yapılmıştır (ASPB, 2015a:6).

2014 yılı itibarıyla 450.031 kişiye evde bakım hizmeti sağlanarak yararlanıcılara 3.982 milyon TL kaynak aktarılmıştır (ASPB, 2015a:6). Yine engelli ve yaşlılık aylığında yer alan şartlara benzer şekilde; %50 ve üstü "ağır özürlü" ibareli özürlü sağlık kurulu raporu olan, bakıma muhtaçlık kriterlerine ve gelir kriterlerine uygun bulunan kişilere evde bakım aylığı verilmektedir. 2015 yılı ikinci 6 ayı için bu aylık 793,08 TL'dir. Evde bakım hizmetlerinde bakıcıların yakın akraba olması istenerek, geleneksel olarak aile üyeleri tarafından gerçekleştirilen hizmet sunumu teşvik edilmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı 124 huzurevinde 11.688, 151'i özel olmak üzere diğer 236 huzurevinde 9.693 yaşlıya hizmet sağlanmaktadır (ASPB, 2015a:10). Bu kapsamda ASPB'nin, özel bakım merkezleri için düzenleyici ve denetleyici bir Kurum gibi çalıştığı da söylenebilir.

2014 yılı itibarıyla 2022 ve 2828 sayılı Kanunlar kapsamında UDB harcamaları GSYH'nin yaklaşık %0,04'ünü, tüm sosyal yardım harcamaları ise GSYH'nin %1,38'ini oluşturmaktadır (ASPB, 2015b:74).

B- Türkiye UDB Sistemi için Finansman Yöntemi ve Hizmet Sunumu Çerçevesinde Öneriler

Hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan Türkiye'de UDB hizmetleri arzı günümüzde toplum için çok ciddi sorun oluşturmamaktadır, zira söz konusu arz yoğunlukla geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar vasıtasıyla sağlanmaktadır. Ancak OECD ülkelerine benzer şekilde Türkiye'de de nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması hususları, geleneksel olarak

kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin sunumunu ve dolayısıyla finansmanını önemli ölçüde etkileyecektir.

Bu süreçte bir yandan potansiyel UDB hizmetlerinde formel ve enformel anlamda arz açığı oluşacak, söz konusu arzın niteliği, hizmetin kalitesi tartışılır hale gelecek ve aile bakıcılarında beklenen düşüş oranlarının hesaba dahil edilmesiyle UDB maliyetleri ciddi artış gösterecektir.

Sistem, UDB hizmetlerinin genel kapsamlı tek bir sistem doğrultusunda sunulması çerçevesinde yapılandırılarak finansman vergilerden sağlanırsa, toplumsal adalet açısından anlamlı ve politika hedefleri ile tutarlıdır. Fakat sosyal refah patikasında sosyal sigorta sistemi olan Türkiye için UDB hizmetlerinin genel kapsamlı tek bir sistem doğrultusunda sunulması hem gerçekçi hem de sürdürülebilir değildir.

Türkiye'nin sosyal güvence patikası doğrultusunda genel kapsamlı sistem çerçevesinde sosyal sigorta modelini benimsemesi gerektiğini söyleyebiliriz. Buna göre sistem içerisindeki kullanıcıların sisteme ödedikleri primler aynı zamanda fayda sağlayacakları hizmetler için de onay vermelerini ifade edecektir. Sigortalılardan alınacak primler; ister aktif çalışmaya girildiği andan itibaren ister yapılacak projeksiyonlar çerçevesinde tespit edilecek uygun bir yaştan itibaren tahsil edilebilir. Genel kapsamlı sistem içerisinde sosyal sigorta sistemi uygulanırken; katkı-fayda dengesinin iyi düzenlenmesi, mevcut sosyal güvenlik sistemi ile tam entegrasyon sağlanması, şeffaflık ve hesap verilebilirliğin hâkim kılınması, finansman kaynağının aktif nüfusu (çalışma çağındaki nüfus) içerecek şekilde belirlenmesi, kuşaklar arası aktarım mekanizmasının iyi kurgulanması, gelir/servet durumu iyi olmayanların da bu hizmetlerden faydalanmasının sağlanması, sosyal adalet açısından devletin de prim ödeyen sıfatıyla katkı sağlaması gerekmektedir.

Gelir/servet durumu iyi olmayanların sistemden yararlanması sağlanırken; bakıma muhtaçlık sınıflandırmasının doğru ve etkin olarak tespit edilmesi, kapsam genişliğinin doğru bir şekilde düzenlenmesi, bu çerçevede toplumsal UDB maliyet bölüşümüne dikkat edilmesi faydalı olacaktır. UDB sosyal sigorta sisteminde dağıtım yönteminden (pay-as-you-go) ziyade yapısal nedenlerden dolayı mevcut sosyal güvenlik sisteminde uygulanamayan kapitalizasyon/fon biriktirme (funded) yönteminin tercih edilmesi gelecek nesiller ve sistemin sürdürülebilirliği açısından daha

faydalı olacaktır. Diğer taraftan Türkiye’de yıllardır sürekli açık veren ve önümüzdeki yıllarda da verecek olan sosyal güvenlik sistemi ve sistem üzerindeki popülist politik baskılar göz önüne alındığında; bu sisteme tam entegre olmuş bir UDB sosyal sigorta sisteminin kapitalizasyon/fon biriktirme yöntemini pratikte uygulaması pek mümkün görünmemektedir.

UDB hizmetlerinde kapsam derinliğinin doğru olarak düzenlenmesi, bu bağlamda hizmet türlerinin (günlük temel faaliyetlerin, evde bakımda eşya ve araç kullanımlarının dâhil olup olmaması vb) açık ve hedef gruba yönelik olarak tespit edilmesi ve UDB hizmetlerinin yeterliliğinin ve kalitesinin değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Türkiye’de UDB hizmetleri işgücü arzı kapsamında öne çıkan yaklaşım, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu aile üyelerinin bakım hizmeti vermesinin desteklenmesidir. Buna göre; bakıma muhtaç kişilerin öncelikli olarak aile üyelerini tercih etmeleri, işin özünde sevgi unsurunun olması ve maliyetinin görece düşük olması bu yaklaşımın avantajları olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan UDB’nin profesyonellik gerektiren duygusal bir iş olması aile üyelerini sağlık, ekonomik ve sosyal olarak olumsuz yönde etki etmektedir.

Türkiye UDB işgücü arzı da diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi bakım emeğinin doğasından kaynaklanan nedenlerle emek yoğun olan bir piyasadır. Bu çerçevede; çok büyük oranda kadın emeğinin, enformel (aile bakıcıları ve göçmen bakıcılar) yapının yoğun ve ücretlerin düşük olduğu görülmektedir. Doğasında aynı zamanda duygusallık barındıran ve profesyonellik gerektiren UDB hizmetlerinde; göçmen bakıcılar da dâhil olmak üzere işe alım süreçlerinin geliştirilmesi, UDB hizmet sunumu konusunda eğitimlerin verilmesi, istatistiki olarak anlamlı ve doğru bilgi üretilmesi, ücretlerin ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, bakım işgücü arzı için havuzlar oluşturulması, bakıcıların verimliliğinin artırılması gerekmektedir.

Aile bakıcılarının nakdi yardımlarla doğrudan finanse edilmesi, bu kişilere maddi destek sağlarken, diğer taraftan işgücü piyasasında bu kişilerin alabileceği alternatif ücret maliyeti, iş sonra ortaya çıkması muhtemel alternatif sağlık maliyetleri oluşturmaktadır. Bakıcılara yapılacak olan nakdi yardımların tutarının işgücü piyasasında oluşan ücret dengesine göre yüksek

ya da yakın belirlenmesi işgücü piyasası arzına olumsuz etki yapabilecektir.

Aile bakıcılarının dolaylı olarak nakdi yardımlarla finanse edilmesini ifade eden hizmet alan kişilere doğrudan nakdi yardım yapılması Japonya, Macaristan, Avustralya ve Meksika gibi aynı yardımları tercih eden ülkeler hariç neredeyse tüm OECD ülkelerinde kullanılan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntem hizmet alıcılarına doğrudan bakıcıyı seçme şansı tanımakta ve kişinin bakım ihtiyacı doğrultusunda kullanılmaktadır. Diğer taraftan bu yöntem manevi aile ilişkilerini zedeleyebilmektedir.

Doğrudan ya da dolaylı nakdi yardım yöntemi bakımın kişiselleştirilmesine katkı sağlamakta, bakıcıların emeğini görünür kılmakta ve bakıcılara verilecek eğitimlerle daha etkin olmaktadır. Diğer taraftan nakdi yardımlar daha çok aile bakıcıları temelinde enformel sektörü genişletmekte, yine orantısız ölçüde kadın emeğine dayanmakta ve aile bakıcılarının sunabilecekleri hizmetler sınırlı bir düzeyde kalmaktadır. Dolayısıyla nakdi yardımların UDB hizmet finansmanın da tek bir seçenek olarak uygulanması bakım emeğinin feminizasyonunu beraberinde getirecektir.

UDB hizmet sunumunun kurumsal mı evde mi olması gerektiği bir diğer tartışmalı konudur. Kurumsal bakım hizmetleri evde bakım hizmetlerine göre daha profesyonel bir hizmet sunmasına rağmen evde bakım hizmetleri en başta maliyet olmak üzere çeşitli nedenlerle tüm OECD ülkelerinde %65 oranında tercih edilmektedir (OECD, 2015:201). Diğer taraftan evde bakım hizmetlerinin ise; birçok dış etkene, enformel yapıya açık, ayrıntılı bir eğitim ve yakın bir denetim gerektirmesi, profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri tarafından sunulan günlük hasta ve ev temel faaliyetlerin tam anlamıyla yapılmaması, aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olması, sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması gibi olumsuz yönleri evde bakımın ne kadar yeterli ve doğru bir yöntem olduğu hususunda tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Türkiye’de gerek kurumsal bakım kapasitesinin yetersizliği gerekse de yerleşik kültür doğrultusunda oluşan talep çerçevesinde evde bakımın öncelikli olarak tercih edileceği görünmekle beraber sistemin finansmanı da gözetilerek orta ve uzun vadede kurumsal bakımın da teşvik edilerek, yaygınlaştırılacağı bir sisteme geçilmesi hizmet kalitesi bağlamında yararlı olacaktır.

UDB hizmetleri, uzun bir süre boyunca bakıma ihtiyacı olan ekonomik yoksunluk içerisindeki yaşlıların ve engellilerin günlük temel faaliyetlerinin gerçekleşmesini sağlamaya dönüktür. Ancak yaşlılar kadar uzun süre boyunca dışarıdan bir yardıma bağımlı olan yetişkinler ve gençler de UDB hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Yine bakıma muhtaçlık durumu ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. UDB sisteminin bu hususların da gözetilerek Türkiye'nin kendi iç dinamikleri doğrultusunda yapılandırılması gerekmektedir.

Bunun yanında gelirdeki artışla beraber daha kaliteli ve kolay ulaşılabilir hizmet beklentisi ortaya çıkmaktadır. Bunun sağlanabilmesi için de bakım hizmeti sunucularının ücretlerinin ve haklarının aynı doğrultuda düzenlenmesi gerekmektedir. Sektörde bulunan işgücü arz açığı ise orta ve uzun dönemde UDB işgücü ücretlerinde artışa neden olabilir.

Gelir testi uygulaması, UDB yararlanıcılarının gelir dağılımına göre UDB hizmetlerinin finanse edilmesi açısından faydalıdır. Fakat burada da bireysel gelirlerin/servetlerin yeniden adaletsiz dağılımı söz konusu olabilmekte, yararlanıcılara ağır bir yük oluşturabilmektedir.

Gönüllülük esaslı çalışmaların bu sistemlerin içerisine dahil edilebileceğini savunan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Fakat UDB hizmetleri gönüllülük esaslı çalışmalar çerçevesinde yürütülebilecek bir alan değildir. UDB hizmetleri hem teknik hem de finansman açısından profesyonel esaslı yürütülmesi gereken faaliyetlerdir.

UDB politikalarının sağlıklı yaşlanma, aktif yaşlanma ile desteklenmesi finansman açısından olumlu olacaktır. Ayrıca UDB hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleşen yapısının iyi bir şekilde koordine edilmesi, konu kapsamında özel sigortanın teşvik edilmesi, harcamaların detaylı analizler için ayrıştırılabilir olması politika oluşturulması bakımından önem arz etmektedir.

SONUÇ

Bu makale Türkiye'de yakın gelecekte ortaya çıkacak olan nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması hususlarının geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin

sunumunu ve dolayısıyla finansmanını önemli ölçüde etkilemesi karşısında tedbirli olunmasına ve gerekli önlemlerin alınmasına dikkat çekilmesini amaçlamaktadır.

Bu çerçevede makalede bakım emeğinin kendine özgü niteliklerine değinilerek, UDB hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ile ilgili OECD ülke uygulamaları ışığında Türkiye’de yeniden yapılandırılması gereken bir UDB sistemi için önerilere yer verilmiştir.

Tüm vergi ve sosyal güvenlik sistemleri kayıtlı istihdama dayanan ve birkaç ülke hariç olmakla beraber bu alanlarda kayıt dışılığa ödün vermeyen OECD ülkelerinin bakım hizmetlerinde “istenen bir sektör olarak” enformel yapıya aile bakıcılığı üzerinden göz yumması sektörün enformel, evde bakım odaklı ve göçmen kadın emeğine dayalı bir yapıya dönüşmesine neden olmaktadır.

OECD ülke örneklerinde görüldüğü üzere birçok UDB modeli bulunmaktadır. Fakat UDB hizmetlerinin finansmanında hangi model seçilirse seçilsin UDB maliyetlerinin finansal açıdan sürdürülebilir olması, UDB hizmet sunumunda en önemli konu olarak karşımıza çıkmaktadır. UDB çerçevesinde oluşturulan modeller oldukça yenidir ve Türkiye de dâhil olmak üzere birçok ülke için UDB yeni bir olgudur. UDB sektöründe ortaya çıkan bu sorunlara çözüm getirebilmek için kapsamlı bir bakış açısına ve politikalara ihtiyaç vardır.

Demografik veriler çerçevesinde yapılan projeksiyonlar gelecekte Türkiye’nin UDB hizmet sunumuyla ilgili olarak daha fazla baskıya maruz kalacağını ve finansmanın yanı sıra hizmet kalitesini de arttırması gerekeceğini ortaya koymaktadır. Sosyal refah patikasında sosyal sigorta sistemini benimsemiş olan Türkiye’nin, UDB sisteminde de sosyal güvenlik sistemi ile entegre olarak aynı patikayı benimsemesi sürdürülebilirlik ve kaliteli hizmet sunumu unsurları göz önüne alındığında daha uygulanabilir görünmektedir.

Ayrıca UDB işgücü piyasasının hem formel hem de enformel kapsamda düzenlemesi, denetlenmesi, bu alanda anlamlı, standart ve doğru istatistiki bilgiler üretilmesinin sağlanması, ülkenin yapısal koşullarına uygun UDB politikaları oluşturulması ve bu politikalar doğrultusunda vatandaş odaklı, etkin ve kaliteli hizmet sunan bir UDB sisteminin kurulması gerekmektedir.

Türkiye’de UDB sistemi; öncelikle sürdürülebilir olarak finanse edilebilen, devletin finansmana katıldığı, özel sigortanın da teşvik edilerek sisteme dahil edildiği, sade ve sistematik bir yasal çerçevede, hem kurumsal hem evde bakım hizmetlerini içeren ve mevcut enformel-formel yapının birbiriyle iyi bir şekilde koordinasyonunu sağlayarak orta-uzun vadede formel olarak işleyecek şekilde yeniden yapılandırılmalıdır.

Kaynakça

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), (2015a), “Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler”, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), (2015b), *Faaliyet Raporu*, Ankara.
- Badgett, M.V.L. ve N. Folbre (1999), “Assigning Care: Gender Norms and Economic Outcomes”, *International Labour Review*, Cilt 138, Sayı 3, s. 311-326.
- Bell, D. and A. Bowes (2007), *Financial Care Models in Scotland and the UK*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Campbell, J. ve N. Ikegami (2000), “Long-term Care Insurance Comes to Japan”, *Health Affairs*, Cilt 19, Sayı 3, s. 26-39.
- Campbell, J. C.; Ikegami, N. ve M. J. Gibson (2010), “Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan”, *Health Affairs*, Cilt 29, Sayı 1, s. 87-95.
- Colombo, F. vd. (2011), “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, OECD Health Policy Studies, (OECD Yayınları).
- Costa-Font, J. ve A. Garcia Gonzalez (2007), “Long-term Care Reform in Spain”, *Eurohealth*, Cilt 13, Sayı 1, s. 20-22.
- Ehrenreich, B. ve A. R. Hochschild (2004), “*Global Woman, Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*”, Birinci Baskı, (Holt Paperbacks Yayınları), New York.
- England, P. (2005), “Emerging Theories of Care Work”, *Annual Review of Sociology, Annual Reviews*, Sayı 31, s. 381-399.
- Ergan, H. ve F. Paulucci (2010), “Providing and Financing Long-term Care in Australia”, *Health and Ageing*, Sayı 3, Kasım.
- Esping-Andersen G. (1990), “*The Three Worlds of Welfare Capitalism*”, (Princeton University Press), Princeton, New Jersey.
- Fujisawa, R. ve F. Colombo (2009), “The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand”, OECD Health Working Paper, No. 44, (OECD Yayınları), Paris.
- Gökbayrak, Ş. (2009), “Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı 21, Ankara.

- Isaksen, L.W.; Devi, S. U. and A. R. Hochschild (2008), “Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chain, or Commons?”, *American Behavioural Scientist*, 52(3): 405- 425.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2013), “Medicaid and Long-term Care Services and Supports”, Kaiser Family Foundation, Washington, Mart.
- Karlssoon, M. ve T. Iversen (2010), “Scandinavian Long-term Care Financing”, Health Economics Research Programme of the University of Oslo, Haziran.
- OECD (2001), “Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-related Spending”, OECD Economics Department Working Paper, Sayı 305, OECD Yayınları, Paris.
- OECD (2005), Long-term Care for Older People, (OECD Yayınları), Paris.
- OECD (2006), “Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?”, OECD Economics Department Working Paper, Sayı 477, (OECD Yayınları), Paris.
- OECD (2010), Gender Brief, OECD Social Policy Division, Mart Baskısı.
- OECD (2015), Labour Force Statistics 2014, OECD Yayınları.
- OECD (2015), Health at a Glance, OECD Göstergeleri, (OECD Yayınları), Paris.
- Özkaplan, N. (2009), “Duygusal Emek ve Kadın İşi/Erkek İşi”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı 21, Ankara.
- Seçer, H. Ş. (2007), “Çalışma Yaşamında Duygular ve Duygusal Emek: Sosyoloji, Psikoloji ve Örgüt Teorisi Açısından Bir Değerlendirme”, Kocaeli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Sayı 50, s. 813-834.
- Simonazzi, A. (2008), “Care Regimes and National Employment Models”, Working Paper, No:113, Kamu İktisadı Bölümü, Roma Üniversitesi, Roma.
- Social Protection Committee of European Commission (EC), (2014); “Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in an Ageing Society Report”, Brüksel, Haziran.
- Toksöz, G. (2014), Kalkınmada Görünmeyen: Kadınların Bakım Emeği içerisinde A.F. Aysan, D. Dumludağ (der.) “Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar”, (İmge Yayınları), Ankara, 2014.
- Toksöz, G. (2011), Kalkınmada Kadın Emeği, (Varlık Yayınları), İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (1998), Türkçe Sözlük, (Türk Tarih Kurumu Basım Evi), Dokuzuncu Baskı, Ankara.

Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi

Cluster Analysis of Organization for Economic Cooperation and Development Countries According to Health Indicators

Arş. Gör. Cuma SONGUR*

ÖZ

Bu çalışma ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkeleri (OECD)'nin sağlık göstergelerine göre nasıl kümelendiği ve Türkiye'nin hangi OECD ülkeleri ile benzerlik gösterdiği ortaya konularak, ülkeler üzerinde birtakım değerlendirmelerde bulunmak amaçlanmıştır. Çalışmada kullanılan sağlık göstergelerine ilişkin veriler "Dünya Bankası Veri Tabanı"ndan alınmış ve bu verilere SPSS 20 paket programı aracılığıyla hiyerarşik kümeleme analizi uygulanmıştır. Ülkelerin kümeleneşinde farklılığı sağlayan sağlık göstergelerini ortaya koymak ve kümeler arasındaki farklılık durumunu yansıtmak için ayrıca "Kruskal-Wallis Testi" ve "Mann-Whitney U Testi" uygulanmıştır. Bu sayede, sağlık göstergelerinin kümelerle arasındaki ilişki durumu test edilmiştir. Analiz sonucunda, seçilen 12 sağlık göstergesinin 10'unda, kümeler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmada, OECD ülkeleri sağlık göstergeleri bakımından dört kümeye ayrılmıştır. Yapılan kümeleme ve diğer istatistiksel analizlerle OECD ülkelerinin nasıl kümelendiği ve sağlık göstergeleri bakımından Türkiye'nin hangi ülkelerle benzer olduğu ortaya konulmuştur. Türkiye, nispeten sosyo-ekonomik durumu diğer ülkelere göre daha düşük olan İsrail, Meksika ve Şili ile birlikte dördüncü kümede yer almıştır. Çalışmada ayrıca ülkelerde egemen olan finansman modeli ile analiz sonucu ortaya çıkan kümeler arasında benzerlik olduğu görülmüştür. Örneğin, dördüncü kümede yer alan ülkelerin tamamında (Türkiye, Şili, Meksika, İsrail) egemen sağlık finansman modelinin zorunlu sağlık sigortası (Bismarck Modeli) olduğu, buna karşın birinci kümede yer alan Lüksemburg, Belçika ve Japonya hariç diğer 10 ülkenin tamamında egemen finansman modelinin genel vergiler (Beveridge Modeli) olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık göstergeleri, OECD ülkeleri, kümeleme analizi

ABSTRACT

In this study, it is aimed to evaluate that how OECD countries heap together related to their health indicators and to make assessments on the countries by demonstrating which OECD countries are similar to Turkey. The data used in the study is attracted from World Bank Database and then hierarchical cluster analysis is practised to the data with statistical programme, SPSS 20 packaged software. Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test are used to reveal the health indicators related to which the countries heap together and to reflect to differences among the clusters, thus it is tested the relationship status between the health indicators and clusters. According to the analysis, significant difference is obtained in the 10 health indicators out of 12 health indicators. In the study, OECD countries are separated to four clusters in related to health indicators. It is demonstrated that how OECD countries heap together and which countries are similar to Turkey in terms of health indicators. Turkey has taken place in the fourth cluster with Isreal, Mexico and Chili. In the study, additionally, it is found out that there is a similarity between the financing model used in the countries and the clusters cropping out after the analysis. For instance, it is detected that the funding model is mandatory health insurance (Bismarck Model) in all the countries in the fourth cluster (Turkey, Chili, Mexico, Isreal) while the funding model is general taxes (Beveridge Model) in 10 countries excluding Luxemburg, Belgium and Japan which take place in the first cluster.

Keywords: Health indicators, OECD countries, cluster analysis

* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Sağlık İdaresi Bölümü
cuma.songur@hacettepe.edu.tr

GİRİŞ

1970’li yıllara kadar olan dönemde, sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında ülkeler arası denge kriteri geçerliyken, 1980’li yıllardan itibaren harcama düzeyleri, yönetim maliyetleri, yatak sayıları ve tedavi maliyeti gibi yeni ekonomik içerikli endekslemeler oluşturulmaya başlanmıştır. Özellikle 1990’lı yıllardan itibaren, sağlık sistemlerinin etkinliğini ölçmeye yönelik kapsamlı göstergeler oluşturulmuştur (Çelebi ve Cura, 2013:53). Sağlık göstergeleri olarak adlandırılan bu göstergelerin en temel olan bebek ölüm hızı, anne ölüm oranları, ortalama yatış süresi, hekim ve sağlık personeli başına nüfus, yatak başına nüfus, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH)’dan sağlığa ayrılan pay gibi göstergelerin yanında kişi başına sağlık hizmetlerine başvuru sayısı, ölüm nedeni sıralaması, yaşam standartları ve İnsani Kalkınma Endeksi (Human Development Index) gibi yeni değişkenler de günümüzde uygulamaya konulmuştur (Sargutan, 2006:51). Bu konuda yapılan en güncel çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2015 yılında yayımlanan “100 Temel Sağlık Göstergesinin 2015 Yılı Global Referans Listesi (2015 Global Reference List of 100 Core Health Indicators)” isimli çalışmadır. Bu çalışmada temel sağlık göstergeleri ile ilgili genel bir referans liste yayımlanmıştır (World Health Organization, 2015a).

Çoğu batı ülkesinde, sağlık politikaları tamamen ülkelere özgü olup, sağlık hizmetleri ulusal düzeyde organize edilmektedir. Bu nedenle, ülkeler arasında sağlığın finansmanı, hizmet sunumu, insan gücü uygulamaları ve sağlık mevzuatı konularında ciddi farklılıklar bulunmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015:40). Sağlık göstergeleri ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapısına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapan ve daha fazla kaynak ayıran ülkelerin sağlık göstergelerinin daha iyi olduğu bilinmektedir. Öte yandan, sağlık hizmetlerindeki gelişmelere bağlı olarak ülkelerin genel ekonomik görünümünde de iyileşmeler gözlenmektedir. Bu yönüyle, ülkelerin ekonomik durumunun iyi olması sağlığı, sağlığın iyi olması ise ekonomiyi olumlu yönde etkilemektedir (Karabulut, 1999:139).

Bu çalışmada ilk olarak, OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre genel görünümü ele alınacaktır. Daha sonra, OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre nasıl kümelendiği ortaya konulacak ve bunlar üzerinde

gerekli analizler yapılarak değerlendirmelerde bulunulacaktır. Sonrasında, kümeleme neticesinde oluşan kümeler üzerinde gerekli istatistiksel analizler yapılarak, her bir sağlık göstergesine göre oluşan kümeler arasındaki farklılık durumu ele alınacaktır. Bu sayede, sağlık göstergeleri bakımından Türkiye'nin diğer OECD ülkeleri arasındaki mevcut durumu ele alınarak gerekli değerlendirmeler yapılmaya çalışılacaktır.

I- KAVRAMSAL ÇERÇEVE

A- Sağlık Göstergesi

Sağlık göstergesi, tanımlanmış bir nüfusun sağlık durumunu yansıtan veya gösteren bir ölçüttür (Şerefoğlu, 2007:4). Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve değerlendirilmesinde kullanılan sağlık göstergeleri, ülkenin kalkınmışlık düzeyinin ortaya konulması açısından yöneticiler için vazgeçilmez bilimsel dayanaklarından biridir (Akın ve Ersoy, 2012:23). Sağlık göstergelerine ilişkin verilerin güvenilir olması, verilerin sonuç ve bilgi haline getirilirken uygulanan sürecin şeffaflığı, sonuçların yorumlanması ve ülkeler düzeyinde kıyaslanmasında standart olunması sonuçlar üzerinde doğru değerlendirme yapabilmek açısından oldukça önemli bir husustur (Sargutan, 2006:50).

Sağlık göstergeleri, ölçümlerden oluşur ve bir toplumun ya da grubun sağlıkla ilgili farklı yönlerinin ölçülmesine dayanır. Her bir gösterge, bütün bir resme katkı sağlayan bulmacanın bir parçası gibidir. Göstergeler sürekli izlenir ise, bu resim zamanla sağlık hikâyesindeki değişimi görmemizi sağlayan bir film olur. Göstergelerin iki temel türü vardır (First Nations Center 2007:2).

1- Sağlık Belirleyicileri

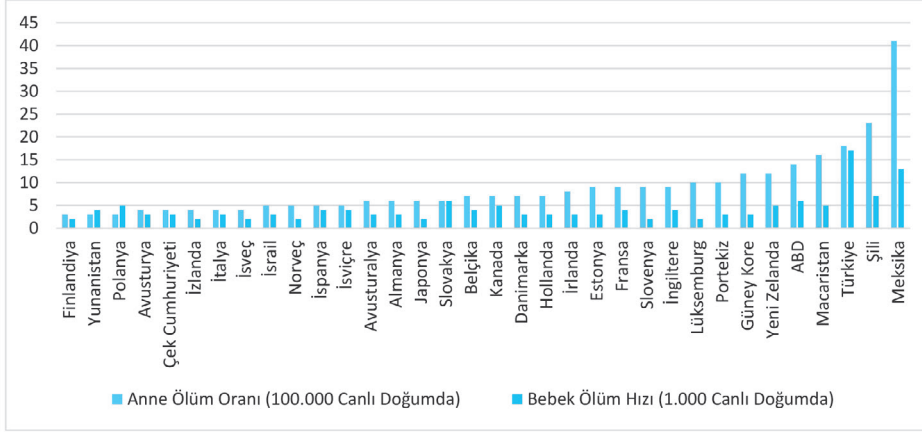
Sağlığı etkileyen şeylerin ölçüldüğü gösterge türüdür. Diyet, sigara içme, su kalitesi, gelir ve sağlık hizmetlerine erişim gibi ölçütleri içerir. Ayrıca, dil, kültür ve dini inanç da bu kategoride değerlendirilebilir (First National Center, 2007:2). Genel olarak sağlığın en önemli belirleyicileri; sağlık ve ekonomik çevre, fiziksel çevre, kişinin karakteri ve davranışları ile sağlık sistemleri olarak sıralanır (World Health Organization, 2015b; Y. Çelik, 2012). Bu belirleyicilerin bir ya da birkaçı bireylerin ve toplumun sağlığını etkilemektedir. İnsanların sağlıklı olup olmaması

önemli ölçüde çevre ve kişisel özellikler tarafından belirlenir. Yani; kişinin nerede yaşadığı, fiziksel, sosyal ve ekonomik çevrenin durumu, genetik, gelir ve eğitim durumu, arkadaş ve aile ilişkilerinin hepsi sağlık üzerinde oldukça etkisi olan genel faktörler arasında gösterilebilir (World Health Organization, 2015b). Henrik L. Blum (1974) ise “Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory” isimli çalışmasıyla sağlık statüsünün belirleyicilerine ilişkin bütüncül bir bakış açısı geliştirmiş ve sağlığı etkileyen faktörleri yaşam tarzı (alışkanlıklar), kalıtım (genetik faktörler), sağlık hizmetleri (koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici) ve çevre (fiziki, biyolojik ve sosyal) olarak dört başlık altında incelemiştir. Henrik, bunlardan öncelikli olarak çevreyi ön planda tutmuştur. Bunu ise sırası ile yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin takip ettiğini savunmuştur (Somunoğlu, 2012:6).

2- Sağlık Statüsü

Toplum sağlığının farklı yönlerinin ölçüldüğü gösterge türüdür. Kişilerin sağlık statüsü; genetik özellikler ile fiziksel ve sosyal çevresinden önemli ölçüde etkilenir. Sağlık statüsüne ilişkin göstergeler; doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm oranı, bebek ölüm hızı, sakatlık ya da kronik hastalıklar oranı, ölüm oranları, bulaşıcı hastalıkların görülme oranı, kanser görülme oranı, diyabet dâhil diğer kronik hastalıkların görülme oranı, kalp hastalığı ve sakatlık oranı gibi çok sayıda sağlık sonucunu içerir (First National Center, 2007:2, U.S. Centers For Disease Control and Prevention, 2013:10). Bir bebek ya da annenin ölüm riskini artıran unsurlar, o ülkedeki sosyoekonomik dinamikler ve kamusal olanak ya da olanaksızlıklarla yakından ilişkilidir. Yapılan çalışmalar özellikle bebek ölüm hızının, bir toplumun sosyoekonomik düzeyini yansıtan en önemli araçların başında geldiğini ortaya koymaktadır (Ergin ve Hassoy, 2011:100, Barlas vd., 2014:1). OECD ülkelerinin anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızını yansıtan veriler Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 1’de, Türkiye OECD ülkeleri arasında, bebek ölüm hızı bakımından binde 17 ile son sırada, anne ölüm hızı bakımından ise 100.000 canlı doğumda 18 ile sondan üçüncü sırada yer almaktadır. ABD ise, anne ölüm oranı bakımından 100.000 canlı doğumda 14 ile sondan beşinci sırada yer almaktadır. Şekil 1’de de görüleceği üzere sağlık hizmetlerine yüksek yatırım yapmak tek başına sağlık göstergeleri üzerinde olumlu

Şekil 1. OECD Ülkelerinde Anne Ölüm Oranı ve Bebek Ölüm Hızı (2013 Yılı)

Kaynak: The World Bank, 2015

etki yapmamaktadır. Örneğin, ABD’de sağlık harcamalarına yüksek pay ayrılmasına rağmen (kişi başı yıllık özel sağlık sigorta harcaması=4515,9 dolar; kişi başı yıllık kamu sağlık finansmanı=4197,5 dolar), sağlık göstergeleri ile doğrusal bir bağ ortaya çıkmamaktadır.

B- Sağlık Göstergelerinin Ülkeler Açısından Önemi

Sağlık göstergeleri aracılığıyla ülkeler, toplum sağlığını izleyerek sağlığı etkileyen faktörleri ve sağlık hizmetlerinin etkililiğini ortaya koyabilirler (First National Center, 2007:1). Sağlık göstergeleri ayrıca, ülkelerin sağlık hizmetleri kaynaklarını en doğru şekilde tahsis etmeleri, planlamaları, süreçleri ve etkilerini izlemeleri açısından kritik öneme sahiptir. Bu sayede devlet ve yerel sağlık birimleri hangi alanlarda düzenlemeler yapılabileceğine ilişkin politikalar geliştirebilirler (Institute of Medicine of National Academies, 2011:3). Sağlık göstergeleri; ulusal sağlık sistemi, sağlık sisteminin karakteristiği ve performansı hakkında bir bakış sağlar. Bu, ayrıca sağlığın belirleyicilerinin daha iyi kavranmasına ve toplumların sağlık statüsü arasındaki boşluğun ve sağlık sonuçlarının daha iyi tanımlanmasına yardımcı olur (Canadian Institute for Health Informatin, 2010:2). Sağlık göstergeleri, ülkelerin aşağıdaki önemli sorulara yanıt vermesine katkı sağlar (First National Center, 2007:2).

- Toplumun sağlığı nasıl?
- Toplumun sağlığı dengede mi?
- Toplumun sağlığını etkileyen şeyler neler?
- Sunmuş olunan sağlık hizmeti ve politikası işliyor mu?
- Sağlık vizyonumuzda daha iyiye doğru bir ilerleme var mı?

Genel politika ve planın bir parçası olarak göstergeler geliştirilebilir (Schirnding, 2002:5). Yapılan çalışmalar, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerine pozitif yönde yansıdığını ortaya koymuştur. Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi arttıkça sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmaktadırlar. Diğer bir ifade ile toplumun sağlık düzeyindeki gelişme, ekonomik gelişmeyi de hızlandırmaktadır (Ersöz, 2009:1651).

C- Sağlık Sistemine Göre Ülkelerin Sınıflandırılması

Her ülkenin sağlık sistemi, benimsemiş olduğu ekonomik, siyasi ve sosyal mekanizma ile uyum göstermesine karşın, ülkeler arasında sağlık sistemleri açısından gözle görülür farklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar, ülkeler arası karşılaştırmalar aracılığıyla ortaya konulabilir. Böylece gerek uluslararası gerekse de ülkeler arası etkileşimler sağlanacak ve ülkelerdeki sağlık durumunun gelişimi olumlu yönde etkilenecektir. Sağlık sistemleri açısından ülkeler arasında karşılaştırmalarda bulunmak, önemli bir husus olmasına karşın dikkat edilmesi gereken bir analiz yöntemidir. Çünkü bulunan sonuçların yanıltıcılığının yüksek olması, göstergelerde uyumun olmaması, sosyo-politik değişkenlerin belirlenmesinin zor olması ve her ülkenin kendine özgü sağlık sistemini belirlemesi gibi kısıtlar ülkeler arası karşılaştırmaların yapılabilmesini zorlaştırabilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013:54). Dolayısıyla sağlık sistemleri sınıflandırma yoluna gidilirken söz konusu sınıfları kesin çizgilerle birbirinden ayırmak olanaklı olmamasına karşın, ülkeler ağırlıklı olarak kullanılan finansman yöntemine göre sınıflandırılmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015:42). Bu bağlamda ülkeleri, ağırlıklı finansman yöntemine göre, altı farklı grupta sınıflandırmak mümkündür (Atabey, 2012:57):

1- Genel Vergi

İkinci Dünya Savaşı sırasında William Beveridge'nin 1942 yılında

hazırladığı toplumsal içerikli rapora dayanan sağlık sistemine ilişkin taslak, savaşın bitimine kadar tartışılmış ve savaş sonunda herkese eşit ve parasız sağlık hizmetinin yerinde sunulması kararlaştırılmıştır. İlk olarak, Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH) (National Health Services-NHS) 1946 yılında genel vergilerle finansmanı yasalaştırmış ve 1948 yılında uygulamaya koymuştur. Bu yasanın kapsamı gereği ülkede yaşayan tüm bireyler, tam olarak parasız sağlık hizmetinden yararlanmışlardır. Bu modelde, yapılan tüm sağlık harcamaları genel bütçeden ya da başka bir ifade ile toplanan vergilerden finanse edilmekte ve riskler toplum tarafından paylaşılmaktadır (Atabey, 2012:75).

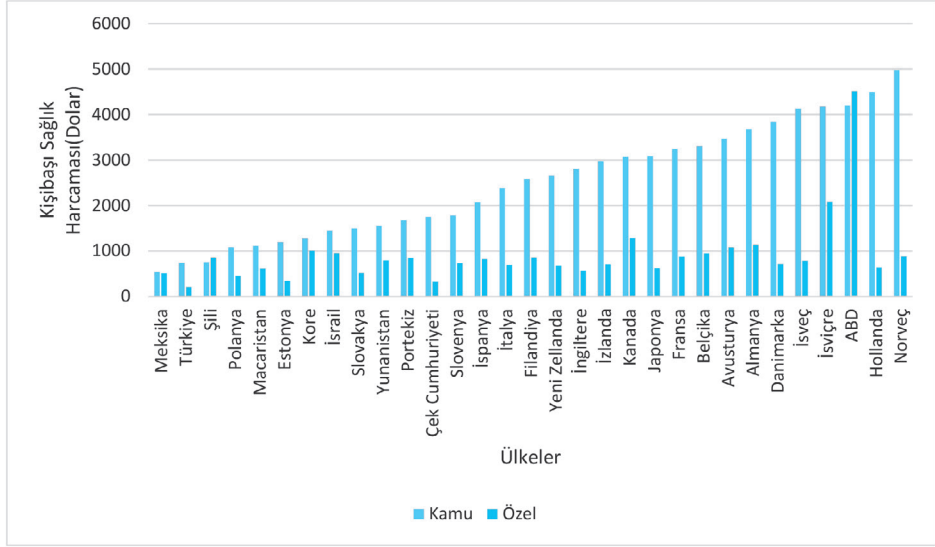
2- Zorunlu Sağlık Sigortası

Bu modelin ilk kez uygulanması, 1883 yılında Almanya’da Otto von Bismarck tarafından geliştirildiği için “Bismarck Modeli” olarak da bilinmektedir (Y.Çelik, 2012:181). Bir finansman mekanizması olarak sağlık sigortası (Bismarck Modeli) genellikle herkesin katılımını zorunlu kılan sosyal primlere dayalı bir sistemdir. Sosyal sigorta finansmanı mekanizması; düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olup, özerk yönetim ve denetime izin veren işveren ve işçi katkılarını öngören bir modeldir. Modelde genelde bir düzenleyici kurum olur (Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Kurumu gibi) (Yıldırım, 2012:53). Zorunlu sağlık sigortası, toplumda refahın dağıtımına iki şekilde katkıda bulunur. *Birincisi*, primler bireysel hastalık riskleriyle bağlantılı olmaması nedeniyle düşük risk gruplarından yüksek risk gruplarına bir sübvansiyon söz konusudur. *İkincisi*, riskle bağlantısı olmayan bu primlerin gelirle orantılı olarak toplanan primler yoluyla yüksek gelir grubundan düşük gelir grubuna sübvansiyon sağlanmaktadır (Y.Çelik, 2012:181).

3- Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, kişinin kendi isteği ile özel sigorta kuruluşlarından yararlandığı sigorta türüdür (Pekten, 2006:119). Bu sigorta türünde tüketiciler, isteklerine ve ödeme güçlerine göre, belli bir ölçüdeki fayda ve koşulları içeren sigorta türü arasında tercih yaparlar. Risk oranı ölçüsünde, sigortalılardan alınan prim artmaktadır (Atabey, 2012:49). Özel sağlık sigortası aracılığıyla karşılanan fonların, yoksullar için finansman sağlaması kolay değildir. Böyle bir sistemde, özel sağlık sigortası olmayanlar sağlık hizmetlerine erişim konusunda zorluk yaşayabilirler (Roberts vd., 2004:157).

Şekil 2. OECD Ülkelerinin Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarına Göre Dağılımı (2013 Yılı)*



Kaynak: OECD, 2015a

Yapılan çalışmalar sağlık harcamalarının artmasının bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Akar, 2014:311). Öte yandan, Şekil 2’de de görüleceği üzere ülkelerin sağlık hizmetlerine harcadığı paranın artması ile sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi arasında önemli bir ilişki olduğu çıkarılabilir. 2013 yılında Türkiye’nin kişi başı kamu sağlık harcaması 737,4 ve özel sağlık harcaması 203,8 dolar iken ABD’nin kişi başı kamu sağlık harcaması 4197,5 ve özel sağlık harcaması 4515,9 dolar olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca temel finansman modeli özel sağlık sigortası olan ABD’nin, tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek kişi başı sağlık harcamasına sahip olduğu görülmektedir.

* Aynı sağlık göstergesine ilişkin veriler, “OECD Data” ile “World Bank Data” veri tabanında bazen farklılık gösterebilmektedir. Bu şekilde, OECD ülkelerinin kamu ve özel sağlık harcamalarına göre dağılımında kullanılan veriler, “World Bank Data” veri tabanından elde edilemediğinden, bu veri “OECD Data” veri tabanından elde edilmiştir. Bu yüzden, “World Bank Data” veri tabanından alınan “Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları)” verisi ile bu grafikte kullanılan veriler arasında kısmen de olsa bazı farklılıklar bulunabilir. Çalışmada kullanılan diğer tüm sağlık göstergeleri “World Bank Data” veri tabanından elde edilmiştir.

4- Cepten Ödeme

Özel bir finansman yöntemi olan cepten ödeme, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını için doğrudan yaptığı tüm harcamaları kapsar. Hastalık riski için kişilere herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödemeler bu kategoride yer almaktadır (İstanbulluoğlu vd., 2010:90; Y.Çelik, 2012:194).

5- Karma Sistem

Karma sistemde, bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sağlık sigortası uygulanırken, diğer taraftan serbest piyasa sistemi içerisinde kâr güdüsü ile faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşları ile genel vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri mevcuttur (Yurdadoğ, 2007:592).

6- Dış Kaynak/Yardımlar

Dış kaynak ve yardımlara dayalı olan sağlık hizmetleri finansman türüdür. Özellikle uluslararası yardım ve fonlara bağlı sahra altı ve diğer Afrika ülkeleri sağlık hizmetlerini bu sayede yerine getirebilmektedir (Atabey, 2012:57).

Tablo 1’de bazı ülkelerin egemen olan sağlık finansman modeline göre yer aldığı gruplara yer verilmiştir.

Ülkelerin sağlık sistem ve hizmetlerini etkileyen göstergeler bakımından karşılaştırma yapmak aşağıdaki konularda ülkelere yardımcı olur (Çelebi ve Cura, 2013:54):

- Sağlık sistemlerinin ne tür sonuçlar verdiğinin ortaya konulması,
- Sağlıkta eşitlik ve hakkaniyeti sağlamaya yönelik uygulamaların gerçekçi bir biçimde oluşturulması,
- Uluslararası karşılaştırmalar yaparak her bir ülkenin kendi sağlık sistemi performansının belirlenmesi,
- Bireylerin sağlık halleriyle ilgili üstünlük ve zayıflıklarının ortaya konulmasıdır.

D- Kümeleme Yöntemleri

Kümeleme yöntemi, gözlemlere ilişkin çok değişkenli verilerin benzerliklerine

Tablo 1. Egemen Olan Finansman Modellerine Göre Bazı Ülkeler (2012 Yılı İtibariyle)

Zorunlu Sigorta	Sosyal Sigorta	Özel Sigortası	Sağlık	Çeften Ödeme	Genel Vergi	Karma Sistem	Dış Kaynak /Yardımlar	
Fransa Almanya Hollanda Lüksemburg Belçika Çek. Cum. Hırvatistan Estonya Macaristan Slovakya Slovenya Avusturya İsrail Türkiye Güney Kore Meksika Japonya Şili Bolivya Kosta Rika Endonezya		ABD		Ermenistan Azerbaycan Gürcistan Tacikistan Kırgızistan Hindistan Uruguay Afganistan Bangladeş Burundi Kamboçya Kamerun Fildişi sahili Gine Gine-Bissau Laos Lübnan Myanmar Nepal Pakistan Togo Vietnam		İngiltere Danimarka İsveç Kanada Norveç Portekiz Yeni Zelanda Küba Bulgaristan Finlandiya İrlanda İtalya Yunanistan Grönland Venezüella Filipinler Sierra Lcone Sri Lanka Kuzey Kore İspanya Arnavutluk Kazakistan Litvanya Polonya Romanya Çin Rusya Brezilya İzlanda İran Sudi Arabistan	Avusturya Arjantin	Sahra-Altı Afrika Ülkeler

Kaynak: Atabey, 2012:52.

göre gözlemlerin gruplandırılmasını sağlayan istatistiksel bir analiz türüdür (Romesburg, 2004:2). Kümeleme yöntemleri aşamalı (aşama sıralı ya da hiyerarşik kümeleme) ve aşamalı olmayan (aşamasız olma ya da hiyerarşik olmayan) küme yöntemleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Alpar, 2013:324).

1- Aşamalı Kümeleme Yöntemleri

Birim ya da gözlemlerin benzerlikleri dikkate alınarak belirli ölçülerde (küme uzaklık ölçüleri) birleştirmeyi amaçlayan bir kümeleme tekniği olan aşamalı kümeleme tekniği; birleştirici aşamalı kümeleme ve ayırıcı aşamalı kümeleme yöntemi olarak ikiye ayrılır (Doğan ve Başokçu, 2010:66). Birleştirici kümeleme yönteminde her gözlem başlangıçta

bir küme olarak kabul edilmektedir. Daha sonra en yakın iki küme yeni bir küme içerisinde birleşmekte ve böylece her aşamada küme sayısı azaltılmaktadır (Doğan ve Başokçu, 2010:66; Alpar, 2013:324). Tek bağlantı yöntemi, tam bağlantı yöntemi, ortalama bağlantı yöntemi, merkezi yöntem ve ward's yöntemi başlıca birleştirici kümeleme yöntemlerindedir (Uçar, 2014:359). Ayırıcı aşamalı kümeleme yönteminde ise tüm birimler başlangıçta bir küme olarak kabul edilmekte ve daha sonra birbirine en uzak (benzemeyen) gözlemler birbirlerinden ayrılarak daha küçük kümeler oluşmaktadır (Doğan ve Başokçu, 2010:66). Ayırıcı aşamalı kümeleme yöntemi; monothetic ayırıcı yöntemi ve polyhetic ayırıcı yöntemi olarak ikiye ayrılır. Monothetic ayırıcı yöntemi, grubun tanımlanmış bir özelliğe sahip olma ya da olmama temeline dayanmakta ve genellikle ikili değişkenlerde meydana gelen gözlemleri kümelemede kullanılmaktadır. Polyhetic ayırıcı yöntemi ise, her türlü değişkene sahip gözlemleri kümelemede kullanılabilen bir yöntem olup, monothetic ayırıcı yöntemine göre geçerliliği daha yüksektir (H.C. Çelik, 2004:23).

a- Ward's Yöntemi

Bir hiyerarşik kümeleme analizi yöntemi olan ward's yöntemi aynı zamanda en küçük varyans yöntemi olarak da bilinmektedir (Alpar, 2013:333). Ward's yöntemi, az sayıda gözlemin bulunduğu çalışmalar için gerçekçi ve optimum sonuçlar verdiği için, gözlem sayısı az olan çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (H.C. Çelik ve Kahyaoğlu, 2007:574; Özgen ve H.C. Çelik, 2008:71). Ward's yönteminde, bir kümenin ortasına düşen gözlemin aynı kümenin içinde bulunduğu gözlemlerden ortalama uzaklıkları esas alınır ve toplam sapma karelerinden yararlanılır (Uçar, 2014:359). Ward's yönteminde her bir küme için tüm değişken ortalamaları alınır ve her bir gözlem için kare öklit uzaklık değerleri hesaplanır. Sonrasında, kümeler içi hata kareleri minimize edilmeye çalışılarak, analizin her aşamasında her küme çiftinin bileşimi göz önüne alınır ve hata kareler toplamının en düşük artışındaki iki küme birleştirilir (H.C. Çelik, 2004:22). Bundaki amaç, kümeler içindeki varyansı minimum kılmaktır. Bu amaçla hata kareler toplamına (ESS) ilişkin formülden yararlanılır (Ş. Çelik, 2013:182).

$$ESS = \sum_{i=1}^n x_i^2 - \frac{(\sum_{i=1}^n x_i)^2}{n}$$

Formüldeki x_i ; i inci gözlemin skorunu ve n veri sayısını ifade eder.

Kümeleme işleminin ilk adımında her birimin kendisi bir küme oluşturduğundan, ESS sıfır olmaktadır. Yöntem, ESS’de minimum artışta sonuçlanan grupların elde edilmesi ile devam etmektedir.

2- Aşamalı Olmayan Küme Yöntemleri

Araştırmacının küme sayısı konusunda ön bilgisi varsa ya da anlamlı olabilecek küme sayısına karar vermişse kullanılan kümeleme yöntemleridir (Yaz, 2014:10). Bu yöntem, hiyerarşik tekniklere göre daha büyük veri setine uygulanır (Ş. Çelik, 2013:182). K-ortalama kümeleme, medoid kümeleme, yığma kümeleme ve bulanık kümeleme aşamalı olmayan kümeleme yöntemlerin başında gelmektedir (Alptekin ve Yeşilaydın, 2015:140).

3- Kümeleme Çalışmalarında Küme Sayısının Belirlenmesi

Aşamalı kümeleme yönteminde küme sayısı kümeleme analizi sonuçlarına bağlı olarak belirlenirken, aşamalı olmayan kümeleme yönteminde küme sayısı araştırmacı tarafından önceden belirlenir. Fakat her iki yöntemde küme sayısının belirlenmesinde bir standardın olmaması, araştırmacının yanı sıra konu ile deneyimli olan kişilerde bile kararsızlıklara neden olmaktadır (Alpar, 2013:324). Bu nedenle küme sayısının belirlenmesinde araştırmacının konu ile ilgili teorik bilgisi ile analiz sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Kümeleme çalışmalarında farklı küme sayılarına göre gözlemlerin kümelere dağılımına bakarak, her bir kümeğe düşen gözlem sayısı bakımından en uygun çözümü veren seçenek tercih edilmektedir. Bunu yaparken sınıflandırma ağacına (dendrogram) bakmak ve konu ile ilgili literatüre göre karar vermek gerekmektedir (İslamoğlu ve Alnaçık, 2013:388). Ancak, yaklaşık küme sayısını (k) belirlenmesine yönelik formüllerden de yararlanılabilir. Bu formüllerden en bilineni ve uygulamaya dönük olanı “ $k=\sqrt{n/2}$ ”dır. Buna göre gözlem sayısı 50 ise küme sayısı yaklaşık 5 ($k=\sqrt{50/2}\sim 5$)’tir (Alpar, 2013:321).

Bu çalışma kapsamında konu ile ilgili benzer ulusal veya uluslararası çalışma yapıp yapılmadığı taranmış olup, Ersöz (2009) tarafından

benzer bir çalışmanın yapıldığı görülmüştür. Çalışmada dört sağlık göstergesi üzerinde OECD ülkelerinin kümeleme analizi yapılmıştır. Bu seçilen göstergeler, 1) Toplam sağlık harcamalarının Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki oranı, 2) Kişi başına düşen sağlık harcaması, 3) Doğumda yaşam süresi ve 4) Her 1.000 doğumdaki bebek ölüm sayısı olarak belirlenmiştir. Yöntem olarak ise, aşamalı kümeleme yönteminin seçildiği bu çalışmada, Türkiye'nin Polonya, Slovakya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Meksika ve Güney Kore ile aynı kümede yer aldığı bulunmuştur.

II- GEREÇ VE YÖNTEM

A- Amaç

Bu çalışma ile OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre nasıl kümelendiği ve Türkiye'nin hangi OECD ülkeleri ile benzerlik gösterdiği ortaya konularak, ülkeler üzerinde birtakım değerlendirmelerde bulunmak amaçlanmıştır.

B- Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini OECD ülkeleri oluşturmaktadır. Veriler, Eylül 2015 tarihinde Dünya Bankası veri tabanından (World Bank Data) temin edilmiştir. Çalışmada kullanan verilerin en güncel hali 2013 yılına ait olduğundan, bu çalışmada OECD ülkelerinin 2013 yılı sağlık göstergelerine ilişkin veriler kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan OECD ülkeleri ve kullanılan sağlık göstergeleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2'de yer alan sağlık göstergelerinden 4, 5, 6, 12. sırada yer alanlar sağlığın belirleyicileri olarak nitelendirilen sağlık göstergeleridir. Diğer sekiz sağlık göstergesi ise sağlık statüsünü ortaya koyan sağlık göstergeleri olarak nitelendirilmektedir. Çalışmanın bazı bölümlerinde, ülkelerin isminin yerine ülkelere karşılık gelen kodlar kullanılmıştır. Bu kodları ise Tablo 2'de ülkelerin başında bulunan sayılar temsil etmektedir.

C- Verilerin Toplama Aracı, Yöntemi ve Analizi

Otuz dört OECD ülkesine ait 2013 yılı sağlık göstergeleri Dünya Bankası veri tabanından (World Bank Data) elde edilmiştir. Elde edilen veriler

Tablo 2. Çalışma Kapsamında Yer Alan OECD Ülkeleri ve Kullanılan Sağlık Göstergeleri

Ülkeler	Sağlık Göstergeleri											
	1. Kaba Doğum Hızı (1.000 Kişide)	2. Kaba Ölüm Hızı (1.000 Kişide)	3. Kadın Başına Doğurganlık Oranı	4. Kişi başı sağlık harcaması (Dolar)	5. Toplam Sağlık Harcamaları İçinden Kamu Sağlık Harcamalarının Yüzdesi	6. GSYH İçinde Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi	7. DBT Aşısı Yapılma Yüzdesi (12-23 Aylık Bebeklerde)	8. Tüberküloz Görülme Sıklığı (100.000 Kişide)	9. Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	10. Anne Ölümleri Oranı (100.000 Canlı Doğum Başına)	11. Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğum Başına)	12. Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılanların Yüzdesi
1. Avustralya	13	6	1,9	5827	66	9	91	6	82	6	3	58
2. Avusturya	9	9	1,4	5427	76	11	83	8	81	4	3	65
3. Belçika	11	10	1,8	5093	76	11,2	99	9	80	7	4	82
4. Kanada	11	7	1,6	5718	70	10,9	96	5	81	7	5	50
5. Şili	14	6	1,8	1204	47	7,7	91	16	80	23	7	60
6. Çek Cumhuriyeti	10	10	1,5	1367	83	7,2	99	6	78	4	3	94
7. Danimarka	10	9	1,7	6270	85	10,6	94	7	80	7	3	87
8. Estonya	10	12	1,6	1072	78	5,7	94	22	76	9	3	85
9. Finlandiya	11	10	1,8	4449	75	9,4	98	6	81	3	2	75
10. Fransa	12	9	2	4864	78	11,7	99	9	82	9	4	33
11. Almanya	9	11	1,4	5006	77	11,3	96	6	81	6	3	56
12. Yunanistan	9	10	1,3	2146	70	9,8	99	5	81	3	4	87
13. Macaristan	9	13	1,3	1056	64	8	99	18	75	16	5	76
14. İzlanda	13	7	2	4126	80	9,1	91	4	83	4	2	93
15. İrlanda	15	7	2	4233	68	8,9	96	9	81	8	3	52
16. İsrail	21	5	3	2601	59	7,2	94	6	82	5	3	64
17. İtalya	9	10	1,4	3155	78	9,1	97	6	82	4	3	82
18. Japonya	8	10	1,4	3966	82	10,3	98	18	83	6	2	80
19. Güney Kore	9	5	1,2	1880	53	7,2	99	97	81	12	3	79
20. Lüksemburg	11	7	1,6	7980	84	7,1	99	9	82	10	2	66
21. Meksika	18	5	2,2	664	52	6,2	83	21	77	41	13	92
22. Hollanda	10	8	1,7	6145	80	12,9	97	6	81	7	3	42
23. Yeni Zelanda	13	7	2	4063	83	9,7	92	7	81	12	5	63
24. Norveç	12	8	1,9	9715	86	9,6	94	8	81	5	2	96
25. Polonya	10	10	1,3	895	70	6,7	99	22	77	3	5	75
26. Portekiz	8	10	1,3	2037	65	9,7	98	26	80	10	3	75
27. Slovakya	10	10	1,3	1454	70	8,2	98	8	76	6	6	74
28. Slovenya	10	9	1,6	2085	72	9,2	95	8	80	9	2	43
29. İspanya	9	8	1,3	2581	70	8,9	96	13	82	5	4	77
30. İsveç	12	9	1,9	5680	82	9,7	98	7	82	4	2	88
31. İsviçre	10	8	1,5	9276	66	11,5	96	7	83	5	4	76
32. Türkiye	17	6	2	608	77	5,6	98	20	75	18	17	66
33. İngiltere	12	9	1,9	3598	84	9,1	96	13	81	9	4	56
34. ABD	13	8	1,9	9146	47	17,1	94	3	79	14	6	22

Kaynak: The World Bank, 2015.

bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra Statistical Package for the Social Science (SPSS) 20 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırmada hiyerarşik kümeleme analizi yöntemi olan ward's yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin seçilmesinde, ward's yönteminin az sayıda

gözlemin kümelenmesinde kullanılabilir olması, optimal ve daha doğru sonuçlar vermesi belirleyici olmuştur (H.C. Çelik ve Kahyaoğlu, 2007:574; Özgen ve H.C. Çelik, 2008:71). Ward's yönteminde gözlemler arası uzaklık değerlerinin ölçülmesinde "kare öklit uzaklık yaklaşımı" kullanılmaktadır (Alpar, 2013:333). Bu nedenle çalışmada, kare öklit uzaklık yaklaşımından yararlanılmıştır.

Ward's yöntemi bir hiyerarşik (sıralı) kümeleme yöntemi olduğundan, bu yöntemde küme sayısı kümeleme analizi sonuçlarına göre belirlenmektedir. Analiz sonucunda küme sayısının belirlenmesinde " $k=\sqrt{n/2}$, k =küme sayısı, n =gözlem sayısı" formülü göz önünde bulundurulmuştur. Bu çalışmada gözlem sayısı 34 olduğundan, bu formüle göre optimal küme sayısının yaklaşık 4 ($k=\sqrt{34/2}\sim 4$) olması gerekmektedir. Fakat, çalışmada küme sayısının 3 ile 5 arasında olabileceği de dikkate alınarak, SPSS programı üzerinde 3 kümeli, 4 kümeli ve 5 kümeli çözümler elde edilmiş ve her bir gözlemin hangi kümeye daha yakın olduğu ortaya konulmuştur. Sonuçta, kümeleme analizi neticesinde elde edilen bulgular (kare öklit uzaklık değeri, kümeleme analizi küme aidiyeti tablosu ve dendrogram) ve konu ile ilgili teorik bilgiler göz önünde bulundurularak küme sayısının dört olması gerektiğine karar verilmiştir.

Çalışmanın analizi için Şekil 2'deki veriler kullanılmıştır. Ancak, verilerin niteliği/yapısı birbirinden farklı (yüzde, binde, ortalama gibi) olduğundan, bu verilerin standartlaştırılmış Z değerleri alındıktan sonra analize tabi tutulmuştur.

Kümeleme analizindeki sonraki aşamada, hangi sağlık göstergelerinde kümeler arasında farklılıklar olduğunu ortaya koymak için Kruskal-Wallis Testi, kümeler arasında farklılığa neden olan grupların ortaya konulması amacıyla Mann-Whitney U Testi yapılmıştır.

III- BULGULAR

A- OECD Ülkelerinin Genel Sağlık Göstergelerine (Sağlık Statüsü ve Sağlıkın Belirleyicileri) Göre Hiyerarşik Kümeleme Analizi

Kare öklit uzaklık ölçüsüne göre, OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre ikili karşılaştırmasında, en düşük uzaklık değerinin 1,5 ile Yunanistan-İtalya arasında olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla; 1,6 uzaklık ölçüsü

ile İtalya-Japonya; 1,7 ile Polonya-Slovakya; 1,8 ile Finlandiya-İsveç; 1,8 ile Belçika-Finlandiya; 2,1 ile İtalya-İspanya; 2,8 ile Yeni Zelanda-İngiltere ve 2,8 ile Kanada-Hollanda ülke ikilileri takip etmektedir. En yüksek uzaklık değeri incelendiğinde ise, Meksika ile diğer OECD ülkeleri arasında önemli derecede uzaklık olduğu görülmektedir. Örneğin Meksika'nın Japonya ile 93,2; Almanya ile 89,2; Hollanda ile 88,1; Güney Kore ile 85,9; İtalya ile 83,9 ve ABD ile 83,9'lık bir uzaklık (kare öklit uzaklığı) değerine sahip olduğu görülmektedir.

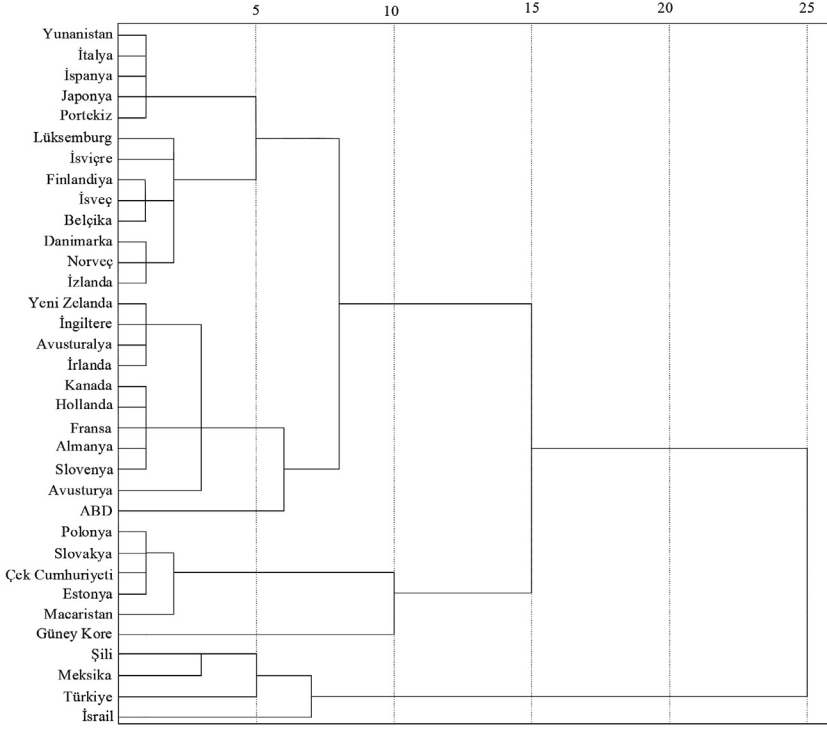
Türkiye ile diğer OECD ülkeleri uzaklık değerleri açısından ikili karşılaştırıldığında, Türkiye ile en düşük uzaklık değerine sahip OECD ülkesinin Şili olduğu görülmektedir. Bunu 32,1 uzaklık ölçüsü ile Slovakya; 33,5 uzaklık ölçüsü ile Yeni Zelanda ve 34,5 uzaklık ölçüsü ile Meksika izlemektedir. Buna karşın, Türkiye ile arasında en yüksek uzaklık değerine sahip ülke 70,6 uzaklık ölçüsü ile Güney Kore olmuştur. Bunu sırasıyla 67,8 uzaklık ölçüsü ile Avusturya; 62,8 uzaklık ölçüsü ile İsviçre ve 62,5 uzaklık ölçüsü ile Japonya izlemektedir.

OECD ülkelerinin ağaç grafiği Şekil 3'te sunulmuştur. Grafiğin üst kısmında bulunan 0, 5, 10, 15, 20, 25 değerleri, küme birleşim uzaklık skalasını (Rescaled Distance Cluster Combine) göstermektedir. Bu değerler 0 (sıfır)'a ne kadar yakın ise bölgeler/gözlemler arası uzaklık o kadar az olmaktadır. OECD ülkelerinin kare öklit uzaklık ölçüsüne göre yapılan analiz, ülkelerin dört kümeden oluştuğunu göstermektedir.

Buna göre oluşan kümeler ise şu şekildedir:

- **Birinci Küme:** Yunanistan, İtalya, İspanya, Japonya, Portekiz, Lüksemburg, İsviçre, Finlandiya, İsveç, Belçika, Danimarka, Norveç, İzlanda.
- **İkinci Küme:** Yeni Zelanda, İngiltere, Avusturalya, İrlanda, Kanada, Hollanda, Fransa, Almanya, Slovenya, Avusturya, ABD.
- **Üçüncü Küme:** Polonya, Slovakya, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Güney Kore.
- **Dördüncü Küme:** Şili, Meksika, Türkiye, İsrail.

Şekil 3. OECD Ülkelerinin Ağaç Grafiği (Dendrogram)



Tablo 4’teki kümelere ilişkin sağlık göstergeleri ortalamalarından da görüldüğü üzere, birinci kümede genel olarak anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı bakımından düşük; kişi başına sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, doğumda beklenen yaşam süresi ve özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının yüzdesi bakımından yüksek olan ülkeler yer almaktadır. İkinci kümede özellikle özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları düşük; kaba doğum hızı ve GSYH içinde toplam sağlık harcamalarının yüzdesi yüksek olan ülkeler bulunmaktadır. Üçüncü kümede genellikle kaba ölüm hızı, DBT aşısı yapılma yüzdesi ve tüberküloz görülme sıklığı yüksek olan ülkeler yer almaktadır. Dördüncü kümede yer alan Türkiye, Meksika, Şili ve İsrail’in genelde kaba doğum hızı, kadın başına düşen doğurganlık oranı, anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızının yüksek; kişi başı sağlık harcaması, kaba ölüm hızı, toplam sağlık harcamaları içinde sağlık harcamalarının yüzdesinin düşük olduğu

görülmektedir (Bkz. Tablo 4). Türkiye, kendisi ile aynı kümede bulunan Meksika, Şili ve İsrail ile özellikle kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı, GSYH içinde toplam sağlık harcamalarının yüzdesi ve kadın başına doğurganlık oranı göstergelerinde önemli benzerlik göstermektedir. Fakat dördüncü kümede bulunan bu ülkelerin bazı sağlık göstergelerinde birbirinden farklılığı da söz konusudur. Örneğin, Türkiye ve Meksika'nın bebek ölüm hızı Şili ve İsrail'in bebek ölüm hızından yüksek olup, kişi başı sağlık harcaması ise bu ülkelerinkinin gerisindedir.

B- OECD Ülkelerine İlişkin Kümelerin Sağlık Göstergeleri (Sağlık Statüsü ve Sağlıkın Belirleyicileri) Bakımından Analizi

Kümeleme analizine göre, sağlık göstergeleri bakımından OECD ülkeleri dört ayrı kümede toplanmıştır. Fakat hem kümeleme analizinin güvenilirliğini artırmak hem de kümelerin, hangi sağlık göstergeleri üzerinde farklılık gösterdiğini ortaya koymak için "Kruskal-Wallis Testi" yapılmıştır.

Yapılan Kruskal-Wallis Testine göre, 12 sağlık göstergesinin 10'unda kümeler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Bkz. Tablo 4). Bu bakımdan sağlık göstergelerinin büyük bir çoğunluğunda, kümeler arasında anlamlı bir farklılığın bulunması kümelemenin güvenilirliğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'nin de içinde bulunduğu dördüncü grupta kaba doğum hızı ortalaması bin kişide 17,50 iken, sosyo-ekonomik durumu nispeten daha iyi olan birinci kümede 10,23; ikinci kümede 11,55 ve üçüncü kümede 9,67 olarak bulunmuştur. Kaba ölüm hızı ortalaması, dördüncü grupta bin kişide 5,50 iken, birinci grupta 8,92; ikinci kümede 8,18; üçüncü grupta 10,00 olduğu görülmektedir. Dördüncü kümede kadın başına doğurganlık oranı 2,25 olarak gerçekleşmiştir. Buna karşın birinci grupta 1,60; ikinci kümede 1,76 ve üçüncü kümede 1,36 olarak gerçekleşmiştir. Bir ve ikinci kümenin kişi başı sağlık harcamasının, üç ve dördüncü küme göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye'nin yer aldığı dördüncü kümede kişi başı sağlık harcaması ortalaması 1.269,25 dolar olarak gerçekleşmiştir. Bu karşın, üçüncü kümede 1.287,33 dolar; ikinci kümede 5.101,09 dolar ve birinci kümede 5.113,38 dolarlık kişi başı sağlık harcaması ortalaması gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları

Tablo 4. OECD Ülkelerine İlişkin Kümelerin Sağlık Göstergelerine Göre Karşılaştırılması

Sağlık Göstergeleri	Küme	n	Ortalama	Std. Sapma	X ^{2**}	P*
Kaba Doğum Hızı (1.000 Kişide)	Birinci Küme	13	10,23	1,589	14,019	,003*
	İkinci Küme	11	11,55	1,916		
	Üçüncü Küme	6	9,67	,516		
	Dördüncü Küme	4	17,50	2,887		
	Toplam	34	11,41	2,904		
Kaba Ölüm Hızı (1.000 Kişide)	Birinci Küme	13	8,92	1,188	13,049	,005*
	İkinci Küme	11	8,18	1,401		
	Üçüncü Küme	6	10,00	2,757		
	Dördüncü Küme	4	5,50	,577		
	Toplam	34	8,47	1,973		
Kadın Başına Doğurganlık Oranı	Birinci Küme	13	1,60	,2564551	14,686	,002*
	İkinci Küme	11	1,76	,2335497		
	Üçüncü Küme	6	1,36	,1505545		
	Dördüncü Küme	4	2,25	,5259911		
	Toplam	34	1,69	,3612836		
Kişi başı sağlık harcaması (Dolar)	Birinci Küme	13	5.113,38	2576,003	19,273	,000*
	İkinci Küme	11	5.101,09	1780,936		
	Üçüncü Küme	6	1.287,33	357,544		
	Dördüncü Küme	4	1.269,25	927,612		
	Toplam	34	3.981,97	2570,151		
Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Yüzdesi	Birinci Küme	13	76,85	7,198	6,604	,086
	İkinci Küme	11	72,82	10,391		
	Üçüncü Küme	6	69,67	10,558		
	Dördüncü Küme	4	58,75	13,124		
	Toplam	34	72,15	10,762		
GSYH İçinde Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi	Birinci Küme	13	9,69	1,1138982	19,486	,000*
	İkinci Küme	11	10,98	2,4157062		
	Üçüncü Küme	6	7,16	,9092121		
	Dördüncü Küme	4	6,67	,9500000		
	Toplam	34	9,30	2,2567565		
DBT Aşısı Yapılma Yüzdesi (12-23 Aylık Bebeklerde)	Birinci Küme	13	96,69	2,428	9,803	,020*
	İkinci Küme	11	94,09	4,300		
	Üçüncü Küme	6	98,00	2,000		
	Dördüncü Küme	4	91,50	6,351		
	Toplam	34	95,47	4,039		
Tüberküloz Görülme Sıklığı (100.000 Kişide)	Birinci Küme	13	9,62	6,145	7,259	,064
	İkinci Küme	11	7,27	2,611		
	Üçüncü Küme	6	28,83	34,096		
	Dördüncü Küme	4	15,75	6,850		
	Toplam	34	12,97	16,067		
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Birinci Küme	13	81,54	1,127	13,593	,004*
	İkinci Küme	11	80,91	,831		
	Üçüncü Küme	6	77,17	2,137		
	Dördüncü Küme	4	78,50	3,109		
	Toplam	34	80,21	2,267		
Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğum Başına)	Birinci Küme	13	5,62	2,329	10,111	,018*
	İkinci Küme	11	8,27	2,832		
	Üçüncü Küme	6	8,33	5,007		
	Dördüncü Küme	4	21,75	14,908		
	Toplam	34	8,85	7,270		
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğum Başına)	Birinci Küme	13	2,85	,899	22,586	,000*
	İkinci Küme	11	3,73	1,191		
	Üçüncü Küme	6	4,17	1,329		
	Dördüncü Küme	4	10,00	6,218		
	Toplam	34	4,21	3,063		
Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılanların Yüzdesi	Birinci Küme	13	81,85	8,275	8,565	,036*
	İkinci Küme	11	49,09	13,080		
	Üçüncü Küme	6	80,50	7,714		
	Dördüncü Küme	4	70,50	14,549		
	Toplam	34	69,68	18,055		

*: p<0,05 anlamlı farklılık

**: Kruskal Wallis testi

içinde kamu sağlık harcamalarının yüzdesi bakımından %76,85 ile birinci küme ilk sırada yer almaktadır. Dördüncü küme ise %58,75'lik ortalama ile son sırada yer almaktadır. GSYH içinde toplam sağlık harcamalarının yüzdesi bakımından, %6,67 ile dördüncü küme son sırada yer almaktadır. Öte yandan, birinci küme %9,69; ikinci küme %10,98 ve üçüncü küme %7,16'lık bir orana sahiptir. Bir diğer önemli sağlık göstergesi olan anne ölüm oranı ortalamasının dördüncü kümede binde 21,75; birinci kümede binde 5,62; ikinci kümede binde 8,27 ve üçüncü kümede binde 8,33 olduğu bulunmuştur. Dördüncü kümede yer alan Meksika'nın anne ölüm oranının yüz binde 41 olması dördüncü küme ortalamasının daha da yüksek çıkmasında etkili olmuştur. Toplumların sosyo-ekonomik durumunu yansıtan önemli bir gösterge olarak kabul edilen bebek ölüm hızı, birinci kümede binde 2,85; ikinci kümede binde 3,73 ve üçüncü kümede ise binde 4,17 olduğu görülmektedir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu dördüncü kümede bebek ölüm hızı binde 10 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4'te yapılan kümeleme analizine göre ortaya çıkan OECD ülke gruplarının, sağlık göstergeleri bakımından arasındaki farklılıklar test edilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre 12 sağlık göstergesinin 10'unda sağlık göstergeleri bakımından kümeler arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Gruplara göre aralarında anlamlı bir farklılık bulunmayan sağlık göstergeleri "Tüberküloz Görülme Sıklığı ($x^2=7,259$; $p=,064$; $p<0,005$)" ve "Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcamalarının Yüzdesi ($x^2=6,604$; $p=,086$; $p<0,05$)" olmuştur. Buna karşın, Kaba Doğum Hızı ($x^2=14,019$; $p=,003$; $p<0,05$), Kaba Ölüm Hızı ($x^2=13,049$; $p=,005$; $p<0,05$), Kadın Başına Doğurganlık Oranı ($x^2=14,686$; $p=,002$; $p<0,05$), Kişi başı sağlık harcaması ($x^2=19,273$; $p=,000$; $p<0,05$), GSYH İçinde Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi ($x^2=19,486$; $p=,000$; $p<0,05$), DBT Aşısı Yapılma Yüzdesi ($x^2=9,803$; $p=,020$; $p<0,05$), Tüberküloz Görülme Sıklığı ($x^2=7,259$; $p=,064$; $p<0,005$), Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ($x^2=13,593$; $p=,004$; $p<0,05$), Anne Ölüm Oranı ($x^2=10,111$; $p=,018$; $p<0,05$), Bebek Ölüm Hızı ($x^2=22,586$; $p=,000$; $p<0,05$), Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılanların Yüzdesi ($x^2=8,565$; $p=,036$; $p<0,05$) göstergelerinde kümeler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Fark çıkan gruplar ikili karşılaştırılarak farklılığa neden olan grupların ortaya konulması amacıyla Mann-Whitney U Testi uygulanmış ve sonuçlara Tablo 5’te yer verilmiştir.

Tablo 5. OECD Ülke Kümelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Çoklu Karşılaştırılması

Sağlık Göstergeleri	Grup (A)	Grup (B)	U**	p*
Kaba Doğum Hızı (1.000 Kişide)	Birinci Küme	Dördüncü Küme	,000	,003
	İkinci Küme	Üçüncü Küme	14.000.000	,049
		Dördüncü Küme	1,000	,006
Kaba Ölüm Hızı (1.000 Kişide)	Üçüncü Küme	Dördüncü Küme	,000	,008
	Birinci Küme	Dördüncü Küme	,000	,002
		Üçüncü Küme	14,000	,189
Kadın Başına Doğurganlık Oranı	İkinci Küme	Dördüncü Küme	1,000	,005
		Üçüncü Küme	3,000	,048
	Birinci Küme	Dördüncü Küme	16,500	,045
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (Dolar)	Birinci Küme	Üçüncü Küme	4,500	,014
		Dördüncü Küme	,000	,010
	İkinci Küme	Üçüncü Küme	,000	,001
GSYH İçindeki Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi	Birinci Küme	Dördüncü Küme	3,000	,009
		Üçüncü Küme	,000	,001
	İkinci Küme	Dördüncü Küme	1,000	,006
DBT Aşısı Yapılma Yüzdesi (12-23 Aylık Bebeklerde)	Birinci Küme	Üçüncü Küme	4,000	,002
		Dördüncü Küme	2,000	,007
	İkinci Küme	Üçüncü Küme	,000	,001
Doğumdan Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)	Birinci Küme	Dördüncü Küme	,000	,004
		Üçüncü Küme	10,500	,021
	İkinci Küme	Dördüncü Küme	2,000	,027
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğum Başına)	Birinci Küme	Üçüncü Küme	4,500	,002
		Dördüncü Küme	5,500	,003
	İkinci Küme	Üçüncü Küme	5,500	,041
Özel Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılanların Yüzdesi	Birinci Küme	Dördüncü Küme	5,500	,016
		İkinci Küme	7,500	,050
	İkinci Küme	Birinci Küme	,000	,000
Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğum Başına)	Birinci Küme	Üçüncü Küme	,000	,001
		Dördüncü Küme	3,000	,013
	İkinci Küme	İkinci Küme	32,500	,023
		Dördüncü Küme	6,500	,026

*:p<0,05 anlamlı farklılık

** : Mann Whitney U testi

OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine göre çoklu karşılaştırması Tablo 5’te verilmiştir. Kaba doğum hızı, dördüncü küme ile diğer ülkeler arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ayrıca OECD ülkelerinin kaba ölüm hızı (1.000 Kişide) bakımından dördüncü küme ile diğer üç küme arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu bakımdan dördüncü küme, bu göstergede farklılığa neden olan küme olmuştur. Kadın başına doğurganlık oranında birinci, üçüncü ve dördüncü ülke arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bebek ölüm hızı bakımından birinci ve ikinci, ikinci ve üçüncü, üçüncü ve dördüncü kümeler arasında anlamlı bir

farklılık bulunmamıştır. Buna karşın dördüncü küme ile birinci ve ikinci küme arasında anlamlı farklılık çıkmasında dördüncü kümenin etkili olduğu söylenebilir. Anne ölüm oranında ise birinci kümenin; birinci ve dördüncü kümelerle arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Dolayısıyla birinci küme, anne ölüm oranında farklılığa neden olan küme olmuştur. Tablo 5’te de görüleceği üzere, genel olarak üçüncü ve dördüncü küme birçok sağlık göstergesi bakımından anlamlı farklılıklara neden olmuştur.

SONUÇ

Sağlık göstergelerine göre yapılan bu kümeleme analizi çalışmasında, OECD ülkelerinin dört kümede toplandığı tespit edilmiştir. Ülkelerin kümelenmesinde farklılığı sağlayan sağlık göstergelerini ortaya koymak ve kümeler arasındaki farklılık durumunu yansıtmak için ayrıca, “Kruskal-Wallis Testi” ve “Mann-Whitney U Testi” uygulanmıştır. Yapılan test sonuçlarına göre, sağlık göstergeleri bakımından kümelerin anlamlı farklılık gösterdiği (on iki sağlık göstergesinin onunda) bulunmuştur. Kümelere göre aralarında anlamlı bir farklılık bulunmayan sağlık göstergeleri “tüberküloz görülme sıklığı” ve “toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının yüzdesi” olarak belirlenmiştir. Bu bakımdan, diğer 10 sağlık göstergesinin kümeler arasında anlamlı bir farklılık göstermesi, bu değişkenlerin (sağlık göstergeleri) OECD ülkelerinin kümelenmesinde oldukça önemli bir belirleyiciliğe sahip olduğunu göstermektedir.

OECD’nin geliştirdiği “Daha İyi Yaşam Endeksi (Better Life Indeks)’nin verileri ile bu çalışmada elde edilen sonuçlar arasında bir uyumun olduğu görülmüştür. Endeks, 34 OECD ülkesinin performanslarının sosyal, çevresel, sağlık ve diğer göstergeler aracılığıyla ölçülmesine dayanmakta ve bu göstergelerle ülkelerin genel görünümü ortaya konulmaktadır. Endeks, objektif ve subjektif verilere dayanmaktadır. Veriler; OECD sağlık istatistikleri veri tabanı, Avrupa Birliği istatistikleri, çeşitli ülkelerde genel hane halkı anketleri, ulusal resmi anketleri ve OECD’nin resmi internet sitesinde doldurulan anketlerden elde edilmektedir. Endeks’ten elde edilen güncel verilere göre, OECD ülkeleri arasında genel görünümü (sosyal, çevresel, sağlık ve diğer göstergeler) en alt seviyede olan ülke Meksika olup, bunu sırasıyla Türkiye, Şili ve Yunanistan izlemektedir (OECD, 2015b). Bu çalışmada ise dördüncü kümede yer alan bu ülkelerin

genel sağlık görünümü ile Endeks sonuçları arasında büyük oranda bir uyumun olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada birinci kümede yer alan İsveç, Norveç ve İsviçre'nin ise Endeks'te genel görünümü iyi olan ülkelerin başında geldiği görülmüştür. Bu çalışmada birinci kümede yer alan ülkelerin çoğunluğunun sağlık statülerine ilişkin göstergeleri OECD ülkeleri arasında oldukça iyi bir konumda olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada, ülkelerde egemen olan finansman modeli ile analiz sonucu ortaya çıkan kümeler arasında benzerlik olduğu görülmektedir. Örneğin, dördüncü kümede yer alan ülkelerin tamamında (Türkiye, Şili, Meksika, İsrail) egemen sağlık finansman modelinin “zorunlu sağlık sigortası (Bismarck)” olduğu, buna karşın birinci kümede yer alan Lüksemburg, Belçika ve Japonya hariç diğer 10 ülkenin tamamında egemen finansman modelinin “genel vergiler (Beveridge Modeli)” olduğu görülmektedir. Ayrıca, genel olarak birinci ve ikinci kümede sosyo-ekonomik durumu nispeten iyi olan ülkeler kümelenirken, dördüncü kümede ise büyük ölçüde sosyo-ekonomik durumu daha zayıf olan ülkelerin kümelendiği görülmektedir. Türkiye; İsrail, Meksika ve Şili ile birlikte dördüncü kümede yer almıştır. Öte yandan, ikinci kümede yer alan ABD, tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek kişi başı sağlık harcaması (9.146 dolar) yapmasına rağmen, kendine göre kişi başı sağlık harcaması oldukça düşük olan Yunanistan (2.146 dolar), Finlandiya (4.449 dolar) ve Estonya (1.072 dolar) gibi ülkelerin sağlık göstergeleri konusundaki başarıyı yakalayamadığı görülmektedir. ABD, OECD ülkeleri arasında kişi başı sağlık harcaması en yüksek ülke olmasına rağmen, en önemli sağlık göstergelerinden ikisi olan anne ölüm oranı (1000.000'de 14) ve bebek ölüm hızı (1.000'de 6) bakımından birçok OECD ülkesinin gerisinde kalmıştır. Bununla birlikte, ABD'ye göre kişi başı sağlık hizmeti harcaması oldukça düşük olan Finlandiya'nın anne ölüm oranı (100.000'de 3) ve bebek ölüm hızının (1.000'de 2) oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. ABD'ye göre kişi başı sağlık hizmeti harcaması oldukça düşük olan Estonya'nın anne ölüm oranı (100.000'de 9) ve bebek ölüm hızı (1.000'de 3) göstergelerinde ABD'nin önünde olduğu görülmektedir. Aynı şekilde, Yunanistan'ın da anne ölüm oranı (100.000'de 9) ve bebek ölüm hızı (1.000'de 3) gibi temel sağlık statüsüne ilişkin göstergelerinde OECD ülkeleri arasında oldukça iyi bir konuma sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla, kişi başı sağlık harcamasının yüksek olması kişilerin sağlık

statüsü üzerinde her ne kadar etkili olsa da, ülkelerin sağlık statüsünün yükseltilmesi konusunda tek başına etkili bir çözüm olamadığı aşikârdır. Bu durum, sağlığı etkileyen diğer faktörlerle açıklanabilir. Bununla beraber, sağlık statü göstergeleri en iyi olan ülke uygulamalarının izlenmesi, sağlık göstergelerini iyileştirmeyi hedefleyen ülkelere bir bakış sağlayabilir. Öte yandan, sağlık statüsü konusunda başarının düşük olmasına neden olan faktörlerin belirlenmesi ve yapılabilecekler konusunda paydaşların (hasta, hasta yakını, hekim, idari amir, sağlık politikacıları vb.) görüş ve değerlendirmelerinin alınması, sağlık statüsüne ilişkin göstergelerde daha iyi bir performans sağlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sağlık statüsüne ilişkin göstergeler konusunda (özellikle kişi başı sağlık harcamaları bakımından) dördüncü kümede yer alan Türkiye ve Meksika'nın diğer OECD ülkelerinin gerisinde olduğu görülmektedir. Fakat gelinen süreç değerlendirildiğinde yakın zaman içinde özellikle toplumun sosyo-ekonomik durumunun önemli bir göstergesi olarak kabul edilen anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı konusunda ülkemizde önemli ilerlemeler sağlandığı bilinmektedir. Örneğin, 2000 yılında anne ölüm oranı 100.000'de 79 iken, 2013'te 18'e gerilemiştir. Aynı başarının bebek ölüm hızında da sağlandığını görmek mümkündür. 2000 yılında 1.000'de 32 olan bebek ölüm hızı 2013 yılında 1.000'de 17'ye düşmüştür. Bunda, kuşkusuz sağlık hizmetlerinde devam eden dönüşümün etkisi büyüktür. Daha hasta merkezli bir hizmet anlayışı ile hastaların kamu hastanelerinin yanında özel hastanelerden de ücretsiz sağlık hizmeti alabilmelerinin sağlanması, hiçbir sosyal güvencesi olmayanların sağlık harcamalarının genel sağlık sigortası aracılığıyla devlet tarafından karşılanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulaması ile daha kolay erişilebilir hale getirilmesi bunların başında gelmektedir. Bu bakımdan, ilerleyen dönemlerde sağlık statüsüne ilişkin göstergelerde mevcut yapılanmanın ve sağlıkla ilgili diğer gelişmelerin katkısıyla daha iyi sağlık sonuçlarının alınacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Akar, Sevda (2014), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yönetim ve Ekonomi*, 21(1), 311-322.
- Akın Ayşe ve Korkut Ersoy (2012), *2050’ye Doğru Nüfus Bilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış*, (İstanbul: TÜSİAD).
- Alpar, Reha (2013), *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*, (Ankara: Detay Yayıncılık, 4. Baskı).
- Alptekin, Nesrin ve Gözde Yeşilaydın (2015), “OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergelerine Göre Bulanık Kümeleme Analizi ile Sınıflandırılması” *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7 (4): 137-155.
- Atabey, Selin Ertürk (2012), *Sağlık Sistemleri ve Politikası*, (Ankara: Gazi Kitabevi, Birinci Baskı).
- Barlas, Emin; Şantaş, Fatih ve Ahmet Kar (2014), “Türkiye’de Bölgesel Bebek Ölüm Hızlarının Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Karşılaştırmalı Analizi,” *International Conference on Eurasian Economies 2014*.
- Blum, Henrik L. (1974), *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*, (New York: Human Sciences Press).
- Canadian Institute for Health Informatin (2010), Making Sense of Health Indicators: Statistical Considerations, [https://www.usask.ca/sph/documents/Resources/Making%20Sense%20of%20Health%20Indicators], (12.12.2015).
- Çelebi, Kemal ve Serkan Cura (2013), “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz,” *Maliye Dergisi*, 164 (Ocak-Haziran): 47-67.
- Çelik, Halil Coşkun (2004), “Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlerden Kümeleme Yöntemi ve Kronik Sigara İçiciler Üzerine Bir Uygulama”, Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Doktora Tezi.
- Çelik, Halil Coşkun, ve Mustafa Kahyaoğlu (2007), “İlköğretim Öğretmen Adaylarının Teknolojiye Yönelik Tutumlarının Kümeleme Analizi”, *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 5(4): 571-586.
- Çelik, Şenol (2013), “Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye’deki İllerin Sınıflandırılması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14 (2): 175-194.
- Çelik, Yusuf (2012), *Sağlık Ekonomisi*, (Ankara: Siyasal Kitabevi, Birinci Baskı).
- Doğan, Nuri ve T. Oğuz Başokçu (2010), “İstatistik Tutum Ölçeği için Uygulanan Faktör Analizi ve Aşamalı Kümeleme Analizi Sonuçlarının Karşılaştırılması,” *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 1(2):65-71.
- Ergin, Işıl ve Hür Hassoy (2011), “Bebek Ölümlülüğünde Eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye’deki Duruma Dair Bir Değerlendirme,” *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1(3):98-104.
- Ersöz, Filiz (2008), “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, *İstatistikçiler Dergisi*, 2 (2008):95-104.

Ersöz, Filiz (2009), "OECD'ye Üye Ülkelerin Seçilmiş Sağlık Göstergelerinin Kümeleme ve Ayırma Analizi ile Karşılaştırılması", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(6):1650-1659.

Filiz, Yasemin (2010), *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finansman Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

First National Center (2007), *Understanding Health Indicators*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization.

Institute of Medicine of National Academies (2011), *Indicators for Healthy People 2020 Letter Report*, [https://iom.nationalacademies.org/~media/Files/Report%20Files/2011/Leading-Health-Indicators-for-Healthy-People-2020/Leading%20Health%20Indicators%202011%20Report%20Brief.pdf], (15.12.2015).

İslamoğlu, A. Hamdi ve Ümit Alnıaçık (2013), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, (İstanbul: Beta Yayınları, 3.Baskı)

İstanbuluoğlu, Hakan; Güleç, Mahir ve Recai Oğur (2010), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, Sayfa 86-99.

Karabulut, Kerem (1999), "Sağlık Harcamaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması", *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 13(1):, 139-152.

OECD (2015a), *OECD Database*, [https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm], (20.11.2015).

OECD (2015b), [http://www.oecdbetterlifeindex.org/#,2015], (26.11.2015).

Özgen, Nurettin ve Halil Coşkun Çelik (2008), "Üniversite Öğrencilerinin Coğrafya Dersine Yönelik Tutumlarının Kümeleme Analizi ile Belirlenmesi: Siirt Eğitim Fakültesi Örneği", *Marmara Coğrafya Dergisi*, 17:67-78.

Öztürk, Zekai ve Esmâ Tuğba Karakaş (2015), "Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri," *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2): 39-59.

Pekten, Ali (2006), "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler", *Sayıştay Dergisi*, 61:119-138.

Roberts, Marc J.; Hsiao, William Berman, Peter ve Michael R. Reich (2004), *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, (Ankara: Onur Matbaacılık Ofset Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.).

Romesburg, H. Charles (2004), *Cluster Analysis for Researchers*, (North Carolina: Lulu Press).

Sargutan, Erdal (2006), *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, (Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları).

Schirnding, Yasmin Von (2002), *Health in Sustainable Development Planning: The Role of Indicators*, (Geneva: World Health Organization).

Somunoğlu, Sinem (2012), "Sağlık Kurumları Yönetimi", *Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi*, (Ed: Mehtap Tatar) Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, 2-25.

Şerefoğlu, Ökkeş Arslan (2007), *Kahramanmaraş'ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye ile Karşılaştırılması*, Kahramanmaraş Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Projesi.

The World Bank (2015), The World Bank Data, [http://data.worldbank.org/turkish], (15.09.2015).

U.S. Centers for Disease Control and Prevention (2013), *Community Health Assessment for Population Health Improvement: Resource of Most Frequently Recommended Health Outcomes and Determinants*, Atlanta, GA: Office of Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services.

Uçar, Nezihe (2014), “SPSS Uygulamalı Çok değişkenli İstatistik Teknikleri”, *Kümeleme Analizi (Cluster Analysis)*, (Ed: Şeref Kalaycı), (Ankara: Asil Yayıncılık).

World Health Organisation (2015b), World Health Organization Database,” [http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/], (15.11.2015).

World Health Organization (2015a), 2015 Global Reference List of 100 Core Health Indicators, USA.

Yaz, Hüseyin Fatih (2014), “Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlerden - Kümeleme Analizi: SPSS ile Bir Uygulama,” [https://www.academia.edu/7276743/%C3%87ok_De%C4%9Fi%C5%9Fkenli_%C4%B0statistiksel_Y%C3%B6ntemlerden_K%C3%BCmeleme_Analizi_SPSS_ile_bir_uygulama], (28.01.2016).

Yıldırım, Hasan Hüseyin (2012), “Sağlık Sigortacılığı”, *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı*, (Ed: Hasan Hüseyin Yıldırım), Eskişehir, Açık Öğretim Fakültesi.

Yurdadoğ, Vural (2007), “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi,” *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1): 591-610.

An Analysis of Public Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey

Türkiye’de Kamu İlaç Politikaları, İlaç Fiyatlaması ve İlaç Harcamasının Analizi

Kadir GÜRSOY*

ABSTRACT

Turkey has undergone significant changes on its pharmaceutical policy with Health Transformation Program launched in 2003. For instance, Turkey moved from cost-based pricing system to external reference pricing system, reimbursement commission was first established, and positive list was introduced. Then Universal Health Insurance nearly covering whole population was put into practice. From 2003 to 2009, public pharmaceutical spending grew drastically, rising more than 7% annually on average in real terms. As a consequence, Turkish government announced a 3-year global budget on late 2009 along with new copayments for hospital outpatient visits and for prescriptions to reduce excessive utilization and additional rebates to lower drug prices. Those policies were quite successful in curbing overall expenditure, dropping by 28% in real terms in three-year time, as well as roughly 14 billion TL saving. In addition, spending in 2009 hiked to 1.7% of gross domestic product and then dropped to 1% in 2012 and stayed close to 1% in 2013 and 2014. However, Turkey faces new challenges to stabilize spending and increase credibility, transparency, and consistency of its reimbursement decisions. Designing clear methodology on reimbursement decision, revising positive list, developing alternative reimbursement methods such as risk sharing agreements, introducing jumbo pricing, launching new generic pricing policy and tendering, and incentives for rational drug use will help reach those targets.

Anahtar Sözcükler: Pharmaceutical policies, pricing of drugs, pharmaceutical spending, Turkey, drug reimbursement

ÖZ

Türkiye, 2003 yılında uygulanmaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ilaç politikalarında büyük bir değişime gitmiştir. Örneğin, maliyet bazlı fiyatlama sisteminden dış referans fiyatlamaya geçilmiş, geri ödeme komisyonu kurulmuş, tekil bir pozitif liste oluşturulmuştur. Ayrıca, neredeyse tüm nüfusu kapsayan Genel Sağlık Sigortası hayata geçirilmiştir. 2003-2009 yılları arasında, kamu ilaç harcamaları reel olarak yıllık ortalama %7’den fazla büyümüştür. Buna istinaden, bürokratlar 2009 yılı sonuna doğru 3 yıllık ilaç global bütçe anlaşmasını, sağlık hizmetlerinden aşırı yararlanmayı dizginleyen katılım payı uygulaması ve ilaç fiyatlarını aşağı çeken kamu iskontoları ile birlikte duyurmuştur. Uygulanan bu politikalar kamu ilaç harcamalarını azaltma konusu ciddi başarı sağlamış ve harcama 3 yıllık süreçte reel olarak %28 düşmüş, yaklaşık 14 milyar TL tasarruf sağlanmıştır. Ayrıca, 2009 yılında kamu sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %1,7’den 2012 yılında %1 seviyelerine gerilemiş ve 2013-14 yıllarında %1 seviyesinde sabitlenmiştir. Ama, Türkiye ilaç harcamasını istikrarlı bir seviyede tutmak ve geri ödeme kararlarının kredibiliti, şeffaflık ve tutatılığını arttırmak için yeni düzenlemeleri yapmak zorundadır. Geri ödeme kararları için daha şeffaf bir yaklaşımın tasarlanması, pozitif listenin yeniden gözden geçirilmesi, risk paylaşımı anlaşmaları gibi yeni geri ödeme yöntemlerinin belirlenmesi, jumbo fiyatlama sisteminin uygulanması, yeni bir jenerik fiyatlama politikasının benimsenmesi, jenerik ürünler için ihaleler açılması, ve rasyonel ilaç kullanımının teşvik edilmesi bu hedeflere ulaşmada katkı sağlayacaktır.

Keywords: İlaç politikaları, ilaçların fiyatlaması, ilaç harcamaları, Türkiye, ilaç geri ödemesi

* *Sosyal Güvenlik Uzmanı, Sosyal Güvenlik Kurumu,
kgursoy@sgk.gov.tr*

INTRODUCTION

Pharmaceuticals play a crucial role to achieve desired health outcomes, but at the same time they are a major cost driver for every healthcare system. Together with aging populations, extended life spans, and innovative and high-technology drugs; pharmaceutical spending has been on rise and many countries have been adopting cost containment strategies to curb spending (Carone et al., 2012; Adamski et al., 2010; Moreno-Torres et al., 2010; Kwong et al., 2014; Ognyanova et al., 2011). Turkey has a fast growing pharmaceutical industry with easy market access having a size of US\$12.5 billion in 2012, sixth biggest in Europe and sixteenth largest in the world (Investment Support and Promotion Agency of Turkey, 2014). For the last decade, Turkish healthcare system has been witnessing a significant transformation under the Health Transformation Program (HTP) aiming to increase the efficiency of the healthcare system and enhance access to healthcare facilities (Ministry of Health (MOH), 2003; World Health Organization, 2012; Rockefeller Foundation, 2010). Today, the system nearly covers all the population (98%) through Universal Health Insurance (UHI) implemented in 2008 (Social Security Institution (SSI), 2015) and the SSI is the single public payer of pharmaceuticals in Turkey, financing nearly 74% of total drug spending in 2013 (TurkStat, 2014).

With wider and easy access to pharmaceuticals Turkish public pharmaceutical spending raised drastically, 58% real growth over 7 years from 2002 to 2009, and government introduced 3-year global budget (2010-2012) in late 2009 allowing better expenditure management and price controls without limiting access to vital medicines. The strategy was quite successful in terms of bending the cost curve, public drug spending reduced by 9.9% and 27.7% in 2012 relative to 2009 in nominal and real terms respectively, yet nominal spending rose by 10% annually from 2012 till 2014.

Turkey needs to implement solid regulations such as launching jumbo pricing model based on therapeutic equivalence, implementing alternative reimbursement methods relying on risk sharing arrangements, further improving cost-effectiveness analysis during reimbursement process, and developing a new generic drug policy in order to stabilize spending and maintain sustainability, strengthen credibility, transparency, and consistency of its reimbursement decisions, as well as provide earlier access

to vital and innovative medicines. This study aims at analyzing how public pharmaceutical spending evolved with adopted policies, measuring the policy impacts, and then sets forth new policy options that can help maintain future financial stability and provide earlier access to new technologies.

This study first summarizes the recent public policy changes undergone in the last decade in the pharmaceutical industry in Turkey, then underlines pricing process of the pharmaceuticals, shows the methods for the analyses and provides the results, and finally discusses the main recommendations to further enhance the system and stabilize spending.

I- BACKGROUND ON TURKISH PHARMACEUTICAL POLICY AND LATEST REFORMS

Turkish healthcare system has experienced a significant alteration with HTP since 2003 (World Bank, 2009). HTP was designed to improve the main health outcomes lagged behind comparable countries, advance efficiency of the healthcare system, enhance equal access for all citizens, and achieve universal coverage with financial sustainability (MOH, 2003; Rockefeller Foundation, 2010). Parallel to HTP, in 2004, notification on the pricing of Medicinal products for human use was published. With this notification, Turkey moved from cost-based pricing system to external reference pricing system and reimbursement commission responsible for issuing the positive list of drugs was firstly established. In addition, value added tax (VAT) on pharmaceuticals reduced to 8% from 18%, and then pharmaceutical industry and government started to contract on public rebates.

In 2005, positive lists for three social security organizations¹ were

1 Prior to 2006, three separated health insurance schemes operated with widely differing benefits, regulations and contribution levels. Social Insurance Institution (SSK), founded in 1964, covered the largest segment of the population (blue and white-collar workers in the public and private sectors and their dependents). The Social Insurance Agency of Merchants, Artisans and Self-Employed (Bag-Kur) was established in 1971 and since 1987 has offered health benefits covering the self-employed. Government Employees Retirement Fund (Emekli Sandigi), established in 1949, covered retired civil servants and their families. Moreover, active civil servants' health expenditures were financed through allocations from the government budget to institutions through general revenues. Finally, Green Card program, introduced by the government in 1992 as a social assistance mechanism to cover poor people earning less than one-third of the minimum wage, was financed from the MOH budget via general revenues.

introduced and then they were integrated under a unique list together with the introduction of equivalent groups², drugs were grouped into equivalent groups based on the active molecule and reimbursement was capped at 30% above the cheapest brand in each group. Furthermore, till 2005 SSK was running its own pharmacies, they were closed and its beneficiaries obtained the right to access private pharmacies. Green Card holders were given access to pharmaceuticals for the first time. In 2006, all social security organizations were unified under one umbrella, namely SSI. The cap in equivalent groups was reduced to 22%.

In 2007, Health Implementation Practice was introduced by SSI to harmonize and equalize the benefits offered and set rules for reimbursement, invoicing, and copayments. Then a new copayment regime was introduced. Based on this regime, pharmaceuticals are fully reimbursed if a patient has a chronic disease certified by a physician. Otherwise, contributors and their dependents pay a 20% coinsurance and beneficiaries a 10% coinsurance. Inpatient pharmaceuticals are fully reimbursed (SSI, 2014). Besides, notification on pricing of Medicinal products for human use was revised; generic drugs were priced at 80% of their originator drugs, and wholesalers and pharmacies were remunerated via regressive mark-ups with margins being regulated by the government.

In 2008, pharmacy discounts were announced and applied progressively based on pharmacy sales. Besides, Medical and Economic Appraisal Commission operating under Reimbursement Commission was established to represent the technical expertise needed assessing the dossiers submitted by the pharmaceutical industry and prepare recommendations for inclusion of new drugs into the reimbursement list. The recent guideline for reimbursement applications has made pharmacoeconomic analysis compulsory and the implicit criterion at present is the budget impact of inclusion/exclusion of a procedure/technology from the positive list. At the end of 2009, due to huge increase in public pharmaceutical spending, global budget was implemented for the upcoming three years, government and pharmaceutical industry signed a contract indicating a global budget of 14.6, 15.6 and 16.7 billion

2 Equivalent product means products whose active substance(s), pharmaceutical forms and unit amounts of raw material are the same.

TL for the years 2010, 2011, and 2012 respectively. It was also announced if the budget was exceeded, additional cost containment measures to be taken. Moreover, external reference pricing of generics was reduced to 66% of their originator drug reference price and cap in equivalent drugs were further lowered to 15%. In addition, as a demand-side measure, copayments were increased for hospital outpatient visits (5 TL for public and university hospitals, 12 TL for private hospitals) (SSI, 2014).

In 2010, civil servants were also brought under UHI. At the end of 2010, as 2010 global budget was exceeded, rebates were further increased and reference pricing for generic drugs dropped to 60% of the originator drug price. In 2011, equivalent drug band was lowered to 10% and SSI started to track prescribing behavior of physicians and sent all physicians summary notices on their performance. In 2012, a new copayment practice for prescribed drugs was introduced, 3 TL up to three packs and additional 1 TL for each additional pack in each prescription (SSI, 2014). Finally according to the protocol signed between SSI and Turkish Pharmacists' Association, pharmacy discounts were updated in 2013 and pharmacies having a yearly sales less than 700 thousands TL, and remaining would receive service charge of 0.75, 0.25 TL per each prescription written respectively.

In September 2014, a law was put into practice allowing SSI to negotiate with pharmaceutical companies and accomplish risk-sharing agreements and SSI has set rules on how this practice will work in 2015. As of October 2014, for selected 15 equivalent groups, equivalent band was equalized to base price.

II- PRICING PROCESS OF PHARMACEUTICALS IN THE POSITIVE LIST

In February 2004 a new pharmaceutical pricing system, namely the external reference pricing system, was launched. Formerly, the system relied on a cost-based pricing method. Under the decree on the pricing of medicinal products for human use, the reference price of an originator product is determined according to the lowest ex-factory price among 5 European Union member countries, namely France, Spain, Italy, Portugal, and Greece (MOH, 2012). Under this decree, government has the right to change reference countries and increase the number of countries up to 10. For originator products,

reference price is 100% of the price in the lowest ex-factory price. For generics, prices are determined as 60% of the price of the originator product. The prices of generics cannot be higher than the originators' reference prices and the highest price of the equivalent generic in the market. If the originator lowers the price, the generics have to lower prices as well. "20 year old products" is a unique category present only in Turkish market defined in pricing decree as products whose any form are marketed before 1987 in any country (MOH, 2012). The price of 20 year old drugs is determined as 80% of the reference price if they have references (If the drug's ex-factory price is lower than 6.79 then their reference price is 100%). Otherwise, their price depends on the cost data during the production process.

Turkey also applies molecule-based equivalent grouping. There are roughly 1,500 equivalent groups. For each equivalent group, the base price is calculated and up to 10% over the base price is reimbursed by SSI and the remaining is financed out-of-pocket (SSI, 2014). However, a drug having the lowest price can only be accepted as a base-priced drug if it takes at least 1% sales volume of that group over the last 5 months. Patients are free to choose which drug they want to purchase, either the most expensive one or the base-priced one. With this implementation, on average Turkey saves 4% yearly. It is important to note that equivalent band practice sometimes creates stickiness of the drug prices and do not further encourage price erosion.

Once the ex-factory price of the drug is determined, the price is converted into TL by using the fixated euro value (1.9595); this price constitutes the selling price to the wholesalers. However, some of the blood products are valued based on the current euro-TL exchange rate. The fixated euro value is updated based on the fluctuations in the euro-TL exchange rate. Even though 1 euro is currently exchanged for around 2.95 TL in the market as of June 3, 2015 and pricing decree envisages an update in case of a change in the foreign exchange rate, government avoids using this current rate to hold TL prices of drugs lower. The euro value was increased to 2 as of July 1, 2015. The pharmacy retail price is determined by adding wholesale and pharmacy mark-ups and 8% VAT. Wholesalers and pharmacies are remunerated via regressive mark-ups with margins being regulated by the decree on pricing of medicinal products. The

regulation is binding for all pharmaceuticals and government holds the power to update the rates.

For drugs in the positive list, there is a public sector statutory rebate determined depending on the wholesaler's price and product group. For example, all products having wholesale price lower than 3.56 is exempted from that rebate. For originator products, rebate is 20% (41%) if the wholesale price is between 3.55 and 6.78 (more than 6.78 TL). Table 1 shows all rebates for different product groups. All these rebates are based on the pharmacy retail price. In addition, a pharmacy discount is applied on the price determined after the rebate is deducted if the payment is reimbursed by SSI. Pharmacy discount rates depend on the pharmacy revenue. 0%, 1%, 2.5%, and 3% pharmacy discounts are applied for the pharmacies having a yearly sales less than 700 thousands TL, between 700 thousands TL and 900 thousands TL, from 900 thousands TL to 1,500 thousands TL, and above 1,500 thousands TL respectively.

Table 1. *Statutory Rebates for Reimbursed Drugs at Retail Level (SSI, 2014)*

Product Group	Regarding the sale price to wholesalers (in TL)			
	Up to 3.56	3.56 to 6.78	6.79 to 10.21	Above 10.22
Originators without Generics	0.0%	20.0%	41.0%	41.0%
Generics and Originators with Generics	0.0%	20.0%	28.0%	28.0%
20 year-old products				
Referenced	0.0%	20.0%	28.0%	28.0%
Without Reference	0.0%	20.0%	41.0%	41.0%
Blood , Enteral nutrition products, and medical formula	0.0%	11.0%	11.0%	11.0%

Some manufacturers also offer additional discounts to SSI to ensure that their drugs are added to the positive list and earn a competitive advantage over comparator drugs. The statutory pricing regulation sets upper limits, yet manufacturers are free to lower their prices or give special discounts to the public sector.

To give a concrete example for the pricing process, let's assume that drug X is a generic drug and its originator brand is priced for 38.65 Euros in Spain, the lowest reference price in 5 EU countries. Then reference price of the drug is 60% of the originator, which is 23.19 Euros. Then we convert euro prices to TL with fixated exchange rate (1.9595) and selling price to

the wholesaler is 45.44 TL. We add wholesale and pharmacy mark-ups and VAT and we get 66.38 TL. Then we apply public rebates of 28% since drug X is a generic drug whose wholesaler price is above 10.22, we get 47.79 TL. We also deduct 10% coinsurance and 3% pharmacy discount. After all those calculations, the final price that SSI pays to the pharmacy is 36.80 TL if it is not in any equivalent groups.

To make it clear how the equivalent band works, assuming that the equivalent group A consists of 7 drugs, each having different after public rebate prices. Then unit price for one capsule of each drug is determined and lowest unit price is calculated. Provided that unit prices are 10 TL, 9 TL, 10.5 TL, 11 TL, 10.9 TL, 15 TL, and 12 TL and the lowest unit priced-drug cannot fulfill the 1% sales volume condition. Hence, the base-price is 10 TL and the maximum amount SSI will pay is 11, which is 10% above the base-price. If the patient purchases the drug having base-price of 10.9, SSI will fully cover the cost and no out-of-pocket payment for the patient. However, if he/she buys 12 (15) TL priced-drug, then SSI only covers 11 TL, 1 (4) TL is paid out-of-pocket.

III- METHODS

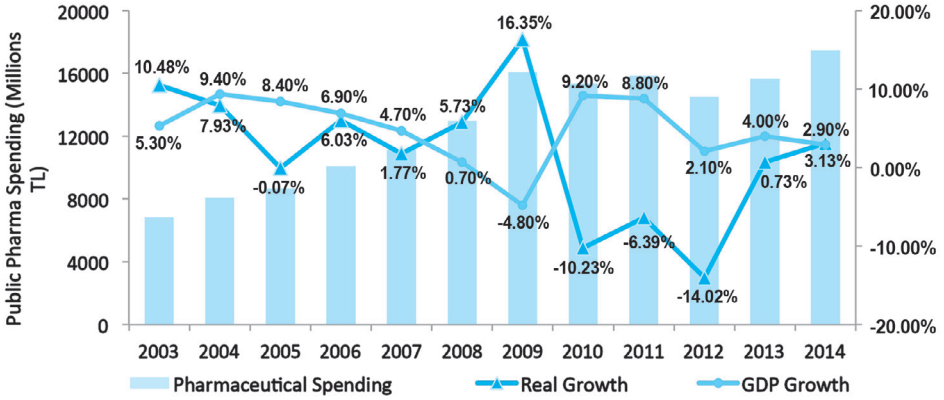
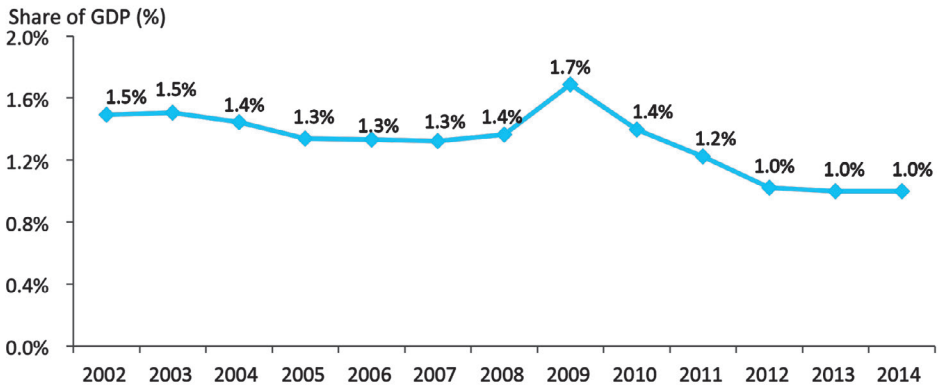
According to SSI health spending data, public drug spending from 2002 to 2014 were collected. Consumer price index (CPI) and gross domestic product (GDP) growth rates for each year were obtained, calculated and then real growth rate was compared with GDP growth for each year. Furthermore, each year's spending was converted into 2002 year's spending, defined as base year, by eliminating CPI and then GDP growth rate and real spending numbers were figured out. Claims data from SSI for all ambulatory care drugs reimbursed were collected monthly in the period of January 2009 to December 2014, and then saving impact of cost-containment measures, namely increase in public rebates and copayments for outpatient visits and prescriptions, were worked out. Assuming that fixated euro exchange rate was updated, possible new public pharmaceutical spending was analyzed and exchange rate sensitivity to drug spending was evaluated. Besides, all reimbursed drugs were grouped as generics and originators, and each share on overall spending was computed.

Based on SSI claims data, number of written prescriptions and average cost per prescription from 2007 to 2014 were also computed. In addition, the distribution of prescriptions among different healthcare providers was assessed and spending per each prescription among providers was found. Deficiencies of current generic pricing policy was pointed out by giving an example and as an alternative option to molecule-based equivalence, saving impact of introducing therapeutic equivalence for one ATC-3 group was studied.

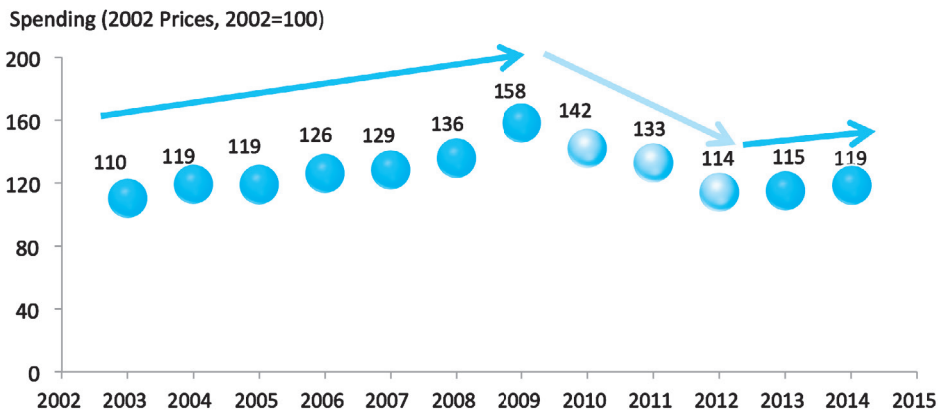
IV- RESULTS

Nearly 74% of the all pharmaceutical spending is reimbursed through SSI, and the remaining is covered by out-of-pocket payments or private insurance (TurkStat, 2014). As seen Figure 1, publicly-funded pharmaceutical market reached 17.5 billion TL and 1.4 billion packs by sales volume in 2014. After the introduction of HTP till 2009, real spending growth nearly raised parallel to GDP growth, more than threefold increase in nominal spending. However, pharmaceutical spending rose drastically by 16.3% in real terms in 2009 even the Turkish economy shrank by 4.8%, signaling a great strain on the public budget. From that point, with the implementation of global budget and other demand side measures explained in the previous section, spending in real terms reduced by 10.2%, 6.4%, and 14% in 2010, 2011, and 2012 respectively. All those cost reduction practices saved nearly 14 billion TL in three years. However, it should be noted that if the fixated euro exchange rate were updated based on the current rate, 10% increase in fixated euro exchange rate would boost public pharmaceutical spending by 8.4% on average. In other words, 10% increase in the fixated rate approximately raises overall public spending 1.5 billion TL. After 2012, there has been an upward trend in spending, average of 2% annual real growth. Furthermore, spending in 2009 hiked to 1.7% of GDP compared to 1.5% in 2002 and then dropped to 1% in 2012 and stayed close to 1% in 2013 and 2014 (Figure 2).

Figure 3 shows how spending evolved in real terms assuming that year 2002 has a base of 100. From 2002 to 2009 public pharmaceutical spending rose by 58% in real terms, 7% annually; thanks to easy access to pharmaceuticals with the introduction of universal health insurance and

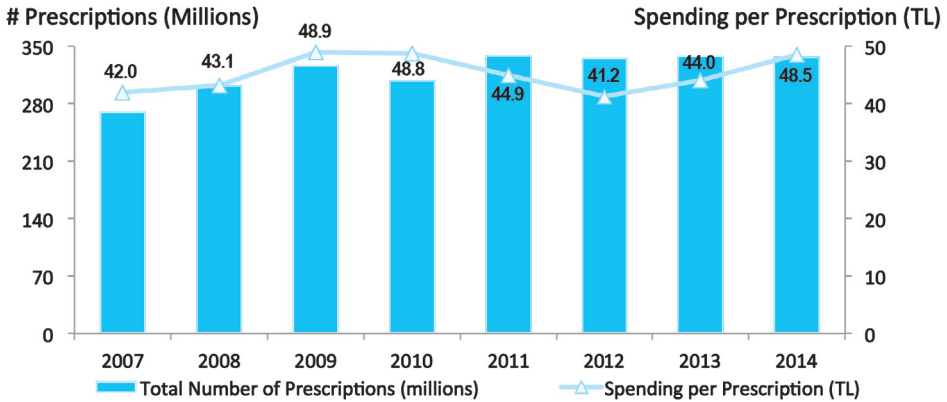
Figure 1. Public Pharmaceutical Spending, Real Growth and GDP Growth**Figure 2.** Public Pharmaceutical Spending as a Percent of GDP, 2002-2014

no strict cost-containment measures. Then the spending in 2012 in real terms approximately dropped to 2003 level and over four-year time, 2009 to 2013, spending shrank roughly by 28% in real terms while overall GDP growth at the same period is higher than 26%. This also clearly shows that the cost-containment regulations worked well to mitigate costs. Yet, it is noteworthy that starting from 2013 spending rises in real terms with new innovative drugs entering the reimbursement list.

Figure 3. Public Pharmaceutical Spending as a Percent of GDP, 2002-2014

Pharmaceutical spending has two determinants: utilization and costs. When looking at utilization figures (Figure 4), number of prescription written went down in 2010 and then stayed at 2009 level after an average annual increase of 10% in 2008 and 2009. The increase in 2008 and 2009 stemmed from introduction of UHI with an extensive benefit package and easy access to pharmaceuticals, while the reduction was mostly due to copayments introduced for outpatient visits and prescriptions. On the cost side, spending per prescription from 2007 to 2009 rose nearly by 15%, and then it started to decrease thereafter with price cuts in drugs till 2013. However, in 2010 even average reduction in final drug prices were more than 15% as a result of an increase in public rebates and generic reference pricing cut, spending per prescription only went down by 1%, indicating a considerable shift from lower priced-drugs to more expensive one, particularly from smaller packs to larger packs in 2010. In 2011, there was almost 8% drop in spending per prescription compared to 2010 due to additional rebates introduced in late 2010. As a result, in the cost side increasing public rebates together with fixed euro exchange rate resulted in lowered drug prices till 2013. Since 2013, even number of prescription stayed still, spending per prescription rose by 8.4% annually with new high-cost drugs penetrating to the Turkish market.

When it comes to the average discounted price, what is paid by SSI,

Figure 4. Prescription and Spending Per Prescription (Publicly Funded)

Note: Spending and # prescriptions figures do not contain medicines prescribed to foreign citizens residing in Turkey and medicines dispensed through Association of Turkish Pharmacists.

while the generics price dropped to 7.61 TL in 2013 from 10.27 TL in 2009 (26% reduction), originators only shrank by 18% mostly due to cost-containment measures adopted since late 2009 such as increase in public rebates and reduction in the reference pricing of generics and their originators from 66% to 60%. The main reason behind higher average price reduction in generics compared the originators stemmed from the fact that they were much more affected by those measures. When we ignore the drugs entering the reimbursement list in 2010 and onwards, average generic (originators) price in 2013 decreased to 6.6 TL (14.3 TL). New generics (originators) penetrating the market in 2010 and onwards had nearly 69% (36%) higher average prices than the old ones entering the reimbursement list before 2010. When we look at the newly reimbursed drugs after 2012, the results are different. On one hand new originators had 2.41 times higher prices; on the other hand new generics were only 48% expensive. This clearly shows that average prices for new drugs are on the rise in the recent years.

Turkey has a strong branded generics market with domestic production. In 2014 generics represented nearly 50% of sales volume of all ambulatory

care drugs and 30% of value, reducing 2.7 percentage points in volume and 2.4 points in value compared to 2009. Compared to European Union (EU) averages, generic share in Turkey regarding sales volume is close to EU figure (50%). However, generics share in total sales value is fairly higher than EU average (18%) (Sheppard, 2010), arguing whether there is still room for further price reduction on generics.

The price reduction with first generic entry changes depending on the regressive wholesale and pharmacy margins, public rebates, and whether the originator is a 20 year old or not. As explained in the previous section the higher the wholesale price, the more the rebates and rebates differ according to product group. A 20 year old originator drug price did not change when its generic entered the market, then no price reduction occurred. If not, the price erosion ranged between 19% and 28%. As an example, an originator drug with the lowest reference price of €165 was paid for 252 TL by SSI. Provided its first generic entered the market, SSI would only pay for 180 TL, a reduction of 28%. Here, it means that generics erode prices at most 28% given no additional rebates offered, signaling a need for new policies to gain higher benefit from generics.

In Turkey, there are more than 1500 equivalent groups, generating roughly 60% of all sales value in 2014. We can call those groups as unprotected market, since it is free to penetrate the market as soon as drugs are admitted to the reimbursement list. With molecule-based equivalent grouping and capping SSI payment no more than 10% above the base price Turkey saves 4% yearly on average. On the other hand, drugs in the groups generally tend to lower their prices close to the cap and do not compete against prices, instead mostly focusing on marketing. In other words, equivalent band practice sometimes creates stickiness of the drug prices and do not further encourage price erosion. For instance, for some high sales value groups, weighted average discounted prices are so close to 10% cap. It is estimated that lowering the band to base price for all equivalent groups end up shrinking public spending by nearly 3%, approximately 500 million TL savings yearly. SSI released a pilot implementation for 15 selected equivalent groups and reduced the band to base price starting from 1 October, 2014.

Another interesting analysis is about the distribution of prescriptions

among healthcare providers. In 2012, nearly half of the prescriptions (48%) were written by general practitioners (GPs) consisting primary care physicians and family practitioners, stating that absence of referral system encouraged people routinely by-pass primary healthcare to seek services at higher levels. It is believed the share of written prescription by GPs in total written prescriptions will rise with the introduction of referral chain. 35% of all prescriptions were given by secondary and tertiary public hospitals. The share of university hospitals where mostly tertiary care was provided is around 3%, private hospitals took nearly 15% share. There is no marked change in the structure of distribution of prescriptions in 2013 and 2014.

When it comes spending per prescription among providers, it embodies interesting results. Averages spending per prescription in family practice, public and private hospitals were nearly the same, meaning either GPs were prescribing higher-cost medicines or public and private hospitals were operating like family medicines, mostly indicating the importance of gate keep system. Without implementing gate keeping system, patients can easily access to public and private hospitals where more serious health problems are diagnosed. In universities, spending per prescription was 4 times higher than other hospitals since they treat complicated diseases.

V- DISCUSSION: NEW CHALLENGES AND POLICY OPTIONS

Both demand and supply side measures introduced since 2009 seem to perform well in terms of reducing pharmaceutical spending together with the fixated euro exchange rate. However, increasing public rebates and fixated euro exchange rate put great pressure on manufacturers and some manufacturers requested government to reduce rebates or increase their wholesaler prices for many drugs, otherwise they would leave the Turkish market (AIFD, 2013). Their main arguments are that their discounted prices in Turkey are referenced in other 32 countries, prices cannot cover their costs and they are reluctant to bring their new innovative products to the Turkish market. As a result, for 323 originator drugs the rebates were lowered by 7.5 to 9 percentage points, 154 drugs' prices rose by 15%, and 39 drugs received price increases due to exchange rate parity update by Price Appraisal Committee between 2011 and 2013. Increasing rebates seems not to be an appropriate method to ensure long-term sustainability

and provide access to vital medicines (AIFD, 2013). As a solution, Turkey needs to launch new policies to better stabilize the growth in pharmaceutical spending and speed up the earlier access to innovative drugs.

As a first step, reimbursement commission needs to further develop capacity for pharmacoeconomic assessment of new therapies, design clearer methodology for the decision making process relying on cost-effectiveness analysis, and consider value for money (Worldbank, 2008; OECD, 2008). This will avoid questions on the reimbursement commission's decisions, increase credibility of the commission, and ensure transparency. In 2013, total spending for newly reimbursed drugs after 2012 aggregated 3% of overall drug spending, indicating the importance of reimbursement decision.

Secondly, SSI may introduce internal reference pricing system based on therapeutic equivalence as it was adapted in Germany and Holland (Worldbank, 2008; Galizzi et al, 2011; Danzon and Ketcham, 2004). This will allow further lowering drug prices and create room for innovative drugs to get reimbursed, as well as better allocation of limited budget. As an example, merging existing 8 equivalent groups into one therapeutic group and accepting the price cap as the average of three lowest discounted prices would reduce prices further by 42% on average, totaling 200 million TL saving annually. Alternatively, Turkey can announce tenders³ for drugs having the same active molecule or therapeutic equivalence, further reducing prices as in Holland, Germany, Belgium, and Hungary (Ferrario and Kanavos, 2013; Kanavos et al, 2009).

Thirdly, Turkey can implement a new generic pricing policy since Turkey seems not to maximize its full potential with respect to generic medicines. Today, the generic drugs only reduce the ex-factory price of the originator drug by 0% and 40% depending on whether originator drug is 20 year old or original respectively and this reduction occurs when first generic enters the market. According to a study conducted in the US, first generic price was slightly lower than the originator, but second generic dropped the average price by 50%, and when larger number of generics penetrated the market, prices fell by 80% (IMS, 2005). As an option, in the case of each additional

3 Tendering is a mechanism whereby purchaser buys drugs based on a competitive bidding process (Leopold et al, 2008)

generic entry after the first generic, reference price can be reduced by 10 percentage points till the price reaches 30% (50% for 20 year old drugs) of reference price. Under this scenario, prices could further erode by 21% for selected 12 equivalent groups having high level of sales value.

Fourthly, equivalent band for some groups encourages competition and reduce prices to a certain level, but after that point prices do not lower further. In this regard, to reduce prices further, SSI could only pay the base price and the remaining would be covered out-of-pocket. Moreover, in order to boost competition and further take down the prices, drug's price that is certain percent higher than the base price can be removed from the list or SSI can ask for them to reduce the price otherwise they will be out of reimbursement list.

Fifthly, Turkey may implement new reimbursement strategies based on risk sharing agreements⁴ to get rid of uncertainty of sales, encourage earlier access to innovative drugs, as well as analyze efficiency of the drugs in real-life experience, assessing whether the new drug generates additional benefit in real-life data. As risk sharing agreements, Turkey can adopt price-volume, conditional treatment continuation, pay-back, no cure no pay agreements with pharmaceutical companies (Carone et al., 2012; Adamski et al., 2010; Ferrario and Kanavos, 2013; Cook et al, 2008; Barros, 2011). Moreover, Turkey can avoid announcing public rebates for certain drugs having confidential agreements, letting higher prices be referenced by other countries.

Finally, since the physicians are the most important actor inducing the demand for pharmaceuticals, incentives for rational use of medicines to physicians need to be developed together with tracking prescribing behavior of physicians (Worldbank, 2008; Hogerzeil, 1995; Laing et al, 2001). Today, SSI does not pay the physicians, but instead pays healthcare providers in return of their services. However, allocating a budget for physicians who stimulate low-cost drugs will help mitigate pharmaceutical spending.

4 In the literature, risk sharing agreements are named as managed entry agreements.

CONCLUSION

Over the last decade Turkey has achieved compelling improvements in its pharmaceutical system. Turkey moved from a system of multiple insurance schemes covering only majority of the population to a single-payer system providing the whole population with access to a wide range of health services and ensuring unity, equity, and efficiency in the delivery of these services. Easy access to health services without strict cost-control mechanisms ended up skyrocketing public pharmaceutical spending, 58% increase from 2002 to 2009 in real terms. Then, government implemented demand and supply side cost-containment measures to curb pharmaceutical spending and pharmaceutical spending dropped by 2.5% and 27.2% between 2009 and 2013 in nominal and real terms respectively. Starting from 2013, there has been an upward trend in spending. Turkey faces new challenges to enhance its system, provide earlier access to innovative drugs, and stabilize pharmaceutical spending because both increasing public rebates is not sustainable in the long-run and it exerts great burden on pharmaceutical companies. To hit those targets, further developing capacity for pharmacoeconomic assessment relying on health economics principles and methodologies, revising positive list and introducing jumbo pricing model based on therapeutic equivalence, launching new generic pricing policy, implementing risk sharing agreements with pharmaceutical companies, and giving incentives for rational drug use may be policy options for Turkey.

References

- Carone G.; Schwiertz C. and A. Xavier (2012), "Cost-containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU, European Economy, *Economic Papers* 461, September 2012, European Commission.
- Adamski, J.; Godman B., G. Ofierska-Sujkowska et al. (2010), "Risk Sharing Arrangements for Pharmaceuticals: Potential Considerations and Recommendations for European Payers", *BMC Health Services Research*, Vol. 10 (153):1-16.
- Moreno-Torres I.; Puig-Junoy J. and JM. Raya (2010), "The Impact of Repeated Cost Containment Policies on Pharmaceutical Expenditure: Experience in Spain", *European Journal of Health Economics*, Vol. 12: 563-73.
- Kwong D.; Alessandra F., J. Adamski, A. Inotai and Z. Kalo (2014), "Managing the Introduction of New and High-Cost Drugs in Challenging Times: The Experience of Hungary and Poland. Eurohealth: Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies", Vol. 20 (2): 25-8.
- Ognyanova D.; Zentner A. and R. Busse (2011), "Pharmaceutical Reform 2010 in Germany: Striking a Balance Between Innovation and Affordability", *Eurohealth*, Vol. 17 (1):11-3.
- Investment Support and Promotion Agency of Turkey (2014), "The Pharmaceutical Industry in Turkey", [<http://www.invest.gov.tr/en-S/infocenter/publications/Documents/PHARMACEUTICAL.INDUSTRY.pdf>], (15.06. 2014).
- MOH (2003), "Transformation in Health", [<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>].
- World Health Organisation (2012), "Turkey Health System Performance 2011", World Health Organization Regional Office for Europe.
- The Rockefeller Foundation (2010), "Catalyzing Change: The System Reform Costs of Universal Health Coverage", pp. 51-9. 2010 Rockefeller Foundation, New York.
- Social Security Institution (2015), *Monthly Statistic Bulletin December 2014*, [<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>] (10.04.2015).
- TurkStat (2014), *Health Expenditure Statistics 2013*, Release Number 16161, (05.11.2014), [<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161>], (15.02.2014).
- World Bank (2009), "Health System Strengthening: Lessons From the Turkish Experience", *World Bank Europe and Central Asia Knowledge Brief*, (December 2009), Volume 12.
- SSI (2014), "Health Implementation Practice", (20.05.2014), [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler]
- MOH (2012), "Notification on the Pricing of Medicinal Products for Human Use", [www.saglik.gov.tr].
- Sheppard A. (2010), "Generic Medicines: Essential Contributors to Long-Term Health of Society", [<http://www.imshealth.com/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=nJ+Co/rF7N>], (10.05. 2015).

Turkey's Pharmaceutical Vision 2023 Report, [http://www.aifd.org.tr/PDF/2023_Rapor/2023_strat_en.pdf], (14.06.2014).

Turkey: Pharmaceutical Sector Analysis, [<http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/01/18240260/turkey-pharmaceutical-sector-analysis>], (25.06.2014).

OECD/World Bank, "OECD Reviews of Health Systems: Turkey", Paris: OECD Publishing, 2008.

Galizzi M.; Ghislandi G. and M. Miraldo (2011), "Effects of Reference Pricing in Pharmaceutical Markets", *PharmacoEconomics* 2011; 29(1):17-33.

Danzon MP. and JD. Ketcham (2004), "Reference Pricing of Pharmaceuticals for Medicare: Evidence from Germany, the Netherlands and New Zealand", *Forum for Health Economics and Policy*, 2004;7: 1-47.

Leopold C.; Habl C. and S. Vogler, *Tendering of Pharmaceuticals in EU Member States and EEA Countries. Results from the Country Survey, 2008*, Vienna, ÖBIG Forschungs- and Planungsgesellschaft mbH., [<http://whocc.goeg.at/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=0Maj7BV9J6>], (27.05.2015).

Ferrario A. and P. Kanavos, "Managed Entry Agreements for Pharmaceuticals: The European Experience", Brussels: Eminent, 2013.

Kanavos P.; Seeley L. and S. Vadoros, "Tender Systems for Outpatient Pharmaceuticals in the European Union: Evidence from Netherlands, Germany and Belgium", Brussels: European Commission, 2009.

Generic Competition and Drug Prices, [<http://www.fda.gov/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofMedicalProductsandTobacco/CDER/ucm129385.htm>], (02.05.2015).

Cook JP.; Vernon, JA. and R. Manning, "Pharmaceutical Risk-Sharing Agreements", *PharmacoEconomics* 2008; 26(7): 551-6.

Barros PP., "The Simple Economics of Risk-Sharing Agreements Between the NHS and the Pharmaceutical Industry", *Health Economics*, 2011; 20(4): 461-70.

Hogerzeil H., "Promoting Rational Prescribing: An International Perspective", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1995; 39:1-6.

Laing RO.; Hogerzeil, HV. and D. Ross-Degnan, "Ten Recommendations to Improve Use of Medicines in Developing Countries", *Health Policy and Planning*, 2001;16: 13-20.

SGD YAYIN İLKELERİ

1. Sosyal Güvenlik Dergisi altı aylık periyotlarla yılda iki kez yayınlanır.
2. Sosyal Güvenlik Dergisi, Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyet alanına ve sosyal güvenlik, sosyal politika ve endüstri ilişkileri disiplinine katkısı olabilecek her alanda çalışmalara yer vererek ülkemizin düşünsel birikimine katkıda bulunmak, toplumda sosyal güvenlik ve sosyal politika bilincini geliştirmek, geleceğe dönük hedef ve beklentileri ortak bir noktada buluşturmak amacıyla yayımlanmaktadır.
3. Dergiye gönderilen yazılar başka bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır. Yazıların uzunluğu yazım kurallarında belirtilen formatta kaynakça hariç en az 5.000 en fazla 8.000 sözcük olmalıdır.
4. Yazılar yayımlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dâhil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayımlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan bilimsel amaçlarla kullanılmak şartıyla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.
5. Yazılar Sosyal Güvenlik Dergisi'ne e-posta olarak gönderilecektir. SGD'ye gönderilen yazıların yazım bakımından son denetimlerinin yapılmış olduğu, yazı için "basıla" verildiği kabul edilecektir. Teslim edilen metinde yazım yanlışlarının olağanın üzerinde olması yazının geri çevrilmesi için yeterli görülecektir. Yazarın adı-soyadı, kısa özgeçmişi, çalıştığı kurum varsa akademik unvanı, açık adresi, elektronik posta adresi ve telefon numarası ayrı bir sayfada gösterilecektir.
6. Dergiye gönderilen yazılar önce Yayın Kurulunca dergi ilkelerine uygunluk açısından incelenir. Uygun görülmeyenler düzeltilmesi için yazarına iade edilir. Düzeltme yapılmış yazılar en geç 2 ay içerisinde Yayın Kuruluna geri gönderilmelidir. Değerlendirme için uygun bulunanlar ilgili alanda iki bağımsız hakeme gönderilir. Hakemlerin ismi gizli tutulur ve raporlar beş yıl süreyle saklanır. Hakem raporlarından biri olumlu biri olumsuz olursa üçüncü hakeme gönderilebilir veya Yayın Kurulu, hakem raporlarını inceleyerek nihai kararı verir. Yazıların değerlendirilmesi sürecinde "kör çift hakem" sistemi uygulanır.
Dergide yayımlanmayan yazılar iade edilmez.
7. SGD'de de Türkçe ve İngilizce dillerinde yazılmış yazılar yayımlanır. Yazı bu dillerden hangisinde yazılmış olursa olsun en az 150 en çok 200 sözcükten oluşan Türkçe ve İngilizce özetler de yazının sonuna eklenerek gönderilecektir. Aynı şekilde, hangi dilde yazılmış olursa olsun yazının başlığının Türkçe ve İngilizce olarak yazıya eklenmesi, ayrıca yine Türkçe ve İngilizce olarak en az 3, en fazla 5 anahtar sözcüğün belirtilmesi gerekmektedir.
8. SGD'de de "yargı kararı incelemeleri"ne yer verilebilir.
9. Yazarlara "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Ödenecek Telif ve İşleme Ücretleri Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde telif ücreti ödenecektir.
10. Yazara yazının yayımlandığı dergiden 5 adet gönderilecektir.
11. SGD'ye yazı gönderenler Sosyal Güvenlik Dergisi yazı yayımlama ilkelerini kabul etmiş sayılırlar.

SGD YAZIM KURALLARI

1. Yazı, word formatında, 1,5 satır aralığında, ana bölümlerine 12 punto; dipnot, özet, kaynakça, tablo gibi bölümlerinde ise 10 punto harf büyüklüğünde ve (Times New Roman) karakterinde yazılmalıdır.
2. Yazar tarafından yazıda yer alması istenilen görsel malzeme basım tekniklerine uygun olmalıdır.
3. Tablolar ve şekiller metin içinde yer almalıdır. Bütün tablolar ve şemalara başlık ve sıra numarası verilmelidir. Denklemlere de ayrıca sıra numarası verilmeli ve sıra numarası parantez içinde sayfanın sağ tarafında yer almalıdır.
4. Tablolar ve şekiller ayrıca “Excel” formatında gönderilmelidir.
5. Yazının giriş ve sonuç bölümlerine numara verilmemelidir. İzleyen bölümler yalnızca ilk harfleri büyük olacak şekilde numaralandırılmalıdır.

I. Yollamalar, Dipnot ve Kaynakça

Yazar dipnot yerine metin içinde yollama yapmayı tercih edebilir. Metin içinde yollama yapılması halinde yollamalar parantez içinde gösterilecektir. Metin içinde yapılacak yollamalar ayrıca içinde gösterilecektir. Kaynakça da bu yollama sistemine uygun olarak hazırlanacaktır. Aşağıda farklı nitelikteki kaynakların metin içindeki yollamalarda ve kaynakçadaki yazılış biçimleri örneklerle gösterilmiştir:

a) Tek yazarlı kitaplar ve makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):
(Arıcı, 1999:26).

Aynı yazarın, aynı yıl birden fazla eserine yollama yapılması durumunda:
(Arıcı, 1999a:35, 1999b:40).

Kaynakçada:

Arıcı, Kadir (1999a), *Sosyal Güvenlik Dersleri*, (Ankara: Basımevi/Yayınevi Adı)

Arıcı, Kadir (1999b), *Kitap Adı*, (Ankara: Basımevi/Yayınevi Adı)

Metin içindeki yollamada (makale):

(Alper, 1997:10).

Kaynakçada:

Alper, Yusuf (1997), “Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Yaşının Tespiti”, *Dergi Adı*, Cilt, Sayı, sayfa aralığı.

b) İki yazarlı kitaplar ve makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):
(Tuncay ve Ekmekçi, 2011:188).

Kaynakçada:

Tuncay, Can ve Ömer Ekmekçi (2011), *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, (İstanbul: Basımevi/Yayınevi Adı)

Metin içindeki yollamada (makale):

(Tiryaki ve Tatar, 2000:125).

Kaynakçada:

Tiryaki, Derya ve Mehtap Tatar (2000), “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (1),103-132.

c) İkiiden çok yazarlı kitaplar ve makaleler:

Metin içindeki yollamada (kitap):

(Fişek, Özşuca vd., 1998:98).

Kaynakçada:

Fişek, Gürhan; Özşuca, Şerife Türcan ve Mehmet Ali Şuğle (1998), *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*, Ankara: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Sosyal Sigortalar Kurumu Yayın No: 598.

İkiiden çok yazarlı makaleler de yukarıdaki örneğe göre kaynakçada yer alacak ve yollamalar da bu örneğe göre yapılacaktır.

d) Derleme yayınlar içinde yer alan makaleler:

Metin içindeki yollamada:

(Riddell, 1994:53).

Kaynakçada:

Riddell, Peter (1994), "Major and Parliment," *The Major Effect*, (Ed: Dennis Kavanagh ve Anthony Seldon), London: Macmillan, 46-63.

Metin içindeki yollamada:

(Üstündağ ve Yoltar, 2007:73-76).

Kaynakçada:

Üstündağ, Nazan ve Çağrı Yoltar (2007), "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü, Bir Devlet Etnografisi", *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar* (Derleyenler: Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar), İstanbul: İletişim Yayınları, 55-9.

e) Kurum Yayınları:

Metin içindeki yollamada:

(Sosyal Güvenlik Kurumu, 2012:Sayfa No).

Kaynakçada:

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012), *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik*, Ankara.

f) İnternet Kaynakları:

Metin içindeki yollamada:

(Makal, 2006).

Kaynakçada:

Makal, Ahmet (2006), "Zonguldak ve Türkiye Toplumsal Tarihinin Acı Bir Deneyimi Olarak İş Mükellefiyeti", [<http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/makal/ZOKEV.pdf>] (05.02.2013).

Metin içindeki yollamada:

(SGK, 2012).

Kaynakçada:

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) (2012), *Ev Kadınlarına Sağlanan Farklı Sigortalılık Şartları ve Emeklilik İmkânı* (20.12.2012), [<http://www.sgk.biz.tr/evkadinlarina-saglanan-farklisigortalilik-sartlari-ve-emeklilik-imbani/>] (10.07.2013).

g) Bunların dışında adı uzun çeşitli resmi yayınlara ya da mevzuata metin içinde yapılacak yollamalarda kısaltmalar kullanılmalıdır. Örneğin Devlet Memurları Kanunu için DMK, Ateşli Silahlar ve Bıçaklar Hakkında Kanun için ASBHK gibi.

h) Yollamalar dışındaki açıklamalar için dipnot kullanılmalıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
Social Security Institution

Ziyabey Cad. No: 6 Balgat / ANKARA
0 (312) 207 88 91 / 207 87 70
www.sgd.sgk.gov.tr
sgd@sgk.gov.tr

