

TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI TURKISH JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND RESEARCH DERGİSİ

Cild/Volume:02

Sayı/Number:02

Yıl/Year:2019

Deoxyribonucleic acid (DNA) is a nucleic acid that contains the genetic instructions used in the development and functioning of all known living organisms and many viruses. The main role of DNA molecules is the long-term storage of information. DNA is often compared to a set of blueprints or a recipe, or a code, since it contains the instructions needed to construct other important cellular components, such as proteins and RNA molecules. The DNA segments that carry this genetic information are called genes, but other DNA sequences have structural purposes, or are involved in regulating the use of this genetic information.

Chemically, DNA consists of two long polymers of simple units called nucleotides, with hydrogen bonds between the two strands. Each nucleotide is composed of one of the four nitrogenous bases, a phosphate group, and a deoxyribose sugar. The sequence of these four bases along the backbone that encodes information. This information is read using the genetic code, which specifies the sequence of the amino acids within protein. The code is read by copying stretches of DNA into the related messenger RNA, in a process called transcription.

Within cells, DNA is organized into long structures called chromosomes. These chromosomes are duplicated before cells divide, in a process called DNA replication. Eukaryotic organisms (animals, plants, fungi, and protists) store most of their DNA inside the cell nucleus and some of their DNA in organelles, such as mitochondria or chloroplasts [1]. In contrast, prokaryotes (bacteria and archaea) store their DNA only in a single loop called a plasmid. Within the chromosomes, chromatin fibers are composed of nucleosomes, which are made of DNA wrapped around a core of eight histone proteins. The DNA and histone proteins are packaged into highly condensed structures called chromosomes. Within these structures, the DNA and histone proteins are packaged into highly condensed structures called chromosomes. Within these structures, the DNA and histone proteins are packaged into highly condensed structures called chromosomes. Within these structures, the DNA and histone proteins are packaged into highly condensed structures called chromosomes.

ANKARA
YILDIRIM BEYAZIT
ÜNİVERSİTESİ
AYBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Derginin Sahibi

Prof. Dr. İbrahim AYDINLI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

Baş Editör

Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN

Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Teknik Editörler

Arş. Gör. Oğuzhan METE, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Taşkın ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Çağlar SOYLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Biyoistatistik Editörleri

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Pervin DEMİR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Yazı İşleri Müdürü

Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Sekreteryası

Arş. Gör. Mustafa KARABULUT, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Kürşad KARAKOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Redaktörler

Elmas AKIN ALTINCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof.Dr. Nazan AKTAŞ, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye
Prof.Dr. Yeşim BAKAR, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, Türkiye
Prof.Dr. Mehmet GÜNAY, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof.Dr. Ayşegül GÜVEN, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof.Dr. İsmail Hakkı DEMİRCİOĞLU, T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Ankara
Prof.Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç.Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç.Dr. Tarık TUNCAY, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Editör Kurulu

Prof.Dr. Cengiz ÖZBESLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü
Prof.Dr. Baki YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Bölümü
Doç.Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü
Doç.Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü
Doç. Dr. Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Lale Sariye AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Adres: ‘Etlik Doğu Kampüsü’ Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu Üstü

Keçiören/ANKARA

E-mail: saglikbilfakulte@ybu.edu.tr

Tel: (0312) 324 1555/ 1908/1909/1910/1911

Belgegeçer (Faks): (0312) 906 2967

Derginin Bu Sayısında Görev Alan Hakemlerimiz

Bahar VARDAR İNKAYA, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Hemşirelik Bölümü

Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

Mustafa Said YILDIZ, T.C. Sağlık Bakanlığı

DERLEME

Uluslararası Hemşirelik Sınıflandırma Sistemleri

Özlem İSKENDER¹, Sena KAPLAN²

ÖZ

Hemşirelik uygulamaları, sağlık bakımının kalitesini arttırmak ve bakım standartlarını geliştirmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Hemşirelik uygulamalarında standart hemşirelik terminolojisi ve kodları kullanma, hemşirelik girişimlerini tanımlama, klinik karar verme, bakımın planlanması ve yönetimi, bakım maliyetinin hesaplanması ve resmi kaynaklar için veri oluşturmaktadır. Günümüzde hemşirelik alanları için geliştirilmiş birçok sınıflama sistemi bulunmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 12 hemşirelik sınıflama sistemi kabul etmektedir. Sınıflama sistemleri ve klinik bakım sınıflandırmalarının sağlık politikalarının oluşturulması, kaynakların yönetimi, maliyetin azaltılması, ihtiyaçların belirlenmesi, sağlık bakımı için ihtiyaç duyulan verilere hızlı bir şekilde ulaşılması, hastanın klinik problemlerinin hızlı ve etkin şekilde çözümlenebilmesinde katkısı bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri ve hemşirelerin hasta bakımında sınıflandırma sistemlerini etkin bir şekilde kullanması oldukça önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Sınıflandırmaları

International Nursing Classification Systems

Özlem İSKENDER¹, Sena KAPLAN²

ABSTRACT

Nursing practices are utilized for increasing the quality of healthcare services, as well as improving the caring standards. To define the same in detail, it can be described as the use of standard nursing terminology and codes within nursing practices, identifying the nursing initiatives, taking clinical decisions, planning and managing the caring process, calculating the caring costs and generating data for official resources. Today, there are a number of classification systems developed for the fields of nursing. American Nursing Association (ANA) accepts 12 nursing classification systems. These classification systems, along with the classification of clinical caring contributes into creating the healthcare policies, managing the resources, reducing the costs, identifying the needs, delivering the data required for healthcare as fast as possible, as well as resolving the clinical problems of the patients under a swift and effective manner. For this reason, it is of crucial importance for the healthcare professionals and nurses to efficiently use the classification systems within the scope of patient care.

Keywords: Nursing, Nursing Care, Nursing Classifications

¹ Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Doğum Servisi, Ankara

² Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara

Sorumlu Yazar: Özlem İSKENDER

E-posta adresi: ozleem_m@hotmail.com

ORCID No: 0000-0001-6936-2120

Gönderi Tarihi: 23.12.2019

Kabul Tarihi: 10.01.2020

GİRİŞ

Günümüzde birçok hemşirelik uygulaması, sağlık bakımının kalitesini artırmak ve bakım standartlarını geliştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Sağlık profesyonelleri ve hemşireler ortak bir dil oluşturmanın, hastaların sağlık durumlarının kolay ifade edilmesine önemli ölçüde katkı sağlayacağını düşünmektedir (1). Hemşirelik eğitiminde standardizasyonun sağlanması, bakım kalitesinin ölçülmesi ve hemşirelik bakımının kayıt altına alınmasında hemşirelik mesleği için büyük bir öneme sahiptir (2). Bu nedenle çeşitli hemşirelik terminolojileri geliştirilmiş ve uluslararası hemşirelik sınıflandırmaları elektronik hemşirelik dokümantasyonu oluşturularak yapılan uygulamaların etkinliğinin artırılması için kullanılmaya başlanmıştır (3).

Hemşirelik dokümantasyonunda farklı hemşirelik terminolojisi ve kodların kullanımı; hemşirelik işlemlerini tanımlama, hasta bakımında klinik karar verme, bakımın planlanmasının yanı sıra sağlık bakım yöntemi, bakım maliyetinin hesaplanabilmesi ve resmi kaynaklar için veri sağlamaktadır (4). Standardize edilmiş hemşirelik uygulamaları hemşireliğin görünür ve ölçülebilir olmasına katkı sağlamaktadır (5). Literatürde, Elektronik Hasta Sistemi (EHS)'nde hemşirelik dokümanlarının sistematik planlama yoluyla yapılmasının hastalar ve sağlık profesyonelleri açısından birçok yararının olduğu vurgulanmaktadır (4,6). Bununla birlikte hemşirelik sınıflandırmaları, hemşirelik

dokümantasyonları ve uygulamalarının EHS'de kullanımının uygun olduğu bilinmektedir (7).

Bu kapsamda bu çalışmada; Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından kabul edilmiş 12 hemşirelik sınıflama sistemi ele alınarak, hemşireliğin farklı bakım ortamlarında kullanımı, etkinliği, hastalar ve sağlık profesyonelleri açısından yararları literatür kapsamında incelenmiştir.

HEMŞİRELİK SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

Hemşirelik alanında kullanılan sınıflama sistemleri 1970'li yıllardan itibaren geliştirilmiştir (8). 1973 yılında ANA tarafından "Hemşirelik Uygulama Standartları" oluşturularak hemşirelik süreci; tanılama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama, değerlendirme şeklinde belirlenmiştir. Bu sayede hemşirelik standartlarının hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmesine katkı sağlanmıştır (9,10). ANA'nın 1990 yılında yayınladığı "Hemşirelik Klinik Uygulama Standartları Rehber"inde ise hemşirelik uygulamalarına ilişkin altı standarttan bahsedilmektedir. Bu standartlar; hasta verilerin toplanması, tanılama, hasta sonuçlarının belirlenmesi, planlama, uygulama ve değerlendirmedir (10).

Tüm dünyada hemşirelik alanları için geliştirilmiş birçok sınıflama sistemi bulunmaktadır (8). Hemşirelik uygulamalarında birçok sınıflama

sistemi, yazılı ya da bilgisayar programları aracılığıyla kullanılabilir (6). ANA tarafından onaylanmış 12 hemşirelik sınıflama sistemi, hemşirelik bakım alanları ve kullanım amaçlarına göre düzenlenmiştir.

ANA tarafından onaylanan hemşirelik sınıflama sistemleri;

- Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflandırması (The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy/NANDA)
- Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırma Sistemi (The Nursing Intervention Classification/NIC)
- Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırma Sistemi (The Nursing Outcomes Classification/ NOC)
- Omaha Sistemi
- Hemşirelik Uygulamaları için Uluslararası Sınıflandırma (International Classification For Nursing Practice/ICNP)
- Perioperatif Hemşirelik Veri Seti (The Perioperative Nursing Data Set/ PNDS)
- ABC Kod Sistemi
- Hemşirelik Minimum Veri Seti (Nursing Minimum Data Set/NMDS)
- Hemşirelik Yönetim Minimum Veri Seti (Nursing Management Minimum Data Set/NMMDS)
- Mantıksal Gözlem Tanımlayıcılarının İsimleri ve Kodları (Logical Observation Identifiers Names and Codes/LOINC)

- Snomed Klinik Terimleri (Snomed Clinical Terms)
- Klinik Bakım Sınıflamaları (Clinical Care Classifications System/CCC)'dır (11,12).

Kuzey Amerika hemşirelik tanıları birliği sınıflandırması (NANDA)

1973 yılında NANDA, ortak bir dil oluşturmak ve hemşirelik tanılarını sınıflandırmak amacıyla ilk toplantısını gerçekleştirmiş ve 86 hemşirelik tanısı belirlemiştir (13). Bu tarihten itibaren iki yılda bir yapılan toplantılar ile hemşirelik tanılarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar sürdürülmüştür. 1982 yılında "Hemşirelik Tanıları Terminolojisi", 1986 yılında ilk sınıflama sistemi ve 2003 yılında ise günümüzde kullanılmakta olan Taksonomi-II NANDA hemşirelik tanıları oluşturulmuştur (14).

NANDA, 176 hemşirelik tanısından oluşmaktadır. Bu tanılar 13 hemşirelik alanı ve 46 kategori içermektedir (15). Hemşirelikte tanılarının standartlaştırılmasında öncü bir sınıflandırma sistemi olan NANDA, 20'den fazla ülkede kullanılmakta olup, standart veri tabanlarının oluşturulması ve mesleki eğitim programlarının geliştirilmesine büyük ölçüde katkı sağlamıştır (9).

Hemşirelik girişimleri sınıflandırma sistemi (NIC)

NIC, 1987'de hemşirelerin uyguladıkları girişimleri değerlendirerek standart hale getirmek için oluşturmuş bir hemşirelik sınıflama sistemidir (16). Hemşireliğin her alanında uygulanabilen NIC; 7 alan ve 30 kategori içeren 542 hemşirelik girişiminden oluşmaktadır. Her bir hemşirelik

girişimi için kodlar tanımlanmıştır (7). Toplum sağlığı merkezleri ve hasta bakımı veren tüm sağlık kuruluşlarında NIC ve hemşirelik uygulamaları kullanılabilir (1). NIC oluşturulurken NANDA hemşirelik tanılarından yararlanılmıştır (17).

Hemşirelik sonuçları sınıflandırma sistemi (NOC)

NOC, 1991 yılında hemşirelik müdahalelerinin etkisini değerlendirmek ve hasta sonuçlarının standart hale getirmek için oluşturulmuş bir sınıflama sistemidir (13). Tüm bakım alanlarında kullanılmak üzere geliştirilmiş bu sistem, 7 alan ve 31 kategoriden oluşan 330 hemşirelik sonucunu kapsamaktadır (18). Her hemşirelik sonucu alfabetik sıra ile oluşturulmuş olup, hasta durumunun değerlendirilmesinde 5'li likert tipte ölçüm yapılabilmektedir. Bakım ve tedavinin sürdürülebildiği tüm alanlarda (evde bakım, toplum sağlığı hizmetleri, uzun süreli bakım hizmetleri, öğrenci eğitim programları) kullanılabilir (1,19).

Omaha sistemi

Omaha sistemi 1975 yılında halk sağlığı hemşireleri için Kuzey Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından geliştirilmiştir (13). Hemşirelik problemleri, hemşirelik girişimleri ve bakım sonuçlarını tanımlayan Omaha sisteminin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 15 yıl sürmüş ve 1992 yılında yayınlanmıştır. Omaha sisteminin amacı; hemşirelik hizmetleri ve bakım standartlarını geliştirmek için hemşirelik

dokümantasyonu oluşturmaktır (8). Omaha Sistemi, araştırmaya dayalı, kapsamlı, standartlaştırılmış üç ana bileşen ile tasarlanmış taksonomiden oluşmaktadır. Bu bileşenler; problem sınıflama listesi, girişim şeması ve problem değerlendirme ölçeğidir (13).

- Problem Sınıflama Listesi; hemşirelik tanımlarını belirlemede birey, aile veya toplumun var olan ya da potansiyel sağlık probleminin belirlenmesini sağlamaktadır. Problem sınıflama listesi her probleme özgü belirti ve bulgular içeren 42 sağlık problemi ve dört bölümden (çevresel, fizyolojik, psikososyal ve sağlık davranışları) oluşmaktadır (1,20,21).
- Girişim Şeması; hemşirelerin belirlenen problemler için bireye özgü planlandıkları girişimleri kapsamaktadır. Bu girişimler dört bölümden (sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve sürveyans) oluşmaktadır. Girişim şemasında 76 hedef tanımlanmıştır (20,21).
- Problem Değerlendirme Ölçeği; hemşirelik bakım sonuçlarını değerlendiren 5'li likert tipteki ölçek üç bölümden (bilgi, davranış, durum) oluşmaktadır (1,20,21).

Omaha sistemi ülkemizde ilk olarak Erdoğan ve Esin (22) tarafından Türkçeye çevrilerek uyarlanmıştır. Başlangıçta toplum sağlığı merkezleri, iş sağlığı alanları, evde bakım, halk sağlığı ve okul sağlığı ortamları için geliştirilen Omaha sistemi, bugün bakımın devamında kullanılan multidisipliner bir sistemdir. Aynı

zamanda Omaha sistemi istatistiksel veri tabanı oluşturmayı sağlamaktadır (23).

Uluslararası hemşirelik uygulamaları sınıflandırması (ICNP)

1989 yılında Cenevre’de Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) tarafından geliştirilen ICNP, mevcut hemşirelik terminolojileri ve sınıflandırmaları verilerini tanımlamak ve karşılaştırmak için oluşturulmuştur (13,14). Günümüzde hemşirelik tanısı, girişimleri ve sonuçlarının standart hale getirildiği bir sınıflama geliştirmek, hemşireler arası iletişimi sağlamak, yaygın bir hemşirelik dili oluşturmak, bakımı geliştirmek, sağlık politikalarında veri seti oluşturarak hemşirelik uygulamaları hakkında veri sağlamak için kullanılmaktadır (24,25).

Perioperatif hemşirelik veri seti (PNDS)

Perioperatif Uzman Hemşireler Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses) üyeleri 1993 yılında PNDS’yi geliştirilmiştir. PNDS sistemi; 64 hemşirelik tanısı, 145 hemşirelik girişimi ve 29 ölçme kriterinden oluşmaktadır (1,26). PNDS standartlaştırılmış bir dil olup, perioperatif dönemde hasta bakımını belgelemek, hasta sonuçlarını ve ameliyathane verimliliğinin izlenmek ve karşılaştırmak için kullanılmaktadır (13). PNDS, hemşirelik verilerinin birbiriyle ilişkisini tanımlayarak standart bir metodoloji oluşturmayı, hasta bakımlarını ölçmeyi ve değerlendirmeyi, klinik araştırmalar için veri toplanmasını sağlamaktadır (27). PNDS’de tüm hemşirelik uygulamaları sınıflandırılarak

bilgisayar ortamında kayıt altına alınmaktadır (26,27).

ABC kod sistemi

ABC kod sistemi, stokta bulunan malzemelerin devir hızı, miktar ve değer ölçütlerine göre sınıflandırılmasıdır. Sağlık hizmeti taleplerini iletmek için standart fatura kodları kullanılarak geri ödenmeyen sağlık hizmeti disiplinlerinin desteklenmesi için kullanılmaktadır. ABC kod sistemi, klinik hemşireler ve alternatif tıp hizmet sağlayıcılarının faaliyetlerinin kayıt altına alınması sağlamaktadır. Aynı zamanda bu hizmetlerin faturalandırması için bir rehber oluşturmaktadır (13).

Hemşirelik minimum veri seti (NMDS)

NMDS, 1980 yılında Harriet Werley ve Norma Lang liderliğinde, temel hemşirelik veri toplama yöntemini standart hale getirmek için geliştirilmiştir (13). NMDS; hemşirelik tanısı, girişimleri, hasta bakım sonuçları ve bakım yoğunluğunu içeren 16 bölümden oluşmaktadır. Hemşirelik uygulamalarını destekleyen bu bölümler değerlendirme ve sonuç için büyük önem arz etmektedir (20).

Hemşirelik yönetim minimum veri seti (NMMDS)

NMMDS, yönetici hemşirenin ihtiyaç duydukları temel veri için çerçeve oluşturmak üzere geliştirilmiştir. Kurumların temel değişkenlerini tanımlamakta ve etkinliğini karşılaştırmaktadır. Hemşirelik idari kararları için önem taşıyan

bilgilerin sağlanması, maliyet ve kalite için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi için kullanılmaktadır (13).

Mantıksal gözlem tanımlayıcılarının isimleri ve kodları (LOINC)

Amerikan Regenstrief Enstitüsü Tıbbi Araştırma Organizasyonu, 1994 yılında klinik ortamda yapılan test sonuçlarını tanımlamak ve standardizasyon sağlamak için bir kod sistemi oluşturarak LOINC uygulamasını geliştirmiştir (13). ABD’de sağlık bilişimleri sistemi içerisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sayede sağlık kurumları arasındaki işlemlerde laboratuvar test isimleri için tercih edilen kod, laboratuvarlar, laboratuvar test cihazları ve halk sağlığı otoriteleri sonuçlarının karşılıklı olarak kullanılmasına imkân tanımaktadır (28).

Snomed klinik terimleri (Snomed CT)

Snomed 1975 yılında birçok hastalık ve durumun kodlanması için geliştirilmiştir. 2002 yılında Snomed CT olarak 50’den fazla ülkede kullanılmaya başlanmıştır. Snomed CT, klinik bilgilendirme ve raporlama için anlatım sağlayan kapsamlı bir sağlık terminolojisidir (29). Araştırma sonuçlarını yönetmek, etkin tedavi yönergesi oluşturmak, sağlık bakım hizmetlerinin niteliği ve maliyetini değerlendirmek, klinik verileri kodlayarak çözüm oluşturmak için etkili sonuçlar geliştirerek sağlık kuruluşlarına hizmet sunmaktadır (30).

Klinik bakım sınıflandırma sistemi (CCC)

Virginia Saba ile Georgetown Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndaki meslektaşları 1991 yılında Ev Sağlık Bakımı Sınıflaması (HHCC) sistemini geliştirmiştir (31). HHCC sistemi, evde sağlık bakımını geliştirmek ve değerlendirmek için geniş düzeyde sağlık bakımının verildiği bir sınıflama sistemidir (32). HHCC hemşirelik tanıları ve girişimleri olmak üzere iki sınıflamadan oluşmaktadır. Her iki sınıflama sistemini barındıran 20 bakım ögesi; evde bakım hizmetleri, hastaneler, toplum sağlığı merkezleri, gündüz bakım klinikleri ve sağlık bakım verilen birçok alanda bakımın niteliğinin kaydedilmesini kolaylaştırmaktadır (31,32). 1992 yılında ANA, sınıflama sistemi olarak HHCC (versiyon 1.0)’yi kabul etmiştir. 1993 yılında “HHCC Tanıları ve Girişimleri” ilk el kitabı oluşturulmuştur. 1998’de ilk web sitesi yayınlanmış ve 2000’de elektronik ortamda kullanıma uygun tıbbi sınıflama sistemine entegre edilmiştir (7). HHCC’nin 20 bakım ögesine 1 bakım ögesi dahil edilerek CCC sistemi olarak adlandırılmıştır. CCC sistemi 21 bakım ögesi, 182 hemşirelik tanısı, 219 hemşirelik girişimi, 3 beklenen sonuç, 3 gerçekleşen sonuç ve 4 eylem tipinden oluşmaktadır (32,33). CCC sisteminin 21 bakım ögesi alfabetik olarak sınıflandırılmıştır. A’dan U’ya kadar olan sınıflandırma 4 alan altında gruplandırılmıştır. Bu alanlar;

- Sağlık davranışları; tedavi, güvenlik,
- Fonksiyonel durum; hareketlilik, öz bakım, sıvı volümü, beslenme,

- Fizyolojik durum; kardiyak, solunum, metabolik, fiziksel düşünme, deri bütünlüğü, doku perfüzyonu, sindirim, boşaltım, yaşam döngüsü
- Psikolojik durum; bilişsel, baş etme, rol ilişki, benlik kavramı olarak belirlenmiştir (34).

Hemşirelik tanıları, hemşirenin yerine getirmede sorumlu olduğu hemşirelik girişimlerinin seçiminin yapılmasını kolaylaştırmaktadır (9).

CCC sisteminde hemşirelik tanıları iki kategoriye ayrılmış olup, toplamda 182 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Ana kategoride bulunan 59 tanı hasta problemlerini içeren iki basamaklı rakamlarla, alt kategoride bulunan 123 tanı ise ana kategori ile ilişkili sınırlılıkları içeren üç basamaklı rakamlarla kodlanarak gösterilmektedir (33).

CCC hemşirelik girişimleri hastaya verilen bakımı kaydetmek için kullanılmaktadır. Hemşirelik girişimleri ana kategori (77) ve alt kategori (124) olmak üzere toplam 219 hemşirelik girişimini içermektedir. Girişim sınıflaması; hemşirelik müdahalelerini, hemşirelik işlemlerini, tedavilerini, aktivitelerini ve hizmetlerini kapsamaktadır. (7,32). CCC sisteminde eylem tipleri bakım süreci ile birlikte kaynak kullanımı ve maliyetlendirmenin belirlenmesinde, klinik karar vermede önemli bir kanıt sağlayıcıdır (12). Bu nedenle bakım planında yapılan her bir girişimin eylem tipinin belirlenerek tanımlanması gerekmektedir. CCC sisteminde 792 hemşirelik eylemi ve dört eylem tipi vardır. Bunlar;

- Tanılama (izleme, değerlendirme, gözlemlenme); veri toplanma ve analiz,
- Bakım (gerçekleştirme, sağlama, yardım); tedavi edici bir eylemin sağlanması,
- Öğretme (eğitim, denetleme, açıklama); bireye bilgi ve beceri kazandırma,
- Yönetme (bildirme, temas kurma, sevk etme); hasta bakımının planlanması ya da bakım sağlayacak kuruluşlara sevkinin sağlanmasıdır (7,31).

Hemşirelik sonuçları sınıflaması hemşirelik girişimlerinin etkilerinin değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Hemşirelik sonuçları beklenen sonuçlar ve gerçekleşen sonuçlar olarak iki kategoriye ayrılmıştır (32). CCC sisteminde beklenen sonuçlar girişimler uygulanmadan önce, gerçekleşen sonuçlar ise girişimler uygulandıktan sonra değerlendirilmektedir. CCC sisteminde üç alt kategoriye ayrılmış 546 beklenen ve 546 gerçekleşen hemşirelik sonucu belirlenmiştir (35). Bu üç kategori;

- Hastanın durumunda değişme beklentisi varsa; “gelişme oldu/gelişme olacak”
- Hastanın durumunda değişme beklentisi yoksa; “ stabil oldu/ stabil olacak”
- Hastanın durumda kötüleşme bekleniyorsa; “gerileme oldu/ gerileme olacak” şeklinde tanımlanmaktadır (7,35).

CCC, hasta bakımının sağlandığı her ortamda kullanılabilen ve elektronik hasta kayıt sistemi sayesinde tüm veriler kodlanarak, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları

izlenebilmektedir (3). Huang, Lee ve ark. (36) klinik hemşirelik bilgilerinde CCC modelini kullanmak için içerik analiz yöntemini 6 adımda tanımlamaktadır. Bu adımlar; hemşirelik bakım planı sisteminin oluşturulması, kanıta dayalı uygulamaların klinik karar destek sistemlerine entegre edilmesi, veri standardizasyonu ve kodlamanın yapılması, sınıflandırmanın sağlanması, hemşirelik girişimlerinin standartlaştırılması, yapılandırılmış ve kodlanmış veri tabanının kullanılması olarak belirlenmiştir.

CCC (versiyon 2.0) sistemi, 2006 yılında ICNP ile eşleştirilmiş ve birçok dile çevrilmiştir (33). Ülkemizde CCC sisteminin Türkçe versiyonu 2010 yılında Aslan tarafından uygulanmıştır (37). 2011 yılında Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu tarafından güncellenmiştir ve CCC (versiyon 2.5) olarak kullanılmaya devam etmektedir. CCC özellikle bilgisayar destekli sistemlere uygun olarak hazırlanmıştır. Elektronik hasta kayıtları, hemşirelerin hasta odalarında yaptıkları uygulamaların değerlendirilmesi kolaylaştırmaktadır (7,33).

HEMŞİRELİK SINIFLAMA SİSTEMİ İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Hemşirelik sınıflama sistemlerinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; ABD’de yapılan bir pilot çalışmada, hemşirelik hizmetlerinin maliyetlerini belirlemek ve güvenilir bir yöntem geliştirmek için CCC sisteminin uygulanabilirliği denetlenmiş ve CCC sistemi uzmanlığına sahip iki hemşire tarafından, aynı gözlemler 2 saatlik bir gözlem süresi boyunca ayrı

ayrı kaydedilmiştir. Çalışma sonucunda elektronik dokümantasyon sistemlerine geçerken, hemşirelik bakımını görünür kılmak, hasta bakımına katkılarını ölçmek ve hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir temel sağlamak için bir mekanizmaya ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada CCC sistemine dayanan bir maliyetlendirme yöntemi ile hemşirelik bakım maliyetlerinin azaltılabileceği ve kaliteli bakım sonuçlarına dair verilere kolaylıkla ulaşılabileceği belirlenmiştir (12). Saba ve Feeg (38) öğrencilerin hasta bakım planlarını hazırlamadaki performansını incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada; CCC sisteminin bilgisayar tabanlı versiyonunun metin tabanlı versiyonuna göre daha verimli ve etkili olduğu belirlemiştir.

Feng ve Chang (3)’in 1998-2008 yılları arasında bir tıp merkezinde hastaneye yatırılan hastaların klinik bilgi sistemine girilen tüm hemşirelik verilerinin incelendiği bir çalışmada; toplam 2. 060. 214 bakım planı kaydına ulaşılmıştır. En iyi beş hemşirelik tanısının akut bakım ortamında en sık karşılaşılan sağlık sorunlarından (bilgi eksikliği, akut ağrı, enfeksiyon riski, düşme riski ve kanama riski) oluştuğu, CCC’nin 21 tanısına ek olarak belirtilmemiş metabolik değişiklik, doku bütünlüğü değişikliği ve elektrolit değişikliği ana kategorilerinin eklenmesi gerektiği, CCC sisteminin hasta sorunlarını akut bir ortamda belgelemek için yararlı olduğu ancak uzmanlık gerektiren ortamlardaki sağlık sorunlarını tanımlamak için yeni hemşirelik tanıları eklenmesi gerektiği belirlenmiştir. Writenburg ve Meetim (39) Tayland’da 580 yataklı bir hastanede CCC

sistemini bakımın sürekliliğini sağlamak ve geliştirmek için kullanarak, hemşirelik verilerine entegrasyonunu sağlamışlardır.. Çalışma sonucunda hemşirelik sürecinin altı adımının her birini tanımlayan terminolojinin hemşirelik bakım standardının devamlılığını desteklediği ve hasta merkezli bakımı kolaylaştırdığı belirlenmiştir.

Zlabek ve ark. (40)'nın çalışmasında; sağlık bakım sistemlerinin kullanılması ile sağlık bakımında kullanılan ofis malzemelerinde ve tıbbi kayıtlardaki hata oranlarında önemli ölçüde azalma olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık bakım sonuçlarının değerlendirilmesi için gerekli dokümanların bilgisayar ortamında depolanmasını ve bakım kalitesinin performans sistemine göre değerlendirilmesini kolaylaştırdığı ve kalitatif çalışmalara büyük ölçüde katkı sağladığı belirtilmektedir. Saranto ve ark. (6)'nın Finlandiya'da 15 veri tabanı aracılığı ile incelediği 143 makalenin sistematik derlemesinde; hemşirelik kayıtlarında veya bakım planlarında kullanılan farklı veri yapılandırma yöntemlerinin etkileri tanımlanmış ve makalelerdeki deneysel çalışmalar incelenmiştir. Çalışma sonucunda en çok kullanılan sınıflandırmanın VIPS (refah, bütünlük, önleme, güvenlik) olduğu, standart hemşirelik dilinin, bakımın sürekliliğini kolaylaştıran ve hasta güvenliğine katkıda bulunan klinik ortamlar arasında akıcı ve düzenli veri alışverişini kolaylaştırdığı belirlenmiştir.

Aslan (37)'in Ankara'da bir huzurevinde yaşayan 97 yaşlının bakımında CCC sisteminin uygulanabilirliğinin değerlendirdiği çalışmasında,

19 bakım ögesinde 297 hemşirelik tanısı belirlenmiş ve 310 hemşirelik girişiminde bulunulmuştur. Çalışma sonucunda; hemşirelik tanılarında %70 gelişme olduğu belirlenmiştir. Türker ve ark. (5)'nin İstanbul'daki altı hastanede NANDA-I hemşirelik tanıları kullanılarak standardize elektronik bakım planı sistemini oluşturduğu bir çalışmada; 176 farklı tanı olmak üzere 32 branşta toplamda 1060 adet hemşirelik tanısı oluşturulmuştur. Çalışma sonucunda tüm branşlarda en çok kullanılan tanı etiketlerinin aktivite intoleransı, akut ağrı, anksiyete, beslenmede dengesizlik, bilgi eksikliği, düşme riski, enfeksiyon riski, kanama komplikasyonu riski, konstipasyon riski, oral mukoz membranlarda bozulma, oral mukoz membranlarda bozulma riski ve solunum fonksiyonunda etkisizlik olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ

Tüm dünyada hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımına ve standart bir dil oluşturulmasına yönelik gereksinim gittikçe artmaktadır. Bu bakımdan ülkemizde hemşirelik hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda uluslararası hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımının hasta bakım kalitesini artıracığı, hizmeti görünür kılacağı, sağlık harcamalarına ayrılan maliyeti düşüreceği ve elde edilen verilerin sürekli takibi ile iyileştirme çalışmalarının yapılmasına kanıt sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ay F. Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2008; 28: 555-61.

2. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2007; (4)2: 1-13.
3. Feng RC, Chang PRN. Usability of the clinical care classification system for representing nursing practice according to specialty. *Comput. Inform. Nurs.* 2015; (33)10: 448-55.
4. Häyriinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*. 2010; 79(8): 554-64.
5. Türker S, Eraslan Ö, Karabacak Ü, Serbest Ş, Koç S. Özel bir sağlık kuruluşunda elektronik bakım planı ve hemşirelik tanılarının oluşturulması [Internet]. 2014 [updated 2019 Dec 19]. Available from: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/128/docs/bc-1.pdf>
6. Saranto K, Kinnunen UM, Kivekäs E, Lappalainen AM, Liljamo P, Rajalahti E, Hyppönen H. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28(4): 629-47.
7. Aslan KG, Emiroğlu NO. Hemşireliğin görünürlüğünü artırmak için standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması: klinik bakım sınıflama sistemi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2012; 19(2): 69-79.
8. Martin KS, Scheet NJ. The Omaha System: applications for community health nursing. Philadelphia, PA: Saunders ; 1992.
9. Erer TM, Akbaş M, Yıldırım G. Evolutionary development of nursing process. *Lokman Hekim Journal*. 2017; 7(1): 1-5.
10. Aktaş E. Öz, tedavi kuramı. Hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. Editör: Ocakçı AF, Ecevit AŞ. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp kitabevi; 2013.
11. American Nursing Association. ANA Recognized Terminologies that Support Nursing Practice [Internet]. *Nursing World*: 2012 [updated 2019 Dec 2]. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Tools/RecognizeNursing-Practice-Terminologies.pdf>
12. Dykes PC, Wantland D, Whittenburg L, Lipsitz S, Saba VK. A pilot study to explore the feasibility of using the Clinical Care Classification System for developing a reliable costing method for nursing services. *AMIA Annu. Symp.* 2013; 16: 364-71.
13. The Office of National Coordinator for Health Information Technology. Standard Nursing Terminologies: A Landscape Analysis [Internet]: MBL Technologies, Clinovations, 15 May 2017 [updated 2019 Dec 2]. Available from: https://www.healthit.gov/sites/default/files/snt_final_05302017.pdf
14. Birol L. Hemşirelik Süreci. 6. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık; 2004.
15. Warren JJ, Hoskins LM. The development of NANDA's nursing diagnosis taxonomy. *Nurs. Diagn.* 1990; 1: 162-8.
16. McCloskey J, Bulechek G. Nursing Interventions Classification (NIC). 3rd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 2000.
17. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA nursing diagnoses: definitions and classification (1992-1993). [Internet]. Philadelphia (PA): NANDA, 1993 [updated 2019 Dec 2]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/nanda-nursing-diagnoses-definitions-and-classification-1992-1993/oclc/963250441?referer=di&ht=edition>
18. Mead CN, Henry SB. Documenting "what nurses do" moving beyond coding and classification. *AMIA Annu Fall Sym.* 1997; 141-45.
19. Johnson M, Maas M, Morehead S. Nursing Outcomes Classification (NOC). 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 2000.
20. Erdoğan S. Standart ve ortak dil kullanmak hemşireliğin geleceği için fırsat mı? *Hemşirelik Dergisi*. 2003; 50: 1-13.
21. Topaz M, Golfenshtein N, Bowles KH. The Omaha System: a systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc.* 2014; (21)1: 163-70.
22. Erdoğan S, Esin N. OMAHA Sisteminin Türkçeye uyarlanması ve toplum sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması. *İstanbul Üniversitesi F.N.HYO Dergisi*. 2004; (13)52: 11-22.
23. Garvin JH, Martin KS, Stassen DL, Bowles KH. The Omaha System. Coded data that describe patient care. *Journal of AHIMA*. 2008; 79(3): 44-9.
24. International Council of Nurses. The International Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework. International Council of Nurses. Geneva: International Council of Nurses; 1996.
25. Cho I, Park HA. Evaluation of the expressiveness of an ICNP-based nursing data dictionary in a computerized nursing record system. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 2006; 13: 456-64.
26. Beyea S. Perioperative Data Elements: Interventions and Outcomes. *AORN J*. 2000; 71(2): 344-52.
27. Kleinbeck SVM, Dopp A. The perioperative nursing data set—A new language for documenting care. *AORN J*. 2005; 82(1): 50-7.
28. Sağlık Bakanlığı, E-Nabız Kişisel Sağlık Sistemi [Internet]. Sağlık Bakanlığı LOINC Çalışmaları. [updated 2019 Dec 19]. Available from: <https://e-saglik.gov.tr/TR,7194/saglik-bakanligi-loinc-calismalari.html>.
29. International Health Terminology Standards Development Organisation [Internet]. Guidelines for Management of Translation of SNOMED CT®. [updated 2019 Dec 02]. Available from: [https://www.snomed.org/SNOMED/media/SNOMED/documents/IHTSDO_Guidelines_Management_Translation_SCT_v2_02_20121211-\(1\).pdf](https://www.snomed.org/SNOMED/media/SNOMED/documents/IHTSDO_Guidelines_Management_Translation_SCT_v2_02_20121211-(1).pdf)
30. Westra BL, Delaney CW, Konicek D, Keenan G. Nursing standards to support the electronic health record. *Nursing Outlook*. 2008; 56(5): 258-66.
31. Saba VK. Nursing classifications: Home Health Care Classification System (HHCC): an overview. *Online J Issues Nurs.* 2002; 7(3): 9.
32. Saba VK. Clinical Care Classification (CCC) system manual. New York: Springer Publishing Company; 2007.
33. Saba VK. Clinical Care Classification System Version 2.5. 2nd ed. User's Guide. NY: Springer; 2012.
34. Saba VK. The Clinical Care Classification (CCC) System [Internet]. 2017 [updated 2019 Dec 2]. Available from: <http://www.sabacare.com/>
35. Saba VK, Taylor SL. Moving past theory: use of a standardized, coded nursing terminology to enhance nursing visibility. *CIN: Computer, Informatics, Nursing*. 2007; 25(6): 324-31.
36. Huang HL, Lee CY, Chuang PL, Hsu CJ, Chen SC. Using Model of Clinic Care Classification in Clinical Nursing Information System. *Stud Health Technol Inform.* 2016; 225:1064-5.
37. Aslan KG. Klinik bakım sınıflama sisteminin huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımına uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara, 2010.
38. Saba VK, Feeg VD. A bedside PC charting system for nursing students using Clinical Care Classification (CCC) System. *AMIA Annu. Symp. Proc.* 2005; 1101.
39. Whittenburg L, Meetim A. Electronic Nursing Documentation: Patient Care Continuity Using the Clinical Care Classification System (CCC). *Stud Health Technol Inform.* 2016; 225: 13-7.
40. Zlabek JA, Wickus JW, Mathiason MA. Early cost and safety benefits of an inpatient electronic health record. *JAMIA*, 2011; 18(2): 169-72.

DERLEME

Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Harcamalarının Kapsamı ve Finansmanı*Ferhat BOLUKÇU***ÖZ**

Küresel kriz, demografik değişim ve ekonomik krizler karşısında sosyal güvenlik kurumlarının varlıklarını sürdürebilmeleri zorlaşmaktadır. Sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların optimal kullanılması, harcamaların gelir-gider dengesinin sağlanması ve sosyal güvenlik fonlarının verimliliklerini maksimum seviyelere çıkarmak için hiç kuşkusuz iyi konumlanmış kurumlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıdan aktif sigortalı başına düşen pasif sigortalı sayısı düşürülerek sosyal güvenlik kurumlarının mali dengesinin korunması sağlanmalıdır. Sosyal sigorta sistemi ile bütün vatandaşların yararlanabileceği şekilde kapsamlı bir genel sağlık sigortasının oluşumu sağlanmalıdır. Ayrıca, her ülke ekonomik ve sosyal gelişimine uygun finansal yöntemleri benimseyerek sosyal güvenlik hizmetlerini kesintisiz bir şekilde sağlamalıdır. Bu derleme, sosyal güvenlik harcamaları ve kamu sağlık harcamalarının Türkiye'deki mali yansımaları ile Türk sosyal güvenlik sisteminin finansmanı ve finansman modeline ilişkin konuları vurgulamak ve ilgili alanda literatüre genel bir bakış açısı sağlamak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar kelimeler: Finansman, Sosyal Güvenlik, Sağlık Harcamaları, Türkiye

Scope and Financing of Social Security Expenditure of Turkey*Ferhat BOLUKÇU***ABSTRACT**

In the face of global crisis, demographic change and economic crises, it becomes difficult for social security institutions to maintain their existence. There is no doubt that well-established institutions are needed to optimize the use of resources allocated to social security, to ensure the income-expenditure balance of expenditures and to maximize the efficiency of social security funds. In this context, the number of passive insured per active insured should be reduced and the financial balance of social security institutions should be maintained. The formation of a comprehensive general health insurance system should be ensured so that all citizens can benefit through the social insurance system. In addition, each country should adopt financial methods appropriate to its economic and social development and provide social security services without interruption. This compilation, highlights the financial repercussions of social security expenditures and public health expenditures in Turkey and the issues related to the financing and financing model of the Turkish social security system and was written to provide an overview of literature in the relevant field.

Keywords: Financing, Social Security, Health Costs, Turkey

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Ekonomisi Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Ferhat BOLUKÇU

E-posta adresi:ferbol23@gmail.com

Gönderi Tarihi:19.11.2019

ORCID No:0000-0002-4062-6193

Kabul Tarihi:16.01.2020

Bu derleme "Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Sosyal Güvenlik Harcamalarının Teknik Etkinlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Toplam Faktör Verimlilik Uygulamaları" konulu tezin bir bölümünden elde edilerek hazırlanmıştır.

ÇALIŞMANIN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Sosyal güvenlik kavramı sosyal bilimler literatürüne ilk defa ABD Başkanı Roosevelt döneminde çıkarılan 14 Ağustos 1935 tarihli Amerika Birleşik Devletleri Sosyal Güvenlik Yasası ile girmiştir (1). Sosyal güvenlik kavramı uluslararası düzeyde ise ilk kez "Herkes daha iyi çalışma koşulları, daha fazla ekonomik ve sosyal güvenlik sağlamak için tüm uluslar arasında tam bir işbirliği kurulması." gerektiğini açıklayan 12 Ağustos 1941 tarihli Atlantik Şartı ile kullanılmaya başlanmıştır (2).

Literatürde sosyal güvenlik kavramının dar ve geniş olmak üzere iki tanımı vardır. Dilik'e göre sosyal güvenliğin dar tanımı; hastalık, kaza ve sakatlık, işsizlik, yaşlılık, ölüm, evlenme ve doğumdan kaynaklanan tüm gelir kayıpları ile gider artışlarını tazmin etme amacı güden bir kurumdur (3). Geniş tanımı ise herkesin eşit şartlarda bugününü ve yarınını olası risk ve tehlikelere karşı güvence altına almakla sorumlu bir kamu alanıdır (4).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 1952 tarihli 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi'ne göre sosyal güvenliğin yapısını şunlar oluşturmaktadır (5): hastalık (sağlıkla ilgili bakım giderleri), hastalık (gelir kaybına neden olan risklerin karşılanması), işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalıkları, analık, malullük, ölüm ve son olarak aile yardımları sosyal güvenliğin temel yapısını oluşturmaktadır.

Sosyal güvenlik sisteminin araçları sosyal sigorta, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlerden oluşmaktadır. Sosyal sigortalar temel olarak pirim tabanlı bir düzene dayanmaktadır. Yani, sigortalılar ödedikleri primler karşılığında finansmana katılarak hizmet almaktadırlar. Sosyal sigortalar ile iş kazası, meslek hastalığı, işsizlik, hastalık, ölüm, malullük, yaşlılık, analık ve aile yardımları güvence altına alınmıştır (6). Hukuk sistemimizde bunun dışında kalan diğer tüm sosyal güvenlik hakları 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile düzenlenmiş ve güvence altına alınmıştır (6).

Sosyal güvenliğin diğer araçlarından biri olan sosyal yardımlar, ekonomik olarak alışlagelenden daha dezavantajlı bir durumda olan bireylere yönelik olarak sosyal dışlanmayı ortadan kaldırmak amacıyla aynı ya da nakdi şekilde yapılan transferler olarak ifade edilmektedir (7). Sosyal yardımlar, muhtaç ve yoksul durumda olanlar ile sosyal güvenlik sisteminin dışında kalan kişilere sağlanan yardımları kapsamaktadır. Ülkemizde sosyal yardımlar; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nce yapılmaktadır. Muhtaç ve kimsesiz vatandaşlara verilen 65 yaş aylıkları ve yeşil kart ödemeleri bu kurum tarafından karşılanmaktadır (8).

Sosyal güvenlik sisteminin başka araçlarından olan sosyal hizmetler ise sosyal yardımlar gibi sosyal güvenliğin yetersiz kaldığı durumlarda sosyal koruma sağlayan kamu harcamalarını teşkil etmektedir. Kimsesiz çocukların bakımı ve

himayesi, bakmakla yükümlü kimsesi olmayan hasta, sakat, yaşlıların bakımı, yoksul ve sosyal olarak dışlanan fert ve ailelere ihtiyaçlarının maddi karşılık beklenmeksizin karşılanması amacı güden hizmetlerin tümü sosyal hizmet çalışmalarına içine girmektedir (9).

Türkiye özelinde ve dünya genelinde sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir şekilde sürdürülmesi noktasında sosyal güvenlik kurumlarının kilit bir işlevi vardır. Yurt çapında sağlık harcamalarının kötüye kullanımları sosyal güvenlik harcamalarını gereksiz bir şekilde arttırmakta ve bütçe açığı sorunlarını tetiklemektedir. Sağlık harcamalarında görülen bu gerçek dışı artışları durdurmak açısından harcamaların finansmanından sorumlu sosyal güvenlik kurumlarına önemli görevler düşmektedir.

GİRİŞ

Sosyal güvenlik sistemlerinin tüm vatandaşları kapsamına almakla birlikte özellikle engelli, hasta, yaşlı, dul ve yetim olmak üzere sosyal olarak dışlananlar için ekonomik ve sosyal güvenliğin temelini oluşturmaktadır. Siyasi ve sosyal değişimler, küresel baskılar, işsizlik durumları, kayıt dışı istihdamın artması, mülteci sorunları, nüfusun yaşlanması ve demografik değişimler, gelir dağılımının eşitsizliği gibi pek çok sorun nedeniyle sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları pozitif yönde artmaktadır. Tüm bu nedenler karşısında, kurumun gelir-gider dengesi olumsuz yönde etkilenerek finansal ve mali yönden bütçe açıkları artmaktadır.

Sosyal güvenliğin gelecekte varlığını tehlikeye sokan konuların başında yaşlı nüfusun artması ile koşut olarak değişen aktif/pasif nüfus oranı gelmektedir. Aktif/pasif nüfus oranı, bir emekliyi aktif olarak çalışan kaç sigortalının finanse etmekte olduğunu gösteren bir orandır (10). Bu oranın arzu edilen değeri 7 olarak kabul görmektedir. Bunun anlamı bir emeklinin maaşı ve sağlık giderleri 7 sigortalı çalışan tarafından finanse edilmesi anlamına gelmektedir. Bu oran Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde ortalama olarak 4 seviyelerindedir. Türkiye’de bu oran 2013 yılı verilerine göre 1,90 civarlarındadır. Bu oranın ikinin altına düşmesi sosyal güvenlik sisteminin finansal açıdan sorun yaşayacağı anlamına gelmektedir (11).

Sosyal güvenlik kurumlarının aktüeryal dengelerinin sıfır olması demek gelirlerin maliyetleri başabaş noktada karşılayacağı anlamına gelmektedir. Yani dönem sonunda geriye kalan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) gelirlerinin gelecek yılın sosyal güvenlik harcamalarına eşit düzeyde ve harcamaların tam tamına karşılanacağı anlamına gelmektedir. Dönem sonunda aktüeryal dengenin negatif olması ise SGK gelirlerinin maliyetleri karşılayamayacağına işaret etmektedir (12).

Ulusal ekonomide görülen kayıt dışı ekonomi sosyal güvenlik gelirlerinin azalması noktasında önemli bir tesir oluşturmaktadır. Gerek denetim eksikliğinden kaynaklı görülen kayıt dışı istihdam sorunu ile gerekse kayıt dışılıkla mücadelede yürütülen istihdam politikalarının yetersizliği

sebebiyle sosyal güvenlik sistemlerinin varlıklarını sürdürmeleri her geçen gün zorlaşmaktadır. Özellikle kayıt dışı istihdamı ortadan kaldırmaya yönelik olarak getirilen prim affı, hizmet borçlanması gibi bazı haklar sosyal güvenlik harcamalarının artmasına ve sosyal güvenlik fonlarının azalmasına etki etmektedir.

Türk sosyal güvenlik sisteminde mevcut bazı sorunlar nedeniyle 1990'lı yıllar sürekli yenilik arayışlarıyla geçmiştir. Bu yenilik arayışları devam ederken 1995 yılında dönemin resmi hükümeti tarafından ILO sosyal güvenlik uzmanlarına hazırlatılan rapor, sosyal güvenlik ile ilgili bazı noktalara önemli vurgulamalarda bulunmuştur. Raporda önerilen yapısal değişiklikler ileriki dönemlerde birçok çalışmaya referans olmuştur. Rapora göre 2050 yılı itibariyle (13):

- ❖ Üç sosyal sigorta kurumunun finansman açığı, gayrisafi yurt içi hâsıla'nın (GSYİH) yüzdesi olarak yıllık %10,1 birikimli olarak ise %316'sı kadar olacaktır.
- ❖ Sosyal sigorta kurumlarının finansman açıklarının kapatılması için bireylerden kesilmesi gereken prim oranları Sosyal Sigortalar Kurumu için ücretin %117'si; Emekli Sandığı için ücretin %107'si; Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu için ücretin %84'ü ve toplamda %111 olması gerekmektedir.

Sosyal güvenlik sistemimizde yapısal ve yenilik arayışları devam ederken toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için 5510 Sayılı Kanun ile GSS ülkemizde 1 Ekim 2008'de yürürlüğe girmiştir. Daha sonra 2012 yılı itibariyle GSS zorunlu hale getirilerek sağlık sigortacılığında köklü bir değişikliğe gidilmiştir. Yeni yapı ile birlikte finansman ile sağlık hizmeti üretimi birbirinden ayrılarak hizmet satın alınması anlayışı hakim olmuştur (14).

Herkesin sosyal güvenlik kapsamına alınma çabaları, uluslararası hukuktan doğan yükümlülükler, siyasi ve sosyal politikalar nedeniyle sosyal güvenlik kurumlarının iktisadi yapısında bazı değişiklikler oluşmaktadır. Artan yaşlı nüfus popülasyonu sonucunda kronik hastalık yükünün artması, sağlık okuryazarlığının artması ve sağlık hizmetleri teknolojisinde yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerine olan talebi pozitif yönde etkileyerek sosyal güvenlik harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

Bu çalışma kapsamında kısaca sosyal güvenlik alanında meydana gelen bu değişimlerin olası etkileri incelenmiştir. Bu değişimlerin sosyal güvenlik kurumları üzerinde bıraktıkları etkiyi değerlendirmek açısından kurum harcamalarının mevcut durum analizi, kurumun finansman gelirlerine ve Türkiye'nin sosyal güvenlik finansman modeline ilişkin bazı çıkarımlarda bulunulması amaçlanmıştır.

SOSYAL GÜVENLİK HARCAMALARI

Sosyal devlet anlayışı ve siyasi hükümet politikaları ile genel sağlık sigorta kapsamlarının genişletilmesi, artan bağımlı genç nüfus oranı, yaşlı nüfusun artması, işsizlik oranında yaşanan artış, kayıt dışı istihdam ve global krizlerden kaynaklı olarak sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları dünya genelinde her geçen gün artmaya devam etmektedir.

İş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi, konut ve barınma gereksinimlerinin karşılanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, ana çocuk sağlığı ile ilgili yaşanan ilerlemeler, analık sigorta kapsamının genişletilmesi, ailenin güçlendirilmesi gibi pek çok konunun sosyal güvenliğin bir parçası haline dönüştürülmesine koşut olarak sosyal güvenlik harcamalarında fark edilir düzeyde artışlar görülmüştür (15). Artan sosyal güvenlik harcamaları, Türkiye özelinde ve dünyanın bazı bölgelerinde kurumsal yönden sosyal güvenlikle sorumlu kişileri idari yönden kaygılandırmaktadır.

Türkiye’de sosyal koruma harcamaları ve gelirlerine ilişkin veriler Avrupa bütünleştirilmiş sosyal koruma istatistikleri sisteminin (ESSPROS-The European System of Integrated Social Protection Statistics) belirlediği standart ve sınıflandırmalara göre Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından her yıl hazırlanmakta ve yayınlanmaktadır (16). Bu sınıflandırmaya göre sosyal koruma harcamaları kendi içinde idari harcamalar ve sosyal koruma yardımlarından oluşmaktadır (16). Sosyal koruma yardımları ise

kendi içinde emekli/yaşlılık ödemeleri, hastalık/sağlık bakımı, engelli/malul, dul/yetim, aile/çocuk, işsizlik, sosyal dışlanma ve başka yerde sınıflanmayan yardımlardan oluşmaktadır (16). **Tablo 1’de** 2015-2018 yılları arasında sosyal koruma harcamalarının TL cinsinden miktarları, kendi içinde yüzdesel büyüklükleri ve GSYİH içindeki oranları gösterilmiştir. **Tablo 1’e** göre Türkiye’de 2016 yılı itibariyle sosyal koruma harcamaları 2015 yılına göre %19,5 artış görülerek 334 milyar 751 milyon TL düzeyine çıkmıştır. Bu harcamaların %98,3’ü (328 milyar 917 milyon TL) sosyal koruma yardımlarını teşkil etmektedir. Geriye kalan %1,7’si ise idari harcamalardan oluşmaktadır. Sosyal koruma yardımları içinde en çok harcama yapılan alan (2015 yılına göre 2016 yılında %21,4 oranında artış) 162 milyar 140 milyon TL ile emekli/yaşlılara yapılan ödemeler olmuştur. Bu rakamı sosyal koruma yardımları içinde ikinci en büyük payı oluşturan (2015 yılına göre 2016 yılında %13,4 artış göstererek) 91 milyar 318 bin TL ile sağlık harcamaları izlemiştir. Bu oran 2016 yılına ait sosyal koruma harcamalarının %27,3’ünü temsil etmektedir.

Türkiye’de 2016 yılına ait sosyal koruma yardımlarının GSYİH’deki payı %12,7 civarlarında gerçekleşmiştir (Tablo 1). Yine **tablo 1’e** göre 2016 yılında sosyal koruma yardımlarını oluşturan harcamaların GSYİH içindeki oranları sırasıyla şu şekildedir: emekli/yaşlılara yapılan harcamalar %6,2, hastalık ve sağlık bakım harcamaları %3,5, dul ve yetim harcamaları %1,5, engelli ve malul %0,5, aile ve çocuk harcamaları

Tablo1. Sosyal Koruma Harcamaları ve GSYİH İçindeki Oranı

Yıl	2015 yılı			2016 yılı			2017			2018		
	Milyon (TL)	%	GSYİH Oranı (%)	Milyon (TL)	%	GSYİH Oranı (%)	Milyon (TL)	%	GSYİH Oranı (%)	Milyon (TL)	%	GSYİH Oranı (%)
Emekli/yaşlı	133515	47,7	5,7	162140	48,4	6,2	185036	48	6	214133	48,4	5,7
Hastalık/sağlık bakımı	80463	28,7	3,4	91318	27,3	3,5	103077	27	3,3	121444	27,4	3,3
Dul/yetim	32719	11,7	1,4	39615	11,8	1,5	44684	12	1,4	52262	11,8	1,4
Engelli/malul	10124	3,6	0,4	11976	3,6	0,5	13317	3,5	0,4	14840	3,4	0,4
Aile/çocuk	8901	3,2	0,4	10559	3,2	0,5	14891	3,9	0,5	16986	3,8	0,5
İşsizlik	563	1,9	0,2	8172	2,4	0,3	8672	2,3	0,3	10358	2,3	0,3
Sosyal dışlanma ve b.y.s.	3927	1,4	0,2	5137	1,5	0,2	5853	1,5	0,2	5887	1,3	0,2
Sosyal koruma yardımları toplamı	274912	98,2	11,8	328917	98,3	12,7	375531	98	12	435910	98,5	11,7
İdari harcamalar	5163	1,8	0,2	5834	1,7	0,2	7108	1,9	0,2	6697	1,5	0,2
Sosyal koruma harcamaları toplamı	280074	100	12	334751	100	12,9	382639	100	12	442607	100	11,9

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, Sosyal Koruma İstatistikleri 2015-2018 (17, 18, 19).

Not: b.y.s. (başka yerde sınıflanmayan)

Tablo 2. 2016-2017 Yılı Sosyal Koruma Harcamalarının Kendi İçinde Yüzdesele Büyüklükleri

	2016	2017
Devlet katkıları	%40,7	%38,1
İşveren sosyal katkıları	%27,7	%28,9
Sosyal koruma kapsamındaki bireylerin yapmış olduğu sosyal katkı	%26,5	%26,3
Sosyal koruma yardımları içinde şartlı yardımlar	%8,4	%9,1
Şartlı yardımlar içinde aile çocuk yardımları	%31,9	%37,7
Şartlı yardımlardan engelli/malul yardımları	%32,1	%29,4
Şartlı yardımlardan hastalık/sağlık bakım yardımları	%17,2	%16,1
Sosyal koruma yardımları içinde nakdi yardımlar	%67,8	%67,4
Nakdi yardımlar içinde emekli/yaşlı ödemeleri	%72,2	%72,7
Nakdi yardımlar içinde dul/yetim yardımları	%17,7	%17,6
Nakdi yardımlar içinde işsizlik yardımları	%3,5	%3,2

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, Sosyal Koruma İstatistikleri 2016-2017 (17,18)

%0,5, işsizlik %0,3 ve sosyal dışlanma ve b.y.s %0,2 'sini oluşturmaktadır.

Türkiye'nin 2017 yılı sosyal koruma istatistiklerinde bir önceki yıla göre yine artış yaşanmıştır. Kısaca; 2016 yılına karşılık olarak 2017 yılında sosyal koruma harcamaları %14,3 artış göstererek 382 milyar 639 milyon TL düzeyinde gerçekleşmiştir (Tablo 1). Bu sosyal koruma harcamalarının yaklaşık %98,1'ini sosyal koruma yardımları meydana getirmektedir. Yine sosyal koruma yardımları içinde ise en yüksek harcama tutarı 185 milyar 36 milyon TL ile emekli/yaşlılara yapılan harcamalar olmuştur (Tablo 1). Bu rakamı 103 milyar 77 milyon TL ile hastalık/sağlık bakımı harcamaları izlemiştir (Tablo 1).

Türkiye'de sosyal koruma harcamaları 2018 yılında ise bir önceki yıla göre %15,7 artış göstermiş olup 442 milyar 607 milyon düzeylerine yükselmiştir. Bu sosyal koruma harcamalarının %98,5'ini sosyal yardımlar oluşturmuştur (Tablo 1). Sosyal koruma yardımlarında ise ilk sırada her yıl olduğu gibi 214 milyar 133 milyon TL ile emekli/yaşlılara yapılan ödemeler yer alırken ikinci sırada ise 121 milyar 444 milyon TL ile hastalık/sağlık bakım yardımları yer almıştır (Tablo 1).

Türkiye'de sosyal koruma harcamalarının 2015-2018 yılları arasında milli

ekonomiden aldığı payın istikrarlı olduğu söylenebilir. Söz konusu 2015 yılında bu pay %12 iken 2016 yılında %12,9, 2017 yılında %12 ve 2018 yılında ise %11,9 dolaylarında gerçekleşmiştir (Tablo 1). Özetle Türkiye'de sosyal koruma harcamalarının GSYİH içindeki payı istikrarlı olsa bile rakamsal yönden bu harcamalarda ilgili yıllar itibariyle sürekli olarak artış yönünde bir eğilim olduğu tespit edilmiştir.

Şartlı yardımlar; gelir durumu veya mal varlığı belirli bir seviyenin altında olan vatandaşlara sağlanan sosyal yardımları oluşturmaktadır. Bu yardım türü çoğunlukla devlet katkısı ile finanse edilmekte ve yararlanıcıdan katkı yapılması beklenmez. Gebelik ve doğum yardımı bu yardım türüne bir örnek teşkil etmektedir. **Tablo 2'de** 2016-2017 yılı sosyal koruma harcamalarının kendi içinde yüzdesel büyüklükleri gösterilmiştir. Türkiye'de 2016 yılında sosyal koruma yardımlarının %8,4'lük kısmı şartlı olarak sağlanmıştır (Tablo 2). Şartlı yardımlar içinde ise ilk sırada %32,1 ile engelli/malul yardımları yer alırken ikinci sırada %31,9 ile aile ve çocuk yardımı ödemeleri ve sonuncu sırada %17,2 ile hastalık ve sağlık bakım yardımları izlemiştir (Tablo 2).

Nakdi yardımlar nakit para şeklinde yararlanıcıya sağlanmakta olup ve nakdin ne şekilde harcanacağına ilişkin herhangi

bir kanıt veya belge aranmaz. Türkiye'de 2016 yılında sosyal koruma yardımlarının %67,8'i nakdi olarak sağlanmıştır (Tablo 2). Nakdi yardımlar içinde %72,2 ile emekli/yaşlılara yapılan yardımlar ilk sırada yer alırken, bunu %17,7 ile dul/yetim yardımları ve %3,5 ile işsizlik ödemeleri takip etmiştir (Tablo 2).

Devlet katkısı, SGK'nın her ay tahsil etmiş olduğu malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası ile GSS priminin ¼ oranında hazineden kuruma yapılan devlet katkısını oluşturmaktadır. Prim gelirleri ise şunlardan oluşmaktadır. İşveren primi çalışanlar adına işveren tarafından ödenen primlerden oluşur. Çalışan primleri ise çalışan sigortalılar ile asgari ücretlilerden elde edilen prim gelirlerini ifade etmektedir. Türkiye'de 2016 yılında sosyal koruma gelirlerinin %40,7'lik kısmını devlet katkıları oluştururken %27,7'lik payı ise işveren sosyal katkıları ve son olarak %26,5'lik kısmı ise koruma kapsamındaki üyelerden (sigortalılar) sağlanan sosyal katkılardan meydana gelmektedir (Tablo 2).

Sosyal güvenlik harcamalarını analiz etmek açısından bir başka önemli unsur ise kurumun faaliyetlerine ilişkin gelir-gider dengesini gösteren rakamsal değerlerde görülen değişimlerin tespiti önem taşımaktadır. **Tablo 3'te** 2016-2017 yılları arasında hedeflenen ve gerçekleşen bütçe

ile SGK gelir-gider dengesi, bütçe transferleri ve 2016 yılına göre 2017 yılında gerçekleşen bütçe rakamlarındaki değişim oranı yüzdesi gösterilmiştir. Türkiye'de 2016 yılı SGK giderleri 276 milyar 423 milyon TL olarak öngörülmüşken yılsonunda bu rakam hedefin %0,04 üzerinde gerçekleşerek 276 milyar 536 milyon TL'ye ulaşmıştır (Tablo 3). SGK'nın gelirleri ise 265 milyar 114 milyon TL olarak hedeflenmişken yılsonunda bu rakam yüzde 3,48 azalışla 255 milyar 880 milyon TL düzeyine ulaşmıştır (Tablo 3). Bu sonuçlara göre, 2016 yılında SGK gelirlerinin aynı yıl içinde gerçekleşen giderlerini karşılayamaz durumda olduğunu göstermektedir. Kısaca kurum tarafından belirlenen hedeflerin gerisinde kalarak 20 milyar 656 milyon dolaylarında bütçe açığı verilmiştir.

Türkiye'de SGK'nın 2017 yılı kurum giderleri 304 milyar 349 milyon TL olarak hedeflenirken yılsonu bu hedefin %2,8 üzerinde kalarak 312 milyar 735 milyon dolaylarında gerçekleşmiştir (Tablo 3). Kurumun bütçe gelirleri 282 milyar 726 milyon TL olarak öngörülürken %2 seviyelerinde bir artışla 288 milyar 329 milyon TL olarak gerçekleşmiştir (Tablo 3). Bu rakamsal sonuca göre 2017 yılında SGK 24 milyar 406 milyon TL bütçe açığı vermiştir. Bu durumda bütçeden yapılan transferler 128 milyar 183 milyon

dolaylarına çıkmıştır (Tablo 3). Yapılan bütçe transferleri içinde en büyük transferler 51 milyar 767 milyon TL ile devlet katkısından oluşmaktadır (Tablo 3). Hazineden aktarılan 25 milyar 251 milyon TL ile açık finansmanlar ikinci sırada gelmektedir (Tablo 3). Bu rakamlar ışığında Türkiye’de SGK’nın 2017 yılında gelir-gider dengesini koruyamadığı sonucuna varılabilir. SGK’nın 2018 yılına ilişkin bütçe uygulama sonuçlarına göre hazırlanmış gelir-gider hedef ve gerçekleştirmeleri ise şu şekilde gerçekleşmiştir. SGK giderleri 2018 yılında 346 milyar 256 milyon TL olarak hedeflenmişken, yılsonu itibariyle giderleri %13 oranında artış göstererek 391 milyar 375 milyon TL olarak gerçekleşmiştir (21). SGK gelirleri ise 346 milyar 256 milyon TL hedeflenmiş ve yılsonunda bu rakam %10 oranında artış göstererek 381 milyar 33 milyon TL’ye ulaşmıştır (21). Bu durumda, 2018 yılında SGK 10 milyar 342 milyon TL civarında bütçe açığı vermiştir. Özetle 2016-2017 dönemlerinde olduğu gibi 2018 yılında da SGK’nın gelirlerinin giderlerini karşılamada yetersiz olduğu sonucuna varılabilir. Bu tablo ışığında SGK’nın 2016-2018 yılları arasında gelecek nesiller üzerinde borç yükü bıraktığı söylenebilir.

Türk sosyal güvenlik sisteminin borç stoğundan kaynaklı finansman açıkları

düzenli olarak artmaktadır (22). Bu artan borç yükünü hafifletmek veya tamamen ortadan kaldırmak açısından bazı radikal reformlar gerçekleştirilmelidir. Öncelikle gelir unsurlarının artırılmasına yönelik çözüm politikalarının oluşturulması gerekir. Bu noktada aktif sigortalı oranı sosyal güvenlik kurumlarının giderlerine karşılık gelirlerinde artış yönünde etki oluşturan önemli bir unsur oluşturmaktadır. Aktif/pasif oranını yükseltilmesi açısından genç nüfus potansiyelini elinde bulunduran Türkiye’nin bu durumu avantaja dönüştürerek etkin istihdamı politikalarını hayata geçirmesi SGK açısından önemli bir zorunluluğu oluşturmaktadır. Zira Türk sosyal güvenlik sisteminin gelecekte iktisadi varlığını sürdürmesi aktüeryal dengenin sağlanması ile mümkündür. Sosyal güvenlik kurumunun ortalama gelirleri ortalama harcamalarından çıkarılarak elde edilen sonuç aktüeryal dengeyi oluşturmaktadır (23). Bu sayede sosyal güvenlik prim gelirlerinin sosyal güvenlik harcamalarını karşılayabilmeleri açısından aktüeryal dengenin pozitif olması arzu edilen durumdur.

Tablo 4’ te 2017-2018 yıllarına ait sigorta kapsamı ve aktif/pasif sigortalı oranı gösterilmiştir. Buna göre, Türkiye’de aktif/pasif sigortalılık oranı 2017 yılında 1,95 dolaylarında iken 2018 yılında 1,86

düzeylerine gerilemiştir. Yine 2017 yılına göre aktif sigortalı kişi sayısı 2018 yılında azalırken pasif sigortalı sayısı artmıştır. Aynı zamanda 2017 yılına göre 2018 yılında sosyal sigorta kapsamında da %1,5'lik bir gerileme yaşanmıştır. Görüldüğü üzere Türkiye'nin sosyal güvenlik yapısında meydana gelen bu değişimler SGK'nın mali ve aktüeryal

dengeğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda SGK'nın kayıt dışı istihdamı ortadan kaldırarak aktif sigortalı kişi sayısını artırmaya yönelik çözüm politikaları geliştirmesi son derece önemlidir. Aynı zamanda gelir ve gider dengeğini sağlayarak aktüeryal dengeğini daha uzun vadede sürdürülebilir kılmalıdır.

Tablo 3. SGK Hedeflenen ve Gerçekleşen Bütçe Tutarları, SGK Gelir-Gider Dengesi, Bütçe Transferleri ve Değişim Oranı

Milyon (TL)	2016 Hedeflenen Bütçe	2016 Gerçekleşen Bütçe	2017 Hedeflenen Bütçe	2017 Gerçekleşen Bütçe	2016-2017 Gerçekleşen Bütçe Değişim Oranı %
İlgili Faaliyetler					
Prim Gelirleri	193.066	181.306	201.594	202.914	11,92
Prim Yapılandırma Gelirleri	1.455	3.140	5.376	4.920	
Devlet Katkısı	44.370	46.457	47.746	51.767	11,43
Ek Ödeme Transferi	7.792	7.698	8.631	7.970	
Faturalı Ödemeler	8.291	7.979	8.801	12.475	
Diğer Ödemeler	10.140	9.330	10.578	8.283	
Toplam Gelirler	265.114	255.880	282.726	288.329	12,68
Emekli Aylıkları	186.094	185.158	206.072	209.546	13,17
Sağlık Giderleri (GSS)	66.067	68.048	7.398	77.687	14,17
Ek Ödeme	7.901	7.726	8.705	8.697	
Faturalı Ödemeler	4.781	5.450	4.658	7.536	
Diğer Sigorta Ödemeleri	4.381	3.068	2.833	3.276	
Diğer (yönetim, yatırım vb.)	7.198	7.086	7.683	5.994	
Toplam Giderler	276.423	276.536	304.349	312.735	13,09
Gelir-Gider Dengesi	-11.309	-20.656	-21.623	-24.406	18,15
Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı (%)	95,9	92,5	92,9	92,2	
Açık Finansmanı	11309	20244	21623	25251	
Devlet Katkısı	44370	46457	47746	51767	
Ek Ödeme	7792	7698	8631	7970	
Faturalı Ödemeler	7283	6860	7864	11233	
Teşvikler	22678	19811	23549	24225	
Ödeme Gücü Olmayanların GSS Primi	8851	7003	7226	7737	
Bütçe Transferleri	102.283	108.073	116.639	128.183	18,61

Kaynak: Hazine ve Maliye Bakanlığı 2016-2017 Yılı Faaliyet Raporu (20)

Sosyal güvenlik harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan sağlık harcamalarında da sürekli olarak bir artış trendi yaşanmaktadır. Sosyal ve küresel baskılar, sağlığın özelleştirilmesi adına kamu yerine özel sağlık kuruluşlarından hizmet alınmaya başlanması ya da sağlık personelinin performansına dayalı ek ödeme ücretlerinin tavan yapılmasına yönelik tutum ve davranışları nedeniyle bu artış eğilimi devam etmektedir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu organlar ve sosyal güvenlik kurumlarınca artan sağlık harcamalarının ne şekilde kontrol altında tutulacağına yönelik çözüm yolları arayışı bu konuda önemli bir adımı teşkil etmektedir.

Tablo 4. 2017-2018 Yılı Sigorta Kapsamı ve Aktif/Pasif Sigortalı Oranı

	2017	2018
Aktif/Pasif Oranı	1,95	1,86
Aktif sigortalı sayısı (çalışanlar)	22 milyon 280 bin 463 kişi	22 milyon 72 bin 840 kişi
Pasif sigortalı sayısı (aylık alanlar)	12 milyon 154 bin 140 kişi	12 milyon 613 bin 151 kişi
Sosyal sigorta kapsamının Türkiye nüfusuna oranı %	87,1	85,6
Sosyal güvenlik kapsamının (gelir testi yaptıranlar dahil) Türkiye nüfusuna oranı %	99,3	98,5

Kaynak: SGK 2018 Faaliyet Raporu (21).

KAMU SAĞLIK HARCAMALARI

Bir ülkede nitelikli sağlık hizmetlerine en etkin şekilde erişim sağlamak kalkınmanın

ve uygar toplum olmanın en temel koşullarından birini oluşturmaktadır (24). Bu koşul, toplumu oluşturan bireylerin gereksinim duydukları anda sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerden istifade etmesini kolaylaştırmaktadır (24).

Kamu sağlık harcamalarında hissedilir artışların olması SGK ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sorumlu olan kurum ve kuruluşlar açısından tartışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Bu sebeple sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların daha verimli ve etkin kullanımı noktasında süregelen problemlerin çözümü için hizmet ve üretim sürecinde bazı tedbirler alınmaktadır (25). Bunlardan bazıları, sağlık harcamalarının frenlenmesi, kamu harcamalarının kısılması ve vergilerin artırılması şeklindedir (26, 27). Türkiye’de ise sağlık harcamalarının frenlenmesine yönelik alınan tedbirlerden biri global bütçe uygulamasıdır. Harcamaların mali bir disiplin içinde yürütülmesi noktasında global bütçenin önemli bir işlevi vardır. Bu uygulama ile birlikte kurum için bir harcama sınırı ve hedefi belirlenmektedir.

Dünya nüfusunun giderek yaşlanması olgusu ile paralel olarak evde bakım hizmetleri, huzur evleri ve yaşlı bakım evleri gibi bazı kamu kurumlarının maliyetlerinde gözle görülür artışlar

görülmektedir. Bu yaşlanma olgusunun bir sonucu olarak ülkelerin SGK prim gelirleri azalmaktadır. Bu durumun SGK'ya diğer yansımaları ise yaşlı nüfusun artan sağlık hizmetleri talebi sağlık harcamalarının artması yönünde etki doğurmaktadır.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development) [OECD] 2016 verilere göre OECD sağlık harcamalarının yaklaşık %52'sinin ABD ülkesine ait olduğu görülmektedir (28). OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcaması ortalaması 2016 yılında 4002,6 dolar tutarında gerçekleşirken, Group of 20 (G20) ülkelerinin ise ortalama olarak 3000 dolar tutarında gerçekleşmiştir (28). Buna karşılık gelişmekte olan ülkelere birini teşkil eden Türkiye'nin 2016 yılı kişi başı sağlık harcaması tutarı ise 504 dolar civarında gerçekleşmiştir (29).

OECD ülkelerinin 2017 yılına ait sağlık harcamaları GSYİH'deki payı ortalama olarak %8,8 civarlarında gerçekleşmiştir (30). ABD %17,1'lik bir oranla ilk sırada yer alırken ikinci sırada İsviçre %12,3 ve Fransa %11,3 ile üçüncü sırada yer almıştır (30). Lüksemburg ve Meksika %5,5 ile sondan ikinci sıra iken Türkiye %4,2'lik bir harcama ile sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı en düşük çıkan ülke konumunda olmuştur (30). Bu rakamlara

göre gerek Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması tutarı gerekse sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Avrupa ve OECD ülkelerinin çok gerisinde iken SGK harcamaları içinde önemli bir payı oluşturan sağlık harcamalarının frenlenmesine yönelik atılan adımlar uluslararası konjonktürde bir tezat oluşturduğundan bahsedilebilir.

Tablo 5'te 2017-2018 yıllarına ait SGK'ya ait sağlık harcaması tutarları gösterilmiştir. Buna göre 2018 yılı verileri 2017 yılı ile kıyaslandığında, en büyük harcama kalemi olan tedavi harcamaları %15,3'lük artış göstererek 51 milyar 260 milyon TL'den 59 milyar 92 milyon TL'ye çıkmıştır. Yine ilaç harcamaları ise %23,1'lik artış göstererek 25 milyar 166 milyondan 30 milyar 989 milyon TL'ye ulaşmıştır. Sağlık çıktılarının önemli belirleyicilerinden birini teşkil eden sağlık harcamaları sosyal güvenlik harcamalarının önemli bir bölümünü temsil etmekte ve **tablo 5'te** de olduğu gibi her geçen gün hızla artmaya devam etmektedir. Artan sağlık harcamalarının kaynak israflarından kaynaklı olup olmadığını belirlemek ya da usulsüz şekilde artırıldığını tespit etmek için sağlık harcamalarına özgü olarak sürdürülen tüm faaliyetlerin SGK veya ilgili kurum ve kuruluşlarca denetimlerinin sağlanması önemli bir gerekliliği oluşturmaktadır.

Tablo 5. 2017-2018 Yıllarına Ait SGK Sağlık Harcamaları

Harcamalar	Milyon (TL)		Değişim Oranı
	2017	2018	
Tedavi Harcamaları	51 milyar 260 milyon	59 milyar 92 milyon	15,3
Devlet Hastanelerine Ait Harcamalar	31 milyar 242 milyon	38 milyar 77 milyon	21,9
Üniversite Hastanelerine Ait Harcamalar	10 milyar 264 milyon	10 milyar 743 milyon	4,7
Özel Hastanelere Ait Harcamalar	9 milyar 754 milyon	10 milyar 372 milyon	5,3
İlaç Harcamaları	25 milyar 166 milyon	30 milyar 989 milyon	23,1
Toplam Harcamalar	77 milyar 687 milyon	91 milyar 566 milyon	17,9

Kaynak: SGK faaliyet raporu (21)

SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİNİN FİNANSMANI

Her ülkenin hastalık, sakatlık, engellilik, sosyal dışlanma ve yoksulluk gibi bazı sosyal risklere karşı can ve mal güvenliğini belirli şartlarda teminat altına alma amacı güden sosyal güvenlik sistemleri vardır. Toplumu oluşturan fertler için çok önemli bir işlevi olan bu sosyal güvenlik sistemlerinin çözüm odaklı, etkin, yeterli, kaliteli, kapsamlı ve sürdürülebilir bir şekilde hizmet sunması açısından finansal kaynakların kilit bir rolü vardır.

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi primli ve primsiz rejim olmak üzere iki farklı yapı üzerine inşa edilmiştir (31). Adından anlaşıldığı üzere primli yapıda sosyal güvenliğin finansmanı zorunlu sigorta sisteminden toplanan primlerle sağlanmaktadır. Sigorta primleri,

sigortalının kazancının bir bölümünün sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanması karşılığında kesilmesini ifade etmektedir (32). Primler genel olarak memur, işçi ve işveren primlerinden oluşur. Prim meblağı, bireylerin gelirleriyle orantılı olarak ülkeden ülkeye, satın alma gücüne göre farklılık göstermektedir. İşveren primi, işçinin ödediği primlere ilave olarak işveren tarafından işçinin kendi nam ve hesabına ödenen primdir. Dolayısıyla işveren primi ücrete bağımlı olup ve ücretin kaynağından kesinti yapılarak sağlanılmaktadır (33).

Türk sosyal güvenlik sisteminin primsiz rejiminin finansmanı ise sosyal yardımlar, sosyal hizmetler, karşılıksız transferler ve bizzat devletin merkezi bütçeden kaynak aktarması esasına dayanmaktadır. Zira Türkiye’de devlet GSS ve işsizlik sigortası adı altında ödeme gücü olmayanların prim borçlarını silerek veya bunlar adına sosyal güvenlik kurumlarına prim ödeyerek finansmana katkı sağlamaktadır.

Sosyal güvenlik hizmetlerinin primsiz bir şekilde sürdürüldüğü ülkelerde sosyal güvenliğe bütçeden ne kadar vergi transferi yapılacağı ile ilgili konular parlamento içinde alınan kararlarla belirlenir. Hükümetin ekonomik ve iktisadi tutumu iyi işleyen ülkelerde vergi tabanı genişler. Ayrıca ileri kalkınmanın bir sonucu olarak

refah düzeyi artan ve çağdaş toplum bilinci olan ülkelerde vergilerle finansmanın başarı sağladığı görülmüştür (33).

Primli Yapıda Finansman Yöntemleri

Primlerle finansmanın sağlandığı sosyal güvenlik sistemlerine özgü olmak üzere literatürde kabul görmüş iki yöntem vardır. Bunlar kısa vadede denge oluşturmayı hedefleyen "dağıtım" yöntemi ve uzun vadede denge kurabilmeyi hedefleyen "kapitalizasyon" yöntemi olarak bilinmektedir (34). İlki dağıtım yöntemi diğer bir deyişle yılı yılına finansman usulü olarak tanımlanmaktadır. İkincisi ise fon yöntemi olup kavramsal karşılığı kapitalizasyon olarak bilinmektedir.

1- Dağıtım Yöntemi

Mevcut sosyal güvenlik programı kapsamında aktif olarak sosyal güvenlik havuzuna katkı sunanların prim gelirleriyle aynı yılın sosyal güvenliğe ilişkin yapılan harcamaların karşılandığı yöntem yılı yılına finansman modeli denilmektedir. Bu yöntemde küresel ekonomiden kaynaklı bazı beklenmedik riskler karşısında doğacak olan zararları karşılayacak yedek fon oluşturulmaz. Bu sebeple karar mekanizmalarının ekonomik krizlerden kaynaklı tehlikeleri göz ardı ettikleri söylenebilir.

2- Fon (Kapitalizasyon) Yöntemi

Bu yöntemde toplanan sosyal güvenlik gelirleri uzun vadede fon biriktirmek için dönem içinde bankalar, sermaye piyasaları, menkul kıymet ve diğer yatırım araçlarında değerlendirilerek sosyal güvenlik harcamalarını karşılamak üzere tekrar ekonomiye kazandırılmaktadır (35).

Fon yöntemlerinden birini teşkil eden bireysel fon sisteminde, sigortalılardan kesilen primler sigortalıların hesabında biriktirmektedir. Daha sonra kişinin gelecekte sistemden alacağı faydalar bu bireysel hesaba yapılan katkı düzeyleri temel alınarak tespit edilmektedir (35). Bireysel fon sistemi, prim ödemelerinin önceden belirli bir meblağda olmasını gerektirirken öte taraftan gelecek zaman diliminde ve yaşlılıkta ne tür risklerin doğacağı belirsizliği önemli bir soruna dönüşmektedir. Bu durum primlerin herkese tek-sabit oranlı tutulması prensibini imkansız kılmaktadır. Bu açıdan, yöntem finansal açıdan varlığını gerçekleştirebilirken, sosyal güvenliğin sosyal yardımlaşma ve risklerin paylaşımı gibi çok önem teşkil eden prensiplerine aykırı düşmektedir (36).

Fon yöntemlerinden bir diğerini teşkil eden kolektif fon yöntemi, sigortalılardan toplanan tüm primler ortak bir fon hesabında biriktirmektedir. Sosyal

güvenlik harcamalarına ilişkin tüm riskler bütün üyeler tarafından (ortak bir havuz içinden) karşılanmaktadır (37). Katkı oranları kişiden kişiye farklılık göstermemektedir. Bu yöntemde toplanılan primlerin şimdiki parasal değeri sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanacak ödemelerin şimdiki değeri ile eşit olması arzu edilen durumdur (38). Fon oluşturmak için uzun bir zaman dilimine gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle gelecek nesiller üzerindeki riskleri uzun vadede elde edilen gelirlerle karşılamak bu yöntem açısından mümkün ve elverişlidir (39).

Sonuç olarak, Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin finansmanı primli ve primsiz olmak üzere karma bir şekilde yürütülmektedir. Primli sistemde finansman yöntemi olarak dağıtım yöntemi benimsenmektedir. Primsiz sosyal güvenlik sistemi ise yoksul, yaşlı, dul ve yetim, engelli ve korunmasız kimselere kamu bütçesi gelirleri ile vakıf kuruluşları, gönüllü ve diğer kamu kurumları aracılığıyla karşılıksız sağlanan sosyal yardım ve hizmetler yoluyla gerçekleştirilmektedir (39).

SONUÇ

Türk sosyal güvenlik kurumu dünya ölçeğinde en yüksek oranlı primlerle finanse edilen sistemlerden birini oluşturmaktadır (40). Finansmanın

primlerle sağlandığı ülkelerde sosyal güvenlik kurumları finansman yöntemi olarak daha çok dağıtım yöntemini esas almaktadırlar. Prim oranlarının yüksek olduğu ülkemizde ise finansman yöntemi olarak primli katkıya dayalı dağıtım yöntemi kullanılmaktadır. Bu finansman yönteminin kullanılması kısa vadede kurumun mali dengelerini sağlaması açısından önemli bir avantaj oluşturduğu söylenebilir. Ancak, uzun vadede mali dengeleri sağlamak açısından uygun olmayan bu finansman yöntemi ülkemiz üzerinde SGK finansman açıklarının birikimli olarak artmasına neden oluşturmaktadır.

Türk sosyal güvenlik sisteminin aktif-pasif sigortalı dengesinin OECD ve Avrupa ortalaması seviyelerine getirilmesi SGK’nın varlığını sürdürmesi açısından önemli bir koşulu barındırmaktadır. Kısaca SGK’nın mali açıdan ayakta kalabilmesi aktif/pasif oranının ideal olarak 7 seviyelerinde ve en az 4 seviyesinde olması gerekmektedir (41). Dolayısıyla 2018 yılında Türkiye’de 1,86 düzeylerine gerileyen bu oranın yükseltilmesi sosyal güvenliğin geleceği açısından hayati önem taşımaktadır (21). Bu noktadan hareketle aktif sigortalıların prim gelirleriyle pasif durumda olan emeklilerin giderlerinin karşılanması için etkin sosyal güvenlik

politikalarının oluşturulması Türkiye açısından son derece önemlidir.

OECD ülkeleri arasında en uzun süre emeklilik maaşı ödenen ülkeler arasında Lüksemburg'dan sonra ikinci sırada olan Türkiye'nin kamu emeklilik yaşını yükseltmeye yönelik çözüm politikaları oluşturması, SGK'nın gelir-gider dengesini sağlaması açısından önemli bir hususu teşkil etmektedir (42). Kamu emeklilik yaşının yükseltilmesi pasif nüfus oranının düşmesine ve aktüeryal dengenin sağlanmasına pozitif etki doğuracaktır. Zira çalışmanın önceki bölümlerinde görüldüğü üzere 2016 yılına göre 2017 yılında SGK'nın toplam gelirleri %12,68 oranında artarken 2016 yılına göre 2017 yılı giderleri ise %13,1 düzeyinde artmıştır. Bu rakamsal sonuca göre 2017 yılında kurum gelirleri kurum giderlerini karşılayamamıştır.

Eğitim durumundan dolayı işgücüne katılımın ileri yaşlara kayması, istihdam politikaları ve denetim eksikliğinden kaynaklı olarak işverenlerin çalışan primlerini ödememe tutumları, ekonomide kayıt dışılığın artması ve işsizlik oranlarında görülen artışlar sosyal güvenlik prim gelirlerinin azalmasına neden olmaktadır (43, 44). Ayrıca küresel baskılar sonucu göçmen ve mültecilere yönelik SGK bütçesinden sağlanan

hizmetlerin artması, yürütülen sosyal politikaların siyasi çıkar sağlama amacı gütmeleri ve kurum kaynaklarının etkin olarak kullanılmamasından kaynaklı olarak sosyal güvenlik yapısında önemli değişiklikler meydana gelmektedir (45). Tüm bu olgular sonucunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde SGK fon açıkları her geçen gün artmakta ve sosyal güvenlik kurumları ekonomik darboğaza sürüklenmektedir.

Sosyal güvenlik açıklarını aza indirmek için merkezi bütçeden her geçen gün daha fazla düzeylerde finansal kaynak aktarımları yapılmaktadır. Bu durum ülkelerin cari açıklarının pozitif yönde artmasına etki ederek politikadan sorumlu karar alıcılarının endişe duymalarına neden olmaktadır. Bu noktada SGK prim gelirlerinin artırılması önemli bir koşuldur. Bunun için kayıt dışı istihdam ortadan kaldırılarak sosyal güvenlik tabanı genişletilmelidir. Bu sayede artan sosyal güvenlik katkıları ile sigorta üyelerini, toplumun yoksul kesimlerini ve sosyal dışlananları da sosyal güvenlik şemsiyesi altına alarak daha kapsamlı bir sosyal sigortanın oluşumu sağlanabilir.

Sosyal güvenlik sisteminin iktisadi olarak varlığını sürdürmesi için negatif dışsallıklara önlem alınmalıdır (sistemin şu an sunduğu faydalar gelecek kuşaklar

üzerinde maddi külfete dönüşmemeli) (46). Bu dışsallıkları ortadan kaldırılmak için çözüm bulunmalı ve primlere dayalı finansman ile vergiye dayalı finansman faydaları arasında elverişli bir denge olmalıdır (46). Özetle hastalık, sakatlık ve olası tüm sağlık risklerini güvence altına alan, işçi ve işverenler açısından en uygun

KAYNAKLAR

1. Yurdadoğ, Volkan. (2017) Sosyal Güvenlik ve Yeniden Gelir Dağılımına Etkisinin Teorik Çerçeve Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:26,Sayı:1 s. 254-269.
2. Dilik, S. (1992). Sosyal Güvenlik, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
3. DİLİK Sait, Sosyal Güvenlik, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1991.
4. Talas, Cahit (1997). Toplumsal Ekonomi. 7. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
5. ILO 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi, s. 32-48erişim tarihi:2.06.2019 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/-ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms_116148.pdf
6. Gökçeoğlu, Ş. (2015). İnsan Hakları Perspektifinden Sosyal Güvenlik Hakkının Anlamı ve Kapsamı. (VII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyumu). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
7. Taşçı, Faruk (2010), Sosyal Politikalarda Sosyal Yardım, Nobel yayımları, İstanbul.
8. DODURKA, B. Z. (2014), "Türkiye'de Merkezi Devlet Eliyle Yapılan Sosyal Yardımlar Çalışma Raporu", Aralık.
9. Korkusuz Refik ve Suat UĞUR, Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, Ekin Yayinevi, Bursa, 2010.
10. Duygulu E., Pehlivan P. (2004), "Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri", Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri içinde: Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması, Ankara: Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın No:17.
11. Acar, İ.A., Kitapçı, İ. (2008). Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye'deki Emeklilik Sistemindeki Değişim. Maliye Dergisi, 154, 77-98.
12. Billig, A., and Ménard, J.D. (2013). Actuarial balance sheets as a tool to assess the sustain ability of social security pension systems, International Social Security Review, 66 (2), 31-52.
13. ALPER Yusuf (2011), "Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler", Sosyal Güvenlik Dergisi, Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa 7-47.
14. Kırmızı, E. ve Hüseyinli, N. (2019). Sosyal Güvenlik Hakkının Geleceği Üzerine Bir Değerlendirme. Çalışma ve Toplum, 2, 1205-1238. <http://www.calismatoplum.org/sayi61/kirmizi.pdf>
15. Alper, Y. (2015). VII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyumu. Sosyal Güvenlik Hakkı ve Sosyal Güvenliğin Finansmanı, Denizli.
16. TÜİK Sosyal Koruma İstatistikleri Metaveri, Erişim adresi:http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=100
17. TÜİK Haber Bülteni Sosyal Koruma İstatistikleri, 2016 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24575>
18. TÜİK Haber Bülteni Sosyal Koruma İstatistikleri, 2017 Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27622>
19. T.C. Maliye Bakanlığı 2016 Yılı Genel Faaliyet Raporu, 62 <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/07/107412016-genel-faaliyet-raporupdf.pdf>
20. Hazine ve Maliye Bakanlığı 2016-2017 Faaliyet Raporları, <https://www.hmb.gov.tr/bumko-faaliyet-raporlari>
21. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2018 Yılı Genel Faaliyet Raporu, s.1-158 Erişim adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/06/2018-Genel-FaaliyetRaporu.pdf>
22. Güzel, A. Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü? Çalışma ve Toplum, 2005/4 s. 68.
23. Plamondon, P., Drouin, A., Binet, G., Cichon, M., McGillivray, W.R., Bédard, M., Perez Montas, H. (2002) Quantitative Methods in Social Protection Series, Actuarial practice in social security, International Labour Office, Geneva.
24. Haines A. and Cassels A. (2004) Can The Millennium Development Goals Be Attained? BMJ 329(7462): 394-397
25. Mırmıranı Sam, H.C.LI & Joseph A. ILACQUA, "Health Care Efficiency In Transition Economies: An Application of Data Envelopment Analysis", International Business & Economics Research Journal, Y.2008,C.7, S.2
26. OECD (2010), OECD Health Data, <http://www.oecd.org>, Erişim Tarihi: 21.12.2014.
27. Güvenek, B. (2015), Sağlık Ekonomisi, Çizgi Kitabevi Yayınları, Konya.
28. Atalan, A. (2018). Türkiye Sağlık Ekonomisi İçin İstatistiksel Çok Amaçlı Optimizasyon Modelinin Uygulanması. İşletme Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi,(1), 1- 18. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/download/article-file/414076>
29. OECD, (2016) Health spending. Retrieved from OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/healthspending.htm#15>.
30. OECD Health Statistics April, 2019 <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm> Erişim tarihi: 31.12.2019.
31. Özmen, Z. (2017). Avrupa'da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. Karabük Üniversitesi Sosyal Enstitüsü Dergisi 7 (2), 600-620.
32. ARICI, K. ve ALPER, Y. 2013. Sosyal Güvenlik, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, s.258.
33. YAZGAN, T., 2011. İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, İstanbul, s.502.
34. Çelikoğlu, İ. (1994). Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması, Ankara: DPT Yayınları.
35. DİLİK, 2004. "Sosyal Güvenliğin Finansmanında Yansımaya Olayı - Primler ve Devlet Katkıları", Kamu-İş. İş Hukuku ve İktisat Dergisi,7 (4), ss.39-62.
36. Talas, C., 1976. Sosyal Ekonomi, İmge Kitabevi, Ankara, 727s.
37. BROWN, R.L. (2008). "Optimal financing of social security pension schemes and its design Competing views of social security pension design and its impact on financing", Technical Seminar for Social Security Actuaries and Statisticians, Limassol, Cyprus, ss. 1-8.
38. Baylan, M. (2014). Sosyal güvenlik harcamalarının gelir dağılımı üzerine etkisi, (Doktora Tezi) YÖK veri tabanından erişildi Erişim adresi: [file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/355859%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/355859%20(3).pdf) Erişim No: 355859 (3).
39. Binhan, E.Y. (2006). "Türk Sosyal Güvenlik Sistemi: Krizler ve Arayışlar" (Proje Koordinatör, Esfender Korkmaz), Sosyal Güvenlikte Yeni Yaklaşım: Bireysel Emeklilik, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Yayın No: 2006-21.
40. BOYACIOĞLU, N. ve ÖÇAL, M. (2018) Sosyal Güvenlik Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri: Türkiye'de Ve Dünyada Sosyal Güvenliğin Finansmanına Kısa Bir Bakış Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt:10 (26). 1-14.
41. Egeli, H. ve Özen, A. (2009). Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi, Mevzuat Dergisi, 12(142). Erişim adres: <http://www.mevzuatdergisi.com/2009/10a/> (Erişim Tarihi, 31 Ekim 2014).
42. Birol Aydemir, (2006). "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma", Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, S. 40, s.69
43. Kaymaz, V. OECD Ülkelerinde Sosyal Harcamaların Belirleyicileri, Gazi İktisat ve İşletme Dergisi, 2018; 4(2): 118-130
44. Karadoğan, M. "Türkiye'de Sosyal Devlet ve Sosyal Güvenlik Hizmetlerinde Değişim (Avrupa Birliği Süreci Açısından Bir Değerlendirme)" (2015). (Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Mali İktisat Bilim Dalı.
45. Bağımsız Sosyal Bilimciler, IMF Gözetiminde 1998-2008 On Uzun Yıl Farklı Hükümetler Tek Siyaset, ed. Korkut Boratav, Yordam Kitap, İstanbul, 2007, ss.93-98.
46. ILO, (2011). Social Security for Social Justice and A Fair Globalization, International Labour Office, Geneva, 184s