



e-ISSN: 2630-6417

International Journal Of Social,
Humanities And Administrative
Sciences (JOSHAS JOURNAL)

Vol: 8 Issue: 52
Year: 2022 MAY
Pp: 725-732

Arrival
12 April 2022
Published
30 May 2022

Article ID
62496
Article Serial Number
11

DOI NUMBER

<http://dx.doi.org/10.29228/JOSHAS.62496>

How to Cite This Article

Köse, A. (2022). "Sosyal Güvenlik Aracı Olarak Genel Sağlık Sigortasının Değerlendirilmesi: 2014-2018", Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences, 8(52):725-732



International Journal Of Social,
Humanities And Administrative
Sciences is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International
License.

This journal is an open access,
peer-reviewed international
journal.

Sosyal Güvenlik Aracı Olarak Genel Sağlık Sigortasının Değerlendirilmesi: 2014-2018

Evaluation of General Health Insurance As Social Security Tool: 2014-2018

Aslı KÖSE

Dr. Öğrt. Üyesi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Gümüşhane, Türkiye

ÖZET

Sosyal güvenlik, insan hakkı olmakla birlikte devletin yürütmekle yükümlü olduğu bir politikadır. Diğer sosyal politika tedbirleri gibi gelirin yeniden dağılımını sağlayan sosyal politika araçlarından biridir. Sosyal güvenlik sosyal politika aracı olarak sosyal adaleti gerçekleştirme hedefi ölçüsünde başarılı olabilir. Türkiye’de sosyal güvenlik reformu ile farklı finansman sistemine sahip sigorta türleri genel sağlık sigortası kapsamında birleştirilerek hizmet sunucusu rolünü sosyal güvenlik kurumu üstlenmiştir. Bu amaçla sosyal güvenlik reformu kapsamında genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Genel sağlık sigortası ile kamunun finansmana katılımı sağlanarak halkın sağlık hizmetine ulaşılabilirliğini kolaylaştırmak hedeflenmiştir. Bu çalışmanın amacı 2012 yılından itibaren zorunlu olarak uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortasına yönelik 2014-2018 yıllarını kapsayan değerlendirme yapmaktır. Yeni bir modele uyum ve eksik yönlerine yönelik revizyon çalışmaları yapmak genellikle uygulama sonrası 2 yılı kapsar. Dolayısıyla değerlendirme için başlangıç yılı 2014 olarak seçilmiş ve 2018 yılı değerlendirme bitiş yılı olarak belirlenmiştir. Genel sağlık sigortası uygulamasına ait veriler sigortalı nüfus, sosyal güvenlik kapsamı, sağlık harcama dağılımı, genel sağlık sigortası prim alacakları ve aktif/pasif dağılımı olarak değerlendirilmiştir. Sosyal güvenlik sistemini yakın dönemde nüfusun yaşlanması, sağlık hizmeti talep artışı ve ekonomik kayıpların ürettiği sorunlara çözüm üretmek için zorlu bir sınav beklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Güvenlik, Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Politika

ABSTRACT

Although social security is a human right, its implementation is a policy under the state's responsibility. It is one of the social policy tools that enable the redistribution of income such as other social policy measures. Social security can succeed as a social policy tool to the extent that it aims to achieve social justice. With social security reform in Turkey, insurance types with different financing systems were combined within the scope of general health insurance and the social security institution assumed the role of the service provider. For this purpose, general health insurance was implemented within the scope of the social security reform. General health insurance is aimed to facilitate public access to health services by ensuring public participation in financing. This study aims to make assess the general health insurance, which has been compulsorily implemented since 2012, covering the years 2014-2018. Adapting to a new model and making revisions for the shortcomings usually takes 2 years after implementation. Therefore, the starting year for the evaluation was chosen as 2014, and 2018 was determined as the end year of the evaluation. The data of the general health insurance application were evaluated as the insured population, social security coverage, the distribution of health expenditure, general health insurance premium receivables, and active/passive distribution. In the near term, a tough challenge awaits the social security system in producing solutions to problems generated by population aging, increased demand for health care, and economic losses.

Keywords: Social Security, General Health Insurance, Social Policy

1. GİRİŞ

Sosyal devlet bireylerin zorunlu ihtiyaçlarını karşılayarak sosyal refahı yaygınlaştırma ve sosyal adaleti sağlama görevine sahiptir (Topuz Kurt, 2009: 130). Sosyal adalet, gelir ve sosyal statü gibi unsurların anayasal hak çerçevesinde dağıtımıdır. Sosyal güvenlik sosyal politika aracı olarak sosyal adaleti gerçekleştirme hedefi ölçüsünde başarılı olabilir (Alper ve Özgökçeler, 2016: 20). Sosyal güvenlik, toplumdaki bireylerin ekonomik kayıplarına bağlı oluşan sosyal risklere karşı kişilerin anayasal haklarını koruyarak güvence sağlama işlevini kamu kurumları entegrasyonu ile sağlamalıdır (Bostancı, 2008: 148).

Sosyal güvenlik, insan hakkı olmakla birlikte devletin yürütmekle yükümlü olduğu bir politikadır. Sosyal güvenlik kapsamında sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetler yer alır (Bulut, 2008: 170). Sosyal yardımlar sosyal güvenlik desteğinin sağlanmasında önemli role sahiptir (Zengin vd., 2012:137). Günümüzde sosyal güvenlik eşit olmayan gelir dağılımı sonucunda oluşan yoksulluğu önleme amacına yönelmiştir. Sosyal güvenlik sisteminin temeli sosyal sigortalar modeli olmasına rağmen gelecekte sosyal yardım ve hizmetlerin merkezinde bir politika aracına dönüşeceği tahmin edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Sosyal güvenlik, diğer sosyal politika tedbirleri gibi, gelirin yeniden dağılımını sağlayan sosyal politika araçlarından biridir (Alper, 2019:205). İşsizlik gibi ekonomik kriz dönemleri, kayıt dışılık ve çalışan nüfustan yeterli gelir elde edilememesi sosyal politikaların başarısızlığına neden olur (Doğan ve Kabayel, 2017:230). Bu durum sosyal hak kayıplarının yaşamasına ve toplum huzurunun bozulmasına neden olur.

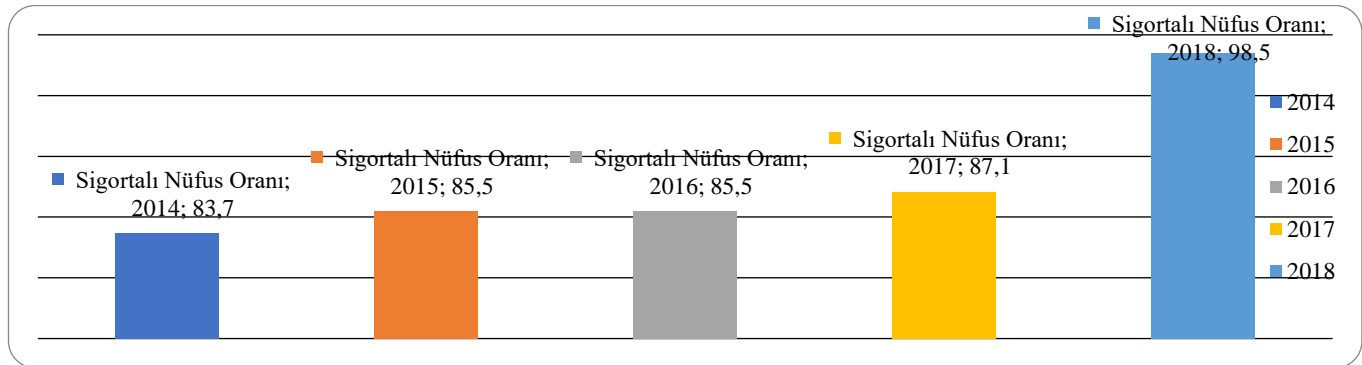
Türkiye’de sosyal güvenlik reformu ile farklı finansman sistemine sahip sigorta türleri genel sağlık sigortası kapsamında birleştirilerek hizmet sunumunun sosyal güvenlik kurumu tarafından sunulması ve sağlık hizmetinin nüfusun tümünü kapsayarak eşit düzeyde ulaşılabilirliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Genel sağlık sigortası ile kamunun finansmana katılımı ve sağlık hizmetine ulaşılabilirliği kolaylaşmasına rağmen katkı payları ile sosyal adaletin dağıtımı zedelenmektedir (Alper ve Özgökçeler, 2016:20). Bir yönü ile sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını önlemek amacıyla geliştirilen katkı payları sağlık hizmeti kullanıcılarının genel sağlık sigortası kapsamında ödemek zorunda oldukları tutardır (Korucu Sezer ve Oksay 2018: 268).

2. YÖNTEM

Bu çalışma 2012 yılından itibaren zorunlu olarak uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortasına yönelik 2014-2018 yıllarını kapsayan değerlendirmeleri kapsamaktadır. Yeni bir modele uyum sağlamak ve eksik yönlerine yönelik revizyon çalışmaları yapmak genellikle uygulama başlangıcı ile 2 yılı kapsamaktadır (Van de Ven & Poole, 1995:512; Greenwood & Hinings, 1996:1030). Dolayısıyla değerlendirme için başlangıç yılı 2014 olarak seçilmiş ve 2018 yılı değerlendirme bitiş yılı olarak belirlenmiştir. Veri kaynakları olarak Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları, Sosyal Güvenlik Kurumu idari faaliyet raporları ve Sayıştay raporları incelenmiştir. İlgili veriler Excel programına aktararak tablolara aktarılmıştır. Genel sağlık sigortası uygulamasına ait veriler sigortalı nüfus, sosyal güvenlik kapsamı, sağlık harcama dağılımı, katkı payları, genel sağlık sigortası prim alacakları ve aktif/pasif dağılımı olarak değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Türkiye’de 2012 yılından itibaren zorunlu olarak uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortası ile nüfusun tümü sağlık güvencesi kapsamına alınmıştır. Sağlık hizmetinden yararlananların katkı payları ile hizmeti finanse etmesi ve düşük gelir düzeyindeki kişilerin prim ödeme zorunluluğu nedeniyle bu sistem eleştirilmektedir (Şener, 2010). Genel sağlık sigortasına sahip kişiler potansiyel hastalık riskine karşı sigorta kapsamında kamu ya da özel sağlık hizmet sunucularından yararlanabilir. (Orhaner, 2006:10). 5510 sayılı kanun kapsamında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanması bir hak olup bu kapsamında sağlanacak hizmetleri temin etmek sosyal güvenlik kurumu açısından yükümlülüktür. Genel sağlık sigortasından yararlanmak için katılım payı ödenmesi gerekmektedir (Ekin, 2012:50).



Grafik 1. 2014-2018 Yılları Sigortalı Nüfus Oranı

Grafik 1’de 2014-2018 yıllarını kapsayan dönemde sigortalı nüfus oranı yüzde olarak yer almaktadır. 2018 yılı sosyal güvenlik kurumunun istatistik yıllığında yayınlanan verilere göre 2014 yılında nüfusun %83,7’si sosyal güvenlik kapsamında iken bu oran artarak 2018 yılında %85’e ulaşmıştır.

Tablo 1: 2014-2018 Yılları Kapsamında Türkiye’de Sosyal Güvenlik Dağılımı

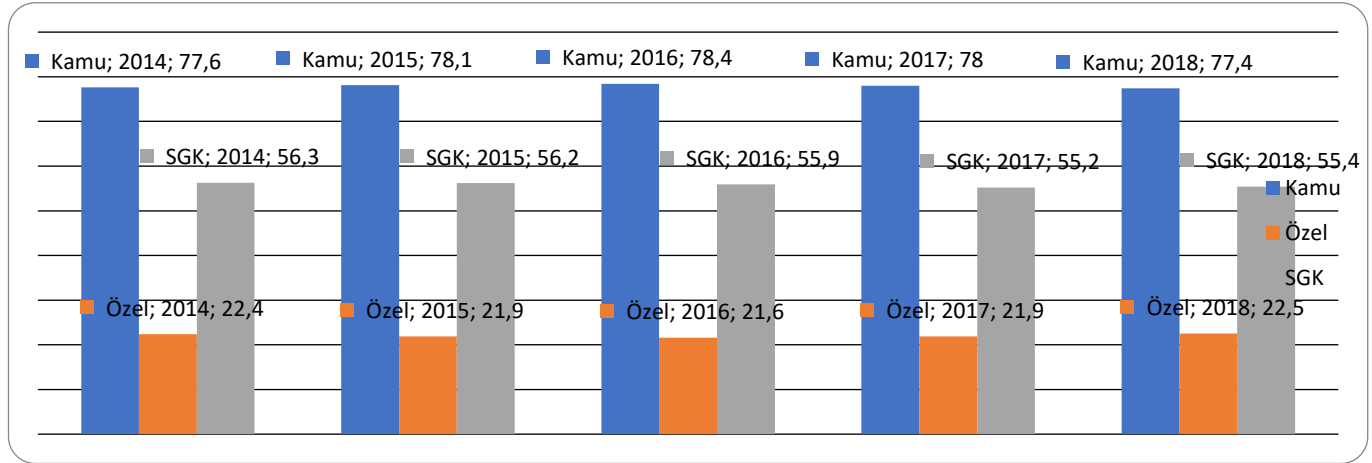
	2014	2015	2016	2017	2018
Sosyal güvenlik kapsamı	65.060.709	67.330.236	68.212.646	70.363.479	70.196.504
GSS kapsamında tescil edilenler	11.385.011	10.180.009	10.189.469	9.825.269	10.585.086
GSS primleri kendileri tarafından ödenenler	4.043.415	2.787.922	2.679.737	1.889.260	2.322.684
GSS devlet tarafından ödenenler	7.341.596	7.392.087	7.509.732	7.936.009	8.262.402

Tablo 1’de 2014-2018 yıllarını kapsayan Türkiye’de sosyal güvenlik dağılımı yer almaktadır. 2014 yılından itibaren sigortalı tescil edilen kişi sayısı azalmış ve devlet tarafından genel sağlık sigortası primi ödenen kişi sayısı ise artmıştır. Sosyal güvencesi olmayan kişiler gelir tespiti yaptırarak devletin sağlık sigortası desteğinden yararlanma hakkına sahiptir. Bu haktan yararlanılması için hanede kişi başına düşen brüt asgari ücretin üçte birinden az olması gerekir. Genel sağlık sigortası kapsamında uygulanan gelir testi ile gelir düzeyi düşük kişilerin sağlık hizmetlerine erişim kapsamı belirlenir. Ayrıca sistem sosyal yükümlülüklerini yerine getirmeyen kişilerin yüksek tutarda prim ödemesini gerektiren cezalandırıcı araçları da kapsar (Dertli, 2015: 300). Genel sağlık sigortası primlerini kendi tarafından ödeyen kişi sayısı 2014 yılına göre azalmakla birlikte 2018 yılında kişi sayısında artış gerçekleşmiştir.

2018 yılında genel sağlık sigortası kapsamında tescil edilen kişi sayısı sosyal güvenlik kapsamındaki kişi sayısının %15'i olarak belirlenmiştir.

Grafik 1 ve Tablo 1'de yer alan veriler değerlendirildiğinde sosyal güvenlik reformunun temel amaçlarından biri olan nüfusun tümünü kapsayacak sigorta sisteminin yaygınlaştırılması hedefine ulaşıldığı söylenebilir. Sağlık güvence kapsamı sigorta ve hizmete erişimi içerir. Sigorta kapsamı ve hizmete erişim ülkelerin karşılaştıkları sosyal ve ekonomik risklerle kısıtlanabilir ya da yüksek maliyetlerle hizmetten yararlanmaya dönüşebilir. Bu durum da dünyada insan haklarından biri olarak tanımlanan sosyal güvenliğin toplumdaki gelir dağılımını sağlayarak eşitsizlikleri önlemede sosyal devletin rolünü hatırlatır.

Sağlık hizmetinin kamu malı niteliği sosyal güvenlik kapsamında ihtiyaca dönüşmüştür. 19. yüzyılda sosyal sigorta anlayışı ile başlayan finansman modelini 20. yüzyıl başlangıcında vergi finansmanı anlayışı izlemiştir (İstanbulluoğlu vd., 2010:90). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında karma bir model uygulanmaktadır. Toplumun çoğunluğunu kapsayacak şekilde genel sağlık sigortası (Bismark Modeli), prim ödeme gücü olmayanlar için kamu yardım modeli (Beveridge Modeli) ayrıca özel sağlık sigortaları da yer almaktadır (Atasever, 2014: 290). Özel sağlık sigortalarının teşvik edildiği Türkiye'de özel sağlık hizmetlerinin denetiminden kamu sorumlu olduğundan sağlık piyasasına müdahale (fiyat belirleme gibi) yetkisine sahiptir (Yılmaz,2018:200). Genel sağlık sigortası kapsamında sosyal güvenlik kurumu ve özel hastaneler arasında yapılan protokoller ile satın alma gücü birleştirilerek hastanın kamunun dışında sunulan tedavi hizmetlerinden de yararlanması sağlanmıştır (Sülkü, 2011)



Grafik 2. 2014-2018 yılı Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Sektör Dağılımı

Grafik 2'de 2014-2018 yılları arasında sağlık harcamalarının kamu ve özel sektör dağılımları yüzde olarak yer almaktadır. Kamu sağlık harcamalarındaki sosyal güvenlik kurumunun harcama payı incelenen dönemde 2014 yılında en yüksek değer, en düşük değer ise 2017 yılında gerçekleşmiştir. Sosyal güvenlik sistemlerinin gelirleri primlerden sağlanırken doğrudan veya dolaylı vergilerle, devlet bütçesinden ayrılan pay ile de sistemin finansmanı söz konusudur (Arpa ve Kolçak 2017: 660). 2014 yılından itibaren kamu sağlık harcamaları kapsamındaki sosyal güvenlik kurumu tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarında azalma gerçekleşmiştir. Bu azalmada etki sağlık uygulama tebliğine bağlı gerçekleşen ödemelerin kontrolü ile sağlanmış olabilir. Sağlık uygulama tebliği ile yapılan düzenlemeler çerçevesinde sosyal güvenlik kurumunun hangi hizmetleri hangi kurullarla ödeyeceği belirlenmektedir (Tatar, 2011: 110).

2014-2018 yılları arasında özel sektörün sağlık harcamaları %21,6-%22,5 arasında değişmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ile özel sağlık sektörünün hizmet sunucusu rolü kamu tarafından teşvik edilmiş ve katkı paylarındaki düzenlemeler ile özel sağlık sektörüne talep artmıştır. 2019 verilerine göre Türk sağlık sisteminde hastanelerin %37'sinde özel sağlık sektörü tarafından sağlık hizmeti üretilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Finansal risklere karşı bireylerin sağlık ihtiyaçları hakkaniyet çerçevesinde karşılanmalıdır. Artan sağlık hizmeti kullanımı kaynakların verimsizliğine neden oluyorsa sosyal güvenlik kurumunun toplumsal fayda için gereken önlemleri alması gerekir (Tatar, 2011: 120).

Sağlık uygulama tebliği ve tebliğdeki revizyonlara bağlı olarak sosyal güvenlik sisteminin sağlık alanındaki giderleri kontrol edilmeye çalışılmasına rağmen finansmanın sürdürülebilirliği tam anlamıyla sağlanamamıştır. Sosyal güvenlik sistemine yapılan bütçe transferleri ile sürdürülebilirlik sağlanmaya çalışılırken bu transferler bütçe açığını artırıcı etkide bulunarak kamu maliyesinde finansal yüke neden olmaktadır. Kamu maliyesi üzerindeki baskı, genel bütçe aktarımları ile artmaktadır (Cural, 2016:700). Finansal yükün çözüm önerilerinden biri de özelleştirilmedir (Doğan ve Kabayel, 2017:220). Sosyal güvenlik sisteminin özelleştirilmesi bütçe açıklarının azalması ile finansal açıdan kamu sektörünü rahatlatacaktır (Gümüş, 2008:41). Özelleştirme çerçevesinde yapılacak düzenlemeler ise

hizmetten yararlananların erişim ve kısıtlar yaşamasına neden olarak sağlık göstergelerinde negatif sonuçlar üretecektir. Bu durum aynı zamanda sosyal devlet anlayışından uzaklaşılmasına da neden olacaktır.

Sağlık uygulama tebliği 16 Haziran 2020 tarihli değişikliğe göre genel sağlık sigortası kapsamında ödenmesi gereken katılım payı ve ek ücretler Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Katılım Payı ve İlave Ücretler

	Hizmet Türü	Hizmet Maliyeti
1	Reçete	3 kutuya kadar 3 TL sonrasında her kutu başına 1 TL ilave ücret
2	Tedavi hizmeti sunan hastane	6 TL Muayene+ 3 kutuya kadar 3 TL sonrasında her kutu başına 1 TL ilave ücret
a	Afiliye(Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Ortak Kullanım)	7 TL Muayene+ 3 kutuya kadar 3 TL sonrasında her kutu başına 1 TL ilave ücret
b	Üniversite Hastanesi	8 TL Muayene+ 3 kutuya kadar 3 TL sonrasında her kutu başına 1 TL ilave ücret
c	Anlaşmalı Özel Hastane	15 TL Muayene+ 3 kutuya kadar 3 TL sonrasında her kutu başına 1 TL ilave ücret
3	İlaç Katılım Payı	Geliri Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan olanlar için %10 diğerleri için %20
4	Eşdeğer İlaç Farkı	Sınırsız
5	Yatak Ücreti	Standart yatak tarifesi işlem bedelinin 1,5 katına, tek yataklı odalarda ise 3 kat
6	Röntgen/Laboratuvar hizmeti	Özel Hastanelerde (ilave)ücretli
7	Anlaşmalı özel sağlık hizmeti sunucularına ilave ücret	Sosyal Güvenlik Kurumu'nun %200'ü
8	İstisnai sağlık hizmeti ücreti	Robotik cerrahi, diş protez tedavisi vb. SGK fiyatının %300'ü.

Genel sağlık sigortası öncesi sadece ilaç ve tıbbi malzemede %10-%20 gibi oranlarda katılım payı ödenirken sağlık uygulama tebliğine göre farklı kalemlerde ödeme yükümlülükleri sosyal güvenlik sisteminde uygulanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2018:123). Prim ile başlayan ödeme sağlık hizmeti kullanım türü ile değişen oranlarda cepten ödemelerle farklılaşmakta bu uygulama ise sağlık hizmetinden yararlanmada kısıtlılığa neden olmaktadır.

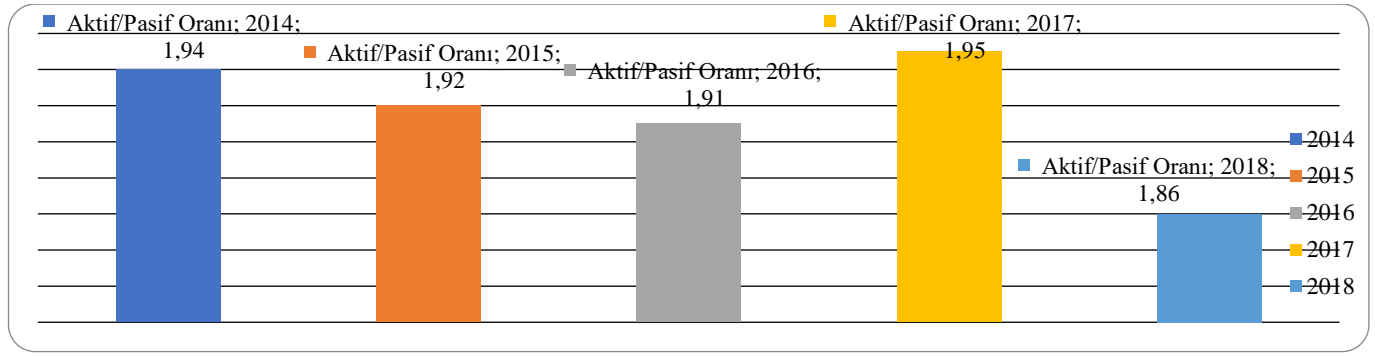
Genel sağlık sigortası ile devlet sağlık hizmeti satın alan rol üstlenmiş ve maliyet artışlarını karşılayabilmek için halkın genel sağlık sigortası prim ödeme yükümlülük kapsamı genişletilmiştir. (Kırmızı ve Hüseyinli, 2019: 1230). 31.12.2018 tarihi itibarıyla Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na olan genel sağlık sigortası prim alacaklarına ilişkin tahakkuk ve tahsilatların ayrıntısı Tablo 3’de gösterildiği şekildedir.

Tablo 3: GSS Prim Alacakları

Yıl	Tahakkuk Tutarı	Tahsilat Tutarı	Tahsil Edilemeyen Tutar
2014	-	-	-
2015	6.729.379.912,40	6.312.749.520,91	416.630.391,49
2016	8.980.653.923,00	7.131.751.849,24	1.848.902.073,76
2017	9.990.250.379,81	7.790.576.523,13	2.199.673.856,68
2018	11.663.538.394,00	9.072.769.204,33	2.590.769.189,67
TOPLAM	37.363.822.609,21	30.307.847.097,61	7.055.975.511,60

2015-2018 yılları arasında toplam 7.055.975.511,60 TL tutarındaki GSS primi alacağı henüz tahsil edilememiştir. Bu durum 5510 sayılı kanunun 60/1(c-1) maddesine göre genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilecek kişilerin belirlenmesi (gelir testi yapılacak hane ve aileden ne anlaşılması gerektiği konusunda uygulama birliği sağlanamaması) ile genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilerek primleri Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığınca ödenen kişilerin sigortalılık statülerinde meydana gelen değişiklikler nedeniyle genel sağlık sigortası primlerinin tahakkuk ve tahsil sürecinde ortaya çıkan sorunlardan kaynaklanmaktadır (Sayıştay, 2018).

Prim borcu nedeniyle sağlık hizmetlerine erişememe sorununun yarattığı kamuoyu tepkisi birkaç yıl aralarla çıkarılan aflar ile yeniden yapılandırılan borçlarla çözülmeye çalışılmıştır. Yeniden yapılandırılan borçların düzenli ödenememesi farklı tedbirleri gündeme getirmiştir (Yenimahalleli Yaşar, 2019: 21). 2020 yılı Ocak ayında 2002/3654 sayılı Bakanlar Kurulu kararında değişiklikle prim borcu olanlar için yeni bir karar alınarak genel sağlık sigortası primini ödeyenlerin prim borçları 60 günden fazla olsa dahi 2020 yılı sonuna kadar sağlık hizmeti alabilmesi sağlanmıştır. Sosyal devlet anlayışında üretilen bu tür çözümler yerine ekonomik refahı artıracak prim ödeme gücüne sahip kişilerin işgücüne katılımı ve kayıt dışı ekonomiyi azaltacak politikalarla sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği sağlanmalıdır.



Grafik 3. Aktif/Pasif Oranı

Grafik 3’de aktif/pasif oranı yer almaktadır. Sigorta sisteminin aktüeryal dengesinde aktif/pasif oranının kabul edilen ideal değeri 4 olarak belirtilir. Bu veri 4 çalışandan tahsil edilen sigorta primlerinin 1 emeklinin aylığını finanse etmek için kullanıldığı anlamına gelir (Gümüş, 2010). 2014-2018 yılları arasında aktif/pasif oranı en düşük değer 1,86, en yüksek değer ise 1,95 olarak gerçekleşmiştir. Aktif/pasif oranındaki dengesizlik emekli maaşlarını ve sağlık harcamalarını karşılamada sosyal güvenlik kurumunun finansal yapısının baskılanmasına neden olur. Ayrıca 2018 SGK idari faaliyet raporunda 1,2 milyon kişinin genel sağlık sigortası prim borcunu yapılandırma için başvuru yaptığı belirtilmiştir. Mevcut duruma göre yaklaşık 5 milyon kişinin genel sağlık sigortası prim borcunu ödeyemediği tahmin edilmektedir. Türk Tabipler Birliği’nin genel sağlık sigortası prim borçları hakkındaki değerlendirmesine göre sorunun nedeni işsizlik, yoksulluk gibi ekonomik sorunlardan kaynaklıdır. İşsizlik nedeniyle prim borcunu ödeyemeyen kişi yeniden istihdam edildiğinde borç nedeniyle sağlık hizmetinden yararlanamayabilir.

Sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde yalnızca ekonomik ve finansal alanlarda çözüme ihtiyaç duyulmamaktadır. Nüfus parametrelerindeki değişimler de sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmesi gereken çalışma alanlarından biridir. Yaşlı nüfusun sağlık ve sosyal ihtiyaçları diğer yaş dönemlerine göre farklılık gösterir. Sağlık harcamalarında artış nedenlerinden biri de yaşlanan nüfustur (Kılavuz, 2010: 180). Yaşlı nüfusun yaş gruplarına göre sağlık harcamaları değişkenlik gösterir (Aydın, 2014: 50). Yaşlı nüfus oranındaki artış farklı sağlık ihtiyaçlarına neden olarak maliyetleri artırır. İleri yaş gruplarındaki hastalıklar, sağlık kurumuna başvuru sayısındaki artış ve hastanedeki kalış süresinin uzaması sağlık hizmeti maliyet artış nedenlerindedir (Gökbnar vd., 2016: 120). Türkiye odalar ve borsalar birliği çalışma raporuna göre 2023 yılı tahmini 65 yaş ve üstü kişilerin sağlık hizmeti talebi %8.6 oranında artacaktır. Ayrıca 2023 yılında uzun süreli bakım talep eden kişi sayısı 2.1 milyon kişi olacağı tahmin edilmektedir. Uzun süreli bakım ev ortamdaki destek hizmetlere olan talebi de artıracaktır (Özmete ve Hussein, 2017). Talep artışı sosyal güvenlik alanında uzun süreli evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesini gerektirecektir (Ökem, 2014: 10).

Tablo 4: Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir-Gider Dengesi (Milyon TL)

Yıl	Gelir	Gider	Gelirlerin Giderleri Karşılama Oranı (%)
2014	184.328	204.400	90.2
2015	220.102	231.546	95.1
2016	265.113	276.422	92.0
2017	288.560	312.735	92.4
2018	350.000	374.757	93.5

Tablo 4’de sosyal güvenlik kurumunun gelir ve giderlerine ait değerler yer almaktadır. 2014-2018 yılları arasında sosyal güvenlik kurumunun gelir ve giderleri artmıştır. Gelirlerin giderleri karşılama oranı en yüksek %95.1 değeri 2015 yılında, en düşük değeri ise %90.2 değeri ile 2014 yılında gerçekleşmiştir. Kurumun 2018 yılı bütçe gelir gider rakamlarının bu ölçüde değişmesinde; 2018 seçim yılında 12.5 milyon kişiye yapılan 1000TL bayram ikramiyesi etkili olmuş olabilir (Alper, 2019:214).

4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sosyal sigorta merkezli geliştirilen sosyal güvenlik sistemlerinin gelecekte bireyselliğe dayalı finansman modellerine geçişi planlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında tamamlayıcı sağlık sigortası modeli önerilmektedir (Deloitte, 2012). Böylece kişiler bireysel olarak sosyal güvenlikleri için tasarruf yapmaya zorlanırken kamunun sosyal güvenlik finansman kaynağı da o ölçüde azalacaktır. (Arıcı, 2011:50). Bireylerin gelir durumlarına göre satın alarak tercih ettikleri sigorta hizmetinin piyasada özel sektör tarafından sunulması sağlık ve sosyal hizmetler gibi kamu malı niteliğindeki hizmetleri özelleştirme aracına dönüştürmektedir. Türkiye Sigorta ve Reasürans Birliği’nin 2023 yılı hedef ve beklenti raporuna göre tamamlayıcı sağlık sigortaları da dahil olmak üzere sağlık branşlarının tamamında artış beklenmekte olup sigorta gelirlerinin 14 milyar TL’ye ulaşması hedeflenmektedir. Bu durum özel sağlık sigortası sektörünün büyümesine ve sağlık hizmetine erişim problemlerinin yaşanmasına neden olabilir.

Projeksiyonlara göre 2020 yılı itibariyle emekli oran artışının sosyal güvenlik sistemini de etkilemesi beklenmektedir (Arpa ve Kolçak, 2017: 670). Emekli kişilerin sosyal güvenlik sisteminde sağlık ve sosyal hizmet talebinin yaratacağı baskıların azaltılmasına ihtiyaç vardır (Günaydın, 2018: 10). Türkiye’de, “demografik fırsat” olarak adlandırılan 2035-2040 yılları arasında genç nüfusun fazlalığı ile ekonomik büyüme döneminin yakalanabilmesi için bu değişimi değerlendirecek eğitim ve iş gücü politikalarına ihtiyaç vardır (Işık Erol, 2016: 80; Kaya ve Yalçınkaya, 2014: 167). 2014-2018 yılları arasında genel sağlık sigortası uygulaması ile sigortalı nüfus artışı, devlet tarafından genel sağlık sigortası primini ödeyen kişi sayısının artışı, sosyal güvenlik kurumu tarafından tahsil edilemeyen prim tutarındaki artış ve sağlık harcamalarında kamunun finansör etkisinin artışı gerçekleşmiştir. Sigortalı nüfus artışı bir yönü ile katkı payları sisteminin finansmanını desteklerken sağlık harcamalarının artışı, özel sektörün büyümesi, istihdamdaki kayıt dışılık, işsizlik gibi ekonomik sorunlar sosyal güvenlik sisteminin mali baskılar yaşamasına neden olmaktadır. Bu artışlar sosyal devlet anlayışında sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğini zorlaştıracak ve sosyal devlet anlayışının zedelenmesine neden olacaktır. Sosyal güvenlik sisteminin finansal devamlılığı sağlanmazsa sağlık ve sosyal hizmetlerde hak çerçevesinde bireylerin mağduriyet yaşamaları kaçınılmaz olacaktır.

KAYNAKÇA

- Alper, Y. (2019). Sosyal Politika. Dora Yayıncılık (Ed.), Sosyal Güvenlik (s. 205-250). Bursa.
- Alper, Y. & Özgökçeler, S. (2016). “Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Sosyal Adalet”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 6(2): 9-27.
- Arıcı K. (2011). “Sosyal Sigorta Sisteminin Karadeliği: Sigortalı Sayılmayanlar Düzenlemesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1): 48-61.
- Arpa, A. T. & Kolçak, M. (2017). “Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamaları”, Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5(3): 651-677.
- Atasever, M. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Aydın, S. (2014). “Yaşlanan Türkiye’ye Sağlık Politikası Üretmek”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 32: 48-53.
- Bostancı, Y. (2008). “Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”, Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 16(1): 145-173.
- Bulut, M. (2011). “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Sosyal Yardım ve Türkiye’de Durum”, Yardım ve Dayanışma, 2(3): 57-64.
- Cural, M. (2016). “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı ve Sisteme Yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(2): 693-706.
- Dertli, N. (2015). “Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine”, Mülkiye Dergisi, 39(3): 271-304.
- Doğan, A. & Kabayel, M. (2017). “Sosyal Güvenlik ve Sosyal Güvenlik Harcamaları Üzerine Değerlendirmeler”, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 15(2): 217-240.
- DELOÏTTE (2012). Sağlık Sektörüne Genel Bakış. www.yased.org.tr/Files/TURKIYE_SALIK_SEKTORU_RAPORU.pdf (06.06.2020).
- Ekin A. (2012). “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları”, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 4: 40-55.
- Erol, H. & Özdemir, A. (2018). “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri”, Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 119-143.
- Greenwood, R. & Hinings, C.R. (1996). “Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together The Old And The New Institutionalism”, Academy of Management Review, 21(4): 1022-54.
- Gökbunar, A.R., Uğur, A. & Durmaz, S. (2016). “Yaşlı Nüfusa Yönelik Sağlık Harcamalarının Azaltılmasında Kamusal Politikaların Önemi”, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1, 109-122.
- Gümüş, E. (2008). “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Finansal Geleceği”, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi, 45, 23-42.

- Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut durum, sorunlar ve öneriler. www.setav.org/turkiyede-sosyal-guvenlik-sistemi/ (11.06.2020).
- Günaydın, D. (2018). “Türkiye’nin Demografik Dönüşümü Çerçevesinde İşgücünün Yaşlanma Sorunu”, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 11, 1-13.
- Işık Erol, S. (2016). “Küresel Bir Sorun Olarak Demografik Dönüşüm: Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Önlemler”, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 37, 75-123.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. & Oğur, R. (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, Dirim Tıp Gazetesi, 85(2): 86-99.
- KALKINMA BAKANLIĞI (2018). Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği Özel İhtisas Komisyon Raporu. www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/Rapor.pdf (02.06.2020).
- Kaya, V., & Yalçınkaya, Ö. (2014). “Nüfus Ekonomik Büyüme Kaynağı Olabilir Mi? “En az üç çocuk” Politikasına Tarihsel Bir Bakış”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 1, 165-198.
- Kılavuz, E. (2010). “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 29(2): 173-192
- Korucu Sezer, K. & Oksay, A.(2018). “Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 32(3), 265-313.
- Kırmızı, E. & Hüseyinli, N. (2019). “Sosyal Güvenlik Hakkının Geleceği Üzerine Bir Değerlendirme”, Çalışma ve Toplum, 2, 1203-1236.
- Orhaner, E. (2006). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 1-19.
- Ökem, G.Z. (2014). Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Avrupa Birliği Deneyimleri. Nobel Yayıncılık (Ed.), Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Uygulamaları, (s. 1-11). Ankara.
- Özmete, E. ve Hussein, S. (2017). Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri: Avrupa’dan En İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Yayını.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2019). 2019 İstatistik Yıllığı. www.saglik.gov.tr/istatistik-yilliklari.html (14.06.2020).
- SAYIŞTAY RAPORU (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Denetim Raporu www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/.pdf.
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2018). 2018 İdari Faaliyet Raporu. www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumsal_politikalar/faaliyet_raporu (10.06.2020).
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2018). İstatistikler. www.sgk.gov.tr/sgk/tr/kurumsal/istatistik (10.06.2020).
- SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2018). Sağlık Uygulama Tebliği. www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/ (06.06.2020).
- Sülkü, S.H. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını.
- Şener, Ü. (2010).Yoksullukla mücadelede sosyal güvenlik, sosyal yardım mekanizmaları ve işgücü politikaları. www.tepav.org.tr/upload/files.pdf (05.06.2020) .
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (2005). Genel Sağlık Sigortası. www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf (01.06.2020).
- TÜRKİYE SİGORTA VE REASÜRANS BİRLİĞİ (2012). Türkiye Sigorta ve Reasürans Birliği 2023 Yılı Hedef ve Beklenti Raporu. www.tsb.org.tr/2023Raporu.pdf (10.06.2020).
- TÜRKİYE ODALAR VE BORSALAR BİRLİĞİ (2017). Türk Sağlık Sektörüne Genel Bakış. www.tobb.org.tr/tss-genel-bakis-tr.pdf (11.06.2020).
- Tatar, M. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1 (1): 103-133.
- Topuz Kurt, S. (2009). “Türkiye’de Sosyal Devlet Harcamalarının Genel Eğilimi: 2001–2009 Yılları Arasında Yapılan Eğitim”, Sağlık ve Sosyal Koruma Harcamaları. Alternatif Politika, 1(1): 115-136.

- Van de Ven, A.H. & Poole, M.S. (1995). “ Explaining Development and Change In Organizations”, Academy of Management Review, 20(5): 510-40.
- Yenimahalleli Yaşar, G.(2019). “Genel Sağlık Sigortasının Tam Kapsayıcılık Düzeyi: On Yıllık Değerlendirme”, Çalışma Ortamı Dergisi, 20-23.
- Yılmaz, G.(2018). “Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi”, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 18(41), 179-206.
- Zengin, E., Şahin, A. & Özcan, S. (2012). “Türkiye’de Sosyal Yardım Uygulamaları”, Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(2): 133-142.