

63056

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT POLİTİKASI ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE
SSK SAĞLIK HİZMETLERİNDE
ETKİNLİK**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. İsmail BULMUŞ**

**Hazırlayan
Özkan BİLGİLİ**

Ankara-1997

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Özkan BİLGİLİ'ye ait Türkiye'de SSK Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik adlı Çalışma, jürimiz tarafından 26.06.1997 tarihinde YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.İsmail BULMUŞ (Danışman)

Üye

Prof.Dr.Yılmaz ÖZKAN

Üye

Yrd.Doç.Dr.Şerife Türcan ÖZŞUCA

ÖZET

SSK, ülkemiz nüfusunun 1/3'ünden fazlasına sosyal sigorta ve sağlık hizmeti vermektedir. Bu anlamda en büyük sosyal güvenlik kuruluşumuzdur. İşkazaları ve meslek hastalıkları, hastalık, analık, malüllük, yaşlılık ve ölüm sigortalarını uygulamaktadır.

Sağlık hizmetlerini ise büyük oranda kendi tesislerinde vermektedir. Verilen sağlık hizmetlerinde gözle görülür bir nicelik ve niteliksel erime sözkonusudur.

Sigortalıların, sağlık sorunlarının çözümünde, ilk başvuracakları yerlerin birinci basamak sağlık birimleri olması gerekirken (dispanserler ve sağlık istasyonları) ; sevk zincirinin iyi işletilememesi gibi nedenlerle hastanelere yığılmalar olmaktadır. Buna bağlı olarakta poliklinik hizmetlerinin 2/3'si hastanelerde verilmekte ve sağlık insan gücünün de büyük bir bölümü buralarda istihdam edilmektedir.

Sigortalılar, muayene kuyruklarından, ilgisizlikten, otelcilik hizmetlerinin yetersiz oluşundan şikayetçilerken; Kurum sağlık tesislerindeki sağlık personeli, çalışma koşulları ve özlük haklarındaki yetersizliklere rağmen özveriyle açıklanabilecek bir çalışma temposu içindedirler.

Nitekim, SSK hastaneleri, hastane ve sağlık insan gücü göstergeleri açısından diğer kamu hastanelerinden ve bir bütün olarak özel hastanelerden daha verimlidir. Çalışmamızda bu sonuca ulaşılmıştır.

Sonuçta, belki “doğru işin yapılıyor olması” anlamında değil, ama “işin doğru yapılması” anlamında SSK hastanelerinin verimli olduğu görülmüştür.

SUMMARY

Social Insurance Institution (SII) provides more than 1/3 of the population of our nation with social insurance and health services. In this sense it is the greatest institution of Turkey in its field.

Activities of SII consist of work injury, occupational disease, permanent disability, death, health insurance, maternity insurance, disability, old age insurance and marriage grant.

SII provides the health services to a large extent through its own facilities. In health services, there is a visible degradation in qualitative and quantitative terms.

Though the first stage health units (dispensaries and health stations) must be so organized that they function as the first sought institutions by the insured for their health problems. Because these first stage institutions of the SII are not able to serve the insured, so the result is that everybody runs to the SII hospitals. Consequently 2/3 of the polyclinical services are supplied by the SII hospitals.

The insured complain about the never ending queues and indifferences of the health services personnel in the SII hospitals and the inadequacy of the hotel services of hospitals.

Against all this sort of shortcomings the SII hospitals have a higher productivity than the rest of the nation's hospitals, although it doesn't mean that in SII hospitals the work carried out always in right ways.

İÇİNDEKİLER

Önsöz

Giriş.....	1
I. BÖLÜM: Sosyal Güvenlik.....	3
1. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi.....	3
1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı.....	3
1.2. Sosyal Güvenliğin Temel Fonksiyonları.....	7
1.3. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihsel Gelişimi.....	9
1.3.1. Özel Sigorta Tekniği.....	10
1.3.1.1. Özel Sigortanın Dünya ve Türkiye’de Büyüklüğü.....	12
1.4. Sosyal Güvenliğin Uluslararası Boyutları.....	16
1.4.1. İlk Sosyal Sigorta Sistemleri.....	16
1.4.2. Uluslararası Hukuk Belgelerinde Sosyal Güvenlik.....	17
i. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi.....	18
ii. 102 Sayılı Sözleşme.....	18
iii. Avrupa Konseyince Kabul Edilmiş Sosyal Güvenlik Belgeleri.....	19
1.5. Sosyal Güvenliğin Finansmanı.....	20
1.6. Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Yeni Gelişmeler.....	22
II. BÖLÜM: Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve SSK.....	24
2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik.....	24
2.1. Tarihsel Gelişimi.....	24
2.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	24
2.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem.....	25
2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Anayasal Dayanakları.....	27
2.3. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi.....	30
2.3.1. SSK Dışındaki Kurum ve Uygulamalar.....	34
i. T.C. Emekli Sandığı.....	34
ii. Bağ-Kur.....	34
2.3.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	35
2.3.2.1. 4792 Sayılı Yasa.....	36
i. Genel Müdürlük Kuruluşu.....	36
ii. Yönetim Kurulu.....	37
iii. Genel Kurul.....	37
2.3.2.2. 506 Sayılı Yasa.....	38
2.3.3. Sosyal Sigortalar Kurumunun Sorunları.....	39
2.3.3.1. SSK’nın Mali Yapısı.....	40
i. Varlıklar.....	40
ii. Kurumun Gelirleri.....	41
iii. Kurumun Giderleri.....	43
iv. Ödemeler Dengesi.....	44
2.3.3.2. SSK’nın Temel Sorunları.....	45
i. Erken Emeklilik Uygulaması.....	45
ii. Sigortacılık İlkesine Ters Uygulamalar.....	52
1) İsteğe Bağlı Sigortalılık.....	52
2) Sosyal Yardım Zammı Uygulaması.....	54

iii. Kaçak İşçilik	56
1) Sigorta Prim Oranlarının Yüksekliği	58
2) 3320 ve 3417 Sayılı Yasalardan Kaynaklanan Sorunlar	60
3) Denetim Hizmetlerinin Yetersizliği	61
iv. Kuruma Devlet Katkısının Olmaması	62
v. Alacakların Tahsilinde Karşılaşılan Güçlükler	66
vi. Örgütlenme Yapısı İle İlgili Sorunlar	66
III. BÖLÜM: Türkiye’de SSK Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik	68
3.1. Genel Olarak Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramı	68
3.1.1. Sağlık Kavramı	68
3.1.2. Sağlık Hakkı Kavramı	69
3.2. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Gelişimi	70
3.2.1. Kalkınma Paylarında Sağlık Sektörü	73
i. 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)	73
ii. 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)	73
iii. 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)	73
iv. 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)	74
v. 5. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)	74
vi. 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)	74
vii. 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)	75
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	76
3.4. Sağlık Sistemleri	80
3.4.1. Dünyadan Seçilmiş Ülke Örnekleri	81
i. ABD Sistemi	81
ii. Kanada Sistemi	81
iii. Almanya Sistemi	82
iv. İngiltere Sistemi	82
3.5. Türkiye’de Sağlık Sistemi	83
3.6. Sağlık Hizmeti Türleri	85
3.6.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	85
3.6.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	87
3.7. Sağlık Alanında Son Gelişmeler:Sağlıkta Reform	90
3.8. SSK Sağlık Hizmetleri	92
3.8.1. Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi	92
i. Tarihsel Neden	93
ii. Finansal Neden	94
iii. Yasal Neden	95
3.8.2. SSK Sağlık Hizmetlerinin Yapısı ve Gelişimi	96
3.8.3. SSK Sağlık Hizmetlerinde Arz-Talep Değişimi	98
3.8.4. SSK Sağlık Harcamalarının Mali Portresi	100
3.8.5. SSK Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik	103
3.8.5.1. Verimlilik ve Etkinlik	103
3.8.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Göstergeleri	104
3.8.5.3. SSK Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergeleri	106
i. Parametreler	106
ii. Bulgular	109
Sonuç ve Öneriler	113
Ek Tablolar	130

KISALTMALAR CETVELİ

a.g.e.	: Adı Geçen Eser
a.g.m.	: Adı Geçen Makale
a.g.r.	: Adı Geçen Rapor
a.g.t.	: Adı Geçen Tebliğ
S.	: Sayı
C.	: Cilt
s.	: Sayfa
S.S.K.	: Sosyal Sigortalar Kurumu
S.Y.Z.	: Sosyal Yardım Zammı
P.	: Page
ed.	: Editör
Çev.	: Çeviren
Vol.	: Volume
Nu.	: Number
No.	: Numero

TABLO ve ŞEKİLLER CETVELİ

- Tablo 1- AB Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı
- Tablo 2- Ülkelere Göre Kişi Başına Prim Üretimi ve Prim Üretiminin Milli Gelire Oranı, 1990
- Tablo 3- Mali Sektör Araçları, 1988-1992
- Tablo 4- Seçilmiş Ülkelerde Mali Varlıkların Mali Araçlara Göre Dağılımı, 1990
- Tablo 5- Sigorta Sektörünün Yatırım Portföyü
- Tablo 6- OECD Üyesi Ülkelerde Devletin Sosyal Güvenliğe Katkısı
- Tablo 7- Sosyal Güvenlik Kapsamında Bulunan Nüfus Gruplarının Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Göre Dağılımı
- Tablo 8- Kurumun Bilançosu, 1993
- Tablo 9- Kurumun Toplam Gelirlerinin Dağılımı
- Tablo 10- Kurum Toplam Giderlerinin Dağılımı
- Tablo 11- Kurum Sosyal Sigorta Giderlerinin Sigorta Kollarına Göre Dağılımı
- Tablo 12- Kurumun Tahsilat Harcama Dengesinin Yıllar İtibariyle Değişimi
- Tablo 13- Emeklilik Koşullarında Bugüne Kadar Yapılan Yasal Düzenlemeler
- Tablo 14- Yıl İçinde Yaşlılık Aylığı Bağlanan Sigortalıların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, 1990-1994
- Tablo 15- Yaşlılık Aylığı Almakta İken Ölenlerin Yaşlılık Aylığı Alanlar İçerisindeki Payı
- Tablo 16- Aktif Sigortalılar İle Aylık Alanların Yıllar İtibariyle Gelişimi
- Tablo 17- Mevcut Durumda Prim Geliri Yardım Harcaması - Yalnız Emeklilik Sistemleri
- Tablo 18- Sosyal Yardım Zammı İle Prim Gelirleri, Toplam Giderler ve Toplam Aylıkların Karşılaştırılması
- Tablo 19- İşyeri ve Sigortalı Sayıları İle Prime Esas Ortalama Günlük Kazancın Kamu ve Özel Sektör İtibariyle Dağılımı, 1994
- Tablo 20- AT Ülkeleri ve Türkiye’de Tarafların Primlere Katılım Oranları, 1988
- Tablo 21- Çalıştırılan Sigortalı Sayısına Göre İşyerlerinin Dağılımı, 1987-1992
- Tablo 22- Çıplak Ücret ve Yan Ödemeler, 1984-1994
- Tablo 23- SSK Prim Gelirlerinin Toplam Yurt İçi Tasarruflar İçerisindeki Payı
- Tablo 24- Kurum Plazmanlarının Yıllara Göre Dağılımı
- Tablo 25- Kurum Prim ve Sosyal Yardım Zammı Alacakları
- Tablo 26- Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, 1923-1994

Tablo 27- VI. Plan Döneminde Sağlık Personeli Açısından Gerçekleşme Değerleri ve Plan Hedefleri Karşılaştırması

Tablo 28- Yedinci Plan Döneminde Sağlık Alanında Beklenen Sayısal Gelişmeler

Tablo 29- Türkiye’de Sağlık Güvencesi Kapsamında Olanlar

Tablo 30- Yataklı Tedavi Kurumlarında Görevli Uzman Hekimlerin Yıllara ve Kuruluşlara Göre Dağılımı, 1988-1994

Tablo 31- Yataklı Tedavi Kurumlarında Poliklinik ve Yatan Hasta Durumu, 1993-1994

Tablo 32- SSK Sağlık Tesisleri ve Yatak Sayılarının Yıllar İtibariyle Gelişimi, 1990-1994

Tablo 33- SSK Sağlık Tesisleri Personel Durumu

Tablo 34- SSK ve Sağlık Bakanlığı’nın Yıllar İtibariyle Yatırım Harcamaları

Tablo 35- Poliklinik ve Yatak-Gün Maliyetleri Karşılaştırması, 1989-1994

Tablo 36- Türkiye’de Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı

Tablo 37- SSK Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Değişimi, 1979-1993

Tablo 38- SSK Sağlık Harcamaları Yapısının Yıllara Göre Değişim Oranları

Tablo 39- SSK Tedavi Giderlerinin Yıllar İtibariyle Gelişimi, 1991-1994

Tablo 40- SSK Sağlık Tesisi Giderleri

Tablo 41- Türkiye’de Seçilmiş Yataklı Tedavi Kurumlarının Performans Karşılaştırması, 1994

Şekil 1- Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Şematik Görüntüsü

Şekil 2- Sağlık Hizmeti

Şekil 3- Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

ÖNSÖZ

Sosyal güvenliğe duyulan ihtiyacın insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. İnsanoğlu, çeşitli sosyal risklere karşı sosyal güvenlik ihtiyacını, tarihsel süreç içerisinde çeşitli araçlar yaratarak karşılamaya çalışmıştır. Modern anlamda sosyal güvenlik uygulamalarının temelleri ise esas olarak, İkinci Dünya Savaşı sonlarında atılmıştır. Ülkemizde de ilk sosyal güvenlik kurumlarının oluşturulması aynı tarihsel döneme denk düşmektedir.

1965 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu adını alan İşçi Sigortaları Kurumu, 1945 yılında kurulmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), bir veya birkaç işveren tarafından hizmet akdine dayalı olarak çalıştırılanların, özellikle iktisadi varlıklarını tehdit eden sosyal risklere karşı koruma sağlamayı hedeflemiştir. Sosyal riskler ise 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nda tahdidi bir biçimde sayılmıştır. Bunlar; iş kazası ve meslek hastalığı, analık, hastalık, malüllük, yaşlılık ve ölüm halleridir. Bu risklere karşı SSK, sosyal sigorta yardımları sağlamaktadır.

SSK, bir sosyal sigorta yardımı olarak sağlık hizmetlerini, ülkemiz nüfusunun 1/3'ünden fazlasına götürmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerini, hem kendi sağlık tesislerinde hem de dışarıdan satın alarak üyelerine vermeye çalışmaktadır.

Son yıllarda kamuoyunda en çok tartışılan konuların başında SSK'nın verdiği sağlık hizmetleri gelmektedir. Hastane önlerindeki kuyruklar, hastaların yeterli ilgiyi görmedikleri şeklinde şikayetleri, 8-12 ay sonrasına verilen ameliyat sıraları vb. ilk bakışta göze çarpan hususlar.

Ülkemizdeki diğer kamu sağlık kurumlarında da benzer sorunlar yaşanırken, SSK sağlık hizmetlerinin daha fazla gündeme getiriliyor olmasını, SSK yetkilileri her ne kadar tv ve gazete çalışanlarının SSK sigortalısı olması gibi bir nedene bağlasalar da, sağlık hizmetlerinin verildiği fiziki ortamlarda ve sağlık insan gücündeki nicelik ve nitelik erimesi bir gerçeklik olarak ortadadır. Bu husus Sağlık Bakanlığı'na yürütülen sağlık reform projesi ile de ilişkilendirilebilir.

Yürüttüğümüz bu çalışma sonucunda, SSK sağlık hizmetleri ile ilgili olarak kamuoyundaki genel eğilimin tersi bir sonuç ortaya çıktı. Sağlık insan gücü ve hastane göstergeleri gibi etkinlik göstergeleri açısından yapılan karşılaştırmalarda, SSK hastanelerinin nisbi olarak diğer kamu hastanelerinden ve bir bütün olarak özel hastanelerden daha verimli olduğu görüldü. Bu sonuç çalışmamızın son bölümünde tartışıldı.

Ülkemizde genel olarak sosyal güvenlik sisteminin özel olarak SSK'nın yeniden yapılandırılmaya çalışıldığı bir dönemde, tez çalışmamız bu alana bir katkı olarak düşünülebilir.

Tez danışmanım Prof. Dr. İsmail BULMUŞ'un önerisi ile SSK sağlık hizmetlerini tez çalışmamızın konusu olarak belirledik. Hocam'a teşekkür ediyorum.

İzmir, Ocak 1997

Özkan BİLGİLİ

GİRİŞ

Son bir kaç yıllık dönemde ülkemizde, genel olarak sosyal güvenlik özel olarak da Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), verdiği sosyal sigortacılık ve sağlık hizmetleri açısından en çok tartışılan konuların ve kurumların başında gelmektedir. Tartışma ise bütün sıcaklığıyla siyasal konjonktüre de bağlı olarak devam etmektedir.

Bu tartışmalar sadece bizde değil Avrupa Birliği ülkelerinde de sürmektedir. Fransa ve Almanya gibi nisbeten diğer Avrupa ülkelerinden ekonomik olarak güçlü olan ülkelerde dahi, sosyal güvenliğe ayrılan kaynaklarda kısıntıya gidilmesini öngören yasal düzenlemeler yapılmak istenmektedir. Ancak bu girişimlerin Avrupa Birliği ülkelerinde toplumsal tepkilere neden olduğu görülmektedir.

Türkiye’de benzer bir süreci yaşıyor: 1970’li yılların başından itibaren sosyal güvenlik ve sosyal sigorta kurumları sürekli gündemdedir. Özellikle SSK verdiği sağlık hizmetleriyle; son dönemde de yaşadığı finansal sıkıntılar nedeniyle öne çıkmaktadır. SSK’ya etki eden birçok kurum bulunmakta ve bu kurumlar, SSK’nın sorunlarının çözümüne yönelik raporlar hazırlamakta ve öneriler sunmaktadırlar. Siyasal iktidarlar ise sigortalıların emeklilik yaşlarının yükseltilmesi merkezli yasal düzenlemeleri gündeme getirmektedirler. Öyle ki 1992’den bu yana SSK ile ilgili olarak 40’a yakın yasa taslağı hazırlandığı dile getirilmektedir. Adeta bir taslaklar savaşı yaşanıyor...

Seçtiğimiz konunun konjunktürel olarak belirli oranda bir riski de içerdiğini biliyorduk. Riskliydi, çünkü konunun siyasal tarafları vardı ve bu taraflardan her birisinin SSK ile ilgili farklı farklı söylemleri bulunmaktaydı. İşçi ve işveren kesimi sorunun tanımı noktasında belirli noktalarda görüş birliği içerisinde olsalar da, sorunun çözümü için önerileri belirgin bir biçimde farklılaşabilmektedir. Sigorta prim oranlarının düşürülmesini ve emeklilik yaşının yükseltilmesini işveren kesimi öne çıkarırken, işçi kesimi iş güvenliği ve sisteme devlet katkısını istemektedir.

Diğer taraftan konunun Dünya Bankası ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi uluslararası tarafları da bulunmaktadır. Tartışma süreci ise devam etmektedir. Böylesi bir ortamın, tarafların görüşlerinden etkilenme olasılığımızı arttıracakı ise açıktır.

Çalışmamızın birinci bölümünde sosyal güvenliği ve tarihsel gelişimini inceledik. Bu bağlamda sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimini, sosyal güvenliğin uluslararası boyutlarını açıklamaya çalıştık. Yine özel sigortaların, insanların sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılayabilme imkanlarını tartıştık. Bölümün sonunda ise özellikle 1990'lı yıllardan sonra yaşanan yeni gelişmelere yer verilmiştir.

İkinci bölümde, Türkiye'de sosyal güvenliğin gelişimi, sistemi ve anayasal dayanakları anlatıldıktan sonra, SSK, idari ve yasal boyutlarıyla tanıtılmış ve sağlıkla ilgili boyutları hariç kurumun sorunları geniş bir şekilde açıklanmıştır.

Son bölümde ise Türkiye'nin sağlık sistemine ve sağlık sektörünün büyüklüğüne yer verdik. Bu sektördeki 1980 sonrası gelişmelere kısaca değindikten sonra, SSK'nın neden kendi sağlık tesislerinde hizmet verdiğini açıkladık. Bu bağlamda SSK sağlık hizmetlerindeki gelişmelere değindik. Neticede hastane göstergelerini dikkate alarak SSK hastanelerinde verilen hizmeti Türkiye'deki diğer sağlık kurumları ile karşılaştırarak, SSK sağlık hizmetlerinde verimlilik hususuna açıklık getirmeye çalıştık. Çalışmamızı sonuç ve öneriler ile noktaladık.

BİRİNCİ BÖLÜM : SOSYAL GÜVENLİK

1. SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1. SOSYAL GÜVENLİĞİN TANIMI

İnsanların sosyal güvenliğe duyduğu ihtiyaç insanlık tarihi kadar eskidir. Yaşanılan dönemler, sosyal ve ekonomik yapı, dini inançlar sosyal güvenliğin karşılanmasında belirleyici ve yol gösterici olmuştur. Başlangıçta aile içi yardımlaşmadan, ortaçağda mesleki dayanışmaya kadar uzanan süreç, Sanayi Devrimi ile noktalanmıştır. Sanayi Devrimi sonrasında ise aile içi ve mesleki dayanışma / yardımlaşmanın etkisi tamamen sönümlenmemekle beraber azalmış; ortaya çıkan boşluk ise 19. yy. sonlarında, devlet anlayışındaki değişime de paralel olarak, modern sosyal sigortalarca doldurulmaya başlanmıştır.

Günümüzde sosyal güvenliğin herkesçe kabul edilebilir bir tanımını yapmak değişik sebeplerle zor görünmektedir.

“Gerçekten sosyal güvenlik deyimi, genellikle sosyal güvenlik politikaları ile sosyal güvenlik sistemlerini kapsayacak biçimde incelenmektedir. Sosyal güvenlik politikaları, sosyal korumanın amaç ve hedefini; sistemler ise hem amaçları hem de bu amaçlara ulaşmak için oluşturulan özgün hukuksal teknikleri kapsar.” ⁽¹⁾

Sosyal güvenlik, sosyal güvenlik politikaları ve sistemlerinden hareketle tanımlanacağından siyasal bir içerik taşıyacağı söylenebilir.

Toplumsal yaşantıda birey, fiziki varlığını, bireysel ve sosyal varlığını tehdit eden risklerle karşı karşıyadır. Bu riskler ise insanın doğal yaşantısından kaynaklanan içsel nedenlerden doğabileceği gibi, çevre şartları vb. dışsal etkenlerden de kaynaklanabilir. Bunlardan kişinin gelirinin düşmesine, giderlerinin artmasına;

⁽¹⁾ GÜZEL, Ali , OKUR Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.2

hastalanıp kaza geçirmesine, yaşlanmasına ve ölmesine neden olabilecek riskler sosyal risklerdir. Sosyal güvenlikte sosyal riskler ile ilgilidir.

“Gerçekten, farklı görünümlere karşın, tüm sosyal riskler, bireylerin ekonomik durumunu etkileme gibi ortak bir özelliğe sahiptirler.”⁽²⁾

Sosyal riskler, kişilerin kazançlarının elde edilmesini etkiledikleri gibi kullanımını da etkilerler. Örneğin fizyolojik bir risk olarak sakatlık kişinin çalışma gücünü tamamen yok edebileceği gibi azaltabilir. Hatta bireyin sadece meslekte kazanma gücünü de azaltabilir. Yine hastalık halinde de tedavi için çalışmaya bir süre ara verileceğinden harcama yapmak gerekebilir.

Sosyal güvenlik politikaları ise mevcut risklerden hangilerinin “sosyal risk” olarak kabulüne göre oluşturulabilecektir. Sosyal güvenlik kişinin sosyal varlığının korunması ile ilgili olduğundan, hangi risklerin sosyal varlığı tehdit ettiği yani sosyal risk olarak kabul edileceği siyasal iradenin rengi ile yakından ilgilidir. Şöyle ki, siyasal karar vericiler, işsizliği tamda bu sebeple sosyal bir risk olarak kabul edebilecekleri gibi etmeyebilirler.

Diğer taraftan sosyal birer risk olarak, kabul edilen bu risklerinde tamamından, bireyin sosyal varlığının korumaya alınacağı anlamı çıkarılmamalıdır. Örneğin, Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına ilişkin 102 Sayılı Sözleşme’de hastalık, işsizlik, maluliyet, yaşlılık, ölüm, iş kazası ve meslek hastalığı, analık ve aile yükleri olmak üzere dokuz risk sayılmıştır. Sözleşmeyi imzalayan ülkeler bu risklerden en az üçüne koruma sağlamak durumundadır. Türkiye ise, işsizlik ve aile yardımı dışındaki yedi riske koruma sağlamıştır.

Sosyal güvenlik kavramı değişik biçimlerde tanımlanabilmektedir. Bugünkü anlamı ile ilk defa, ABD’de Sosyal Güvenlik Kanunu ile bir terim olarak kullanılmaya başlanan “Sosyal Güvenlik” geniş ve dar anlamları ile tanımlanabilmektedir. Yukarıda saydığımız risklerin korunma altına alınması dar

⁽²⁾ GÜZEL, Ali , OKUR Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.3

anlamda sosyal güvenliği oluştururken; dar anlamda sosyal güvenliğin kapsamına giren riskler dışında, aile, konut, şehircilik, eğitim, meslek seşmede yardım, yonetime katılma, istihdam, konjonktür, verimliliğin artırılması, sağlık ve hijyen politikalarına ilişkin tedbirlerde geniş anlamda sosyal güvenliğin kapsamı dahilindedir. ⁽³⁾

Sosyal güvenlikten bahsedildiğinde daha çok dar anlamda sosyal güvenlik anlaşılmaktadır. Bizde, bundan sonraki aşıklamalarımızda başkaca bir şey söylenmediği sürece dar anlamda sosyal güvenlikten bahsediyor olacağız.

“Bu anlamdaki sosyal güvenlik, hastalık, kazalar, analık, sakatlık(malüllük), yaşlılık, ölüm ve işsizlikten doğan her türlü gelir kayıpları ile gider artışlarını karşılama amacı taşımaktadır. Görülüyor ki dar anlamdaki sosyal güvenlik, ilke olarak, kişinin bir kez elde ettiği yaşam düzeyinin sürdürülmesi, devamlılığının sağlanmasıya yöneliktir.”⁽⁴⁾

Geniş anlamda sosyal güvenlik ise mevcut refah düzeyinin korunmasından öteye daha da yükseltilmesini hedefler. Bu ise kaynakların kullanım alanlarıyla yakından ilgilidir. Kaynakların dağılımına ise iktisadi ve sosyal politikalar yön verecektir. Bu bağlamda sosyal güvenlik harcamalarının milli gelir içerisindeki payı, sosyal güvenlik ile ekonomi arasında karşılıklı etkileşimler olduğunu göstermektedir.

Tablo 1 ‘de ⁽⁵⁾ görüldüğü üzere gelişmiş ölkelerde sosyal güvenlik harcamaları GSYİH’nın ortalama %20’si düzeyindedir. Türkiye ise sosyal güvenliğe AB ölkeleri ile kıyaslanamayacak derecede az pay ayırmaktadır. İleriki bahislerde görüleceği üzere, bunun en önemli sebebi, ölkemizde sosyal sigorta sisteminin bütün yükünü işçi ve işverenin yüklenmesi, devletin ise doğrudan katkısının olmamasıdır. İktisadi gelişmişlik seviyesinin de sosyal güvenliğe ayrılan payın sınırlarının belirlenmesinde etkili olduğu söylenebilir.

⁽³⁾ DİLİK, Sait : *Sosyal Güvenlik*, Ankara, 1992, s.5

⁽⁴⁾ DİLİK, Sait : *Sosyal Güvenlik*, Ankara, 1992, s.5

⁽⁵⁾ ÖZBEK, Orhun : *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi*, İzmir, 1995, s.4

Tablo 1: AB Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı(%)

ÜLKELER	1986	1987	1988	1989	1990
Belçika	27.2	26.6	26.3	25.2	25.2
Danimarka	24.8	25.7	27.0	27.8	27.8
Fransa	27.4	27.0	26.7	26.4	26.5
Almanya	24.7	25.0	25.1	24.1	23.5
Yunanistan	20.6	20.8	20.4	20.9	-
İrlanda	23.3	22.5	21.2	19.6	19.7
İtalya	22.5	23.2	23.3	23.7	24.5
Lüksemburg	24.4	25.9	25.3	26.6	27.3
Hollanda	28.4	29.0	28.6	27.9	28.8
Portekiz	14.3	14.9	15.9	14.9	15.3
İspanya	18.4	18.2	18.6	18.8	19.3
İngiltere	23.9	22.9	21.9	21.3	22.3
Türkiye	3.9	4.1	4.4	5.7	6.8

Kaynak: OECD, Employment OutLook, July 1994- Türkiye için DPT

Not: 1.1.1995 tarihinden itibaren Avusturya, İsveç ve Finlandiya AB'ne tam üye olarak kabul edilmiştir.

Aynı anda hem bir düşünceyi hem de bir sistemi kapsayan sosyal güvenlik, çeşitli yazarlarca farklı şekillerde tanımlanmıştır. Örneğin, sosyal güvenlik, hastalık, kaza, analık, yaşlılık, sakatlık, işsizlik, ölüm ve çocuk yetiştirme gibi sosyal risklerin yol açabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır, ⁽⁶⁾ biçiminde tanımlandığı gibi, “gelirleri ne olursa olsun kişilere belirli sosyal riskler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahip kurum ve kurumlar topluluğu” ⁽⁷⁾ olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanımda ise sosyal güvenlik, “bir ülke halkının bugününü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı birlik ve uyum kurulmuş olan bir kurumlar bütünü” ⁽⁸⁾ dır.

⁽⁶⁾ DİLİK, Sait : *Sosyal Güvenlik*, Ankara, 1992, s.10

⁽⁷⁾ TUNÇOMAĞ, Kenan : *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar*, İstanbul, 1990, s.5

⁽⁸⁾ TALAS, Cahit : *Sosyal Ekonomi*, Ankara, 1983, s.325

Buraya kadar yapılan açıklamalardan, sosyal güvenlik tanımlamalarının bir kaç önemli noktayı içerdiği görülmektedir. Bunlar ise sosyal güvenliğin bir sistem olduğu, tüm riskleri değil sadece bazı riskleri kapsamına aldığı ve bunlara karşı sağlanan güvencenin iktisadi nitelikte olduğu hususlarıdır. ⁽⁹⁾ Kısacası sosyal güvenlik, ülkelerin birbirlerinden farklı ekonomik ve kalkınmışlık düzeylerine, daha da önemlisi siyasal yapılarına göre kimi sosyal risklere, belirli kurallar çerçevesinde ekonomik güvence sağlamaktadır.

1.2. SOSYAL GÜVENLİĞİN TEMEL FONKSİYONLARI

Sosyal güvenliğin bireye ekonomik güvence sağlama ve kişiliğin geliştirilmesi, sosyal riskleri önleyici, sosyal devlet ve sosyal adaleti hayata geçirme gibi temel fonksiyonları bulunmaktadır. Bir ülkenin sosyal güvenlik politikalarının saptanmasında ve sosyal güvenlik sisteminin oluşturulmasında bu fonksiyonlara dikkat edilir.

Sosyal güvenlik sistemlerinin temel amacı, kapsama aldıkları sosyal risklerin ekonomik sonuçlarına karşı bireylerin korunmasıdır. Böylece, belirtilen risklerle karşılaşan bireylere, gelirlerinin azalması ya da giderlerinin artmasına karşılık belirli parasal yardımlar yapılır. Bireyin bu risklerle karşılaşmadan önceki iktisadi-sosyal yaşantısında ulaştığı refah düzeyi korunmaya çalışılır.

Gelirin elde edilmesini önleyen hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalığı gibi riskler, gelirin kullanım yönünü de etkiler. Örneğin, fizyolojik bir risk olan hastalık; bireyin eski sağlığına kavuşması ve çalışma gücünü yeniden elde etmesi için doktor, ilaç vb. harcamaları zorunlu kılar. Sosyal güvenlikte sadece parasal yardımlar değil, tıbbi yardımlar da önemli bir yer tutar. Sosyal güvenlik çerçevesinde sağlanan tıbbi yardımlar bireyin eski sağlığına ulaşarak kazanma gücüne kavuşmasına yöneliktir.

⁽⁹⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu* ; T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM:17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.12

Özellikle sağlık alanında, riskleri önlemenin, bu risklerin birey üzerindeki olumsuz etkilerini gidermekten daha gerçekçi olduğu ve bu yaklaşımın hem birey hem de toplum çıkarına olduğu anlaşılmıştır.⁽¹⁰⁾

Sosyal güvenliğin, ulusal gelirin yeniden dağıtılması gibi bir işlevi de vardır. Tarihi gelişim süreci içerisinde devlet anlayışındaki değişime bağlı olarak devlet, sosyal görevlerde üstlenmiştir. 19. yy.'ın sonlarına doğru, liberal fikirlerin zayıflayıp etkisinin azalmasına paralel olarak; ekonomide doğal bir düzenin olduğu varsayımı ile ekonomik hayata müdahale etmeyen devlet anlayışından; askeri, siyasi, iktisadi sebeplerle,

“... takip edeceği vergi ve ücret politikaları ile adil bir gelir dağılımının gerçekleşmesi görevini üstlenen, korunmaya muhtaç grup ve sınıfları gözetken, sosyal güvenlik uygulamaları ve istihdam politikalarına yön veren, eğitim, sağlık, mesken gibi toplumun asgari ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik politikaları uygulayan ve çalışma hayatını düzenleyici tedbirler alan...”⁽¹¹⁾

çağdaş bir devlet anlayışına ulaşılmıştır.

Böylece ulusal gelirden daha az pay alan gruplara, özellikle emek gelirleriyle geçinenlere, geliştirilen çeşitli dağıtım mekanizmaları çerçevesinde gelir aktarımının meşruiyeti geçerlik kazanmıştır. İşsizlik sigortası örneğinde olduğu gibi kendi iradesi dışında işini kaybedenlere, kendisinin ve ailesinin zor duruma düşmesini önlemek üzere belirli bir süre parasal yardım yapılır. Bu sigorta kolunu, diğer sosyal güvenlik programlarından ayıran yan, işsizlik olgusunun ülke ekonomisindeki işleyişin doğrudan bir sonucu olmasıdır.⁽¹²⁾

Ekonomide otomatik düzenleyici olarak da rol alan işsizlik sigortası⁽¹³⁾ ve diğer sosyal güvenlik programlarından, sosyal risklere maruz kalanlara, kaynağını toplumda gelir elde eden diğer gerçek ve tüzel kişilerin ödediği prim ve vergilerin

⁽¹⁰⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM:17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.18

⁽¹¹⁾ SERTER, Nur: *Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet*, İstanbul, 1994, s.33

⁽¹²⁾ TÖRÜNER, Mete : *İşsizlik Sigortası*, 2.Baskı, İstanbul, 1992, s.7

⁽¹³⁾ TÖRÜNER, Mete : *İşsizlik Sigortası*, 2.Baskı, İstanbul, 1992, s.17

oluşturduğu fonlardan yapılacak parasal yardımları, devletin sosyal nitelikleri gereği, ulusal gelirin yeniden dağıtımı olarak anlamakta mümkündür. Kısacası,

“Yaygın ve yeterince devletin mali katkılarına ulaşmış bir sosyal güvenlik düzeni, ulusal gelirin adil dağılımının da başlıca etmenlerinden biri olabilir.”⁽¹⁴⁾

1.3. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Sosyal güvenlik sistemleri uzun bir tarihsel süreç içerisinde bugünkü düzeyine ulaşabilmiştir. Uygulayıcısı ülkelerin iktisadi ve siyasi yapılarına sıkı sıkıya bağlı olan sosyal güvenlik kurumları, bu yapıların değişimine paralel olarak değişim ve gelişimlerini sürdürmektedirler.

Eski zamanlarda dini kurumların yardımları ve aile içi dayanışmalarla insanlar, sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmışlardır. Bugünkü anlamda sosyal güvenlik kurumlarına ulaşmadan önce geleneksel koruma tekniklerinden yararlanılmıştır. Öncelikle birey, başkaca ekonomik, ticari motifleri / belirleyicileri olsa da yaptığı tasarrufları ile geleceğini güvenceye almayı düşünmüştür. Gelirin bir fonksiyonu olarak tasarruf tekniğinin aynı zamanda bir sosyal güvence oluşturabilmesi, ancak, gelir düzeyinin yüksek ve sürekli olmasına bağlıdır. Oysa sosyal güvenliğe en çok ihtiyacı olanlar, toplumun düşük gelirli başka bir söyleyişle tasarruf eğilimi düşük olan kesimleridir.

Karşılaştığı riskleri tek başına gideremeyecek olan kişilere bireysel ve toplu olarak yapılacak yardımlardan yardım sandıkları fikrine ulaşılmıştır. Yardım sandıkları, sosyal risklere karşı kendilerini güvence altına almak isteyen ve aynı sosyal koşullar içerisinde bulunan toplum kesimlerinin oluşturdukları ticari amaç gütmeyen kurumlar olmuşlardır.⁽¹⁵⁾ Bu sandıklara üyeliğin isteğe bağlı olması, ödentilerin sınırlı olması, belirli meslek gruplarını içermesi gibi nedenlerle sağladığı sosyal koruma yetersiz kalmıştır.

⁽¹⁴⁾ TALAS, Cahit : “Sosyal Güvenlik Bunalımı Önlenebilir”, 22.05.1996 *Günlü Cumhuriyet*

⁽¹⁵⁾ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.11-12

1.3.1. ÖZEL SİGORTA TEKNIĞİ

Yukarıda bahsedilen sosyal koruma yöntemlerine ek olarak zaman içerisinde özel sigortalardan da yararlanılmaya başlanmıştır. 19.yy. ortalarında, ilk kez yaşlılık, hastalık ve ölüm gibi risklere karşı İngiltere’de bu tekniğe başvurulmuştur. Özel sigortalar, ticari nitelik taşımaları, kar amacına dayanmaları nedeniyle yardım sandıklarından ayrılırlar. Özel sigortalar bireylerin karşılaşılabilecekleri bütün sosyal riskleri korumaya almadıkları gibi, aldıklarına da belirli sınırlar dahilinde koruma sağlamaktadırlar. Bugün ise özel sigortaların, sosyal sigorta kurumlarının sağladıkları asgari sosyal korumaya ek işlevler üstlenmesi gündemdedir. ⁽¹⁶⁾

Diğer taraftan sosyal sigortacılığın bütünüyle özel sigorta şirketleri aracılığıyla yerine getirildiği Şili ve Arjantin gibi ülkeler de bulunmaktadır. ⁽¹⁷⁾ Bu ülkeleri Peru ve Kolombiya’da sosyal güvenlik sistemlerini özelleştirerek takip etmiştir. Bu uygulamalar sosyal güvenlik sistemlerinde reform arayışında olan Türkiye gibi ülkelere, yararlanılabilecek birer örnek olarak gösterilmektedir. ⁽¹⁸⁾

Sosyal güvenliği sağlamanın iki temel yönteminden biri prim esasına dayalı sosyal sigortadır. Diğer primsiz sistem olarak anılan sosyal yardımlardır. Sosyal güvenliğin özel sigorta şirketleri aracılığıyla sağlanabilirliği tartışılırken, aralarındaki farklılıkları ortaya koymak yararlı olacaktır. Bu farklılıkları şöyle sıralayabiliriz:

a) Sosyal sigorta zorunludur. Kapsama alınanlar primlerini yatırmak durumundadır. Özel sigorta isteğe bağlıdır. Bireyin özel sigorta şirketinin ürettiği sigorta ürünlerini satın almasının yasal bir zorunluluğu yoktur.

b) Özel sigortada hedef kar maksimizasyondur. Sosyal sigortada kar mantığı yoktur, kamu yararı söz konusudur.

⁽¹⁶⁾ “Sosyal Sigortaların Temel Sorunları ve Çözüm Önerilerimiz”, Görüş, İşveren, C.XXXIV, S.5, Şubat 1996, s.29-31; YÜKSEL, Nihat : “Sosyal Güvenlik Düzenimizdeki Bunalım”, *Tekstil İşveren*, S.198, Nisan 1996, s.10

⁽¹⁷⁾ MIZRAK, N. Yıldırım : “Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler ve Bir Özelleştirme Örneği: Şili Özel Emeklilik Sistemi”, *Mülkiyeliler Birliği Dergisi*, C.17, S.152, s.43-50

⁽¹⁸⁾ CEM, İpek : “Sosyal Güvenlikte Şili Modeli”, 11.03.1996 *Günlü YeniYüzYıl*

c) Özel sigorta özel hukuk hükümlerine göre işlemlerini yürütür. Birey sigorta şirketi ile bir sözleşme yapar. Sigorta şirketinin koruma sağlayacağını taahhüt ettiği riskleri satın alır. Bunun için bir poliçe düzenlenir. Sosyal sigortada ise ilgili yasanın kapsamına aldığı kişiler kendiliğinden sigortalı olurlar. Örneğin, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasasının 6. maddesi birinci fıkrasına göre, “Çalıştırılanlar, işe alınmalarıyla kendiliğinden sigortalı olurlar.”

d) Sosyal sigortacılığı genellikle devletler kurdukları sosyal sigorta kurumları ile yürütür, özel sigortalar ise şirketleri aracılığıyla işlem yapar.

e) Özel sigortalarda sigortacının sorumluluğu prim ödenmesine bağlı iken, sosyal sigortalarda prim ödenmemiş olsa da hak ve yükümlülükler devam eder.

f) Sağlık hizmetinin sınırları açısından da farklılıklar bulunmaktadır. Özel sigortalarda sağlık hizmeti, belirli sınırlar içerisinde sadece sigortalının kendisine verilirken, sosyal sigortalarda sağlık hizmetleri için yapılan harcamalarda herhangi bir sınır bulunmadığı gibi bu hizmetlerden sigortalı ile birlikte ailesi de yararlanmaktadır.

Görüldüğü gibi aralarında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bireyin sosyal güvenliğinin sağlanmasında sosyal sigortanın üstlendiği görevleri, özel sigortaların yerine getirmesi zor görünmektedir. Şöyle ki; özel sigortaya ödenecek prim miktarı, sigortalanacak riskin gerçekleşme olasılığına ve sigortalanan şeyin değerine göre hesaplanacağından ⁽¹⁹⁾ düşük gelirli kesimlerin sigorta talepleri sınırlı olabilecektir. Böylece sosyal korumaya en fazla ihtiyacı olanlar bundan mahrum kalabilirler.

Özel sigortada sigortalanabilirliğin kimi koşulları vardır. Ekonomik uygunluk ve benzer riske tabi çok sayıda birim olması gibi. Sosyal güvenliğin sağlanması amacı için özel sigortalar, bir araç olarak düşünülebilir, ancak, “özel sigorta aracı bütün riskler için uygun bir araç değildir.” ⁽²⁰⁾ Özel sigortanın ticari bir nitelik taşıması, sosyal güvenliğin sağlanmasında uygun bir araç olmasını zorlaştırmaktadır.

Diğer taraftan sosyal güvenlik taşıdığı dışsallıklar nedeniyle yarı kamusal mal ve hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir. Bu sebeple sosyal güvenliğin arz ve

⁽¹⁹⁾ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.12

⁽²⁰⁾ KARACAN, A.İhsan : *Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri*, 1.Baskı, İstanbul, 1994, s.40

talebi piyasa koşullarına terk edilmemiş ve devletlerin sosyal güvenliği sağlamaları anayasal / yasal zorunluluk olarak kabul edilmiştir. Bizde de 1982 Anayasası'nın 60. maddesinde aynen, "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." denilmektedir.

1.3.1.1. ÖZEL SİGORTANIN DÜNYA'DA ve TÜRKİYE'DE BÜYÜKLÜĞÜ

Özel sigorta sektörü de ülkelerin gelişmişlik düzeyine paralel bir gelişme seyri izlemektedir. Bu sebeple, iktisadi ve sosyal gelişme ölçütleri arasında sayılmaktadır. Sigorta sektörünün fon yaratma kapasitesi, sağlanan sigortacılık hizmetlerinden başka, bu fonların verimli yatırım alanlarına kanalize edilebilmesi açısından da özellik arz eder. Bu ise mali piyasaların gelişim düzeyi ve yatırım araçlarının çeşitliliği ile yakından ilgilidir.

Tablo 2'de ⁽²¹⁾ 1990 yılı itibariyle seçilmiş bazı ülkelere göre kişi başına prim üretimi ve prim üretiminin milli gelire oranı verilmiştir.

Tablo 2 : Ülkelere Göre Kişi Başına Prim Üretimi ve Prim Üretiminin Milli Gelire (MG) Oranı (%) - 1990

Ülke	Kişi Başına Prim Üretimi (\$)	Prim Üretiminin Milli GelireOranı (%)
İsviçre	2927	8.0
Japonya	2253	8.8
ABD	1929	8.9
Finlandiya	1901	6.5
İngiltere	1775	9.7
Hollanda	1613	8.1
Almanya	1463	5.7
İsveç	1326	4.8
Fransa	1316	5.9
Avustralya	1297	7.6
Kanada	1217	5.5
Kore	640	11.6
Portekiz	206	3.4
Yunanistan	104	1.6
Şili	57	3.0
Meksika	31	1.2
İran	29	0.3
Türkiye	13	0.8

Kaynak : SIGMA-Swiss Re Co. Economics Studies 4/92

⁽²¹⁾ YETİM, Ahmet : *Sigorta Sektörü*, İzmir, 1995, s.18

Tablodan kişi başına prim üretiminin 1990 yılı itibariyle en yüksek olduğu ülkenin İsviçre, en düşük olduğu ülkenin ise Türkiye olduğu görölmektedir. Prim üretiminin MG oranı sıralamasında G.Kore birinci sıradadır. Bu ise G.Kore'nin milli gelirinin mutlak olarak Japonya, ABD gibi ölkelerden daha düşük olmasından kaynaklanmıştır.

Sigortacılık sektörünün sanayileşmiş ölkelerde önemli bir yer işgal ettiği görölmektedir. Bu ölkelerdeki gelişmiş finansal piyasaların varlığı, yatırım araçlarının çeşitliliği ve reel getiri sağlaması, enflasyon oranının yüksek olmaması ve hizmet kalitesinde rekabet gibi hususlar sigortacılık sektörünün gelişmesini sağlamıştır.

1990 yılı itibariyle dünya prim üretimi 100 kabul edildiğinde, bunun %29.1'i ABD'de, %28.7'si Japonya'da, %24.6'sı AT ölkelerinde üretilmektedir. Geri kalanı ise gelişmekte olan ölkeler arasında dağılmaktadır.

Türkiye'de prim üretimi %0.8 ile çok düşük bir düzeyi temsil etmektedir. Ekonominin yapısal sorunları, mali piyasaların yeterince gelişmemiş olması gibi nedenler bu sonuca neden olmakla beraber; sorunun kaynağında, sigortalılık bilincinin yeterince gelişmemiş olduğu belirtilmektedir. ⁽²²⁾

Türkiye'de mali sektörde yer alan araçlardan, sigorta şirketlerine ödenen primlerin düzeyini Tablo 3'den ⁽²³⁾ görmek mümkün.

⁽²²⁾ BİLGİLİ, Muzaffer : "Topluma Sigorta İhtiyacı Anlatılmalı", *Dünya Özel Sayfaları*, S.41, 02.11.1995, s.5 ; AKTUĞ, Ali : "En İyi Reklam Çabuk Ödenen Hasardır", *Dünya Özel Sayfaları*, S.41, 02.11.1995, s.11; KARACIK, Abdullah: *Dünya Özel Sayfaları*, S.41, 02.11.1995, s.9

⁽²³⁾ KARACAN, A.İhsan : *Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri*, 1.Baskı, İstanbul, 1994, s.20

Tablo 3 : Mali Sektör Araçları, (1988-1992)

	Milyar TL		% Dağılım	
	1988	1992	1988	1992
I- Dolaşımdaki Para	3.636	30.656	7	6
II- Dolaylı Finansman Araçları	35.619	294.900	69	59
A-Mevduat	34.950	276.652	68	55
B-Sigorta Şirketleri Primleri	572.0	8.412	1	2
C-Finansal Kiralama	97	3.591	0	1
D-ÖFK Katılma ve Cari Hesapları	-	6.245	0	1
III-Menkul Kıymetler (Stok)	12.247	173.197	24	35
A-Hazine Bonosu	2.452	42.247	5	8
B-Devlet Tahvili	4.880	73.110	9	15
C-Gelir Ortaklığı Senetleri	585	-	1	0
D-Hisse Senetleri	3.132	49.139	6	10
E-Özel Sektör Tahvilleri	539	1.705	1	0
F-Finansman Bonosu	169	756	0	0
G-Döviz Endeksli Senet	400	6.240	1	1
IV-Mali Kurumların Portföyündeki Menkul Kıymetler	7.223	66.324	1	1
V-Piyasadaki Menkul Kıymetler (III-IV)	5.014	106.873	14	13
TOPLAM (I + II + III)	51.502	498.753	100	100

Kaynak : HDTM, Türk Mali Sisteminin Temel Göstergeleri, Aralık 1992

Sigorta şirketleri, primlerini, 1988'de %1'den 1992'de %2'ye yükseltmiştir. Buna rağmen sistem içerisinde önemli bir yer işgal etmedikleri görülmektedir.

Tablo 4'de ⁽²⁴⁾ ise bazı ülkelerde, kişilerin sahip oldukları mali varlıklarını 1990 yılı itibariyle hangi mali kurum ve araçlara dağıttıklarını görmekteyiz.

Tablo 4: Seçilmiş Ülkelerde Mali Varlıkların Mali Araçlara Göre Dağılımı, 1990

	ABD	Almanya	Japonya
Nakit	3.7	7.8	9.4
Diğer Mevduat	20.7	40.5	50.8
Kısa Süreli Menkul Kıymetler	1.5	0.4	-
Tahviller	11.4	16.6	9.1
Hisse Senetleri	16.6	5.5	8.9
Uzun Süreli Krediler	1.7	0.1	-
Hayat Sigortası	23.5	26.4	20.8
Diğerleri	20.8	2.7	1.1
Toplam (%)	100.0	100.0	100.0

Kaynak : OECD, Insurance and Other Financial Services, OECD, 1992

⁽²⁴⁾ KARACAN, A.İhsan : Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri, 1.Baskı, İstanbul, 1994, s.21

Kişi başına prim üretiminin dünya ölçeğinde önemli bir bölümünü oluşturan bu ülkelerde, kişilerin mali yatırımlarında hayat sigortasının önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 5 ⁽²⁵⁾ incelendiğinde, bizdeki sigorta şirketlerinin topladıkları fonların önemli bir bölümünü devlete borç verdikleri görülecektir.

Tablo 5 : Sigorta Sektörünün Yatırım Portföyü (Milyar TL)

Yatırım Türü	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994/3
Dev.Tah.ve H.Bon.	126.6	347.7	585.9	1.270.2	2.885.9	7.109.7	7.700.1
Öz. Sek. Tahvilleri	4.4	3.1	6.3	84.0	0.1	229.5	324.1
His Senetleri	93.2	180.0	333.4	364.2	465.2	653.3	668.8
Top. Men. Değerleri	224.2	530.8	925.6	1.718.4	3.351.2	7.992.5	8.693.1
Sabit Değerler	174.9	285.4	485.4	742.6	1.188.7	2.286.9	2.352.4
Toplam Yatırımlar	399.1	816.2	1.411.0	2.461.0	4.539.9	10.279.5	11.045.5

Kaynak : HDTM

Gerçekten de sigorta şirketleri 1988'de toplam 399.1 Milyar TL'lik yatırımlarının 126.6 Milyar TL'nı devlet tahvili ve hazine bonosuna ayırırlarken; 1993 yılında 11.045.5 Milyarın 7.700.1 Milyarını devlet tahvili ve hazine bonosuna ayırmışlardır. Kamu kesimi borçlanma gereğinin yüksek olması nedeniyle, sürekli olarak borçlanan / borçlanmayı tercih eden devlet, mali piyasaya en büyük fon alıcısı olarak girmekte ve yüksek faizler ödeyerek borçlanmaktadır.

1990 yılında 13 dolar olan kişi başına prim üretimi 1995 yılında 17.5 dolara yükselmiştir. 1995 yılı sonu itibariyle 64.2 trilyonluk prim üretiminin 31.6 trilyonluk kısmı kaza branşından, 8.1 trilyonluk kısmı ise hayat branşından sağlanmıştır. Mevcut potansiyelin ancak %10-15'inin sigortalı olduğu, zorunlu trafik sigortasının

⁽²⁵⁾ YETİM, Ahmet : *Sigorta Sektörü*, İzmir, 1995, s.32

bile trafikte bulunan araçların %30-35'inde olduğu ⁽²⁶⁾ ; poliçe iptal oranının %40'ları bulduğu ⁽²⁷⁾ belirtilmektedir.

Sektörde hizmet rekabeti yerine, fiyat rekabetinin öne geçtiği, sistemin yüksek faiz gelirleriyle yürüdüğü anlaşılmaktadır. Özel sigortalar, kısa dönemde düşmeyeceği varsayılan yüksek faiz oranlarından yararlanırlarken; devlet tahvil ve bonolarının 1995 yılında, bankalara, yıllık %130 faizle verildiği koşullarda, SSK'nın kaynakları, yıllık %107 dolayındaki faizlerle değerlendirilmiştir. ⁽²⁸⁾

1.4. SOSYAL GÜVENLİĞİN ULUSLARARASI BOYUTLARI

Sosyal sigorta, primli sosyal güvenlik sistemini oluşturmakta ve sigortalanan bireyin de katılımını öngörmektedir. Bu nedenle sosyal yardım programlarına nazaran daha fazla gelişme olanağı bulmuştur. Bu kısımda evvela ilk sosyal güvenlik sistemlerine ve uluslararası hukuki belgelerde sosyal güvenliğin yerine kısaca değineceğiz.

1.4.1. İLK SOSYAL SİGORTA SİSTEMLERİ

Sanayi devrimi sonrası süreçte, sosyal sigorta sistemlerinin oluşturulması gereği ortaya çıkınca, öncelikli olarak iş kazaları ve meslek hastalıkları riskleri sosyal korumaya alınmıştır. 1880'li yıllarda İtalya, Almanya, Fransa ve Danimarka'da bu amaçla yasalar çıkarılmıştır.

Sosyal sigorta sistemi ilk kez Almanya'da 1880'li yıllarda çıkarılan yasalarda oluşturulmuştur. Bu dönemde, sanayileşme düzeyi Almanya'da diğer Avrupa ülkelerine göre yüksektir. Bunun sonucu olarak işçi sayısı artmıştır. Sosyalist akımlar bu dönem Almanya'sında güçlüdür. Bu nedenlerle Bismarck iş kazaları ve hastalık sigortalarının oluşturulması için çalışmalar yürüttü. Bu amaçla 17.11.1881'de Mecliste yaptığı imparatorluk açış konuşması, sosyal sigortanın bir

⁽²⁶⁾ 29.10.1996 *Günlü YeniYüzYıl Gazetesi*

⁽²⁷⁾ ELVEREN, A.Haydar : "Türkiye'de Hayat Sigortaları Ekonomik Gelişmenin Gerisinde", *Finans*, S.75, Mart, s.64-66

⁽²⁸⁾ 02.11.1996 *Günlü Cumhuriyet Gazetesi*

tür Magna Carta'sı olarak adlandırılmaktadır. ⁽²⁹⁾ Bu konuşmada, sosyal sigortanın işçi refahını arttıracığı, ülkeye iç güvenlik ve huzurun geleceği belirtilmiştir.

İngiltere'de 1911 tarihinde ulusal sigorta yasası yürürlüğe girmiş, hastalık ve sakatlık sigortası ile birlikte dünyada ilk kez işsizlik sigortası da düzenlenmiştir. 1942 tarihli ünlü "Beveridge Raporu" ile İngiliz sosyal güvenlik sistemi gelişimini sürdürmüştür.

Fransa'da ise ilk yasal sosyal sigorta düzenlemelerine ancak 1928 yılında başlanabilmektedir. Oysa, tarihsel ve siyasal nedenlerle, kuramsal düzeyde sosyal risklere karşı zorunlu sigorta tekniğini ilk önerenler arasında Fransız düşünürleri bulunmaktaydı. ⁽³⁰⁾

Bu ülkelerdeki ilk düzenlemeler, 2.Dünya Savaşı sonrası yaşama geçecek olan, çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin birer nüvesi olarak düşünülebilir.

1.4.2. ULUSLARARASI HUKUK BELGELERİNDE SOSYAL GÜVENLİK

İktisadi ve sosyal gelişmenin bir gereği olarak ortaya çıkan sosyal koruma anlayışı, düşünsel planda, sosyal güvenliğin temel bir insan hakkı olduğunun kabulüyle çok önemli bir ilerleme kaydetmiştir. Bir hak olarak sosyal güvenlik, uluslararası hukuk belgelerinde de yer alarak siyasal ve hukuksal meşruiyetini perçinlemiştir.

14 Ağustos 1935 tarihli ABD Sosyal Güvenlik Yasasının öngördüğü sistem, Yeni Zelanda'nın sosyal güvenlik sistemi ve İngiliz Beveridge Raporu ile, diğer insan hakları yanında sosyal güvenlik hakkı da kabul edilmiş, özellikle sosyal güvenliğin sadece işçileri değil, toplumun tüm bireylerini kapsaması hedeflenmiştir. ⁽³¹⁾

⁽²⁹⁾ DİLİK, Sait : *Sosyal Güvenlik*, Ankara, 1992, s.48-49

⁽³⁰⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu* : T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM:17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.27

⁽³¹⁾ GÜZEL, Ali ve OKUR, A.Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.23-25

Birinci Dünya Savaşı sonrasında, iktisadi ve sosyal güvensizliğin savaşlardan daha acı sonuçlar doğurduğu, bu nedenle ekonomik ve sosyal adaletin gerçekleştirilmesi gerektiği şeklinde uluslararası düzeyde ortak bir düşünce oluşmuştur. Bu amaçla ortak bildiriler ve sözleşmeler imzalanmıştır. Bu belgelerden bazılarının sosyal güvenlikle ilgili bölümlerine aşağıda değinilmiştir.

i. İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRİSİ

Bu bildiride, sosyal güvenlikle ilgili ilkeler 22.,23. ve 25. maddelerde düzenlenmiştir. 10 Aralık 1948 tarihinde, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 22. maddesi, her kişinin, toplumun üyesi olarak, sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. 23. maddesinde ise insanın sahip olduğu ekonomik, sosyal ve kültürel haklar sıralanmıştır. Bildirinin 25. maddesinde daha net biçimde;

“Her kişinin gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere, sağlık ve refahını temin edecek bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksunluk yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır... Doğum yapan kadın ve çocukların özel bakım ve yardım görmek hakları vardır. Bütün çocuklar, her türlü sosyal yardımlardan yararlanmak hakkına sahiptirler.”

denilmektedir.

“Önemle vurgulayalım ki, günümüzde de sosyal güvenlik hakkının kapsamı ve yapılan sigorta yardımlarının düzeyini belirlemede anılan ilkeler temel ölçü değerindedir.”⁽³²⁾

ii. 102 SAYILI SÖZLEşME

Sosyal güvenlikle ilgili önemli uluslararası belgelerden birisi de, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 'nın 102 sayılı sözleşmesidir. 1952 yılında 35. Uluslararası

⁽³²⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM:17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.43

Çalışma Konferansı tarafından kabul edilmiştir. Bu sözleşmede sosyal güvenliğin asgari normları yani sosyal güvenlik sistemlerinin kapsama alacakları riskler belirlenmiştir. Bu dokuz risk şunlardır: Hastalık (tıbbi yardım), hastalık (parasal yardım), yaşlılık, ölüm, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, sakatlık, işsizlik ve aile yükleri.

Sözleşmeyi onaylayacak devlet, bu risklerden en az üçüne sosyal koruma sağlamak durumundadır. Kabul edilecek üç riskten birisinin de mutlaka işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, sakatlık veya ölüm olması gerekmektedir. Yani bu sözleşmeyi onaylayan ülkeler, sözleşmede sayılı tüm riskleri sosyal güvenlik sistemlerine dahil etmek zorunda değildirler. Türkiye, bu sözleşmeyi onaylamayı 29.07.1971 tarih ve 1451 sayılı yasa ile uygun bulmuş; Bakanlar Kurulu'da 01.04.1974 tarih ve 7 / 7964 tarihli Kararname ile kabul etmiştir. ⁽³³⁾ Nitekim yukarıda sayılan risklerden son ikisi dışında diğer bütün riskler Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'ne dahil edilmiştir.

iii. AVRUPA KONSEYİNCE KABUL EDİLMİŞ SOSYAL GÜVENLİK BELGELERİ

Bu belgelerin başında Avrupa Sosyal Şartı ve Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu ve Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi gelmektedir. Bu belgelerde de sosyal güvenliğin bir insan hakkı olduğu vurgulanmış, belgelere imza koyan ülkelere ulusal sosyal güvenlik sistemlerini oluşturmaları istenmiştir.

Türkiye, bu belgelerden Avrupa Konseyi'ne üye ülkelere 1961 yılında imzalanıp 1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nı 1964 yılında imzalamış; 16.06.1989 tarih ve 3581 sayılı yasa ile onaylanmasını uygun bulmuş; 07.08.1989 tarih ve 89 / 14434 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile de onaylamıştır. Diğerinin onay tarihi ise 23.07.1979'dur. ⁽³⁴⁾

⁽³³⁾ GÜZEL, Ali , OKUR, Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.33

⁽³⁴⁾ GÜZEL, Ali , OKUR, Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.45

1.5. SOSYAL GÜVENLİĞİN FİNANSMANI

Sosyal güvenliğin toplumun tüm bireyleri için temel bir hak olduğu, bunu sağlamanın da devletin görevi olduğu hemen hemen bütün ülkelerce kabul edilmiştir. Ancak sosyal güvenliğin finansmanının nasıl sağlanacağı hususunda ortak bir kabul oluşmamış; finansman kaynakları, ülkelerin iktisadi, sosyal ve siyasal yapılarına göre farklılık arz etmiştir. Bu konuda genel olarak iki eğilim gözlenmektedir: Birincisi, sosyal güvenliğin finansmanına işçi ve işverenlerin birlikte katılmaları, diğeri ise, finansmanın doğrudan devlet bütçesinden sağlanmasıdır.

İlk yöntemde, kişisel sorumluluk ilkesi gereğince işçi ve işverenlerden prim alınmaktadır. Bu sistemin yetersiz olduğu durumlarda, kimi ülkelerde devletin sisteme katkı yaptığı görülmektedir. Tablo 6 ⁽³⁵⁾ 'da OECD üyesi ülkelerde devletin sosyal güvenliğe katkısı görülmektedir.

Tablo 6 : OECD Üyesi Ülkelerde Devletin Sosyal Güvenliğe Katkısı (1990)

OECD ÜYESİ ÜLKELER	DEVLET KATKISI (%)
ABD	29.48
ALMANYA	25.66
AVUSTRALYA	79.82
AVUSTURYA	17.41
BELÇİKA	31.11
DANİMARKA	85.70
FİNLANDİYA	44.66
FRANSA	19.63
HOLLANDA	14.95
İNGİLTERE	55.06
İRLANDA	61.43
İSVEÇ	49.25
İSVİÇRE	26.30
İZLANDA	88.36
JAPONYA	22.78
KANADA	61.17
LÜKSEMBURG	32.45
NORVEÇ	55.55
PORTEKİZ	6.28
YENİZELELANDA	92.47
YUNANİSTAN	12.41
TÜRKİYE	-

Kaynak : The Cost Of Social Security, İLO 1990

⁽³⁵⁾ 35 Soruda SSK Gerçeği, SSK Yayın No:575, Ankara, 1996, s.26

Danimarka, İzlanda ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde bu katkı %80'leri aşarken, Türkiye'de sıfırdır. Genel ortalama ise %30'lar civarındadır.

Kişisel sorumluluk ilkesinin, işçi yönünden temel alındığı ilk yöntemin işveren açısından benimsenmesinin ise başkaca gerekçeleri bulunmaktadır. Şöyle ki, işçi, sosyal güvenlik olmasaydı, karşılaşması muhtemel sosyal risklere karşı tasarruflarından yararlanmak durumunda kalacaktı. Bu anlamda yapacağı tasarrufun bir kısmını sosyal güvenlik kurumuna aktarmakta bir sakınca görmeyecektir. ⁽³⁶⁾ Sosyal güvenliğin finansmanının tamamıyla işçiden alınacak primlerle sağlanmasının imkansızlığı, sosyal adalet ve hakkaniyetli olmayacağı gibi sebeplerle sisteme işverenlerde dahil edilmiştir. Keza, sosyal güvenliğin işçinin emek verimliliğini arttıracığı, çalışmada işgünü kaybını önleyeceği veya azaltacağı ön kabulü ile, işverenin elde edeceği bu yararlarla karşı belirli bir fedakarlığa katlanması beklenir. ⁽³⁷⁾

İkinci yöntemde devlet, sosyal güvenliğin finansmanını, bazı ülkelerde, örneğin; Romanya, Ukrayna, Rusya, Pakistan, Küba vb. ülkelerde bütünüyle üstlenmektedir.

Devletin vatandaşlarının sosyal güvenliklerini sağlaması anayasal bir zorunluluk olmakla beraber, iktisadi gerekçeleri de vardır. Pozitif dışsallığı olan mal ve hizmetlere iktisat teorisinde yarı kamusal mal ve hizmetler denir. Bu mal ve hizmetlerin tüketiminde, tüketen bireylere sağladığı doğrudan faydanın yanısıra topluma yansıyan sosyal bir fayda da doğmaktadır. Bu hizmetlerin yaygınlığı ölçüsünde, devletin müdahale gereği, kamu yararı açısından kaçınılmaz olmaktadır. Sosyal sigorta hizmetleri de bu niteliktedir. ⁽³⁸⁾

⁽³⁶⁾ TALAS, Cahit : *Sosyal Ekonomi*, Ankara, 1983, s.356; GÜZEL, Ali ve OKUR, A.Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.71

⁽³⁷⁾ TUNÇOMAĞ, Kenan : *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar*, İstanbul, 1990, s.85 ; DİLİK, S. : *Sosyal Güvenlik*, Ankara, 1992, s.217

⁽³⁸⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu* : T.O.B.B. Yayınları, No : 264 BÖM : 17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.40-41

Diğer taraftan sosyal güvenliğin finansmanında, devletin katkısının gittikçe artma eğilimi gösterdiğini söyleyen görüşlerin ⁽³⁹⁾ yanısıra, tersini ifade eden yaklaşımlarda ⁽⁴⁰⁾ bulunmaktadır. Bu farklılığın nedeni olarak, son yıllarda sosyal güvenlik alanında yaşanan tartışmaların, farklı kutuplarında bulunmak olduğu söylenebilir.

1.6. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİNDE YENİ GELİŞMELER

Son yıllarda birçok sanayileşmiş ülkede ekonomik durgunluk vb. nedenlerle sosyal güvenlik programlarında kısıtlamalar gündeme gelmiştir. Özellikle emeklilik, hastalık ve işsizlik sigortası dallarında, bu haklardan yararlanma koşullarının zorlaştırılmasına yönelik tedbirlere başvurulmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde de benzer düzenlemeler gündeme gelmektedir.

Sonuç itibariyle devletlerin, sosyal güvenlik harcamalarında belirli oranlarda indirimle gitmesi hedeflenmektedir. Bu alana özel sektöründe dahil edilmesi ile sorunun çözülebileceği düşünülmektedir. Örneğin, emeklilik sigortası programında, devletin asgari bir emeklilik maaşını granti etmesi, emekliliklerinde bunun üzerinde gelir elde etmek isteyenlerin ise özel sigortalara başvurması öngörülmektedir.

Sosyal güvenlik alanında bu noktaya gelinmesinin çeşitli nedenlerinin bulunduğu belirtilmektedir. Örneğin;

“Pazar sorununu çözmek için, sermayenin genişleyebileceği yeni fiziksel pazarlar kalmadı, bu nedenle daha önce piyasa ilişkilerinin dışında kalan alanları (eğitim, sağlık vb.) piyasa ilişkilerinin içine çekmek istiyor, dev bir yeni pazar olanağıdır bu.” ⁽⁴¹⁾

veya

“Sosyal refah ve sosyal adalet politikaları çerçevesinde devlete yüklenen kimi hizmet ve görevler, herşeyi devletten beklememek

⁽³⁹⁾ GÜZEL, Ali , OKUR, Ali Rıza : *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul, 1994, s.72

⁽⁴⁰⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu* : T.O.B.B. Yayınları, No : 264 BÖM : 17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.71

⁽⁴¹⁾ SANER, D.Can : “Özelleştirmeye Karşı...” , *Yeniden*, S.10, Mart 1996, s.20-21

lazım gibi popülerleşmiş bir kanaat eşliğinde hem devlet hem de yönetilenler gözünde eski geçerliliğini kaybetti.”⁽⁴²⁾

gibi.

Sanayileşmiş ülkelerde 1990’lardan itibaren yeni düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir.⁽⁴³⁾ Örneğin Almanya’da 1992’de yapılan yeni bir düzenleme ile kadın ve erkek için 63 olan emeklilik yaşının 2001 yılında 65’e yükseltilmesi sağlanmış, işsizlik ödemeleri %3 oranında azaltılmıştır. Sağlık alanında sigortalıların ilaç masraflarının %10’una katılımı sağlanmıştır.

İtalya’da 1993 yılından itibaren geçerli olan yeni emeklilik yasasına göre, erkeklerde 60, kadınlarda 55 olan emeklilik yaşı kademeli olarak erkeklerde 2005 yılına, kadınlarda 2016 yılına kadar 65’e çıkarılacaktır. Bu yasaya göre daha önce 20 yıl olan emeklilik için sigortalılık süresi, 35 yıl prim ödenmesi şekline dönüştürülmüştür. Yaşlılık aylığının hesabında geriye doğru 5 yıl olan süre 10 yıla çıkarılmıştır. İngiltere’de de 60 olan emeklilik yaşının 65’e yükseltilmesi düşünülmektedir. Yunanistan, Danimarka, İspanya vb. ülkelerde de benzer gelişmeler yaşanmaktadır.

Türkiye’de de sosyal güvenlik alanında yeni yasal düzenlemeler yapılması gündemdedir. Bu alanda son yıllarda birçok yasa tasarısı hazırlanmış ancak Meclisten geçirilememiştir. Bu düzenlemelerde emeklilik yaşının yükseltilmesi, sosyal sigorta haklarından yararlanmak için staj süresinin uzatılması gündemdedir.

⁽⁴²⁾ BAŞER, Ertuğrul : “Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusala Dair (I)” , *Birikim*, Aralık 1995, S.80, s.7-19

⁽⁴³⁾ İNAN, Mehmet : “Sosyal Haklarda Kısıtlama ve SSK Gerçeği” , *Özgürlük Dünyası*, Haziran-Temmuz 1995, s.85-96; “Bazı AB Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler” , *İşveren*, S.5, Şubat 1996, s.25-28

İKİNCİ BÖLÜM : TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK VE SSK

2. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK

Çalışmamızın esas konusuna geçmeden önce bir ara durak olarak, Türkiye’de sosyal güvenliğin tarihsel gelişimine, sosyal güvenli kurumlara değinip, Türk Sosyal güvenlik sisteminin anayasal / yasal dayanaklarını inceleyeceğiz. Özellikle Sosyal Sigortalar Kurumu’nu (SSK) bu bölümde tanıtıp, sorunlarını saptamaya çalışacağız.

2.1. TARİHSEL GELİŞİM

Avrupa’da bugünkü anlamda sosyal güvenlik sisteminin gelişimi ve kurumsallaşması sanayi devrimi süreci ile koşuttur. O zamana kadar sosyal koruma ihtiyaçlarını bireyler, yardımlaşma ve mesleki örgütlenmeleri ile sağlarken, bu tarihten itibaren özellikle işçilere yönelik sosyal sigorta kurumları oluşturulmaya başlanmıştır. Sanayileşme sürecine 1930’lu yıllarda giren Türkiye’de ise bu tarihten itibaren sosyal güvenlikle ilgili yasaların çıktığı görülmektedir. Konu Cumhuriyet öncesi ve sonrası şeklinde ikili bir ayrıma tabi tutulacaktır.

2.1.1. CUMHURİYET ÖNCESİ DÖNEM

Cumhuriyet öncesi dönemde, özellikle aile içi yardımlaşma, meslek örgütleri ve dinsel hayır kurumları sosyal korumaya yönelik yapılanmalar olarak ortaya çıkmışlardır.

Sosyal güvenlik sisteminin bulunmadığı dönemlerde, insanların sosyal tehlikelere karşı ilk başvuracakları yolun aile içi dayanışma olması gayet doğaldır. Tarıma dayalı bir iktisadi yapıda, aileler, üretim ve tüketim birliği oluşturmaktaydılar. Aileden birisinin hastalanması ya da kaza geçirmesi durumunda, üretim faaliyeti ailenin diğer bireyleri tarafından yerine getirilmekteydi.

İmparatorluk döneminde lonca denilen özellikle el sanatları ile uğraşanların meslek örgütleri bulunmakta idi. Kuruluşlarında dinsel motiflerin rol oynadığı bu örgütlenmelere devletin hiçbir katkısı yoktur. Loncalarca oluşturulan ve orta sandığı da denilen yardımlaşma sandıklarının gelir kaynaklarını;

“... usta ve kalfaların haftada ya da ayda bir ödeme gücü ve geleneklere göre ödedikleri aidat, sandığa yapılan bağışlar, çıraklıktan kalfalığa, kalfalıktan ustalığa geçenler için ustaların sandığa ödedikleri harçları oluşturmaktaydı.”⁽¹⁾

Loncalar ve bunlara ait yardımlaşma sandıkları, hastalanan üyelerinin tedavi giderlerine katkıda bulunuyor, yoksul duruma düşmüş esnaf ve aile fertlerine yardım ediyorlardı. Diğer taraftan İslâm dininin getirdiği zekat, fitre gibi araçlar vesilesiyle varlıklı kimselerin yoksullara yardımı söz konusu idi. Oluşturulan diğer hayır kurumları ve vakıflar da aynı işleri görüyorlardı.

Bu dönemde, 1800’lü yılların sonlarına doğru sosyal güvenlikle ilgili olarak sınırlı da olsa kimi yasal düzenlemelere gidildiği görülmektedir. Bunlardan 1865 tarihli Dilaver Paşa Nizamnamesi, Ereğli kömür bölgesi ile sınırlı olmak üzere işçilerin çalışma koşullarını düzenlemeye yönelikti. Nizamnameye göre, maden işletmecileri, işçilerin rahat ve huzuruna özen gösterecek, günlük çalışma süresi 10 saat olacaktı. Dilaver Paşa Nizamnamesi, uygulanması için gerekli padişah onayından geçmediği halde yine de Ereğli Havzasında uygulanmıştı.⁽²⁾

İşçi sağlığı ve iş güvenliği konularında kurallar koyup, Dilaver Paşa Nizamnamesinin açığını kapayan 1869 tarihli Maadin Nizamnamesi olmuştur. İş

⁽¹⁾ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza: *Sosyal Güvenlik Hukuku*, s.29

⁽²⁾ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza: *Sosyal Güvenlik Hukuku*, s.30, Naklen.; GÜLMEZ, Mesut: *Türkiye’de Çalışma İlişkileri* (1936 Öncesi), Ankara, 1983

kazalarına karşı koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması, kazalarda ölenlerin ailelerine tazminat verilmesi gibi hükümler taşıyordu. İmparatorluğun sonlarına doğru, asker ve memurlara yönelik emeklilik sandıkları da oluşturulmuştur.

2.1.2. CUMHURİYET SONRASI DÖNEM

Cumhuriyetin ilanından 1945 yılına gelinceye kadar Türkiye’de bir sosyal güvenlik sisteminin örgütlenmediğini görmekteyiz. Bu tarihe kadar oluşturulması düşünülen sosyal güvenlik sisteminin ilkelerini ortaya koyan çeşitli yasalar çıkarılmış; bunun yanısıra kapsadığı riskler sınırlı olan emeklilik ve yardımlaşma sandıkları oluşturulmuştur.

Kadın işçiler ve çocuklar için koruyucu hükümler içeren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında çıkarılmıştır. Kanun işyerinde belirli sayının üzerinde işçi çalıştıran işverenlere, hastalık, kaza ve analık hallerinde işçilere sağlık yardımı yapması konusunda birtakım yükümlülükler getirmiştir. Yine ilgili yasa gereği, sürekli olarak en az 50 işçi çalıştıran işverenlere, işyerlerinde doktor bulundurmaları zorunluluğu getirilmiştir.

1936 tarih ve 3008 sayılı İş Yasası ile Türkiye’de ilk kez sosyal sigortaların kurulması öngörülerek, sosyal güvenliğin kimi temel ilkeleri belirlenmiştir. Hatta, ülkemizde, sosyal sigortaların kuruluş ve gelişiminin, bu yasadaki esaslarına göre yönlendirilmiş olduğu belirtilmektedir.⁽³⁾

Anılan yasa ile sosyal sigortalarda zorunluluk ilkesi belirlenmiş; sosyal kuruma sağlanacak riskler ise iş kazası ve meslek hastalığı, analık, yaşlılık, ölüm, hastalık ve işten çıkma olarak sıralanmıştır. Sosyal güvenliğin sağlanmasında devlet görevli sayılmıştır. Devletin bu görevini yerine getirip, “işçi sigortaları idaresini” kurması için 1945 yılını beklemek gerekecektir. İşçi Sigortaları Kurumu, 16 Temmuz 1945 tarih ve 4792 sayılı yasa ile kurulmuştur. Kurum 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu adını alacaktır.

1945 tarihinden itibaren, 1936 tarihli İş Yasası'nda öngörülen sigorta kuralları ile ilgili yasalar çıkarılmaya başlanmıştır. Farklı tarihlerde çıkarılan bu yasalar, 1964 tarih 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nda bir araya getirilecektir.

Bizde olduğu gibi Avrupa ülkelerinde de bu dönem, sosyal güvenlikle ilgili düzenlemelerin çok yoğun olduğu bir süreçtir. Sürecin sosyal güvenlik ağırlıklı olarak gelişmesinin siyasal ve sosyal sebepleri bulunmaktadır. 2. Dünya Savaşı sonrası, Doğu Avrupa ülkelerinin birçoğunun sosyalist sistem içerisinde yer almasının, Batı Avrupa ülkelerini korkuttuğu, onları işçi hakları ve refah devleti hakkında daha fazla düşünmeye ittiği, bu akımın kısa bir sürede Türkiye'yi de etkisine aldığı dile getirilmektedir.⁽⁴⁾ Yine, İsmet İnönü'nün Çalışma Bakanlığı'nın kurulmasını bile uzun süre gizlediği, Meclis'in tatile girdiği gün Bakanlığın kuruluşunun ilan edildiği anlatılmaktadır.⁽⁵⁾ Sosyalist ülkelerdeki çöküş sürecinden sonra, sosyal güvenlik alanında yaşanan yeni gelişmeler ve sosyal güvenlik harcamalarının kısılması eğiliminin, yukarıdaki iddiaların sağlaması olduğu belirtilmektedir.⁽⁶⁾

Ülkemizde 4792 sayılı yasa ile İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasını takiben, ilk önce iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası ile analık sigortası, daha sonra da hastalık ve ihtiyarlık sigortası yasaları çıkarılmış ve yürürlüğe girmiştir.

2.2. TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİĞİN ANAYASAL DAYANAKLARI

Sosyal güvenlik sisteminin ortaya çıkışını hazırlayan olguların başında Sanayi Devrimi yer alırken; gelişimini etkileyen ve ivme kazandıran diğer bir olgu da 1929 dünya ekonomik bunalımıdır. Sanayi Devrimi ile birlikte üretim ilişkileri

⁽³⁾ GÜZEL, Ali , OKUR, Ali Rıza: *Sosyal Güvenlik Hukuku*, s.34

⁽⁴⁾ BAKAN, Yaşar: "Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.21-34

⁽⁵⁾ BAKAN, Yaşar: "Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.22

⁽⁶⁾ NOYAN, Süha: "Kapitalizm ve Sosyal Güvenlik", *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, S.7, Mayıs-Haziran 1996, s.7-8

yeni bir boyut kazanmış, işçiler büyük şehirlere yığılmış, geleneksel aile yapıları bozulmuş, olumsuz çalışma koşullarının neden olduğu kazaların ölümle sonuçlanması gibi gelişmeler yaşanmaya başlanmıştır. Böylece sosyal kuruma önlemlerinin oluşturulması gerekmiştir. 1929 bunalımının neden olduğu işsizlik, önemli boyutlara ulaşmış ve toplumların yaşam koşulları ağırlaşmıştır. Bu süreç, liberal devlet anlayışının yerini, sosyal devlet / refah devleti anlayışına terk etmesi ve devletin ekonomik ve sosyal hayata müdahalesi ile noktalanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda ise sosyal güvenlik anlayışı düşünsel düzeyde gelişimini sürdürmüş ve kurumsallaşmıştır.

Dünya’da özellikle de Avrupa’da, aşağıdan toplumdan gelen taleplerle, devletler sosyal güvenlik sistemlerini oluşturma gereğini duymuşlardır. Türkiye’de ise Cumhuriyet sonrası dönemde devletin, sosyal güvenlik kuruluşları oluşturmak için çaba sarfetmesine rağmen, toplumdan bu yönde güçlü bir talebin geldiği söylenemez.

“Ülkenin gelişmişlik düzeyi, batı ülkelerindeki yaşam standardını yakalama şansı vermediğinden, insanların talebi sınırlıydı. Küçük bir kesim dışında herkesin yaşam düzeyi neredeyse aynıydı. Henüz, toplum gelecek korkusunu pek yaşamıyordu.”⁽⁷⁾

Buna rağmen Türkiye, yukarıda birinci bölümde belirtildiği üzere, sosyal güvenlikle ilgili uluslararası hukuk belgelerinden İnsan Hakları Evrensel Bildirisine, 102 sayılı sözleşmeye ve Avrupa Sosyal Şartı ile Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu’na imza koymuştur.

1960 yılına kadar yasal düzenlemelerde yer alan sosyal haklar ve sosyal güvenlik konusu, 1961 Anayasası ile anayasal bir nitelik kazanmıştır. 1961 Anayasası’nın 48. maddesinde bu husus, “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir” şeklinde ifadesini bulmuştur. Bu hükümle, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 22. maddesinde yer alan, “Her insan sosyal güvenlik hakkına sahiptir” ilkesi aynen tekrarlanmıştır. Primli sosyal sigorta

⁽⁷⁾ BAKAN, Yaşar: “Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz”, *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.23

kuruluşlarından TC. Emekli Sandığı hariç (1949'da kurulmuştur), Sosyal Sigortalar Kurumu (1964) ve Bağ-Kur (1971) 1961 Anayasası döneminin kuruluşlarıdır.

1982 Anayasası'nda da sosyal güvenlik hakkı ayrıntılı olarak, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölümünde düzenlenmiştir. Anayasanın 60. maddesine göre, herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri almak ve teşkilatı kurmak ise devletin görevidir.

Anayasanın 61. maddesinde ise sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gereken harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimlerini, malûl ve gazileri, yaşlıları, sakatları ve korunmaya muhtaç çocukları korumak ve topluma kazandırmak için gerekli tedbirleri almak üzere devlet görevli kılınmıştır. 62. maddesinde yabancı ülkelerde çalışan Türk vatandaşlarının, 64. maddesinde de sanatçıların korunması ile ilgili anayasal hükümler yer almıştır.

Devletin sosyal güvenlikle ilgili görevlerini hangi sınırlar içerisinde yerine getireceğı, 1982 Anayasası'nın 65. maddesinde düzenlenmiştir. Maddeye göre devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, mali kaynaklarının yeterliliğı ölçüsünde yerine getirecektir.

1961 ve 1982 Anayasalarında sosyal güvenlikle ilgili olarak farklı anlatımların yer aldığı dikkat çekmektedir. Şöyle ki, 1961 Anayasası, 48. maddesinde sosyal güvenlik hakkını sağlamak için devlete “sosyal sigortalar ... teşkilatını kurmak ve kurdurmak” görevlerini yüklerken, 1982 Anayasası'nın 60. maddesinde “... devlet gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” denilerek “sosyal sigortalar” deyiminin kullanımından kaçınılmıştır.⁽⁸⁾ Böylece yasa koyucu siyasal iktidarlara, sosyal güvenlik rejimleri arasında tercih yapmada, geniş bir serbesti tanımıştır. Bu serbesti 53. Türkiye Cumhuriyeti Hükümet programı'nda sonuna kadar kullanılmıştır. Hükümet Programı TBMM'de okunurken, okunmadan geçilen ilgili maddesinde;

⁽⁸⁾ CENTEL, Tankut: *Sosyal Sigortalar Kanunu ve İlgili Mevzuat*, İstanbul, 1994, s.8

“Emekli sandığı, SSK ve Bağ-Kur zaman içerisinde tasfiye edilerek... işlemleri ve tasarrufları özel sigorta şirketleri ve özel emekli fonları aracılığıyla yürütülecek...”

denilmiştir.⁽⁹⁾ Görüldüğü üzere sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesinde özel sigortalardan sadece, “tamamlayıcı nitelikte olmak kaydıyla”⁽¹⁰⁾ değil, bütünüyle yararlanmanın anayasal bir sakıncası kalmamıştır. “Hatta böyle bir uygulama, günümüzde evrensel bir nitelik taşıyan piyasa ekonomisinin felsefesi ile de uyumludur.”⁽¹¹⁾ denilmektedir.

Benzer politikalar ile özel sigortalar 1980 sonrasında önemli bir gelişme ivmesi yakalamışlardır. 1994 yılı sonu itibariyle kişi başına prim üretimi 17.5 dolar olarak istenilen düzeyi tutturamasa da Ekim 1996 itibariyle Türkiye’de 57 sigorta şirketi faaliyetini sürdürmektedir.

Özel sigorta şirketleri, sosyal güvenlik sisteminde tamamlayıcı ve alternatif bir unsur olarak yer almak isterken, bir meclis kararı olan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerde norm ve standart birliği sağlamak üzere Sosyal Güvenlik Temel Yasası’nın çıkarılacağı ve bu yasada ülke gerçekleriyle uyumlu bir Asgari Ulusal Emekli Aylığı tanımının yapılacağı belirtilmektedir.⁽¹²⁾ Böylece sigortalılar, emekliliklerinde, bu yasada tanımlanacak Asgari Emeklilik Aylığı’nın ötesinde bir aylık maaş elde etmek istiyorlarsa, sistem içerisinde alternatif ya da tamamlayıcı bir rol üstlenmesi beklenen özel sigortalardan yararlanabileceklerdir.

Ülkemizde sosyal güvenliğin anayasal ilkelerini, yukarıda anlatılanlardan başka Anayasanın 2., 5., 49., 56., 57. maddeleriyle birlikte ele alan / kavrayan bir bakış açısıyla incelemek gerekmektedir. Örneğin, bunlardan değiştirilmesi teklif dahi edilemeyen Anayasanın 2. maddesinde, “Türkiye Cumhuriyeti ... sosyal bir hukuk devletidir.” denilmektedir.

⁽⁹⁾ BORATAV, Korkut: 13.03.1996 *Günlü Cumhuriyet*, Naklen, 53. T.C. Hükümet Programı, s.8

⁽¹⁰⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*: T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM : 17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.81

⁽¹¹⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*: T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM : 17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.82

⁽¹²⁾ *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, s.97

2.3. TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

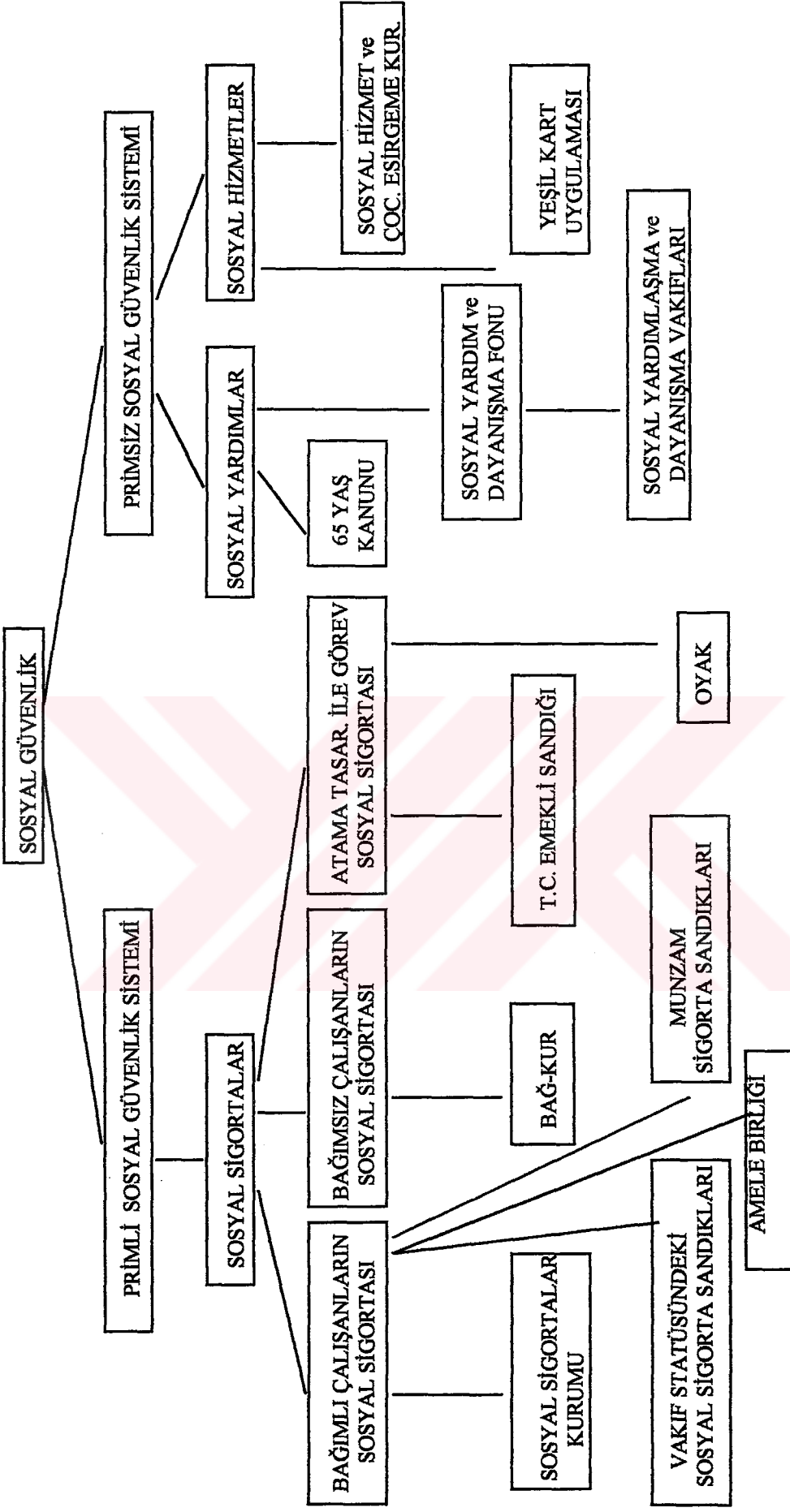
Bugün Türkiye'de hem primli sosyal güvenlik sistemi hem de sosyal yardım ve sosyal hizmetleri içeren primsiz sosyal güvenlik sistemi birlikte uygulanmaktadır. Bu amaçla kurulan sosyal güvenlik kuruluşları ve bağlı bulundukları bakanlıklar şöyle sıralanabilir: ⁽¹³⁾

Primli sosyal güvenlik kurumları içerisinde, SSK (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı); Bağ-Kur (ÇSGB); TC. Emekli Sandığı (Maliye Bakanlığı); OYAK (Milli Savunma Bakanlığı); Amele Birliği (ÇSGB) ve 506 sayılı yasanın geçici 20. maddesine göre kurulan banka ve sigorta şirketlerine ait vakıflar (Özerk yapıya sahip olup, ÇSGB'nın denetimine tabidirler) yer alırken; primsiz sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan kurumlar ise, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları (Valilikler); Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu (Başbakanlık); Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (Başbakanlık); Sağlık Bakanlığı Yeşil Kart Uygulama (Sağlık Bakanlığı) ve Türkiye Kızılay Derneği'dir.

Şekil 1'de Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'nin şematik görüntüsü yer almaktadır. Görüldüğü gibi ülkemizde sosyal güvenliği sağlamak amacıyla çeşitli kurum ve kuruluşlar oluşturulmuştur. Bu kuruluşlardan SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı'nın sistem içerisinde önemli bir yeri ve ağırlığı bulunmaktadır. Ağırlıkları kapsadıkları sigortalı-iştirakçi kitlenin büyüklüğünden kaynaklanmaktadır. Bu durumu Tablo 7'den izlemek mümkün:

⁽¹³⁾ KILIÇDAROĞLU, Kemal : "Sosyal Sigorta Kuruluşları Kara Deliğe mi Dönüşüyor ?", *Görüş*, S.25, Nisan-Mayıs 1996, s.18

TÜRK SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN ŞEMATİK GÖRÜNTÜSÜ



TABLO 7: Sosyal Güvenlik Kapsamında Bulunan Nüfus Gruplarının Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına Göre Dağılımı, 1994.

SOSYAL GÜV. KUR	SİG. SAY.	AYL. ALANLAR	AİLE FERDİ	TOPLAM	GENEL NÜFUSA ORANI %
SSK TOPLAM	5.187.517	2.175.149	17.449.800	24.812.466	41,0
a) 506 S.K.'NA TABİ	4.402.616	2.175.149	16.597.700	22.975.465	37,9
b) İSTEĞE BAĞLI SİG.	771.906	-	-	771.906	1,3
c) TARIM SİGORTALISI	212.995	-	852.100	1.065.095	1,8
TC. EMEKLİ SANDIĞI	1.896.000	1.082.634	6.184.000	9.162.634	15,1
MADALYA AYL. VAT. HİZ. TER. AYL. ALANLAR	-	49.530	-	49.530	0,1
2022 S.K.'NA GÖRE AYL. AL.	-	842.578	-	842.578	1,4
BAĞ-KUR TOPLAMI	2.700.398	825.595	8.297.316	11.823.309	19,5
a) 1479 S.K.'NA TABİ OLANLAR	1.921.851	761.132	8.297.316	10.980.299	18,1
b) 2926 S.K.'NA TABİ (Tarım Sigor.)	778.547	64.463	-	843.010	1,4
506 S.K. GEÇ. 20 MD. KAPS.	71.037	47.114	139.838	257.989	0,4
TOPLAM	9.854.952	5.022.600	32.070.954	46.948.506	77,5

Not: İsteğe bağlı ve tarım sigortasından aylık alanlar 506 S.K.'na tabi aylık alanların içinde gösterilmiştir.

Kaynak: SSK İstatistik Yıllığı, 1994.

Görüldüğü gibi 1994 yılı itibariyle bir sosyal güvenlik kurumuna dahil olanların genel nüfusa oranı %77.5'dir. Yani %22.5'lik bir kitlenin sosyal güvenliği sağlanamamaktadır. İsteğe bağlı ve tarım sigortalıları ile beraber nüfusun %41'i SSK; %15.1'i Emekli Sandığı ve tarım sigortalıları ile birlikte %19.5'i de Bağ-Kur kapsamında bulunmaktadır.

Bu bölümde çalışma konumuzu oluşturan SSK hakkında geniş bilgiler verip karşılaştığı sorunları açıklarken, diğerleri hakkında özet bilgiler verilmekle yetinilecektir. Bir bütün olarak SSK'nın tanıtılması, tez çalışmamızı oluşturan sağlık hizmetlerinde verimlilik sorununu daha iyi kavramamıza yardımcı olacaktır.

2.3.1. SSK DIŞINDAKİ KURUM VE UYGULAMALAR

i - TC. EMEKLİ SANDIĞI

Türkiye’de modern anlamda ilk sosyal güvenlik kuruluşlarından olan Emekli Sandığı, 01.01.1950 tarihinde, 5434 sayılı Yasa ile yaklaşık 200 bin üye ve 6 bin emekli ile faaliyetine başlamıştır. Maliye Bakanlığı’na bağılı tüzel kişiliğı olan bir kuruluştur. Kamu kesiminde daimi kadroda çalışanları kapsamına alan Kurum, temelde emekli aylığı ve malûllük aylığı sağlamaktadır. Sağık sigortası primi almayan Kurum, emeklilerinin sağık harcamalarını karşılamaktadır. Yapılan değışiklikle, 11.07.1971 tarihinden itibaren emeklilerin bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin de sağık yardımlarından faydalanması sağılanmıştır.

1994 yılı itibariyle 1.896.000 iştirakçisi bulunan Kurumdan, 1.082.634 kişinin emekli, adi malûllük, vazife malûllüğü ve dul-yetim aylığı aldığı Tablo 7’de görölmektedir. 1995 yılı açığı yaklaşık 5 trilyon olan Kurumun, 1996 yılı açığının 14 trilyon olacağı tahmin edilmektedir.

ii - BAĞ-KUR

Esnaf ve sanatkarlar ile diğerk bağımsız çalışanlara malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası sağlamak üzere 02.09.1971 tarih ve 1479 sayılı Yasa ile kurulan Bağ-Kur; 1985 tarihli 3235 Yasa ile 01.01.1986’dan itibaren sağık sigortası sağlamaya başlamıştır. 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu’nu 1983’den itibaren uygulama görevi de Bağ-Kur’a verilmiştir.

Tablo 7’de göröldüğü gibi 1994 yılı itibariyle Kurumun aktif sigortalı sayısı 2.700.396 iken pasif sigortalı sayısı 825.295’tir. 1995 yılında 8 trilyon açık veren Kurumun 1996 yılı açığının 40 trilyon olacağı tahmin edilmektedir.

İdari ve mali açıdan özerk bir kamu tüzel kişisi olan Bağ-Kur, Muhasebe-i Umumiye Kanunu’na, Devlet İhale Kanunu’na ve Sayıştay’ın vize denetimine tabi değıldir.

2.3.2. SOSYAL SİĞORTALAR KURUMU (SSK)

16.07.1945 tarih ve 4792 sayılı Yasa ile kurulan İşçi Sigortaları Kurumu, 01.03.1965 tarih ve 506 sayılı Yasa ile Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır.

Hizmet akdine dayalı olarak çalıştırılanların yani bağımlıların sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan Kurum, ÇSGB'na bağlı, Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu hükümleri ile özel hukuk hükümlerine tabi, idari ve mali bakımdan özerk, tüzel kişiliği olan bir devlet kurumudur. 4792 sayılı Yasada Kurumun, Muhasebe-i Umumiye Kanunu'na, Devlet İhale Kanunu'na ve Sayıştay'ın vize denetimine tabi olmadığı belirtilmektedir.

Aynı kanunda, Kurumun devlet kurumu olduğu, iflas hükümlerine tabi olmadığı, malların devlet malı sayılacağı, alacaklarının devlet alacağı hükmünde olduğu, personelin Türk Ceza Kanunu uygulamasında memur sayılacağı hakkında özel hükümlerde yer almıştır. Bu hükümler birlikte incelendiğinde, Kurumun bir devlet kurumu olduğu ve tüzel kişiliği vasfının ağır bastığı sonucuna varılmaktadır.⁽¹⁴⁾

Kurum esas olarak 4792 ve 506 sayılı yasalar ile yönetilmektedir. Kurum örgütlenmesine ve sosyal sigorta uygulamalarına yön veren bu yasaları kısaca inceleyeceğiz.

2.3.2.1. 4792 SAYILI YASA

Yasanın 1. maddesinde Kurumun Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu'nun denetimine tabi olduğu belirtilmektedir. Kurum, TBMM'nin ve bağlı olduğu Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın da denetimine tabidir. Ancak son yıllarda SSK'nin açıklarının devlet bütçesinden karşılanıyor olması sebebiyle, Maliye ve Hazine'nin denetimini öngören düzenlemeler yapılmaya çalışılmaktadır. Bu amaçla 1996 Mali Yılı Bütçe Yasa Tasarısı'nın 6. maddesinde SSK bütçesinin Maliye ve DPT

⁽¹⁴⁾ TÜĞEN, Kamil: "Türkiye'de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısı ve Gelişimi", *X. Türkiye Maliye Sempozyumuna Sunulan Tebliğ*, Kemer, 1994, s.12

tarafından incelendikten sonra Başbakanlığın onayı ile yürürlüğe girmesi öngörülmekteydi.⁽¹⁵⁾ Ancak bu madde daha sonra tasarıdan çıkarıldı.

Bu yasanın 1. maddesinin 2. fıkrasına göre Kurum, idari ve mali açıdan özerktir. Buna rağmen, belki de en az siyasi müdahale gereken sosyal güvenlik alanında, Türkiye’de siyasal iktidarlar müdahaleleriyle oldukça etkindirler. Bu yasanın 2. maddesinde Sosyal Sigortalar Kurumunun organları olarak Genel Müdürlük Kuruluşu, Yönetim Kurulu ve Genel Kurul sayılmıştır.

i - GENEL MÜDÜRLÜK KURULUŞU

1995 Nisan ayı itibariyle Genel Müdürlük merkezde Genel Müdür ve 5 Genel Müdür Yardımcısı ile 20 merkez ünitelerden; taşra teşkilatı ise 15 Bölge Müdürlüğü, 95 Sigorta Müdürlüğü, 25 Sigorta Ödeme Bürosu, 4 Sağlık İşleri Müdürlüğü ve 458 Sağlık Tesisinden oluşmaktadır. SSK’nın bir ilaç ve Tıbbi Malzeme Sanayi Müessesesi, bir Huzurevi ve yedi Sağlık Meslek Lisesi bulunmaktadır.

Kurum Genel Müdürü ile Yardımcılarının, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın teklifi üzerine müşterek karar ile tayin olunacağı 4792 sayılı Yasanın 4. maddesi gereğidir.

ii - YÖNETİM KURULU

Bir başkan ve altı üyeden oluşan Yönetim Kurulu, Kurumun en yüksek yönetim, karar, yetki ve sorumluluğunu taşır. Genel Müdür Yönetim Kurulu başkanıdır. Biri Kurum Genel Müdür Yardımcısı olmak üzere iki üye Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın, bir üye Hazine Müsteşarlığı’nın bağlı olduğu Devlet Bakanı’nın önerisi üzerine müşterek kararla atanır. Bu üyelerin sigorta, hukuk, tıp, sağlık idaresi, mühendislik, maliye veya ekonomi konularından birinde yetkili kimseler olması şarttır.

⁽¹⁵⁾ 22.10.1995 *Günlü Evrensel Gazetesi*

İşçi ve işverenler ile Kurumdan aylık gelir almakta olanları temsil eden birer üye, Genel Kurul'da kendi temsilcileri tarafından seçilir.

Yönetim kurulu üyelerinin görev süresi üç yıldır. Süresi biten üyeler tekrar atanabilir veya seçilebilir. Genel Müdürün bulunmadığı hallerde Kurula Genel Müdür Yardımcısı başkanlık eder.

Yönetim Kurulunun görev ve yetkileri ise 4792 sayılı Yasanın 11. maddesinde sayılmıştır. Bunlar arasında, Kurumun Genel Müdürlükçe hazırlanacak yıllık yönetim giderleri bütçesini inceleyip Çalışma Bakanlığının tasvibine sunmak; Genel Müdürün teklifi ile bütçenin bölümleri içerisinde uygun gördüğü aktarmaları yapmak, bölümler arasındaki ek ve olağanüstü ödenek tekliflerinden uygun gördüklerini Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının tasvibine sunmak; Sosyal Sigortalar Kurumu adına gayrimenkul mal edinilmesi ve bu malların idare edilmesi hakkında kararlar vermek yer almaktadır.

iii - GENEL KURUL

Bu yasanın 12. maddesinde düzenlenen SSK Genel Kurulu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın veya görevlendireceği kimsenin başkanlığında, Maliye, Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, DPT Müsteşarlığı ve Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulundan iştirak edecek birer temsilciden;

Yüksek Öğrenim Kurulunca görevlendirilecek sosyal güvenlik, sosyal politika, ekonomi, iş hukuku, tıp dallarında uzman beş öğretim üyesinden;

En fazla işçiyi ve işvereni temsil eden işçi ve işveren konfederasyonu tarafından iş kollarına göre eşit sayıda seçilecek en az 50'şer işçi ve işveren temsilcisinden;

Kurumdan aylık ve gelir alanlarca kurulan kuruluşlardan en fazla üyeyi temsil ettiği, Bakanlıkça belirlenen kuruluş tarafından seçilecek on temsilciden oluşmaktadır.

SSK Genel Kurulu üç yılda bir Haziran ayı sonuna kadar toplanır. Yasanın 14. maddesinde Genel Kurulun görevleri sayılmıştır. Bunlar arasında, Kurumun bilanço ve faaliyet raporları ve komisyon raporları hakkında görüş bildirmek, sosyal sigorta konularında düşünce ve dileklerini iletmek veya Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın isteği üzerine istişari mahiyette kararlar almak yer almaktadır.

Görüldüğü gibi Genel Kurulun görevleri "görüş bildirmek" le sınırlıdır; ne denetim ne de ibra yetkisi bulunmaktadır.

2.3.2.2. 506 SAYILI YASA

01.03.1965 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nın amacı, bir hizmet akdine dayalı olarak çalışanlara yani bağımlılara, 1. maddesinde de belirtildiği üzere; iş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malûllük, yaşlılık ve ölüm hallerinde bu kanunda yazılı şartlarda sosyal sigorta yardımları sağlamaktır.

Yasanın 6. maddesi gereğince çalıştırılanlar işe alınmalarıyla kendiliğinden sigortalı olurlar. Bu şartlarda çalışma - çalıştırılma ilişkisinde sigortalılık mecburidir. Böylece taraflar sigortalı olma hak ve yükümünden kaçınamayacak ve vazgeçemeyeceklerdir. 506 sayılı Yasa 1965 yılından günümüze 31 yıl içinde, 36 yasa ile değişikliğe uğramıştır. Bu değişikliklerle, sigorta yardımları her defasında arttırılmış, bu yardımlara hak kazanmanın koşulları kolaylaştırılmış ve kapsamı genişletilmiştir.

Bu amaçla 1969'da topluluk sigortasıyla avukatlar, noterler, gazete dağıtıcıları; 1977'de tarım ve benzeri işlerde sürekli çalışanlar; 1978 yılında genel kadınlar ve sanatçılar; 1984'de 2925 sayılı Yasa ile tarımda süresiz olarak çalışan işçiler isteğe bağlı sigorta çerçevesinde 506 sayılı Yasa kapsamına alınmışlardır.

Diğer taraftan, çıraklar, aday çırak ve işletmelerde meslek eğitimi gören öğrenciler ve el halıcılığı işlerinde çalışanlar, sadece kısa vadeli sigorta kolları

yönünden zorunlu sigorta kapsamındadırlar. İsteğe bağlı sigortalılar, analık riski dışındaki sosyal risklere karşı korunurlar.

Tablo 7’den izleneceği üzere, 1994 yılı itibariyle Kurum, 4.202.616’sı 506 sayılı Yasaya tabi; 771.906’sı isteğe bağlı sigortalı ve 212.995’i tarım sigortalısı olmak üzere toplam 5.187.517 aktif sigortalıyı kapsamına almıştır. Kurumdan aylık alanların sayısı ise 2.175.149’dur. Sigortalı bağımlıları ile birlikte Kurum, toplam 24.812.466 kişiye sosyal sigorta ve sağlık hizmeti götürmeye çalışmaktadır.

Yasa gereği yukarıda sayılan sigorta kolları için Kurumca sağlık yardımı yapılmakta, geçici veya sürekli iş göremezlik geliri verilmekte, malûllük, yaşlılık ve ölüm aylığı bağlanmaktadır.

2.3.3. SOSYAL SİGORTALAR KURUMUNUN SORUNLARI

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), bugün, esas olarak emekli maaşları ve sağlık hizmetleriyle kamuoyunun gündemindedir. SSK emekli maaşlarını dahi ödeyemeyecek bir durumda iken verdiği sağlık hizmetlerinin yetersizliği de tartışılmaktadır.

Bu kısımda SSK’nın sigortacılık hizmetleriyle ilgili sorunları tartışılırken, yer yer sağlık hizmetlerine de değinilecektir. Ancak sağlık hizmetleri esas olarak bundan sonraki bölümde incelenecektir.

SSK’nın sorunları tartışılırken, temel olarak finansman, örgütlenme ve sağladığı sosyal güvenlik garantisinin yetersiz olduğu şeklinde görüşler öne çıkmaktadır. SSK’nın taraflarından işçi ve işverenlerle, sorunun tanımlanması amacıyla yapılan bir soruşturmada, ⁽¹⁶⁾ “SSK’nın temel problemi sizce nedir ?” sorusuna, 358 kişilik sigortalı ve emekliden oluşan denek grubu ağırlıklı olarak (129 kişiyle) “sağlık” derken; aynı soruya işverenlerden oluşan 165 kişilik denek grubu 59 kişiyle “sistem-yönetim bozukluğu” demiştir.

Soru: SSK'nın Temel Problemi Sizce Nedir ?

Problem Tanımı	Sigortalı ve Emekli	İşverenler
Sistem-Yönetim Bozukluğu	79	59
Kaynak	33	18
Prim tahsilatı	99	24
Yolsuzluk	18	17
Sağlık	129	19
Yorumsuz	-	28
Denek Sayısı	358	165

Kaynak: SSK Bülteni, S.55

Soruşturma, denek sayısı itibariyle oldukça küçük bir kitleyi temsil etse de, soruya verilen cevaplardan, temel sorunlar olarak, sağlık hizmetleri, örgütlenme (sistem-yönetim bozukluğu) ve finansman (kaynak-prim tahsilatı) başta geldiği görülmektedir. Ayrıca tarafların SSK'nın farklı sorunlarına atfettikleri önemin değişik olduğu da dikkat çekmektedir.

2.3.3.1. SSK'NIN MALİ YAPISI

Kurumun mali yapısını varlıklarını, finansman kaynaklarını, ve gelir-gider dengesini ortaya koyarak incelemeye çalışacağız.

i - VARLIKLAR

1993 yılı bilançosuna göre Kurumun kayıtlı değerler üzerinden varlıkları 48.3 trilyon liradır. Varlıkların alacaklar ve plasman alanlarına göre dağılımı Tablo 8'de görülmektedir.

⁽¹⁶⁾ SSK Bülteni, S.55, Temmuz-Ağustos 1996, s.7-9

Tablo 8: Kurumun Bilançosu, 1993

AKTİF		PASİF	
Kasadaki Paralar	7.381,6	Matematik Karşılıklar	31.684.475,1
Bankadaki Paralar	5.666.321,2	Diğer Karşılıklar	93.290,1
Tahviller	40.160,0	Borçlar	16.563.592,1
Müesseselerdeki	-		-
Sermaye Payı	25,0		-
İştirakçilerdeki	-		-
Sermaye Payı	32.350,5		-
Stoklar	1.392.015,7		-
Demirbaş ve Sabit	-		-
Kıymetler	1.612.781,8		-
Alacaklar	39.590.096,5		-
TOPLAM	48.341.357,3	TOPLAM	48.341.357,3

Kaynak: SSK, 1993.

ii - KURUMUN GELİRLERİ

SSK'nın gelir kaynakları 4792 sayılı Yasanın 19. maddesinde sayılmıştır. Buna göre prim gelirleri, menkul kıymet gelirleri, gayrimenkul kira gelirleri, Kurumun sahibi veya ortağı bulunduğu işletmelerden elde edilecek gelirler, genel bütçeden yapılacak yardımlar, 506 sayılı Yasaya göre alınan idari para cezaları, 1475 sayılı iş yasasına göre uygulanan para cezalarından Bakanlıkça Kuruma verilmesi uygun görülen pay, yapılacak bağışlar ve sair gelirler Kurumun gelir kaynaklarını oluşturmaktadır.

Tablo 9'da 1989-1993 devresinde Kurum gelirlerinde temel kaynağı, prim gelirlerinin oluşturduğu görülmektedir. Faiz gelirlerinin payında ise sürekli bir azalma gözlenmektedir. Prim dışı gelirlerin toplamı %10 civarındadır.

Tablo 9: Kurum Toplam Gelirlerinin Dağılımı (%)

GELİRLER	GELİRLER TOPLAMINA ORANI				
	1989	1990	1991	1992	1993
Prim Gelirleri	77.57	86.53	84.66	89.63	89.10
Çeşitli Gelirler	3.22	2.69	3.65	4.78	5.36
Sağlık Tesis Gel.	1.27	1.28	1.23	1.54	1.85
Faizler	7.51	6.19	1.77	1.79	1.48
Mües. Dev. Karlar	-	-	-	0.03	-
İşt.Dev.Karlar	0.02	0.02	0.04	0.03	-
Tahvil Gelirleri	3.58	2.00	1.35	0.18	0.06
Geçmiş Yıl.Ait.Gel.	6.58	0.71	6.85	1.20	1.03
Arızı Gelirler	0.01	0.01	0.16	0.02	0.41
Maddi Dur.Var. Say. Faz.	-	-	-	-	-
Kira Gelirleri	0.21	0.26	0.22	0.70	0.56
Tazminat ve Ceza Gel.	0.01	-	0.02	0.02	0.02
Kambiyo Farkları	-	0.03	0.05	0.08	0.12
Diğer Gelirler	0.02	0.01	-	-	0.01
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak:SSK

Kurum gelirleri arasında genel bütçeden yapılacak yardımlar da sayılmış olmakla beraber, 1994 yılına gelinceye kadar genel bütçeden herhangi bir yardım yapılmamıştır. Böylece ilk defa 1994 yılında 14.5 trilyon, 1995 yılında 59.2 trilyon, 1996 yılı ilk dört aylık döneminde 42.1 trilyon Hazine yardımı alınmıştır.⁽¹⁷⁾ Hazine yardımından önce, 1994 yılında finansman darboğazı nedeniyle Kurumun emekli maaşlarını ödemesi için bankalardan borçlanmasının istendiği, ancak SSK Yönetim Kurulunun bu öneriyi kabul etmediği belirtilmektedir.⁽¹⁸⁾

iii - KURUMUN GİDERLERİ

Tablo 10'da, 1989-1993 devresinde kurum giderleri içerisinde en önemli payı, %70'in altına düşmeyen sosyal sigorta giderlerinin oluşturduğu görülmektedir. Sosyal Sigorta giderleri ise 506 sayılı Yasada öngörülen sağlık yardımları, iş göremezlik ödeneği, toptan ödeme, emekli, malûl, dul ve yetim aylıkları vb. yardımların toplamından meydana gelmektedir. Sosyal sigorta giderlerinden sonra en

⁽¹⁷⁾ SSK Bülteni, S.54, Mayıs-Haziran 1996, s.14

⁽¹⁸⁾ KILIÇDAROĞLU, Kemal: *KOBİ'ler Ve Sosyal Güvenlik Yuvarlak Masa Toplantıları*, TOSYÖV, Temmuz 1994, s.57

büyük payı, sağlık tesisi eczanelerinden ya da hariçteki eczanelerden yapılan ilaç bedeli ödemelerinden oluşan sağlık tesisi giderleri almaktadır.

Tablo 10: Kurum Toplam Giderlerinin Dağılımı, (%)

GİDERLER	GİDERLER TOPLAMINA ORANI				
	1989	1990	1991	1992	1993
Sosyal Sigorta Gider.	77.77	77.26	74.02	73.44	75.20
Sağlık Tesis Gider.	17.17	17.41	18.33	19.15	18.30
Stok Sayım Farkı	-	-	-	-	-
Genel Yönetim Gider.	3.00	3.16	3.30	3.12	3.08
Faiz Giderleri	-	-	-	0.16	0.06
Şüpheli Alacak Karş.	1.75	1.80	30.88	2.07	2.16
Geçmiş Yıllar Gider.	0.14	0.23	1.12	1.88	1.08
Arızı Giderler	-	-	-	-	-
Maddi Duran Var. Say.Nok.	-	-	-	-	-
Masraf İştirakleri	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01
Öğretim Giderleri	0.08	0.08	0.02	0.02	0.01
Diğer Giderler	0.07	0.05	0.05	0.05	0.04
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: SSK

Sosyal sigorta giderlerinin kendi iç dağılımında ise %80'in altına düşmeyen bir ranla en büyük gideri, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası giderleri oluşturmaktadır. (Tablo 11) Hastalık sigortası giderleri ise ikinci sırada yer almaktadır.

Tablo 11: Kurum Sosyal Sigorta Giderlerinin Sigorta Kollarına Göre Dağılımı (%)

SİĞORTA KOLLARI	1989	1990	1991	1992	1993
İş Kaz. ve Mes.Has.Sig.Gid.	3.07	2.74	3.09	5.41	2.55
Analık Sigortası Giderleri	0.32	0.28	0.33	0.31	0.28
Malûl.Yaş.ve Ölüm Sig.Gid.	85.32	86.43	84.06	83.50	87.41
Hastalık Sigortası Gideri	9.88	9.02	10.51	9.05	8.06
Dış Ülk.Sos.Güv. Gideri	0.14	0.12	0.14	0.12	0.11
Anlaşmalı Şah. ve Mües.	-	-	-	-	-
Temin Ed. Sağlık Yard.	1.27	1.41	1.87	1.61	1.59
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kaynak: SSK

iv - ÖDEMELER DENGESİ

Kurumun mali yapısı, harcama ve tahsilat yönünden incelendiğinde, gelir artış hızının giderlerdeki artışı takip edemediği ve gelir-gider dengesinin giderler lehine bozulduğu ve 1992 yılından itibaren Kurumun ödemeler açığı verdiği görülmektedir. (Tablo 12)

Tablo 12: Kurumun Tahsilat Harcama Dengesinin Yıllar İtibariyle Değişimi (Milyar TL)

Yıllar	Tahsilat			Gider Top.	Fark
	Prim Tah.	Diğer	Toplam		
1989	4.705	669	5.374	4.692	682
1990	9.289	1.414	10.703	9.304	1.399
1991	15.426	3.085	18.511	18.383	128
1992	28.024	3.765	31.789	35.345	-2.555
1993	44.444	7.724	52.167	60.252	-8.085
1994 (Tah.)	78.548	8.199	86.747	110.726	-23.979

Kaynak: SSK

Tablodan görüldüğü gibi, yıllık giderler 1991 yılına kadar toplam tahsilatın %85-90'ı ile karşılanabilirken, 1991 yılında ödemeler dengesi eşitlenmiş ve 1992 yılından itibaren ödemeler açığı ortaya çıkmaya başlamıştır. 1995 yılı açığı nedeniyle Hazine'den 59.2 trilyon alınmıştır. 1996 yılında açığın, Merkez Bankası'ndan alınan ikaz ve vergi iadesi avanslarıyla birlikte 201 trilyon olacağı tahmin edilmektedir.⁽¹⁹⁾

Esasen Kurumun böylesi bir açmazla karşılaşacağı daha önceden bilinmekteydi. Nitekim, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) uzmanı M.Antoine Zelenka 1971 yılında SSK ile ilgili bir rapor hazırlamıştır.⁽²⁰⁾ Raporda, önlem alınmazsa, emekli sayısındaki çok hızlı artış nedeniyle Kurumun mali durumunun, aylıkların ödenmesini dahi imkansız kılacak derecede kötüleşebileceğinin saptandığı belirtilmektedir. Ne var ki bu uyarılara rağmen 1965 yılından bugüne çıkarılan toplam 11 borçlanma yasasının 10'u bu tarihten sonra çıkarılmıştır.

⁽¹⁹⁾ KILIÇDAROĞLU, Kemal: SSK Bülteni, S.54, Mayıs-Haziran 1996, s.14.

⁽²⁰⁾ 35 Soruda SSK Gerçeği, Ocak 1996, s.5

2.3.3.2. SSK'NIN TEMEL SORUNLARI

SSK ile ilgili kesimlerin öncelikleri farklı olsa da saptadıkları sorunların hemen hemen aynı oldukları görülmektedir. Aşağıda bu sorunlar incelenmeye ve çözüm önerileri sunulmaya çalışılacaktır.

i - ERKEN EMEKLİLİK UYGULAMASI

1950 yılında SSK'da yaşlılık sigortası uygulaması başladığında, emeklilik için 25 yıl sigortalı ve yılda ortalama en az 200 gün prim ödenmesi, ayrıca kadın ve erkek ayrımı yapılmaksızın 60 yaşın doldurulması öngörülmekteydi. Daha sonraki yıllarda yapılan yasal düzenlemelerle, emekli olabilme koşulları gittikçe kolaylaştırılmıştır. (Tablo 13)

Tablo 13: Emeklilik Koşullarında Bugüne Kadar Yapılan Yasal Düzenlemeler

KANUN NO	YÜRÜRLÜK TARİHİ	EMEKLİLİK YAŞI	HAYATTA KALMA UMUDU(*)	EN AZ SİGORTALILIK SÜRESİ	EN AZ PRİM ÖDEME GÜN SAYISI
5417	1.4.1950	KADIN 60 ERKEK 60	41.04 38.82	25 25	YILDA ORT EN AZ 200 GÜN
6391	1.4.1954	KADIN 60 ERKEK 60	46.10 42.90	25 25	5000 5000
6900	1.6.1957	KADIN 60 ERKEK 60	48.80 45.60	25 25	5000 5000
506	1.3.1965	KADIN 55 ERKEK 60	54.82 51.66	25 25	5000 5000
1186	1.3.1969	KADIN - ERKEK -	57.00 53.90	25 25	5000 5000
1992	26.5.1976	KADIN - ERKEK -	62.59 57.28	20 25	5000 5000
3246 (**)	10.1.1986	KADIN 55 ERKEK 60	67.04 62.19	- -	5000 5000
3774	20.2.1992	KADIN - ERKEK -	69.50 64.90	20 25	5000 5000

(*) Ortalamalar Sıfır Yaş Grubundan Başlayarak Hesaplanmıştır.

(**) 20.2.1992 Tarihli ve 3774 Sayılı Kanunla Yürürlükten Kaldırılmıştır.

Kaynak: 35 Soruda SSK Gerçeği

Nitekim son olarak, 20.02.1992 tarih ve 3774 sayılı Yasa ile emeklilik için yaş sınırı kaldırılmış ve teorik olarak erkeklere 43, kadınlara 38 yaşında emekli

olabilme olanağı getirilmiştir. Bu düzenlemelerin, hayatta kalma umudundaki artışa rağmen yapıldığı dikkat çekmektedir.

SSK'da emekliliğin kolaylaştırılması ile ilgili uygulamalar, emeklilik yaş sınırının düşürülmesi veya tamamen kaldırılması ile sınırlı kalmamıştır. 1965 yılından günümüze 11 defa çıkarılan borçlanma yasaları ile de aynı sonuca neden olunmuştur. Örneğin, 1969 ve 1978 yıllarında getirilen borçlanma uygulamaları, sigortalılık başlangıç tarihinin 10 yıl kadar geriye götürülebilmesini sağlamış; böylece çalışanların 10 yıl kadar daha erken emekli olabilmeleri kabul edilmiştir.⁽²¹⁾ Bu uygulamalar ise hem kurumun finansman krizinde etkili olmuş hem de kişilerde benzer imtiyazlar sağlayacak uygulamaların devam edeceği beklentisini oluşturmuştur. Sonuçta sigortalılık bilinci, bir nimetten yararlanmak için külfetine katlanmak gerektiği şeklinde değil de, fırsat kollama ve bir takım imtiyazlar sunan uygulamaları bekleme olarak gelişmiştir.

Böylece Türkiye'de emeklilik yaşı OECD üyesi ülkelerdeki yaş ortalaması bir yana, 3. dünya ülkelerindeki emeklilik yaş sınırının dahi altında kalmıştır. (Ek1 ve Ek2)

Burada dikkat edilmesi gereken nokta Türkiye'de kadınlarda 38 ve erkeklerde 43 yaş sınırının teorik olduğudur. Yani 18 yaşında sigortalı olan bir kadın ya da erkek 38 veya 43 yaşında emekli olabilir. Teorik olarak bu mümkündür. Pratikte ise bu yaşlarda emekli olanların payı oldukça düşüktür. (Tablo 14)

Gerçektende 1994 yılında emekli olanların içerisinde 35 yaşında emekli olanların sayısı binde 3'tür. En çok yığılma 41-60 yaşları arasındadır. 1994'de ortalama emeklilik yaşı kadınlarda 51, erkeklerde 50 olarak gerçekleşmiştir. Son yıllarda kamu kuruluşlarında yaygın olarak sürdürülen zorunlu emeklilik uygulamalarının, emeklilik yaşı ortalamasının düşmesine neden olduğu belirtilmektedir.⁽²²⁾ Herkesin kısa yoldan emekli olabilmenin yollarını aradığı

⁽²¹⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türçan: *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara 1995, s.38

⁽²²⁾ SSK'nın Çökertilmesine Dur!, İP Yayını, Şubat 1996, s.14

koşullarda, emeklilik işsizlik sigortası gibi algılandığından sisteme daha fazla yüklenilmiştir.⁽²³⁾

Şu halde ortalama olarak 50 yaşında emekli olan bir sigortalı, Kurumdan yaklaşık 11 yıl emekli maaşı alabilmektedir. Ancak 1994 yılında ortalama ölüm yaşı 61 olarak alındığında, bunların Kurumdan yaşlılık aylığı alanlar içerisindeki payı sadece %1.58'dir. (Tablo 15)

Tablo 15: Yaşlılık Aylığı Almakta İken Ölenlerin Yaşlılık Aylığı Alanlar İçerisindeki Payı

Yıllar	Ortalama Ölüm Yaşı		Ölen Sigortalı Sayısı	Yaşlılık Aylığı Alanlar	Ölenlerin Yaşlılık Ay. Alanlar İçindeki Oranı (%)
	Kadın (Yaş)	Erkek (Yaş)			
1975	67	65	2.833	112.682	2,51
1976	70	66	3.649	142.529	2,56
1977	66	65	3.350	178.719	1,87
1978	66	65	4.100	217.959	1,88
1979	67	65	5.063	268.981	1,88
1980	68	65	6.179	327.027	1,89
1981	68	64	6.450	393.722	1,64
1982	68	64	6.764	461.781	1,46
1983	68	65	9.530	505.293	1,86
1984	67	61	10.946	570.547	1,92
1985	67	62	11.570	628.392	1,84
1986	67	64	9.530	692.213	1,38
1987	67	64	10.664	757.120	1,41
1988	61	61	17.384	832.750	2,09
1989	61	61	17.696	893.552	1,98
1990	61	61	16.589	967.442	1,71
1991	61	61	18.427	1.046.230	1,76
1992	61	61	15.317	1.138.153	1,35
1993	62	61	19.490	1.237.904	1,57
1994	62	61	21.634	1.369.827	1,58

Kaynak: SSK İstatistik Yıllığı 1994

⁽²³⁾ BALKAN, Yaşar: "Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.22.-23

Tablo 14: Yıl İçinde Yaşlılık Aylığı Bağlanan Sigortalıların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (1990 - 1994)

Yaş Grupları	1990			1991			1992			1993			1994		
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
-35	485	1.443	1.928	534	1.590	2.124	302	786	1.088	608	386	994	378	140	518
36-40	1.787	4.666	6.453	1.969	5.140	7.109	1.464	6.826	8.290	3.567	5.399	8.966	3.764	2.957	6.721
41-45	1.688	17.978	19.666	1.860	19.804	21.664	2.375	26.855	29.230	3.910	27.211	31.121	6.147	27.510	33.657
46-50	1.945	21.651	23.596	2.143	23.850	25.993	2.413	30.570	32.983	3.195	31.378	34.573	4.172	40.810	44.982
51-55	1.394	15.249	16.643	1.536	16.798	18.334	1.960	20.092	22.052	3.266	21.505	24.771	5.625	21.769	27.394
56-60	739	13.463	14.202	814	14.831	15.645	1.086	14.417	15.503	1.203	15.144	16.347	2.150	22.456	24.606
61-65	326	4.310	4.636	359	4.748	5.107	385	4.834	5.219	534	5.047	5.581	924	8.090	9.014
66-70	110	1.320	1.430	121	1.454	1.575	126	1.697	1.823	177	1.738	1.915	357	2.554	2.911
71-75	41	357	398	45	393	438	24	316	340	36	237	273	80	621	701
76-80	25	123	148	28	135	163	7	93	100	0	0	0	12	105	117
81+	21	124	145	22	137	159	27	125	152	0	0	0	2	31	33
Toplam	8.561	80.684	89.245	9.431	88.880	98.311	10.169	106.611	116.780	16.496	108.045	124.541	23.611	127.043	150.654
Ort. Yaş	47	50	50	48	51	50	49	50	50	47	50	49	47	51	50

Kaynak: SSK İstatistik Yıllığı 1994

Tablo 15’de görüldüğü gibi, Türkiye’de sigortalıların ortalama ölüm yaşı 1975’de erkeklerde 65, kadınlarda 67 iken 1994’de sırasıyla 61 ve 62’ye düşmüştür. Burada hatırlatılması gereken bir hususta sigortalının ölümünden sonra hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanması ve sağlık yardımlarının sürdürülmesidir. Böylece Kurum aktüaryal dengeleri üzerinde baskı oluşacağı açıktır.

Emeklilik şartlarındaki kolaylıklar Kurumun pasif sigortalı sayısını kısa zamanda arttırmıştır. Yıllar itibariyle Kurumdan aylık alanların ve aktif sigortalıların sayıları incelendiğinde, pasif sigortalılardaki yıllık artış hızının aktif sigortalıların yıllık artış hızından daha yüksek olduğu görülecektir. (Tablo 16) Böylece aktif / pasif sigortalı dengesi Kurum aleyhine bozulmuştur.

Tablo 16: Aktif Sigortalılar İle Aylık Alanların Yıllar İtibariyle Gelişimi

Yıllar	Aktif Sig. Sayısı	Yıllık Artış (%)	Aylık Alanlar Sayısı	Yıllık Artış (%)	Aktif / Pasif
1950	292.606	-	2.637	-	110,96
1955	533.216	4,5	12.258	18,2	43,50
1960	620.900	0,3	25.552	23,4	24,30
1965	921.458	20,3	54.590	19,6	16,88
1970	1.313.500	4,1	145.446	26,1	9,03
1975	1.823.338	1,3	289.870	12,2	6,29
1980	2.204.807	2,4	635.815	15,9	3,47
1985	2.607.865	6,9	1.070.681	9,6	2,44
1990	3.446.502	5,4	1.596.634	8,0	2,16
1991	3.598.315	4,4	1.717.095	7,5	2,10
1992	3.796.702	5,5	1.856.522	8,1	2,05
1993	3.976.202	4,7	1.999.007	7,7	1,99
1994	4.150.000	4,3	2.175.149	8,8	1,91

Kaynak: SSK

Kurumun pasif sigortalı sayısındaki hızlı artış nedeniyle, uzun vadeli sigorta kollarından sağlanan prim gelirleri, 1980 yılında aylıkların %93’ünü karşılayabilirken, 1985 yılından itibaren (1987 ve 1989 yılları hariç) hiçbir yılı karşılayamaz duruma gelmiştir.⁽²⁴⁾

⁽²⁴⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türçan: *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara, 1995, s.38

Yaşlılık sigortası uygulamasını takiben, 1955 yılından 1994 yılına kadar, aktif sigortalı sayısındaki artış hızının, bütün yıllarda (1965 hariç) pasif sigortalılardaki artışın altında kaldığı görülmektedir. Örneğin, 1970 yılında 9 aktif sigortalı 1 pasif sigortalıyı finanse ederken, bu oranın 1980'den sonra 3'ün altına düştüğü, 1994 yılında da 1.91 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Bu açıdan Avrupa ülkelerinde 6-7 olan bu oranın ülkemizde de en az 4 olması gerekmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından mevcut emeklilik sisteminde reform çalışmaları yapmak üzere açılan ihale sonucunda, Eylül 1994'de Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) danışman kuruluş olarak seçilmiş ve proje için Dünya Bankası'ndan (DB) finansman sağlanmıştır. Konu ile ilgili olarak hazırlanan rapor ⁽²⁵⁾ 9-10 Mayıs 1996 tarihlerinde kamuoyuna sunulmuştur. Raporda çeşitli varsayımlar altında mevcut durumun teşhisi yapılmış ve TC. Hükümetine çözüm için 4 seçenek önerilmiştir.

Tablo 17'den izleneceği üzere, SSK emeklilik sisteminde bir reform yapılmazsa, yaşlılık prim oranının %21.5 (iş kazası dahil) olduğu varsayımı ile Kurumun yaşlılık sigortası cari açığının 1995-2050 devresinde önemli boyutlara varacağı görülmektedir. Hatta açığın 2050 yılında GSYİH'nın 7.48'ini bulabileceği tahmin edilmektedir.

Tablo 17: Mevcut Durumda Prim Geliri, Yardım Harcaması (1995 fiyatlarıyla trilyon TL) - Yalnız Emeklilik Sistemleri
SSK : Prim oranı : %21.5

Yıllar	Prim Geliri	Yardım Harcaması	Yönetim Giderleri	Cari Açık	Açık (GSYİH'nın bir %'si olarak)
1995	66,8	160,6	1,6	95,3	%1,21
2000	95,2	275,3	2,2	182,3	%1,74
2005	137,3	440,2	3,2	306,1	%2,20
2010	179,1	659,0	4,2	484,0	%2,85
2020	301,4	1.263,1	7,0	968,7	%3,86
2030	484,1	2.159,8	11,3	1.687,0	%4,77
2050	1.079,9	5.839,8	25,1	4.785,0	%7,48

Kaynak: ILO, Türk Hükümeti, Sosyal Güvenlik Nihai Raporu

Bu rapordaki bütün seçeneklerde emeklilik yaşının kadın için 53 ve erkek için 55'e yükseltilmesi, 10 yıllık geçiş dönemi sonunda ise emeklilik yaşının 58 ve 60'a çıkarılması söz konusudur.

“Önerilen bu yaşların bile, cari aylığa hak kazanma yaşının hem erkek hem kadın için 65 dolayında bulunduğu OECD standartlarına göre yüksek olmadığı...”⁽²⁶⁾

belirtilmektedir.

Ülkemizde iş güvencesi bulunmadığından, sigortalılar kısa sürede emekli olabilmenin yollarını aramakta ve sonuçta emeklilik işsizlik sigortası gibi algılanmaktadır. Nitekim emeklilerin büyük bir bölümü çalışmaya devam etmektedirler.

Bütün bu sebeplerle ülkemizin demokratik, iktisadi ve siyasi yapısı ile 18 yaş sonrası ortalama olarak hayatta kalma ümidi de (Ek 3) dikkate alınarak, düşük olan emeklilik yaşı makul bir seviyeye çıkarılmalıdır.

ii - SİGORTACILIK İLKESİNE TERS UYGULAMALAR

Sosyal sigortacılıkta alınan prim ile verilen hizmet arasında belirli bir dengenin bulunması gerekmektedir. Nimet-külfet dengesi de denilen bu olgu ile bağdaşmayacak uygulamalar arasında, isteğe bağlı sigortalılık, topluluk sigortası ve sosyal yardım zammı (SYZ) gibi hususlar yer almaktadır.

1 - İSTEĞE BAĞLI SİGORTALILIK

506 sayılı Yasanın 85. maddesinde düzenlenen isteğe bağlı sigortalılıkta, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortasına, SSK gösterge tablosundaki en düşük rakamın %20'si oranında prim ödenerek emekli olunabilmektedir. Bu şekilde emekli olan sigortalılar, sigortalılıkları süresince, hastalık sigortası primi ödemedikleri halde,

⁽²⁵⁾ Türkiye Cumhuriyeti, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi, Sosyal Güvenlik Nihai Rapor, Uluslararası Çalışma Ofisi, Cenevre, Mart 1996

emekli olduklarında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Böyle bir olanağın varlığı nedeniyle, işveren, özellikle emekliliğine yakın yıllarda işçiyi isteğe bağlı sigortalı olmaya ikna ederek, yüksek prim ve vergiden kurtulmaktadır.⁽²⁷⁾

Topluluk sigortası ise 506 sayılı Yasanın 86. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre Kurum, uyguladığı sigorta kollarından birine, birkaçına veya hepsine toplu olarak tabi tutulmaları için, işverenlerle veya dernek, sendika ve başka teşekküllerle sözleşmeler yapmaktadır. Bu uygulamadan, özellikle avukat ve noterler gibi yüksek gelir grubunda bulunanların yararlandığı görülmektedir. Bu kesimler, malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası için Kurum ile anlaşıp, asgari ücretin %20'si üzerinden prim ödeyerek emekli olabiliyorlar. Hastalık sigortası primi ödemedikleri halde, emekliliklerinde sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyorlar. Üstelik, "Avukatın, noterin sosyal yardım zammını SSK ödeyerek iki misli bir yük altına giriyor."⁽²⁸⁾

Diğer taraftan, tarım işlerinde hizmet akdi ile süresiz olarak çalışanları SSK kapsamına alan 2925 sayılı Yasanın uygulanması görevi de Kuruma verilmiştir. Süresiz tarım işçilerinden, en düşük göstergenin, katsayı ile çarpımının 15 günlük tutarının %20'si oranında prim alınmaktadır. Yani Kuruma 1 yılda 6 ay sigorta primi ödenmektedir. Böylece, analık sigortası dışında bütün sigorta kollarına dahil olan tarım sigortalısı, özellikle sağlık hizmetlerinden zorunlu sigortalılar gibi yararlanabilmektedir. Böylesi cömert sigortacılık uygulamaları, sisteme, kuyumcular gibi gelir düzeyi yüksek grupların, haksız fayda sağlamak üzere dahil olması gibi sonuçlar doğurabilmektedir.⁽²⁹⁾ Tarım sigortalısı sayısının, ağırlıklı olarak tarım ile uğraşıldığı bilinen Çukurova yöresi illeri gibi illerden değil, en fazla Zonguldak ilinden olması da bu kapsamda değerlendirilebilir.⁽³⁰⁾

⁽²⁶⁾ Türk Hükümeti Sosyal Güvenlik Nihai Raporu, s.77

⁽²⁷⁾ *Sosyal Güvenlik ve SSK Sorunları*, Türk Harb-İş Sendikası, Ekim 1996, s.29

⁽²⁸⁾ BAKAN, Yaşar: "Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.30

⁽²⁹⁾ *Sosyal Güvenlik Ve SSK'nın Sorunları*, Türk Harb-İş Sendikası, Ekim 1996, s.30 ; 08.02.1996 tarihli Milliyet gazetesi

⁽³⁰⁾ *SSK İstatistik Yıllığı 1994*, s.53-54

Konu ile ilgili olarak, Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu'nun "Sosyal Sigortalar Kurumu 1994 Yılı Raporu"nda aşağıdaki hususlara yer verildiği belirtilmektedir.⁽³¹⁾

"... Kuruma bağlı aktif sigortalıların sayısında bir yıl öncesine göre %5.7 oranında artış olmasına rağmen, isteğe bağlı sigortalıların sayısında %73.9 oranında, 2925 sayılı Kanuna tabi tarım işçisi sigortalıların sayısında %26.9 oranında, topluluk sigortasına tabi sigortalıların sayısında da %22.1 oranında artış olmuştur."

"... Zorunlu sigortalılıktan emekli olanlar tekrar çalışmaya başladıklarında ya emeklilik aylıkları kesilmekte veya sosyal güvenlik destek primi ödemektedirler. Topluluk sigortasından emekli olanların çalışmaları halinde ise bağlanan aylıkları kesilmemektedir. Mevzuattan kaynaklanan bu farklı uygulama, diğer sigortalıların aleyhine olmakta ve Kurumun büyük mali külfet yüklenmesine neden olmaktadır. Bu itibarla ... sigortalılık süresi içinde hastalık sigortası primi ödemeyen isteğe bağlı ve topluluk sigortasına tabi sigortalıların emekli olduktan sonra hastalık sigortasının tüm yardımlarından yararlandırılmalarından doğan Kurum kaybının önlenmesi ve topluluk sigortasına tabi avukat ve noterlerin emekli olduktan sonra çalışmalarına rağmen aylıklarının kesilmemesi ve bunlardan sosyal güvenlik destek primi alınmaması gibi Kurum kaybına yol açan farklı uygulamaların giderilmesi için yeni Kanuni düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir."

"... Kurumun külfet-nimet prensibine ve aktüaryal dengeye dayalı olarak çalışması gerektiğinden 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu kapsamına girenlerin, primini ödemedikleri sigorta kollarına ait yardımlardan yararlanabilmeleri için o sigorta kollarına ait primlerin devlet katkısı veya Kuruma külfet olmayacak bir kaynaktan karşılanması yolunda kanunda değişiklik yapılması gerekli görülmektedir."

2 - SOSYAL YARDIM ZAMMI (SYZ) UYGULAMASI

Nimet-külfet dengesi şeklindeki temel sigortacılık ilkesi gereğince, verilen sigorta hizmetlerinin belirli bir karşılığının da olması gerekmektedir. Bu sebeple, bir sosyal güvenlik sistemi olan sosyal sigortacılıkta da, yapılacak her yardımın karşılığı

⁽³¹⁾ Sosyal Güvenlik Ve SSK'nın Sorunları, Türk Harb-İş Sendikası, Ekim 1996, s.29-31

olarak prim alınmaktadır. Buna rağmen, 1977 yılından bu yana, SSK'dan gelir ve aylık almakta olanlara, aylık ve gelirlerine ek olarak, her ay, prim karşılığı olmayan, Kurumca sosyal yardım zammı adı altında ödemede bulunmaktadır. Bu husus 506 sayılı Yasanın ek 24. maddesinde düzenlenmiştir.

Sosyal yardım zammı uygulaması ilk kez 1977 yılında, yakacak yardımı adı altında, emeklilerin daha sonraki emekli aylıklarından kesilmek üzere, ayda 750 TL. avans olarak ödenmesi ile başlamıştır.⁽³²⁾ Sosyal yardım zammı ödemeleri, emeklilerin daha sonraki emekli aylıklarından kesilmek bir yana süreklilik kazanmıştır. Kurum için önemli bir sorun oluşturan bu uygulamanın geldiği boyut Tablo 18'den izlenebilir.

Tablo18: Sosyal Yardım Zammı İle Prim Gelirleri, Toplam Gelirler Ve Toplam Aylıkların Karşılaştırılması (%)

Yıllar	S.Y.Z.'nın Toplam Aylıklar İçindeki Payı	S.Y.Z.'nın Toplam Giderler İçindeki Payı	Prim Gelirlerinin Ne Kadarı S.Y.Z.'na Gidiyor ?
1977	6	3	2
1978	23	13	10
1979	17	10	8
1980	17	11	10
1981	18	13	11
1982	15	10	10
1983	22	16	16
1984	22	17	15
1985	28	21	23
1986	34	25	26
1987	39	28	26
1988	38	29	31
1989	39	27	28
1990	44	30	31
1991	45	35	37
1992	47	32	40
1993	50	42	49
1994	59	-	-

Not: 1977 yılı SYZ ödemesi iki aylıktır.

Kaynak: SSK Faaliyet Raporu 1994, ÖZŞUCA, Ş.Türçan, Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz, Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler, s.47

Tablodan görüldüğü gibi, 1978 yılında SYZ ödemeleri prim gelirlerinin %10'u ile karşılanabilirken; 1993 yılında prim gelirlerinin %49'u bu yardımlar için harcanmaktadır. Sosyal yardım zammı ödemelerinin toplam aylıklar içerisindeki payı 1978'de %23 iken 1994'de %59'a ulaşmıştır. Siyasal iktidarların, SSK emeklilerinin maaşlarını artırmak için, özellikle SYZ tutarlarını yükseltmeleri, bu oranın büyüme eğilimini sürdürmesine neden olmuştur.

SYZ uygulaması yalnızca SSK'ya zarar vermiyor, KİT'leri de perişan ediyor.⁽³³⁾ Şöyle ki, SYZ ödemelerini sigortalı özel sektörden emekli olmuşsa SSK, kamu sektöründen emekli olmuşsa ilgili kamu kurumu karşılamaktadır. Halihazırda özel sektörde çalışan sigortalı sayısı, kamu sektöründe çalışanların yaklaşık üç katı olduğundan, Kurum yükünün bu sebeple, önümüzdeki yıllarda daha da artacağı söylenebilir. SYZ ödemelerinin %70'inin Kurum kaynaklarından, %30'unun ise sigortalıların son defa ayrıldıkları KİT'ler ve diğer kamu kuruluşlarınca karşılanması,⁽³⁴⁾ bu öngörünün doğruluk derecesini artırmaktadır. Diğer taraftan yaşlılık sigortasının açık vermesinin nedeni olarak SYZ ödemeleri gösterilmektedir.⁽³⁵⁾

Kurumun, haksız bulduğu sosyal yardım zamlarını birkaç kişiye ödememe eğilimine girmesi sebebiyle, İş Mahkemelerinde açılan davalar sonucunda; üç ayrı İş Mahkemesinin, 506 sayılı Yasanın ek 24. maddesinin Anayasaya aykırılığını öne sürerek Anayasa Mahkemesi'ne başvurmaları bile sonuç vermemiştir. Anayasa Mahkemesi konuyu görüşüp, talebi oy çokluğu ile reddederek SYZ uygulamasını sigortalılar lehine güvence altına almıştır.⁽³⁶⁾

Bütün bu sebeplerle Hükümetler SSK'nu bir sosyal yardım kuruluşu olarak görmekten vazgeçmelidirler. SYZ uygulaması yine de devam ettirilecekse, prim karşılığı olmayan bu ödemenin sosyal devlet olmanın gereği olarak Hazinece üstlenilmesi sağlanmalıdır.

⁽³²⁾ 35 Soruda SSK Gerçeği, s.6

⁽³³⁾ BAKAN, Yaşar: "Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.31

⁽³⁴⁾ 35 Soruda SSK Gerçeği, s.6

⁽³⁵⁾ ÇELİK, Aziz: "SSK İflas Etmiyor Ettiriliyor" 02.09.1994 *Günlü Siyah Beyaz Gazetesi*

⁽³⁶⁾ 25.10.1996 Tarihli *Sabah Gazetesi*

iii - KAÇAK İŞÇİLİK

Ülkemizde son yıllarda kayıt dışı ekonominin boyutlarını ortaya koymaya yönelik çok sayıda çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda ekonomideki kayıtdışılığın aleyhinde görüşler olduğu gibi lehine de görüşler bulunmaktadır. Lehte görüşlerden birisi de kayıtdışı ekonominin istihdamı artıracak şekildedir. Ancak, DPT'nin 15 ve daha büyük yaştaki kişiler için 1994 yılı işsizlik oranı tahmininin %10.5 olduğu ve işsizlik sigortasının bulunmadığı koşullarda, emek sahipleri, daha düşük bir ücret düzeyinde ve sosyal güvenlikten yoksun olarak emeğini arz etmekte ve bu şekilde iş bulabilmektedirler. Böylece,

“Vergi, prim ve fon benzeri yükler olmadan yaratılan bu istihdam, işverenlerinde işçilik maliyetlerini azaltmakta ve daha fazla kar elde etmelerini sağlamaktadır”⁽³⁷⁾

Osman ALTUĞ'un kayıtdışı ekonominin GSMH'ya oranını 1992 yılı için %35 ve 1993 yılında kayıtdışı işçilikten asgari ücret üzerinden yaklaşık 150 trilyon gelir elde edildiğini tahmin ettiği belirtilmektedir.⁽³⁸⁾ Resmi çevrelere göre 4 milyon üzerinde olan kaçak sigortalı sayısı, başka bir araştırmaya göre 13 milyon civarında olduğu aktarılmaktadır.⁽³⁹⁾

Diğer taraftan işverenlerin çalıştırdıkları sigortalıları işe aldıkları tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma bildirmeleri ve takip eden ayın sonuna kadar primlerini yatırmaları 506 sayılı Yasa gereğidir. Buna rağmen son beş yıldır Kuruma kayıtlı işyerlerinden bildirme oranı %33'ü geçmemiştir.⁽⁴⁰⁾ 1994 ve 1995 yıllarında Türkiye genelinde yapılan denetimlerde ise yaklaşık 20 bin tescilsiz işyeri ve 13 bin civarında da tescilsiz sigortalı saptanmıştır.⁽⁴¹⁾

(37) AYDEMİR, Şinasi: *Türkiyede Kayıtdışı Ekonomi*, İstanbul 1995, s.97

(38) AYDEMİR, Şinasi: *Türkiyede Kayıtdışı Ekonomi*, İstanbul 1995, s.29-30

(39) KIZANLIK, Bülent: “Sosyal Sigorta Atarsa”, 29.03.1996 *Günlü Cumhuriyet*

(40) KIZILDERE, Selahattin: “Türkiye’de Sosyal güvenliğin Tarihçesi Gelişimi Bugünkü Hali Ve Öneriler”, *SSK Bülteni*, S.54, Mayıs-Haziran 1996, s.53-56

(41) USALAN, Mustafa: “Sosyal Sigortada Denetim”, *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.39-40

Kaçak işçilik, sadece Kuruma bildirilmeksizin -sigortasız- işçi çalıştırmaktan ibaret değildir. Sigortalının gerçek ücreti üzerinden prim ödenmemesi ve çalışma gün sayılarının aylık 30 günün altında gösterilmesi de kaçak işçiliğin tanımı içerisindedir.

Tablo 19: İşyeri Ve Sigortalı Sayıları İle Prime Esas Ortalama Günlük Kazançların Kamu Ve Özel Sektör İtibariyle Dağılımı, 1994

	İşyeri Sayısı	Sigortalı Sayısı	SPE Ortalama Günlük Kazanç (TL.)
Kamu	26.809	1.059.143	219.618
Özel	664.214	3.143.473	172.528
Toplam	691.023	4.202.616	185.270

Kaynak: SSK İstatistiki Yıllığı 1994

Tablo 19’da görüldüğü gibi sigorta primine esas ortalama günlük kazanç, sigortalı sayısının daha fazla olduğu özel sektörde kamuya göre düşüktür. Bu durum, özel sektörde sigorta primlerinin çalışanların gerçek ücretleri üzerinden Kuruma yatırılmadığına işaret etmektedir.

Kurum gelirlerinin en önemli bileşeni olan prim gelirlerinin arttırılması, kaçak işçiliğin sisteme dahil edilmesi ile yakından ilgilidir. Bu sebeple kaçak işçiliğe neden olan kimi uygulamaların yeniden düzenlenmesi ya da bu uygulamalara son verilmesi gerekmektedir.

1 - SİGORTA PRİM ORANLARININ YÜKSEKLİĞİ

Kurumun uyguladığı sigorta programlarının finansmanı, işçi ve işverenlerce ödenen primlerle sağlanmaktadır. Bu primlerin hesabında esas tutulan günlük kazancın alt ve üst sınırları 506 sayılı Yasanın 78. maddesinde tanımlanmıştır. Kurum sigortalıdan, bu sınırlar arasındaki prime esas kazancı üzerinden %33.5 ile %41 oranında prim almaktadır.

Tablo 20’de⁽⁴²⁾ görüldüğü üzere, Türkiye’de, hem işverenin hem de işçinin primlere katılım oranı, Avrupa ülkelerine göre oldukça yüksektir. Bu ise devletin sosyal sigortanın finansmanına katılmamasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 20: AT Ülkeleri Ve Türkiye’de Tarafların Primlere Katılım Oranları (1988) (%)

Ülkeler	İşveren Payı	İşçi Payı	Devlet Katkısı	Fon Gelirleri	Toplam
Belçika	47.1	25.7	25.5	1.7	100
Danimarka	11.4	4.4	77.5	6.7	100
Almanya	36.7	27.5	33.7	1.9	100
Yunanistan	32.7	30.8	30.5	6.0	100
İspanya	23.1	51.7	24.4	0.5	100
Fransa	52.6	26.6	18.1	2.7	100
İrlanda	23.1	14.9	61.1	0.9	100
İtalya	52.4	14.9	29.9	2.8	100
Lüksemburg	33.2	23.2	37.2	6.3	100
Hollanda	32.4	36.2	14.6	16.8	100
Portekiz	49.4	20.3	25.6	4.7	100
İngiltere	17.3	29.2	41.3	12.3	100
Türkiye	58.2	41.8	-	-	100

Kaynak: Eurostat, 1990

Bazı sigorta kolları ülkelerin tamamında uygulanmadığından, yaşlılık, malûllük, analık ve hastalık sigortalarında yapılacak bir karşılaştırma daha anlamlı sonuçlar verecektir. Şu halde;

“Türkiye’de işçinin %14, işverenin %18-20 oranında ödediği primlerin; Fransa’da işçi %12.5, işveren %20.8; Almanya’da işçi %15.8, işveren %15.8; Lüksemburg’da işçi %12.35, işveren %12.35; İspanya’da işçi %4.8, işveren %24; Belçika’da işçi %11.2, işveren %14.36 olarak uygulandığı belirlenmektedir.”⁽⁴³⁾

Devletin sosyal sigortacılığın finansmanına katıldığı bu ülkelerde sigorta prim oranlarının işçi ve işverenler üzerindeki yükünün Türkiye’ye oranla daha az olduğu görülmektedir.

⁽⁴²⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türçan, *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara, 1995, s.56

⁽⁴³⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türçan: *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara, 1995, s.57; Naklen; KARAUÇAK, Ş.O., *Avrupa Topluluğunda Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik Sistemleri*, İKV Yayın No:94, 1990

1994 yılı işgücü maliyet hesaplamalarında ⁽⁴⁴⁾, birinci sırayı %37.3 ile çıplak ücret alırken, bunu %33.1 ile sosyal ödemeler izlemektedir. İkramiye, prim vb. (%17.7), hafta tatili ve genel tatil ücretleri (%7.9), izin ücretleri (%3) ile bunları takip etmektedir.

Çalışanlara doğrudan ödenen sosyal yardımlardan ve çalışanlar hesabına yapılan kanuni ödemelerden oluşan sosyal ödemelerin 1994 yılındaki bölünüşünde, SSK işveren primleri %27.1 ile birinci sırayı almaktadır. Bunu %24 ile kıdem tazminatı ödemeleri takip etmektedir. ⁽⁴⁵⁾

“Gerçekten de prim oranlarının yüksek belirlenmesi kaçak (sigortasız) işçi çalıştırma veya prim matrahının düşük gösterilmesi gibi, esasen yaygın olan uygulamaların artmasına ve prim tahsilinin daha da güçleşmesine yol açabilir.” ⁽⁴⁶⁾

Bu sebeplerle sigorta prim oranlarının sigortacılık tekniği açısından uygun bir düzeye çekilmesi kayıtdışı istihdamın önlenmesinde etkili olabilir.

2- 3320 VE 3417 SAYILI YASALARDAN KAYNAKLANAN SORUNLAR

11.01.1986 tarih ve 2320 sayılı Yasa ile memurlar, işçiler ve bunların emeklilerine konut edindirme yardımı yapılması amacıyla, 10 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde çalışan sigortalılar adına işverenlerden konut edindirme yardımı alınmaya başlanmıştır. 09.03.1988 tarih ve 3417 sayılı Yasa ile de çalışanların tasarrufa teşvik edilmesi ve tasarruflarının değerlendirilmesi amacıyla, yine 10 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde, işçi ve işverenlerden tasarruf kesintisi yapılması zorunluluğu getirilmiştir. Bunlardan 3320 sayılı Yasa 1 Ocak 1996 itibariyle yürürlükten kaldırılmıştır.

Bu uygulamalar ile işverenlerin 1987 yılından itibaren sigortalı sayılarını 10'un altına indirme eğilimlerinin arttığı, böylece çalışan sigortalı sayısının 10'un

⁽⁴⁴⁾ 1994 Çalışma İstatistikleri Ve İşgücü Maliyeti, TİSK, s.11

⁽⁴⁵⁾ 1994 Çalışma İstatistikleri Ve İşgücü Maliyeti, TİSK, s.16

⁽⁴⁶⁾ AKTÜRK, İsmail: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Sorunları ve Çözüm Önerileri, (Yarum-Tebliğ), X. Türkiye Maliye Sempozyumu, 14-18 Mayıs 1994, Antalya, s.3

altında olduğu işyeri sayısının belirgin bir biçimde artış gösterdiği dikkat çekmektedir. (Tablo 21)

Tablo 21: Çalıştırılan Sigortalı Sayısına Göre İşyerlerinin Dağılımı, (1987-1992)

Çalışan Sigortalı Sayısı	İşyeri Sayısı					
	1987	1988	1989	1990	1991	1992
1 - 9	349,727	415,901	438,905	478,413	497,827	523,374
10 +	37,725	35,758	35,413	35,977	38,271	35,810
Toplam	387,452	451,662	474,318	514,390	536,098	559,184

Kaynak: SSK

Tablo 22’de ⁽⁴⁷⁾ ise işverene külfet yükleyen yukarıdaki uygulamalar ve benzeri yükler (kıdem, ihbar tazminatları gibi) nedeniyle, çalışılan süreye ilişkin olarak, çıplak ücret ödemelerinin sistem içerisindeki payı azalırken yan ödemelerin payının arttığı görülmektedir.

Tablo 22: Çıplak Ücret ve Yan Ödemeler, 1984 - 1994

Yıllar	Çıplak Ücretler (%)	Yan Ödemeler (%)
1984	41.9	58.1
1985	40.1	59.9
1986	40.1	59.9
1987	36.9	63.1
1988	35.9	64.1
1989	34.2	65.8
1990	35.7	64.3
1991	35.4	64.6
1992	37.2	62.8
1993	36.7	63.3
1994	37.3	62.7

Kaynak: TİSK

⁽⁴⁷⁾ “1994 Yılı Çalışma İstatistikleri Ve İşgücü Maliyeti”nin TİSK Araştırma Servisince Değerlendirilmesi, TİSK, s.19

1994 yılı toplam işgücü maliyeti içerisinde çıplak ücretin payı %37.3 iken, yan ödemelerin payı %62.7'dir. Bu oranların ülkeler itibariyle karşılaştırılmasında⁽⁴⁸⁾, ülkemizde yan ödemelerin diğer ülkelere nazaran yüksek olması ücret ödemelerinin ise daha düşük olması sistemdeki çarpıklığı ortaya koymaktadır. (Ek 4 ve Ek 5)

İşverenin yükünü artıran ve Kurum aleyhine sonuçlar doğuran bu uygulamalardan 3417 sayılı Yasa da kaldırılabilir veya değiştirilebilir.

3 - DENETİM HİZMETLERİNİN YETERSİZLİĞİ

Sosyal sigortalarda denetim, sosyal sigorta olaylarına ve işlemlerine bağlı olarak o an için yapılabileceği gibi geçmişe yönelik olarak da yapılabilir. “Denetimin sistem üzerinde yarattığı etki; önleyici, caydırıcı etkidir.”⁽⁴⁹⁾ Sigortalı ve işverenlerin eğitimi, sigorta hak ve yükümlülüklerinin hatırlatılması ve sigortacılık bilincinin yerleştirilmesi de denetimin amaçları arasındadır.

SSK'da idari hiyerarşide içe dönük; işçi, işveren, ve Kurum üçgeninde dışa dönük iki tür denetim uygulanmaktadır. Kurumun mali kaynaklarının kontrol edilmesini amaçlayan dışa dönük denetimin, gerek müfettiş sayısının yetersiz olmasından gerekse denetimin örgütlenmesinden kaynaklanan sebeplerle etkinliği tartışmalıdır. Sosyal sigortada denetim yeniden tanımlanırken yerel alt birimler olarak kontrol memurları sisteme dahil edilmelidir.

“Özellikle Sigorta Müfettişlerinin yetki ve çalışma koşullarının düzeltilmesine yönelik olarak yapılan çalışmalardan bir sonuç alınabildiği takdirde, çalışma hayatındaki kayıtdışılık belli ölçüde kontrol altına alınabilecektir.”⁽⁵⁰⁾

506 sayılı Yasanın 9. maddesi ile işveren, çalıştırdığı sigortalıları en geç bir ay içerisinde Kuruma bildirmeye mecbur kılınmıştır. Bu hükmün kaçak çalıştırmaya

⁽⁴⁸⁾ “1994 Yılı Çalışma İstatistikleri Ve İşgücü Maliyeti”nin TİSK Araştırma Servisince Değerlendirilmesi, TİSK, s.20-23

⁽⁴⁹⁾ AYDEMİR, Şinasi: *Türkiye’de Kayıtdışı Ekonomi*, İstanbul, 1995, s.60

⁽⁵⁰⁾ AYDEMİR, Şinasi: *Türkiye’de Kayıtdışı Ekonomi*, İstanbul, 1995, s.60

olanak tanıdığı, bu sebeple işçilerinde bildirimde bulunabilmesi için yasal düzenlemeler yapılması istenmektedir. ⁽⁵¹⁾

Son dönemde denetim hizmetlerinde etkinliği sağlamaya yönelik yasal çalışmalar yapılmıştır. Örneğin kanuni yükümlülüklerini yerine getirmeyen işverenler için uygulanan idari para cezaları, 06.05.1993 tarih ve 3910 sayılı Yasa ile asgari ücrete endekslenerek komik olmaktan çıkarılmış ve caydırıcılığı artırılmıştır. Ayrıca 08.12.1993 tarih ve 3917 sayılı Yasa ile Sigorta Müfettişlerine, işin yürütümü için gerekli olan asgari işçilik miktarını saptama yetkisi verilerek re'sen işçilik tutarının tespiti yolu açılmıştır. ⁽⁵²⁾

iv - KURUMA DEVLET KATKISININ OLMAMASI

Ülkemizde devletin prime dayalı sosyal güvenlik hizmetlerinin finansmanına doğrudan katkısı bulunmamaktadır. Var olan katkı dolaylıdır. O da bu kurumların işlemlerinin vergi ve harçlardan muaf tutulması şeklinde olmaktadır. 1994 yılına gelinceye kadar devletin SSK'na hiçbir katkısı olmamış sadece 300 bin liralık kuruluş masrafını karşılamıştır. 1994 yılında ise finansman darboğazına giren Kuruma, emekli maaşlarını ödeyemez duruma gelince, zorunlu olarak 14.5 trilyon Hazine yardımı yapılmıştır. Bu rakam 1995 yılında 59.2 trilyon olmuştur. Böylece 4792 sayılı Yasanın 19. maddesinde yer alan ve Kurum gelir kaynakları arasında sayılan “genel bütçeden yapılacak yardımlar” zorunluluktan kaynaklansa da yaşama geçirilmiştir. Olması gereken bunun yasal çerçevesinin yeniden oluşturulmasıdır.

Tablo 6 ve Tablo 20’de görüldüğü gibi OECD ülkelerinde devletin sosyal güvenliğe katkısı ortalama olarak %30-40 düzeyinde iken Türkiye’de bu katkı sıfırdır. Esasen devletin sosyal güvenliğe katkısı, sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatmak, bazı sigorta programlarının belli bir oranını vergi gelirleriyle finanse etmek ve bazı sigorta programlarını da tamamiyle bütçe gelirleriyle karşılamak şeklinde olmaktadır. Örneğin, Belçika’da bütün sigorta programlarının

⁽⁵¹⁾ BUDAK, Rıdvan: “Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları Ve Çözüm Önerileri”, *Görüş*, S.25, Nisan-Mayıs 1996, s.24-30

⁽⁵²⁾ GÖNENCAN, Zahir: “Sosyal Sigorta Sisteminde Resen Hesaplama Yöntemi 3917 Sayılı Kanun Uygulaması”, *Çimento İşveren*, C.8, S.2, Mart 1994, s.3-8

açıkları devletçe kapatılırken; Portekiz, İspanya ve İtalya'da devlet sigorta programlarına genel bütçeden sübvansiyon sağlamaktadır. Yunanistan'da ise genel bütçeden yapılan devlet katkısı malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası için %10, hastalık ve analık sigortası için %3.8'dir.⁽⁵³⁾ Danimarka, İzlanda, Y.Zelanda gibi ülkelerde devletin sosyal güvenliğe katkısı %80'lerin üzerine çıkarken, Türkiye'de, en azından teorik olarak böyle bir katkının olmaması çelişkili bir durum yaratmaktadır.

SSK özelinde sisteme hiçbir katkısı olmayan devlet, prim aflarıyla her defasında Kurumun gelir kaynaklarını azaltırken, gündeme getirilen yeni borçlanma yasaları⁽⁵⁴⁾ ile de Kuruma yeni yükler getirmektedir.

Bilgisayar ve diğer teknolojik yenilikleri kullanarak, verdiği hizmetlerde zaman kaybını önleyip, kaliteyi artırma şansını yakalayacak olan SSK, bilgisayar yatırımı yapma konusunda dahi zor durumda bırakılmaktadır. Bilgisayar ile ilk defa 1989 yılında tanışan Kurumun, yeni yatırımları için DPT'nin ve Başbakanlığın izni konusunda sorunları bulunmaktadır.⁽⁵⁵⁾

Diğer taraftan Kurum kaynakları, istihdam ve üretime dönük, verimlilik ilkesine göre değerlendirilmemiş, büyük ölçüde kamu finansmanında kullanılmıştır. Tablo 23'de⁽⁵⁶⁾ görüldüğü gibi SSK gelirleri, 1993 yılı için toplam yurtiçi tasarrufları yaklaşık %17'sini oluşturmaktadır.

Tablo 23: SSK Prim Gelirlerinin Toplam Yurtiçi Tasarruflar İçerisindeki Payı (Milyar TL.)

Yıllar	SSK Prim Gelirleri (Tahsilat) (I)	Yurtiçi Tasarruflar	
		(II)	(I/II)
1965	1.00	12.10	8.20
1970	2.80	26.20	10.70
1975	12.10	93.40	12.60
1980	78.20	703.80	11.10
1985	479.80	5,256.90	9.10
1990	9,007.70	67,484.00	13.30
1991	14,858.10	102,238.00	14.50
1992	26,828.70	168,445.00	15.90
1993	42,778.20	256,394.00	16.70

Kaynak: TC. M.B. Yıllık Raporlarından Yararlanarak Hesaplanmıştır.

⁽⁵³⁾ "Seçilmiş Bazı Ülkelerde Devlet Katkıları Ve Oranları", *Görüş*, S.25, Nisan-Mayı 1996, s.21

⁽⁵⁴⁾ 03.04.1996 *Günlü Cumhuriyet*

⁽⁵⁵⁾ KILIÇDAROĞLU, Kemal: *SSK Bülteni*, S.55, Temmuz-Ağustos 1996, s.5

Tablo 24'de⁽⁵⁷⁾ ise Kurum plasmanlarının yıllara göre dağılımı yer almaktadır. 1970'li yıllardan beri toplam yurtiçi tasarrufların %10'undan aşağı düşmeyen SSK prim gelirleri (1985 yılı hariç) hükümetlerin zorlamalarıyla düşük faizli devlet tahvillerine yatırılmıştır.

Tablo 24: Kurumun Plasmanlarının Yıllara Göre Dağılımı (%)

Yıllar	Mevduat	Tahvil	Gayri Menkul	Mesken Krd. Tem.Ed.Mesken	Diğer Plasmanlar
1965	16.1	42.6	19.6	17.9	3.7
1970	7.4	59.3	14.8	14.6	3.9
1975	13.8	56.0	8.7	18.7	2.8
1980	17.1	45.3	8.5	24.6	4.5
1981	21.7	37.7	7.4	27.1	6.1
1982	29.2	33.8	6.7	25.2	5.1
1983	32.3	36.5	6.0	21.1	4.1
1984	30.0	26.0	5.2	17.8	20.9
1985	35.7	35.1	5.4	15.7	8.1
1986	42.0	31.4	6.0	12.9	7.6
1987	63.6	18.6	4.6	6.8	6.4
1988	68.6	16.2	4.6	1.3	9.3
1989	61.6	18.6	5.3	3.6	10.9
1990	68.2	13.9	5.4	1.9	10.6
1991	60.6	11.7	8.3	1.4	18.0
1992	65.8	0.8	12.0	0.8	20.5
1993	63.4	0.5	13.8	0.4	21.9

Not: 1) 1986 yılından Kurum, sigortalı ve işçi emeklilerine doğrudan mesken kredisi vermemektedir.

2) Diğer plasmanlara 1984 yılı için %16.5, 1985 yılı için ise %2.2'lik diğer tahkim ve tecil olacak alacakları dahil edilmiştir.

Kaynak: SSK, SSK Faaliyet Raporları

Tablodan 1986 yılından itibaren tahvillerin payının toplam plasmanlar içerisinde giderek azaldığı görülmektedir. Kurumun nakit ihtiyacından dolayı bu oran 1993 yılında %0.5'e kadar gerilemiştir. 4792 sayılı Yasanın 20. maddesinde, Kurum fonlarının en çok %40'ının devlet tahvillerine yatırılabilmesi belirtilmesine rağmen, bu oranın 1965-1980 devresinde aşıldığı görülmektedir. Nitekim, SSK'ya siyasi iktidarların belirlediği yönetimler tarafından ancak 2000 yılında nakde dönüştürülebilecek %35 faizli 40 milyarlık devlet tahvilleri aldırıldığı belirtilmektedir.⁽⁵⁸⁾

Devlet Yatırım Bankası'nın çıkardığı tahvillere yatırılan bu fonlar, özellikle KİT'lerin finansmanında kullanılmıştır. Ankara Sanayi Odası'nın hesaplamalarına

⁽⁵⁶⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türkan: *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara, 1995, s.30

⁽⁵⁷⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türkan: *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sisteminin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara, 1995, s.30

göre 1965-1993 yılları arasında devletin düşük faizlerle kullandığı SSK fonlarının bugünkü tutarının 20 milyar dolar düzeyinde olduğu belirtilmektedir.⁽⁵⁹⁾

1980’li yıllardaki yüksek faiz uygulamaları ile 1984’den itibaren Kurumun bankalara yatırdığı fonların ilk sıraya sıçradığı görülmektedir. Yasal dayanağı olmasa da Kurum fonları ilk kez 1994 yılı itibariyle yeni finansman tekniklerinden yararlanılarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

“1994 yılında ilk defa SSK Reuters bilgi sistemine abone olmuş ve tahsilatlarını sermaye piyasalarını anında takip ederek değerlendirmeye başlamıştır. Sadece 1994 yılı repo gelirleri bu suretle 700 milyar civarında olacaktır.”⁽⁶⁰⁾

Bütün bu uygulamalar, gelinen noktada, Kurum finansman sistemiyle ilgili var olan yasal hükümlerin geçerliğinin kalmadığını göstermektedir.

Kurum plasmanlarının dağılımında banka mevduatları birinci sırayı alırken, 1991 itibariyle Kurum gayri menkullerinin kira artışları toptan eşya fiyat endeksindeki artışa bağlanınca kira gelirleri de artmaya başlamıştır.

Kurum plasmanları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, plasman gelirlerinin enflasyonun altında kaldığı, verimli olarak işletilmediği görülmektedir. (Ek 6)⁽⁶¹⁾

v - ALACAKLARIN TAHSİLİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Kurumun alacaklarını tahsil konusunda çeşitli sorunları bulunmaktadır. Kurumun 1995 yılı sonu itibariyle kamu ve özel sektörden olan alacakları Tablo 25’te⁽⁶²⁾ gösterilmiştir.

⁽⁵⁸⁾ SSK Raporu (1994-1995), TTB, s.4

⁽⁵⁹⁾ BAKAN, Yaşar: “Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz”, *Ekonom*, S.1, Haziran 1996, s.27

⁽⁶⁰⁾ KUŞOĞLU, Bülent ile röportaj, İntes İşveren, S.26, Kasım-Aralık 1994, s.16-18

⁽⁶¹⁾ ÖZŞUCA, Ş.Türçan: *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara, 1995, s.43

**Tablo 25: Kurum Prim ve Sosyal Yardım Zammı Alacakları,
1995 (Milyar TL.)**

Sektörler	Alacaklar	Gecikme Zammı	Toplam
Kamu (Prim)	8.347,7	10.948,7	19.292,4
Kamu (SYZ)	23.851,0	35.500,0	59.351,0
Toplam Kamu	32.194,7	46.448,7	78.643,4
Özel (Prim)	11.690,2	14.762,8	26.453,0
Toplam Alacak	43.884,9	61.211,5	105.096,4

Kaynak: 35 Soruda SSK Gerçeği, SSK Yay.No:575

Rakamlar kamu ve özel sektör işverenlerinin prim ödeme yükümlülüklerini tam olarak yerine getirmediklerini ve sigortalılara ödenen ücretlerden kestikleri primleri Kuruma yatırmayarak ucuz kredi olarak kullandıklarını göstermektedir.

6183 sayılı Yasanın Kurum tarafından uygulanmasını sağlayan yasal düzenlemelere ve prim tahsilat oranının %81 olmasına rağmen, “SSK’nın finansman sorunu artık bir tahsilat sorunu olmaktan çıkmıştır.”⁽⁶³⁾

vi - ÖRGÜTLENME YAPISI İLE İLGİLİ SORUNLAR

SSK 1945 tarihli 4792 sayılı Yasa ile kurulmuş ve bu yasaya göre yönetilmektedir. 28 maddeden oluşan bu yasada ne sigorta müdürlüğünden ne de hastaneden söz edilmezken, bugün hemen hemen bütün illerde sigorta müdürlükleri bulunmakta ve 115 tane hastanede sağlık hizmeti sunulmaktadır. Yaklaşık 60 bin personeli olan Kurumun yönetimi, bütünüyle merkezi bir nitelik taşımaktadır. Örneğin, Hakkari’deki bir röntgen cihazının onarımı için bile, Ankara’daki Genel Müdürlükten izin alınması gerekmektedir.⁽⁶⁴⁾

Kurumun ihtiyacı olan personel kadroları Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı iznine, yıllık yatırım programına girecek yeni projeler ve ödenekleri de Devlet Planlama Teşkilatı’nın onayına bağlıdır. Bu sebeple sağlık tesislerinin ve sigorta müdürlüklerinin ihtiyacını karşılayacak sayıda kadronun temininde sorunlar yaşanmaktadır. Diğer taraftan;

⁽⁶²⁾ 35 Soruda SSK Gerçeği, s.3

⁽⁶³⁾ 35 Soruda SSK Gerçeği, s.3

⁽⁶⁴⁾ KILIÇDAROĞLU, Kemal: SSK Bülteni, S.55, Temmuz-Ağustos 1996, s.6

“... programa alınan yatırımlar ve ödeneklerin çoğu zaman teklifin altında gerçekleşmesi nedeniyle, ihtiyaçlar zamanında karşılanamadığı gibi, inşaatlarda süresi içerisinde bitirilmediğinden, Kurum maliyet artışlarına katlanmak zorunda kalmaktadır.”⁽⁶⁵⁾

Örneğin Ek 8’de görüldüğü gibi, personel yetersizliği nedeniyle açılmayan, açıldığı halde personel yetersizliği nedeniyle tam kapasite ile çalışamayan sağlık tesisleri bulunmaktadır.⁽⁶⁶⁾

Diğer taraftan Kurumun kendine özgü bir personel rejimi bulunmamaktadır. Kurum personeli 657 sayılı Yasaya da tam olarak tabi değildir. 1970 yılında 657 sayılı Yasa çıkarılıp, bu yasaya eklenen ek geçici 9. madde de, sosyal sigorta kurumlarının kendi özel yasaları yürürlüğe girene kadar, bunların personeli hakkında da bu yasanın mali hükümlerinin uygulanacağı belirtilmiştir. Ne var ki yirmi yılı aşkın bir süredir bu konuda bir düzenleme yapılmamıştır. Kurum personelinin TC. Emekli Sandığı’na tabi olup ücretlerinin yetersiz olması da çalıştıkları kuruma yabancılaşmayı beraberinde getirmiştir. Oysa bilinmektedir ki, “Yatırımları dondurma maddi sermayeyi eritirken, ücret ve maaşları dondurma beşeri sermayeyi eritir”⁽⁶⁷⁾

Devlet bütçesinden sonra en büyük ve tek tek bütün bakanlık bütçelerinden daha büyük bir bütçeye sahip olan SSK (1996 yılı bütçesi 419 triyon TL.), bir Genel Müdürlük çatısı altında; Maliye Bakanlığının bir Müsteşarlık ve sekiz Genel Müdürlükte, Sağlık Bakanlığının bir Müsteşarlık ve beş Genel Müdürlükte yerine getirdiği görevlerin benzerlerini, hem nicelik olarak hem de nitelik olarak yerine getirmeye çalışmaktadır.

SSK’nın temel sorunları bu şekilde açıklandıktan sonra geliştirilebilecek çözümler için önerilerimizi bundan sonraki bölümde esasen çalışma konumuzu da oluşturan SSK sağlık hizmetleri anlatıldıktan sonra bu alana ilişkin sorunlar ve çözüm önerileri ile birlikte, bir bütün olarak sunmaya çalışacağız.

⁽⁶⁵⁾ *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, T.O.B.B. Yayınları, No:264 BÖM : 17, 2.Baskı, Ankara, 1994, s.18-19

⁽⁶⁶⁾ *35 Soruda SSK Gerçeği*, s.17

⁽⁶⁷⁾ ÖNDER, İzzettin: “Devleti Sermaye Kesimi Eritti”, *İktisat*, S.353-354, Ekim-Kasım 1994, s.18-19

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: TÜRKİYE'DE SSK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK

3.1. GENEL OLARAK SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

3.1.1. SAĞLIK KAVRAMI

En geniş anlamda bireyin bedensel ve ruhsal açıdan iyi olması halini ifade eden sağlık, insanın ihtiyaçları sıralamasında ilk sırada yer almaktadır. Abraham MASLOW'a göre insanın ihtiyaç sıralaması;

- a) fizyolojik gereksinimleri
- b) güvenlik gereksinimleri
- c) sosyal gereksinimleri
- d) saygınlık gereksinimleri
- e) tamlığa erişme gereksinimi

olmak üzere beş basamaktan oluşmaktadır.⁽¹⁾

İnsanın fizyolojik gereksinimleri arasında önemli bir yeri olan sağlık kavramının çeşitli kuruluş ve bilim dallarına özgü değişik tanımları bulunmaktadır.

Sağlık kavramı bireyin fizyolojik olarak normal olma, fiziki güçlüklerle karşı koyabilme yeteneği ile birlikte duygusal, zihinsel ve toplumsal uyumluluk halini de içerir. Toplumsal uyum, bireyin davranışlarının çevresince kabul edilebilir olmasını; bireyin duygusal ve zihinsel açıdan normal olması ise duygusal ve zihinsel uyumluluğu anlatır.

⁽¹⁾ DALAY, İsmail: "Ergonominin İşçi Sağlığı ve İşgüvenliği Açısından Önemi", *Çimento İşveren*, C.3, S.9, Mayıs 1989, s.12-20

Tıp bilimi ise sağlığı bireyin biyolojik yapısını dikkate alarak tanımlamaktadır. Buna göre sağlık;

“bireyde, bedensel belirtiler bulunmayan ve tıp bilgisine sahip hekimler tarafından klinik bulgular bulunmayan ve biyolojik kurumlar ışığında fizyo-psikolojik denge durumuna sahip olmalıdır.”⁽²⁾

Şu halde sağlık, bireyin sadece sakatlığının ya da maluliyetinin bulunmaması değil, bunlara ek olarak bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da iyilik hali olarak tanımlanabilir.

3.1.2. SAĞLIK HAKKI KAVRAMI

Bireyi birinci derecede ilgilendiren bir haktır sağlık hakkı. Zira insanın diğer temel hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi sağlık hakkının varlığına bağlıdır.

01.11.1950 tarihinde imzalanan ve Türkiye tarafından da 1954’de bir yasayla onaylanan, uluslararası hukuki bir belge olarak İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Korumaya İlişkin Sözleşme’de sağlık hakkı (md. 25);

“... herkesin gerek kendisi gerekse ailesi için gerekli tıbbi bakıma, gerekli sosyal hizmetleri de kapsayan sağlığını koruyacak uygun bir yaşam düzeyine sahip olma ve hastalık durumlarında da güvenlik hakkı vardır.”

şeklinde açıklanmaktadır.⁽³⁾

Sağlık hakkı, ülkemizde 1961 ve 1982 Anayasalarında da yer almıştır. 1961 Anayasasının 49. maddesinde, devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir, denilerek bireyin

⁽²⁾ YEĞİNBOY, Yasemin ve TAYLAN, B.: *Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası*, Naklen, MAYKOWICH, K.M., Medical Sociology, Alfred Publishing Co. Inc. California, 1980, s.62

⁽³⁾ YEĞİNBOY, Yasemin: *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, İzmir 1993, s.3

sağlığını korumakla sorumlu tutulmuştur. 1982 Anayasasında ise daha kapsamlı bir düzenlemeye gidilmiştir. (Anayasa md. 56)

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

1982 Anayasası ile ilk defa özel sektörden ve genel sağlık sigortasından bahsedilmiş ve çevre sağlığının korunup geliştirilmesinde devlet ve vatandaş görevli kılınmıştır. Diğer taraftan 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 1. maddesinde, “memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklarla... mücadele etmek.... umumi devlet hizmetlerindendir.” denilmiştir.

3.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasını, Milli Mücadele döneminde Ankara Hükümeti bünyesinde 2 Mayıs 1920 günü ve 3 sayılı Yasa ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulmasıyla başladığı belirtilmektedir.⁽⁴⁾

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte dönemin sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde ve gelişiminde önemli katkısı olan SAYDAMın; koruyucu hizmetlere öncelik verdiği, numune hastanelerini kurduğu, dönemin önemli hastalıklarından

⁽⁴⁾ Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1994, s.5

sıtma, frengi gibi hastalıklarla mücadele etmek için örgütler oluşturduğu dile getirilmektedir.⁽⁵⁾

Bu dönemin önemli gelişmelerinden birisi de 1928 yılında R. Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurulmasıdır. 1936 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Yasası'nın çıkarılmasını, 1945 yılında çıkarılan Olağanüstü Savaş Yasası izlemiştir. Daha sonra;

“Sağlık hizmetlerinin planlı bir şekilde uygulanması için 1946'da Yüksek Sağlık Şurası'nın onayından geçen Birinci On Yıllık Sağlık Planı yürürlüğe konulmuştur. Bu planın ana ilkelerinden biri olan koruyucu sağlık hizmeti için gerekli örgüt kurmak ve geliştirmek amacıyla, her kırk köy için bir sağlık merkezi açılması öngörülmüştür.”⁽⁶⁾

1945'de İşçi Sigortaları Kurumu'nun kuruluşunu, 1952'de Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü'nün kurulması izlemiştir.

1960 sonrası planlı kalkınma dönemi ile birlikte sağlık alanında iki önemli düzenleme yapılmıştır. Bunlar 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun'lardır. 224 sayılı Yasaya göre sağlık hizmetleri, sağlık evleri, sağlık ocakları ve sağlık merkezleri eliyle çevreden merkeze doğru örgütlenecekti.⁽⁷⁾ 1984 yılında tüm yurttaki fiilen sosyalleştirme uygulamasına başlanmasına rağmen, doktor ve sağlık personeli eksikliği gibi nedenlerle istenen başarı sağlanamamıştır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yataklı tedavi kurumları bağlamında gelişimi Tablo 26'da görülmektedir.

⁽⁵⁾ *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum*, TC. Sağlık Bakanlığı 1. Ulusal Sağlık Kongresi, 23-27 Mart 1992, Ankara, s.12

⁽⁶⁾ AKIN, Ülgen ve AKSOY, Serap: *Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*, MPM Yay:332, Ankara 1985, s.10

⁽⁷⁾ AKIN, Ülgen ve AKSOY, Serap: *Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*, MPM Yay:332, Ankara 1985, s.12

Tablo 26: Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları, 1923-1994

Yıllar	Kurum Sayısı	Hasta yatağı sayısı	Bir yatağa düşen nüfus	10.000 Nüfusa düşen yatak sayısı
1923	86	6 437	1 920	5.1
1925	167	9 561	1 360	7.3
1930	182	11 398	1 260	7.8
1935	176	13 038	1 240	7.0
1940	198	14 383	1 240	8.0
1945	197	16 133	1 160	8.5
1950	301	18 837	1 100	9.0
1955	426	34 526	690	14.4
1960	566	45 807	600	16.6
1965	626	55 451	560	17.8
1970	746	71 876	490	20.3
1975	798	81 264	493	20.3
1980	827	99 117	451	22.2
1985	722	103 918	495	20.2
1986	736	107 152	481	20.8
1987	756	111 135	475	21.0
1988	777	113 010	479	20.8
1989	812	116 061	479	20.9
1990	899	136 638	416	24.0
1991	941	139 606	413	24.2
1992	970	142 511	411	24.3
1993	1004	147 774	405	24.7
1994	1024	150 565	406	24.6

NOT : 1990 yılından itibaren, MSB’na ait yataklı tedavi kurumları dahildir.

Kaynak: SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994

Tablodan sağlık alanında niceliksel olarak önemli ilerlemeler olduğu izlenmektedir. 1923 yılında 86 olan yataklı tedavi kurumu sayısı 1994’de 1024’e çıkmıştır. Aynı yıllar itibariyle hasta yatağı sayısı 6437’den 150565’e; on bin nüfusa düşen yatak sayısı ise 5.1’den 24.6’ya yükselmiştir.

3.2.1. KALKINMA PLANLARINDA SAĞLIK SEKTÖRÜ ⁽⁸⁾

Planlı dönemle birlikte sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla, kalkınma planlarına sağlık sektörü ile ilgili ilkeler ve hedefler konulmuştur. Bu hususlara aşağıda kısaca değinilmiştir.

i - BİRİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1963 - 1967)

Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlık personelinin dengeli dağılımı, özel sektörün hastane kurmasının teşviki, yerli ilaç sanayinin teşviki, sağlık sigortasının kurulması için çalışmalara öncelik vermek gibi ilkeler benimserken, 7.000 nüfusa bir sağlık ocağı oluşturulması temel hedef olarak belirlenmiştir.

ii - İKİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1968 - 1972)

Sosyalizasyonun uygulanması, halkın sağlık eğitimi, çocuklar, yaşlılar ve özürlüler için özel programlar geliştirilmesi gibi ilkeler, önceki planda yer alan ilkelerle birlikte anılmıştır. Genel sağlık sigortasına kademeli olarak geçilmesi öngörülmüştür.

iii - ÜÇÜNCÜ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1973 - 1977)

Bu dönemde 10.000 kişiye 26 yatak hedefi konulmuş, bu hedefe ancak 1994 yılında 24.6 ile yaklaşılabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin rasyonel,

⁽⁸⁾ Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, TC. Sağlık Bakanlığı 1. Ulusal Sağlık

koruyucu hizmetlerin etkin kullanılması ilkeleri ile beraber önceki plan ilkeleri tekrarlanmıştır.

iv - DÖRDÜNCÜ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1979 - 1983)

Temel ilke, sağlık hizmetlerinin eşit ve sürekli bir şekilde topluma ulaştırılması olarak belirlenmiştir. Bunun için denetimin artırılması, yönetici, uzman ve teknisyenlerin yetiştirilmesi öngörülmüştür. Sosyalleştirmenin bu plan döneminde bütün yurttan uygulanabilmesi hedeflenirken, bu hedefe ancak 1984 yılında ulaşılabilecektir. Hedefler arasında yatak kullanım oranının artırılması da yer almaktadır.

v - BEŞİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1985 - 1989)

Temel ilke olarak dördüncü plandaki gibi sağlık hizmetlerinden bütün vatandaşların en iyi şekilde faydalanması; bunun içinde sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli ve etkili bir biçimde herkese ulaşmasının sağlanması belirlenmiştir.

Bu amaçla özel sağlık müesseselerinin ve hastanelerin teşvik edilmesi, hastanelerin daha verimli ve rasyonel çalışmasının sağlanması, sağlık sigortasına geçişin ele alınması gibi sağlık politikası seçeneklerinden yararlanılacağı dile getirilmiştir.

vi - ALTINCI BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1990 - 1994)

Önceki planda da saptanan temel ilkenin yaşama geçirilebilmesi için yine benzer politikalar oluşturulacağından bahsedilmiştir. Plan dönemi sonunda da doğuştan hayatta kalma ümidinin 68 yıla yükseltilmesi, bebek ölüm oranının binde 50.0'nin altına düşürülmesi ve 1011 kişiye bir hekim düşmesi hedeflenmiştir. Tablo 27'de sağlık personeli açısından 1994 yılı hedefler ve gerçekleşme değerleri birlikte verilmiştir. Mutlak değer olarak hekim, eczacı, hemşire sayısında 1994 yılı gerçekleşme değerleri plan hedefini aşarken; nüfus artışıdaki yükselmeden dolayı,

bir hekime ya da eczacıya düşen nüfus sayısı plan hedeflerinin az da olsa gerisinde kalmıştır.

Tablo 27: VI Plan Döneminde Sağlık Personeli Açısından Gerçekleşme Değerleri Ve Plan Hedefleri Karşılaştırması

Sağlık Personeli	1994 Yılı Hedefleri	1994 Yılı Gerçekleşme Değerleri
Hekim Sayısı	60.604	64.000
Bir Hekime Düşen Nüfus	1.011	954
Diş Hekimi Sayısı	11.800	13.200
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	4.845	4.630
Eczacı Sayısı	16.000	17.500
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3.655	3.492
Sağlık Memuru ve Sağlık Teknisyen Sayısı	21.200	38.200
Bir Sağlık M. ve Sağlık Tek. Düşen Nüfus	2.838	1.600
Hemşire+Ebe Sayısı	63.276	101.200
Bir Hemşire ve Ebe Başına Düşen Nüfus	736	-

Kaynak: DPT, Sağlık Bakanlığı

vii - YEDİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLANI (1996 - 2000)

Bu plan döneminde sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalitenin sağlanması temel ilke olarak belirlenmiştir. Bu amaçla özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecek, sağlık alanında bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetleri teşvik edilecektir. Plan dönemindeki sağlıkla ilgili hedefler ise Tablo 28’de gösterilmiştir.

**Tablo 28 : VII'nci Plan Döneminde Sağlık Alanında
Beklenen Sayısal Gelişmeler**

	1994	2000
Hasta Yatağı Sayısı	150 565	180 000
Kamu	142 640	168 000
Özel	7 925	12 000
Yatak Başına Düşen Nüfus	406	374
Yatak İşgal Oranı (Yüzde)	58	65
Sağlık Ocağı Sayısı	4 575	5 100
Hekim Sayısı	64 000	83 500
Bir Hekime Düşen Nüfus	954	806
Diş hekimi Sayısı	13 200	16 800
Bir Diş hekimine Düşen Nüfus	4 630	4 008
Eczacı Sayısı	17 500	21 000
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	3 492	3 206
Hemşire Sayısı	61 500	104 000
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	994	647

Kaynak: DPT, Sağlık Bakanlığı

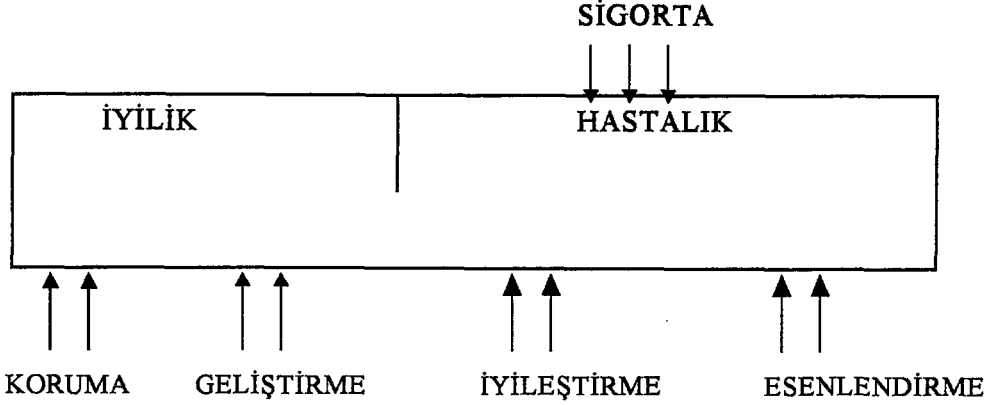
3.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, insanın sağlıklı ömrünü uzatmaktır.⁽⁹⁾ Toplumun refahını bireyin mutluluğunu artırmada sağlık hizmetlerinin önemli bir payı vardır. Şekil 2'de⁽¹⁰⁾ görüldüğü gibi sağlık hizmeti dört aşamada ele alınabilir. Bunlardan birincisi sağlığın korunması, ikincisi varolan sağlık durumunun geliştirilmesi, üçüncüsü hastalık ortaya çıkarsa iyileştirme işlemlerinin uygulanması, dördüncüsü ise sakatlık ya da işgörmelik oluştuğunda esenlendirme hizmetlerinin sunulmasıdır.

⁽⁹⁾ BULUTOĞLU, Kenan: *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul 1988, s.283

⁽¹⁰⁾ AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ELÇİ, Ö.Çınar, "Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları", *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, S.8, Temmuz-Ağustos 1996, s.4-11

Şekil 2: Sağlık Hizmeti



Şekilde, toplumun veya bireyin hastalanması hali ile sigortanın ilgili olduğu görülmektedir. Zira özel sağlık sigortaları kar amaçlı kuruluşlardır ve hastalığın varlığı ilgi alanlarının sınırını oluşturur. Çünkü, “sağlığın paraya dönüştürülebildiği tek ortam insanın hasta olduğu konumdur.”⁽¹¹⁾ Bu ise sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetinin özellikleri ise şunlardır:

a) Sağlık hizmetlerinde talep esnekliği katıdır. Sağlık hizmeti fiyatındaki değişmelere karşı hastanın duyarlılığı zayıftır. Örneğin, diyaliz makinasına giren bir böbrek hastası, fiyatı yükseliyor diye bu hizmeti satın almaktan vazgeçemeyeceği gibi; çeşitli nedenlerle fiyatında belirli bir düşme gözlenen bu hizmeti gereğinden de fazla talep etmeyecektir. Bu özellik nedeniyle sağlık piyasasında fiyatlarda önemli dalgalanmalar olabilir. Örneğin, sağlık hizmeti arzındaki yetersizlik, bu hizmetin fiyatını önemli ölçüde yükseltebilir.

Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzının artırılması, daima ek bir yatırım süresi gerektirir. Örneğin, yeni bir hastane inşası ya da bir doktorun yetişmesi uzun yıllar sürmektedir. Bu ise talebe hemen cevap veremeyen sağlık hizmeti arz esnekliğinin de katı olduğunu göstermektedir. Arzın talepten yüksek olması durumunda fiyatlar aşırı şekilde düşeceğinden, sağlık hizmeti veren kuruluşların iflası söz konusu olabilecektir.

⁽¹¹⁾ AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ELÇİ, Ö.Çınar, “Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları”, *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, S.8, Temmuz-Ağustos 1996, s.4-11

Bu olumsuz sonuçlardan geniş kitlelerin korunması ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması için devlet, sosyal devlet olmanın bir gereği olarak, sağlık hizmetleri piyasasına düzenleyici bir kuvvet olarak müdahale etmektedir. Bu sebeptir ki günümüzde sağlık hizmetleri, büyük ölçüde kamu kurumları tarafından verilmektedir.

b) Bir bölüm sağlık hizmetleri ise kamu ekonomisi teorisinde yarı kamusal mal ve hizmetlerinden sayılmıştır. Örneğin, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, tedavi hizmetinden doğrudan doğruya yararlanan bireyin sağladığı faydadan başka, ailesi ya da yakın çevresi de, adı geçen hastalığın kendilerine bulaşmaması şeklinde dolaylı bir fayda elde edeceklerdir. Bu dolaylı fayda için herhangi bir ödemenin yapılması da söz konusu değildir. Benzer durumlarda, “iyileştirilmeyen hastanın çevresi için dış zarar yarattığı, tedavisinin ise dış kazanç olduğu”⁽¹²⁾ dolayısıyla sağlık gibi “... hizmet üretiminde iktisadi ölçüt ve değerlerin işlemediği bir sınır”ın⁽¹³⁾ varolduğu, bu sınırın kamusal alan olduğu; bu sebeplerden dolayı sağlık hizmeti üretim ve sunumunda iktisadi kriterlerin tek başına belirleyici olmaması, iktisat dışı kaygılarla da olaya yaklaşılmalarının gerektiği belirtilmektedir.

c) Sağlık hizmetleri talebi genellikle tesadüfidir. “Yani, nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz.”⁽¹⁴⁾ Talebin boyutunun ne olacağı da tam olarak kestirilemez. Birey yakalandığı hastalığın tedavisinde ağır bir maliyete katlanmak zorunda kalabilir. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde ekonomik fizibilite yapmanın güçlüğü, bu alana yapılacak yatırımları riskli kılar.⁽¹⁵⁾

Sağlık hizmetlerinin yukarıdaki özelliğinden dolayı, özel sağlık kuruluşları piyasa koşullarının kendileri için uygun olduğu bölgelerde yoğunlaşmışlardır. Örneğin, Türkiye’de özel sağlık sektörünün en önemli bileşeni olan hekim muayenahanelerinden başka Şubat 1995 itibarıyla sayıları 143’ü bulan özel hastaneler yurt çapında eşit dağılmamışlardır. Afyon, Ağrı, Çorum, Giresun, Muğla’nın da aralarında bulunduğu ve tüm illerin %55’ini oluşturan bazı illerde hiç

⁽¹²⁾ BULUTOĞLU, Kenan: *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul 1988, s.282

⁽¹³⁾ BAŞER, Ertuğrul: “Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusala dair (I)”, *Birikim*, Aralık 1995, S.80, s.7-19

⁽¹⁴⁾ SALTİK, Ahmet: “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekim*, S.68, Temmuz-Ağustos 1995, s.38-44

⁽¹⁵⁾ TOKAT, Mehmet: *Sağlık Ekonomisi*, AÜ. Yayın No:793, AÖF Yayın No:403, Temmuz 1994, s.3

özel hastane yokken, 143 özel hastanenin %41'i İstanbul'dadır. İstanbul ile birlikte Adana (7), Ankara (7), Bursa (4), Hatay (4), İçel (5) ve İzmir'deki (9) özel hastaneler, toplamın %66'sını teşkil etmektedir.⁽¹⁶⁾

d) Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hasta, hekim tarafından önerilen hizmeti almak durumundadır. "Yerine başka bir hizmet konamaz".⁽¹⁷⁾ Örneğin, böbrek nakli ameliyatı pahalıya mal olacak diye, bunun yerine, daha ucuza gelecek olan çürük dişlerin bakımı konamayacaktır. Oysa birey pahalıya mal olan bal yerine daha ucuz olan pekmezi ikame edebilir. Bu bakımdan bireyin, sağlık alanında, kendini ekonomik açıdan koruyabilmek için başka seçeneklere sahip olmadığı görülmektedir. Nitekim, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü verilerinden aktarıldığına göre;

"Tayland'da topraklarını satan çiftçilere 1989 yılında niçin sattıkları sorulduğunda yüzde 60'ı sağlık hizmeti satın alabilmek için sattıklarını belirtmiştir. Papua Yeni Gine'de 1993 yılında hekime başvuranlara "buraya gelmek için parayı nereden buldunuz" diye sorulduğunda yüzde 41'i "borç aldım" yanıtını vermiştir."⁽¹⁸⁾

İkamesi imkansız olan sağlık hizmetlerinin temininde, insanların, gerektiğinde varlarını yoklarını bu alana aktarabildikleri görülmektedir. Böylesine sömürüye açık bir alanın kamusal sınırlar içerisinde kalması ve devletin sağlık hizmeti üretim ve sunumunda etkin bir rol oynaması anlamlı görülmektedir.

e) Diğer bütün mal ve hizmetlerde bireyin ihtiyacının derecesini kendisi belirleyebilmesine rağmen, sağlık hizmetlerinde böyle bir şansı yoktur. "Boyutunu ve kapsamını hizmeti kullanan değil hekim belirler."⁽¹⁹⁾ Hekim, tıp biliminin ilkeleri çerçevesinde, sağlık hizmeti alıcısının, örneğin hastanede ne kadar süre kalacağını, hangi ilacı, ilacın dozunu vb. belirler. Bu konularda hastanın hekimle pazarlık şansı bulunmamaktadır.

f) Sağlık hizmetleri ertelenemezler ve çoğu kez anında karşılanması gerekir. Özellikle kişiye ızdırap veren, sağlığını tehlikeye düşüren sorunların giderilmesi için

⁽¹⁶⁾ SOYER, Ata: "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme", *Birikim*, S.70, Şubat 1995, s.40-53

⁽¹⁷⁾ SALTİK, Ahmet: "Nasıl Bir Sağlık Hizmeti?", 31.03.1996 *Günlü Cumhuriyet*

⁽¹⁸⁾ AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ELÇİ, Ö.Çınar: "Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları", *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, S.8, Temmuz-Ağustos 1996, s.4-11

⁽¹⁹⁾ SALTİK, Ahmet: "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, S.68, Temmuz-Ağustos 1996, s.38-44

sağlık hizmeti talebi geciktirilemeyecektir. Zira bireyin çalışma gücünde kayıp, üretimi menfi olarak etkileyeceğinden toplum içinde bir kayıp olarak kabul edilir.

g) Sağlık hizmetleriyle bireyin ve toplumun sağlık düzeyinin yükseleceği, gereksiz ölümlerin önlenilebileceği vb. nedenlerle sağlık hizmeti çıktısının paraya çevrilemeyeceği belirtilmektedir.⁽²⁰⁾

3.4. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık sistemleri ülkelerin iktisadi, siyasi ve sosyal yapılarının sonucudur. Şöyle ki ülkelerin iktisadi ve siyasi yapıları, ulusal gelirden sağlığa ne kadar pay ayrılacağını, bu da sağlık göstergelerinin düzeyini belirleyecektir. Sağlık göstergeleri daha iyi olan ülkelerin ise birinci basamak sağlık hizmetlerine önem veren ülkeler olduğu belirtilmektedir.⁽²¹⁾

Ek 9'da ⁽²²⁾ seçilmiş ülkelerdeki bazı sağlık ve ekonomik düzey göstergelerine yer verilmiştir. Buradan izleneceği üzere sağlık harcamaları, özellikle sanayileşmiş ülkelerde büyük boyutlara ulaşmış (ABD'de %12), Türkiye bu konuda kendinden daha az zengin olan ülkelerin bile gerisinde kalmıştır. Örneğin, kişi başına gelirin 650 dolar olduğu Zimbabwe'de sağlık harcamalarının ulusal gelire oranı yüzde 6.2 iken Türkiye'de bu oran yüzde 4'tür. Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde binde 10'un altına düşmüş olan bebek ölüm oranı ülkemizde binde 70 düzeyindedir.

⁽²⁰⁾ SALTİK, Ahmet: "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, S.68, Temmuz-Ağustos 1996, s.38-44

⁽²¹⁾ KILIÇ, Bülent ve AKSAKOĞLU, Gazanfer: "Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar", *Toplum ve Hekim*, S.64-65, Kasım 1994 - Şubat 1995, s.4-13

⁽²²⁾ *Toplum ve Hekim*, S.64-65, s.12

3.4.1. DÜNYADAN SEÇİLMİŞ ÜLKE ÖRNEKLERİ

i - ABD SİSTEMİ

ABD sağlık sisteminde piyasa mekanizmasının belirleyiciliği söz konusudur ve sistemin Sağlık Bakanlığı şemsiyesi altında düzenlenmediği belirtilmektedir.⁽²³⁾ Sınırlı sayıda devlet hastanesi bulunmaktadır. Kar amaçlı özel sağlık sigorta şirketlerinin sistem içerisinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payı kamunun payından daha fazladır.

Sistem içerisinde 65 yaşından yukarı insanlara hizmet veren “Medicare” ve yoksullara hizmet veren “Medicaid”ler bulunmakta, hastaların katılım payları dışında kamu fonlarıyla finanse edilmektedir. Bunlar ABD nüfusunun yaklaşık %40’ını içine alan sağlık güvencesi sağlamaktadır.⁽²⁴⁾

ii - KANADA SİSTEMİ

On eyaletten oluşan Kanada’da sağlık sistemi, bu eyaletlerin ortak sağlık planlarından oluşmakta ve ülke genelinde var olan ve tek elden ödenen sağlık sigortası, tüketiciler tarafından finanse edilmektedir. Söz konusu sigortanın, yaş, sağlık ve mali durumu gözetmeksizin tüm bireyleri kapsadığı, tıbbi olarak tüm hizmetleri içerdiği, kişinin çalışma durumundaki değişiklikten etkilenmediği belirtilmektedir.⁽²⁵⁾

Federal hükümet ulusal standartları izleyen eyaletlerin sağlık planlarına katkıda bulunmakta, eyalet Sağlık Bakanlığı da doktor ve hastanelere gerekli ödemeleri yapmaktadır.

⁽²³⁾ FOWLER, John: “ABD Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu”, (Çev. Ömür Çınar ELÇİ), *Toplum ve Hekim*, S.64-65. s.36-38

⁽²⁴⁾ TOKAT, Mehmet: *Sağlık Ekonomisi*, s.21

⁽²⁵⁾ ERGÖR, Alp: “Kanada Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, S.64-65, Kasım 1994 - Şubat 1995, s.39-40

iii - İNGİLTERE SİSTEMİ ⁽²⁶⁾

Sistemi Sosyal Hizmetler Bakanlığı örgütlemiştir. Aile hekimliği kurumunun işlevsel olduğu sistem içerinden, genel pratisyenlerden oluşan herbir aile hekimine 3000 kişi düşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri burada verilmekte, yataklı tedavi hizmetlerinden yararlanabilmek için aile hekimi tarafından sevk edilmek gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçe kaynaklıdır.

iv - ALMANYA SİSTEMİ ⁽²⁷⁾

Almanya'da sağlık sigortası, serbest çalışanlar ve belirli bir tutarın üzerinde geliri olanlar için isteğe bağlı iken; tarımda kendi adına çalışanlar ve geliri belirli bir tabanın altında olanlar için zorunludur. Sağlık sisteminin işleyişi devletin federal yapısıyla yakından ilişkilidir.

Uygulamada birlik sağlamak üzere, sağlık hizmetlerinin birçok alanı federal devlet tarafından yasalarla düzenlenmiş ve bu yasaları uygulama görevi de federe devlete verilmiştir. Sağlık hizmetleri, Doğa ve Çevre Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlığı ve başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere birlikte planlanmakta ve yürütülmektedir.

Sağlıkla ilgili yaklaşık ikibin sandık bulunmakta ve primlerle finanse edilmektedir. Nüfusun yaklaşık yüzde 90'ı zorunlu sigorta kapsamındadır.

⁽²⁶⁾ AKSAKOĞLU, Gazanfer: "İngiltere Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim*, S.64-65, Kasım 1994 - Şubat 1995, s.96-100

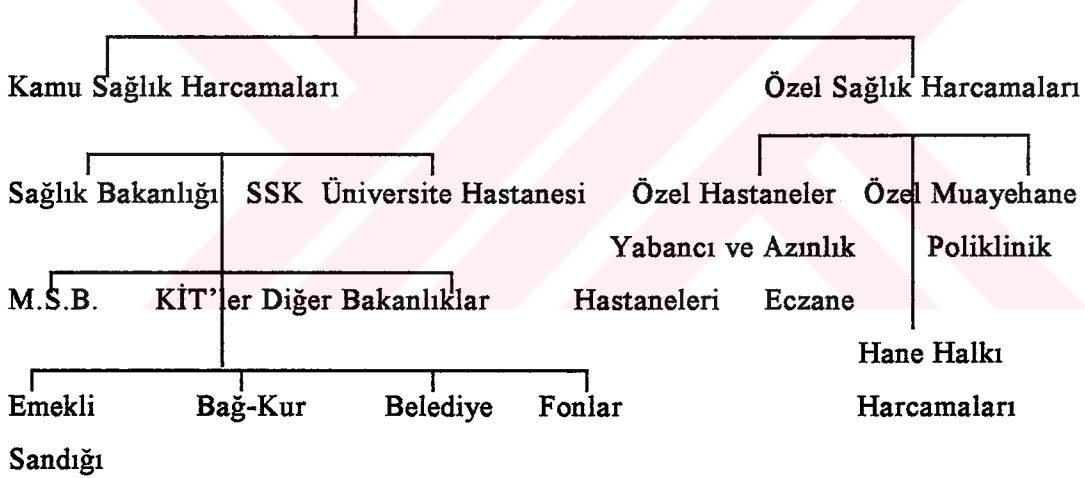
⁽²⁷⁾ ERDOĞAN, Sarger ve EKUKLU, Galip: "Almanya Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim*, S.64-65, Kasım 1994 - Şubat 1995, s.64-75

3.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapı kendisini sağlık hizmetleri arzı, talebi ve finansmanında göstermektedir. Sağlık hizmetleri büyük oranda kamu sektörü tarafından sunulurken, 1980 sonrasında özel sektörün de bu alana önemli yatırımlar yaptığı görülmektedir. Sağlık hizmeti talep edenler ise sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar şeklinde iki grubu oluşturmaktadır.

Şekil 3’de⁽²⁸⁾ Türkiye’deki sağlık hizmetleri sistemi finansman yapısı ile birlikte ortaya konulmuştur.

Şekil 3: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar



Görüldüğü gibi kamu sektöründe sağlık harcaması yapan kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Üniversiteler, Bakanlıklar, KİT’ler, Belediyeler ve Fonlar’dır. Özel sektörde ise özel hastane ve muayenehaneler, poliklinikler ve eczaneler yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık sigortası kapsamında bulunan ve bulunmayan nüfus ise Tablo 29’da⁽²⁹⁾ görülmektedir.

⁽²⁸⁾ TOKAT, Mehmet: *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1993, s.11

⁽²⁹⁾ TOKAT, Mehmet: *Sağlık Ekonomisi*, s.16

Tablo 29: Türkiye’de Sağlık Güvencesi Kapsamında Olanlar

(BİN KİŞİ)		1989	1990	1991	Sigortalı İçindeki Oranı (%)	Türkiye Nüfusu İçindeki Oranı (%)
SSK (506 Sayılı Yasaya Göre)	Aktif Sig.	3.271	3.447	3.598		
	Pasif Sig.	1.478	1.596	1.717		
	Bağımlıları	12.529	13.262	13.933		
	Toplam	17.278	18.305	19.247	47.8	33.4
BAĞ-KUR (1479 S.K. kapsamı)	Aktif Sig.	2.051	2.073	2.093		
	Pasif Sig.	539	580	621		
	Bağımlıları	7.006	5.894	6.999		
	Toplam	9.596	9.548	9.713	24.1	16.8
EMEKLİ SANDIĞI	Maaş Alanlar	1.450	706	731		
	Bağımlıları	4.312	1.421	1.426		
	Toplam	5.762	2.127	2.193	5.4	3.8
MEMURLAR	Maaş Alanlar	640	1.450	1.450		
	Bağımlıları	1.903	4.396	4.588		
	Toplam	2.543	5.846	6.038	15.0	10.5
KİT	Maaş Alanlar	640	640	640		
	Bağımlıları	1.903	1.940	1.9-60		
	Toplam	2.543	2.580	2.600	6.4	4.5
ÖZEL SİGORTA SANDIKLARI	Aktif Sig.	84	85	86		
	Pasif Sig.	32	30	30		
	Bağımlıları	296	315	334		
	Toplam	412	430	450	1.1	0.8
GENEL TOPLAM		37.642	38.836	40.241	100.0	69.7

Kaynak: TOKAT, Mehmet: Sağlık Ekonomisi

Tabloda görüldüğü gibi 1991 yılı verileriyle Türkiye nüfusunun yaklaşık yüzde 70’i sağlık güvencesi kapsamında bulunmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamında bulunmayan %30’luk kesimin SSK açısından oluşturduğu yükü ise ileride göreceğiz.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı vergi gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık olarak yaptıkları ödemeler ile sağlanmaktadır.

SSK'da sağlık hizmetlerinin finansmanı, hastalık sigortası uygulaması açısından %5 işçi ve %6 işveren hissesi olmak üzere toplam %11 oranında alınan primler ile sağlanmaktadır. Yine tablodan izlenebileceği gibi SSK, Türkiye nüfusunun yaklaşık %33.4'lük bölümü için sağladığı sağlık güvencesi ile önemli bir işlev görmektedir. Ölümcül, uzun süreli ve pahalı tedavi gerektiren kanser, böbrek yetmezliği gibi hastalığı olan %90'ın SSK hastanelerinden "sigortalı" olarak yararlanmaları gerçeği⁽³⁰⁾ yukarıdaki oranı daha da anlamlı kılmaktadır.

3.6. SAĞLIK HİZMETİ TÜRLERİ

Sağlık hizmetleri genellikle birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetleri olarak ayrıma tabi tutulmakta ve incelenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü(WHO) tarafından da yapılan bu sınıflandırmanın, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nca da benimsendiği belirtilmektedir.⁽³¹⁾

3.6.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireyin ilk başvuru yeri olan sağlık birimlerinde, ayakta ve evde tedavilerini; koruyucu sağlık hizmetlerini kapsar. Bu hizmetler doğrudan bireye yönelik olabileceği gibi çevreye de yönelik olabilir.

Bireye yönelik sağlık hizmetleri arasında bağışıklama, aile planlaması, ilk yardım, yaşlılara bakım, gebe izleme, bebek ve çocuk izleme, sağlık eğitimi gibi unsurlar önemli yer tutmaktadır. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri arasında ise su ve

⁽³⁰⁾ ÖZER, Aykut: "Paralı Sağlık Hizmeti ve Mezarda Emeklilik", *Politika*, S.2, Mayıs 1996, s.4-5

⁽³¹⁾ YEĞİNBOY, Yasemin ve TAYLAN, Bahattin: *Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası*, Naklen, MAYKOWICH, K.M., Medical Sociology, Alfred Publishing Co. Inc. California, 1980, s.23

kanalizasyon sağığı, konut sağığı, gıda sağığı gibi unsurlar yer alır. İşçilere yönelik olan işyeri hekimliğı uygulaması da bu kapsamda değeriendirilebilir.

Türkiye’de Sağık Bakanlığı, birinci basamak sağık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında belirleyicidir. 1994 yılı itibariyle 4431 sağık ocağı ve 11.838 sağık evi ile birinci basamak sağık hizmetleri yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır.⁽³²⁾ Aile planlaması ve bağışıklama hizmetleri de veren SSK, 1994 yılı sonu itibariyle toplam 179 personel ile yaklaşık 130 bin SSK iştirakçisine aile planlaması hizmeti vermiştir. SSK bu hizmetleri hastanelerinin yanısıra, özellikle dispanserleri ve sağık istasyonları aracılığıyla yerine getirmektedir. 1994 yılı itibariyle 198 sağık istasyonu ve 138 dispanseri bulunan SSK, ülke nüfusunun üçte birine sağık hizmeti verirken, birinci basamak sağık hizmeti veren kurum oranı Sağık Bakanlığı’na ait kurumların ancak %2.5’idir.⁽³³⁾ 1994 yılında SSK sağık tesislerinde gerçekleşen poliklinik sayısı 34 milyonun üzerindedir. Bunun 8 milyonu dispanserlerde, 2,5 milyonu da sağık istasyonlarında verilmiştir.

Diğer taraftan SSK’da ağırlıklı olarak birinci basamak sağık hizmeti vermesi gereken dispanser ve sağık istasyonlarında, 1993 yılı itibariyle, poliklinik hizmetlerinin üçte biri (%34) verilirken; ikinci basamak sağık hizmeti vermesi gereken hizmet ve eğitim hastanelerinde ise tüm poliklinik hizmetlerinin üçte ikisi (%66) verilmektedir.⁽³⁴⁾

Çarpıklık hekimlerin dağılımında da görölmektedir. 1992 yılı itibariyle SSK’da pratisyen hekimlerin %43.5’i dispanser ve sağık istasyonlarında, %56.5’i hastanelerde görev yapmaktadır. Aynı yıl pratisyen hekim sayısı Kurumda 1739’dur. Bu dağılımda da tedavi hizmeti ağırlıklı bir yaklaşımın izleri göröldüğü belirtilmektedir.⁽³⁵⁾

⁽³²⁾ BELEK, İlker ve ERMİŞ, Hülya: “Türkiye’de Birinci Basamak Sağık Hizmetleri = Durum”, *Toplum ve Hekim*, S.67, Mayıs-Haziran 1995, s.35-43

⁽³³⁾ KAPTANER, Suat: “SSK Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri ve İşyeri Hekimliğı”, *Toplum ve Hekim*, S.67, Mayıs-Haziran 1995, s.44-47

⁽³⁴⁾ KAPTANER, Suat: “SSK Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri ve İşyeri Hekimliğı”, *Toplum ve Hekim*, S.67, Mayıs-Haziran 1995, s.44-47

⁽³⁵⁾ KAPTANER, Suat: “SSK Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri ve İşyeri Hekimliğı”, *Toplum ve Hekim*, S.67, Mayıs-Haziran 1995, s.44-47

SSK uygulamalarında önemli bir konu da işyeri hekimliğidir. Çalışma mevzuatında ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda, 50'den fazla işçi çalıştıran işyerlerine hekim çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir. Bu işyerlerinde çalışan hekimler, esasen SSK adına hizmet vermektedirler. İşyeri hekimliği hasta sevki ağırlıklı bir yapıdan çıkarılıp, işyerlerinde de yeterli tedavi hizmetlerinin yapılması sağlanabilirse, SSK'nın bir anda onbin kadar birinci basamak sağlık hizmeti birimine kavuşacağı söylenebilir. Bu ise diğer SSK sağlık kurumlarının yükünü azaltarak bir rahatlama sağlayabilecektir.

1994 yılı itibariyle 50'nin üzerinde işçi çalıştıran işyeri sayısı yaklaşık 10 bin kadardır (9727). Sigortalı işçilerin ise %55'i bu işyerlerinde çalışmaktadır.⁽³⁶⁾

3.6.2. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak hizmetlerde tanı veya tedavisi kısmen ya da tamamen, teknolojik ve örgütlenme biçimi vb. sebeplerle gerçekleştirilemeyen hastaların muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri tedavi kurumlarını ve bu sevk sürecini kapsamaktadır.

Normal işleyen bir sevk zincirinde, hastanın önce sağlık istasyonu ya da sağlık evlerine başvurması gerekirken, bugün bu başvuruların yoğun olarak hastanelere yapıldığı görülmektedir. Oysa, birinci basamaktan süzülerek gelen hasta öznelerin başvuru basamağı olması gereken tedavi kurumları, çok daha geniş bir kavram olan sağlık hizmetlerinin tek işlevsel birimi olarak algılanır olmuştur.⁽³⁷⁾

Sevk zinciri sisteminin iyi işlemesi halinde hasta, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarca hastalığının tanı ve tedavisi gerçekleştirilemeyince hastane polikliniklerine başvuracaktır. Ayakta tedavisi mümkün olursa ayakta yoksa da yataklı tedavi kurumlarında hastanın tedavisi sağlanacaktır.

⁽³⁶⁾ SSK Faaliyet Raporu 1994, s.13

⁽³⁷⁾ BİLALOĞLU, Eriş ve KILIÇ, Bülent: "Hastaneler", *Toplum ve Hekim*, S.69-70, Eylül-Aralık 1995, s.3-5

Tablo 26’da Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarının yıllar itibariyle sayısı, hasta yatağı sayısı, bir yatağa düşen nüfus görülmektedir. Tablo 30’da 1988 - 1994 döneminde uzman hekimlerin kuruluşlara göre dağılımı yer alırken, Tablo 31’de 1993 - 1994 yıllarında bu kuruluşlarda yatan hasta sayısı ve poliklinik durumu görülmektedir.

Tablo 30: Yataklı Tedavi Kurumlarında Görevli Uzman Hekimlerin Yıllara ve Kuruluşlara Göre Dağılımı, 1988 - 1994

Yıllar	TOPLAM	Sağlık Bakanlığı	SSK	Üniversite	Diğer
1988	11 231	5 405	2 466	2 355	1 005
1989	12 319	5 842	2 546	2 840	1 091
1990	13 649	6 395	2 682	3 283	1 289
1991	15 988	7 021	2 931	4 629	1 407
1992	16 516	7 624	3 417	3 844	1 631
1993	17 538	8 286	3 381	4 068	1 803
1994	18 855	8 951	3 551	4 410	1 943

Not : MSB’na ait yataklı tedavi kurumlarını kapsamaz.

Kaynak: SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1994

Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığı belirleyici iken özellikle 1980’den sonra özel sağlık kurumları ve hastaneler sayısında belirgin bir artış gözlenmektedir. Esasen, bu eğilimin, Dünya Bankası’nın geliştirmekte olan ülkelere yönelik sağlık stratejisinde yer alan, “devletin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmesi”, “tedavi edici sağlık hizmetlerine kaynak aktarılması” önerileriyle paralel bir gelişme olduğu belirtilmektedir.⁽³⁸⁾ Diğer taraftan bu gelişme, Türkiye’de milli gelirin %75’ini elinde tutan özel kesim kaynaklarının sağlık alanına kanalize edilmesi ve teşviki ile ilişkilendirilmiştir.⁽³⁹⁾

⁽³⁸⁾ GÖKÇAY, İrfan: “Sağlık Hizmetleri”, *Özelleştirme Değil Kamulaştırma*, Kaynak Yayınları, İstanbul, 1995, s.131-164

⁽³⁹⁾ MERİH, Kutlu: *Ülkemizde Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi, Tartışma*, İTO Yayın No:1993.9, İstanbul, 1992, s.102

Özel sektörün sağlık hizmetleri piyasasında özellikle hastanelere yönelmesini kar amacının doğal bir uzantısı olarak görmek gerekmektedir. Şöyle ki, sağlık hizmeti sunumunda piyasa mekanizmasının hakim olduğu Brezilya’da, doğumların %75’inin sezaryan yöntemi ile yapılıyor olması, daha fazla kar elde etme amacıyla ilgili iken, bu oranın İngiltere’de %10 olduğu belirtilmektedir.⁽⁴⁰⁾ Etik kaygılardan uzaklaşıldığında, sağlığın sömürüye son derece müsait bir alan olduğu görülmektedir.

Ülkemizde, sistem içerisinde çok önemli bir payı olmasa da, özel sektör, özellikle ilaç ve tıbbi teknoloji ithalatının önemli boyutlara varmasında belirleyici olmuştur. İlaç ve tıbbi teknoloji ithalinin sağlık harcamaları içerisindeki payı 1981’de %5 iken 1993’de %20’ye çıkmıştır.⁽⁴¹⁾

3.7. SAĞLIK ALANINDA SON GELİŞMELER: SAĞLIKTA REFORM

ABD Ticaret Bakanlığı’nın 1994 yılında yayınladığı bir raporda, ihracatta öncelenecek, Türkiye’nin de içinde bulunduğu belli başlı on ülke saptadığı, her ülke için birer hedef sektör belirlediği, Türkiye içinse sağlığın hedef sektör olarak seçildiği belirtilmektedir.⁽⁴²⁾ Türkiye GSMH’nın yüzde 4’ü sağlığa ayrılabilirken, sağlık sektörünün hedeflenmesinin gerekçesi olarakta, “Ankara Hükümetlerinin sağlık sektöründe gerçekleştirmeyi planladıkları büyük dönüşümlerin yaratacağı olanaklar” olarak ifade edildiği belirtilmektedir.⁽⁴³⁾

Gerçekten de Türkiye’de sağlık alanında önemli sayılabilecek gelişmelerin yasal çalışmaları sürdürülmektedir. Sağlıkta reform olarak adlandırılan yeni düzenlemelerin şu alt başlıklardan oluşacağı öngörülmektedir.⁽⁴⁴⁾

⁽⁴⁰⁾GÖKÇAY, İrfan: “Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetleri ve SSK”, *SSK ve Sağlık Hizmetleri Kurultayı*, 6-7 Nisan 1996, Ankara

⁽⁴¹⁾ GÖKÇAY, İrfan: “Sağlık Hizmetleri”, *Özelleştirme Değil Kamulaştırma*, Kaynak Yayınları, İstanbul, 1995, s.131-164

⁽⁴²⁾ *Hekim Forumu*, S.100, Mayıs 1995, s.24

⁽⁴³⁾ GÖKÇAY, İrfan: “Sağlık Hizmetleri”, *Özelleştirme Değil Kamulaştırma*, Kaynak Yay., İstanbul, 1995, s.131-164

⁽⁴⁴⁾ *Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje*, TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1992, s.2-25

a) Hizmet sunumunda birinci basamak hizmetlerine özel bir önem verilip, bu alanın aile hekimliği müessesesi ile güçlendirileceği; kamu hastanelerinin zaman içerisinde özelleştirileceği hedeflenmektedir. Hastane işletmelerinden söz edilmektedir.

b) Hizmetin finansmanında Sağlık Finans Kurumu rol oynayacak ve genel sağlık sigortası yaşama geçirilecektir. Sağlık hizmeti bu kurumda toplanacak sigorta fonları ile piyasadan satın alınacaktır. Genel Sağlık Sigortasının SSK üzerindeki en önemli etkisi, hizmet maliyetleri gerçek düzeyine çıkıp ciddi biçimde artacağından, SSK'ya borçlarını ödemeyenler ve üyelikten kaçanlar üyelik için başvurmak isteyeceklerdir.

Bunlardan başka gelişmeler de gündemdedir. 1984 yılında İlaç Fiyat Kararnamesinde yapılan bir değişiklikle, ilaç fiyatlarının girdi maliyetlerine reklam parası ve finans maliyetlerinin de eklenerek oluşturulmasının sağlandığı, bu olanağın reçeteli-reçetesiz ilaç ayrımı ile de şöyle bir sonuç doğuracağı belirtilmektedir.⁽⁴⁵⁾

İlaç sanayicileri yaklaşık 1400 kalem ilacın reçetesiz satışını istemektedirler ve reçetesiz ilaçlara reklam serbestisi gündemdedir. Böylesi bir uygulamanın kamu kurumları örneğin, SSK ve iştirakçileri açısından önemi; bu kurumlar reçetesiz ilaç alamayacaklarından, bu ilaçların parasını sigortalılar ceplerinden ödeyecekleri gibi, reklam maliyeti de fiyata dahil olacağından daha fazla ödeme yapmak zorunda kalacaklardır.

Nitekim 27.04.1996 tarihinde Resmi Gazete'de reçetesiz ilaçta reklam serbestisi getiren yönetmelik yayınlanmış, ancak Danıştay yürütmeyi durdurma kararı vermiştir.⁽⁴⁶⁾

Yapılan çalışmalar, sağlık hizmetlerinin piyasadan rekabet koşulları altında alınması; kamunun, hizmet üretimini özel sektöre verilecek teşviklerle birlikte terk etmesi ve kendisinin yönlendirici ve denetleyici pozisyonunda yer almasını sağlamaya yöneliktir.

⁽⁴⁵⁾ DOMAÇ, Mehmet: "İlaç ve SSK", SSK ve Sağlık Hizmetleri Kurultayı, 6-7 Nisan 1996, Ankara

⁽⁴⁶⁾ 31.07.1996 *Günlü Cumhuriyet*

3.8. SSK SAĞLIK HİZMETLERİ

3.8.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ VE TALEBİ

SSK ülkemiz nüfusunun üçte birinden fazlasına verdiği sağlık hizmetini, büyük ölçüde kendi sağlık tesislerinden sağlarken dışardan da hizmet satın almaktadır. Kurum 1994 yılı itibariyle kendisine ait toplam 456 sağlık tesisi ve 26.877 yatak kapasitesi ile sağlık hizmeti vermektedir. SSK sağlık tesislerinin ve yatak sayılarının yıllar itibariyle gelişimi Tablo 32’de görülmektedir.

Tablo 32: SSK Sağlık Tesisleri ve Yatak Sayılarının Yıllar İtibariyle Gelişimi (1990- 1994)

	1990		1991		1992		1993		1994	
SAĞLIK TESİSLERİ	SAYI	YAT. SAY.	SAYI	YAT. SAY.	SAYI	YAT. SAY.	SAY I	YAT. SAY.	SAYI	YAT. SAY.
HASTANE	79	19.745	86	20.497	89	20.965	93	23.220	95	21.659
DOĞUMEVİ	5	1.603	6	1.823	6	1.823	7	1.907	8	2.118
SANATORYUM	3	1.912	3	1.912	3	1.912	3	2.337	3	2.419
MESLEK HAS. HAST.	2	330	3	330	3	260	2	83	2	82
RUH SAĞLIĞI HAS. HAST.	1	250	2	450	2	490	2	490	2	452
GERİATRİ HASTANESİ	1	44	1	44	0	0	0	0	0	0
FİZİK TEDAVİ MER.	1	20	2	120	2	120	2	120	1	100
YATAKLI DİSPANSER	1	30	1	30	0	0	0	0	0	0
HUZUREVİ	1	47	1	47	1	47	1	47	1	47
DİŞ TED. ve PROTEZ MER.	8	0	8	0	8	0	8	0	8	0
DİSPANSER	121	0	128	0	134	0	138	0	138	0
SAĞLIK İSTASYONU	163	0	160	0	166	0	172	0	198	0
TOPLAM	386	23.891	401	25.253	414	25.617	428	28.204	456	26.877

Kaynak: SSK İstatistik Yıllığı, 1994

Tablodan hastane, dispanser ve sağlık istasyonlarının yıllar itibariyle belirgin bir şekilde arttığı görülmektedir. Meslek hastalıkları hastanesi sayısı 3’ten 2’ye düşmüştür.

SSK Sağlık Tesislerinin personel durumu ise Tablo 33’de görülmektedir.

Tablo 33: SSK Sağlık Tesisleri Personel Durumu

Sağlık Tesisleri	1993		1994	
	Kadro Adedi	Fiili Çalışan	Kadro Adedi	Fiili Çalışan
Uzman Tabip	4.022	3.871	4.709	3.990
Tabip	1.758	1.748	2.048	1.635
Asistan	1.271	1.190	1.360	1.191
Diş Tabibi	430	424	528	455
Eczacı	933	877	1.242	912
Hemşire-Ebe	6.814	6.389	9.502	8.002
Uzman(Tab.Uz.Tüz.Gör.)	104	98	101	95
Diğer Personel	18.870	18.587	21.376	20.651
İşçi	7.430	6.941	7.430	6.153
Toplam	41.632	40.125	48.296	44.084

Kaynak. SSK Faaliyet Raporu, 1994

Diğer taraftan, ülkemiz sağlık sektörü içerisinde önemli bir yeri olan SSK'nın esasen bir sosyal sigorta kurumu olarak, sağlık hizmetlerini kendisinin üretmemesi gerektiği, bu konuda uzmanlaşmış kuruluşlardan satın almasının daha uygun olacağı dile getirilmektedir. Ancak SSK'nın sağlık hizmetlerini kendi tesislerinde üretmesinin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlar tarihsel, finansal ve yasal nedenlerdir.

i - TARİHSEL NEDEN

SSK'nın kurulduğu 1945 yılı ve sonrasında, ülke çapında hastane vb. sağlık ünitelerine duyulan ihtiyaca rağmen Sağlık Bakanlığı parasal sıkıntılardan dolayı beklentilere cevap veremeyecek durumdadır. Aynı dönemde SSK fon toplamakta fakat sigorta vakalarının azlığı nedeniyle harcama kalemleri sınırlı kalmaktaydı. Dolayısıyla Kurumun elinde büyük miktarda fonlar birikmekteydi. Böylece Sağlık Bakanlığı'nın görevini bir yerde SSK yüklenecek ve sağlığa önemli yatırımlar yapacaktır. Bu gelişmeyi Tablo 34'den izlemek mümkün.

Tablo 34: SSK ve Sağlık Bakanlığı'nın Yıllar İtibariyle Yatırım Harcamaları (Milyar TL.)

Yıllar	SSK (Ödenek)	Sağlık Bakanlığı (Ödenek)
1965	66,0	16,7
1970	77,0	8,6
1975	107,1	656,4
1980	958,3	3.828,5
1985	2.303,9	17.897,0
1990	52.706,1	413.022,0

Kaynak: Ülkemiz Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi, İTO Yay No:1993.9, s.117

Tablo 34'de görüldüğü gibi 1965 yılında SSK'nın sağlık alanına yaptığı yatırım Sağlık Bakanlığı yatırımlarından 3 kat daha büyüktür. 1975 yılında bu fark 9 katın üzerine çıkmıştır. Daha sonraki yıllarda Sağlık Bakanlığı yatırımları da artmaya başlıyor. SSK sağlık tesisleri bugünde önemli işlevler görmektedirler.

ii - FİNANSAL NEDEN

Bir hizmet kuruluşu olarak SSK, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da hizmet maliyetini mümkün olduğunca düşürmeye çalışacaktır. Kendi tesislerinde sağlık hizmeti üretim ve sunumu dışarıya göre daha ucuz ise yani bir kar marjı oluşuyorsa, Kurumun sağlık alanına yatırım yapması iktisadi rasyonalitenin bir gereğidir. Nitekim, poliklinik ve yatak gün maliyetleri açısından, Kurum sağlık tesislerinde hizmetin maliyeti dışarıya göre belirgin ölçüde düşüktür.

Tablo 35: Poliklinik ve Yatak - Gün Maliyetleri Karşılaştırması (1989 - 1994)

Yıllar	Kurum Sağlık Tesislerinde		Satınalınan Sağlık Hizmetlerinde	
	Poliklinik Maliyeti (TL.)	Yatak-Gün Maliyeti (TL.)	Poliklinik Maliyeti (TL.)	Yatak-Gün Maliyeti (TL.)
1989	21.651	31.872	91.253	158.780
1990	40.655	69.940	133.961	233.092
1991	65.192	120.584	289.334	503.442
1992	127.637	225.343	489.356	867.140
1993	213.768	388.752	855.405	1.488.405
1994	408.379	667.614	1.550.881	2.698.533

Kaynak: 35 Soruda SSK Gerçeği

Tablodan görüldüğü gibi 1994 yılında, Kurum bir hastaya kendisi baktığında maliyeti 408 bin TL. olurken, aynı hizmetin dışarıdan satın alınması durumunda maliyeti 1.550 bin TL. olmaktadır. Yatak-gün maliyet açısından da Kurum sağlık tesisleri lehine önemli bir farklılık bulunmaktadır.

Bu sebeplerle SSK'nın, kendisine ait sağlık tesislerinde hizmet sunuyor olması rasyonel bir karar olarak gözükmektedir.

iii - YASAL NEDEN

SSK'na 506 sayılı Yasa ile sağlık tesisi kurma yetkisi verilmiştir. 506 sayılı Yasanın 123. maddesindeki düzenlemeye göre Kurum, sağlık yardımlarını yapabilmek için hastane, sanatoryum, yataklı ve yataksız dispanser, sağlık istasyonu, eczane vb. müesseseler işletebilecektir. Gerekli görüldüğü yerlerde ise hastane, eczane, hekim vb. ile sözleşmeler yapabilecektir.

3.8.2. SSK SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISI VE GELİŞİMİ

SSK'nın birinci basamak sağlık hizmetlerini, işyeri hekimliği müessesesi ve dispanser / sağlık istasyonları aracılığıyla, sigortalılara ve bağımlılarına götürdüğünü daha önce belirtmiştik. Nitekim 506 sayılı Yasanın 24. maddesi de, Kurum, sigortalıları sağlık durumlarını kontrol amacıyla, istediği zaman sağlık muayenesine tabi tutabileceği gibi, koruyucu hekimlik bakımından gerekli her türlü koruyucu tedbirleri de alır, demektir. Ancak koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin gerekli önlemler alınmadığından, özellikle ikinci basamak sağlık hizmeti vermesi öngörülen hastanelere yığılmalar önlenememiştir.

Bütün Türkiye'de hekim çalıştırma zorunluluğu olan 50'den fazla işçi çalıştıran işyeri sayısının 10.000 civarında olduğunu söylemiştik. İşyeri hekimliği müessesine gerekli önem verilip, yasal müeyyideler vb. ile işlerlik kazandırıldığında SSK on bin kadar birinci basamak sağlık birimine daha kavuşmuş olacaktır. Böylece SSK sağlık birimlerinin poliklinik yükü önemli ölçüde azalabilecektir.

SSK sağlık istasyonu ve dispanserlerinde tüm poliklinik hizmetlerinin üçte biri verilirken, hizmet ve eğitim hastanelerinde tüm poliklinik hizmetlerinin üçte ikisi verilmektedir. Diğer taraftan uzman hekimlerin %87'si, pratisyen hekimlerin de %56.5'i hastanelerde çalışmaktadır. Dağılımın çarpıklığı dikkat çekmektedir. Böylece birinci basamak sağlık birimlerine başvuru istenen düzeyde olmazken, buralardan da hastanelere sürekli sevk uygulaması hastaneleri hizmet veremez duruma getirmektedir. Bu durum hastanede verilen hizmetleri aşınmaya uğrattırırken, hizmet talep edenleri de en azından "otelcilik hizmetleri" anlamında tatmin edememektedir. Öyle ki, SSK'da çalışanların bile yüzde 40'ının SSK dışı kurumları tercih ettikleri aktarılmaktadır.⁽⁴⁷⁾

"Aslında sağlık sorunlarının %80-90 oranında birinci basamak sağlık kurumlarında çözülebileceği bilimsel bir gerçek iken, SSK yıllardır bu gerçeklere aykırı olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerini (işyeri hekimliği - sağlık istasyonları - dispanserler) ihmal ederek, sonuçta

⁽⁴⁷⁾ YILMAZ, Yalçın: "SSK'dan Kaçış", 30.06.1995 *Günlü Türkiye Gazetesi*

hastane hizmetlerini de bugünkü herkesin yakındığı duruma getirmiştir.”⁽⁴⁸⁾

Esasen SSK’da hastane ağırlıklı tedaviye yönelik sağlık hizmetleri politikasının izlendiği görülmektedir. Şöyle ki, ülke nüfusunun üçte birinden fazlasına sağlık hizmeti veren SSK’nın birinci basamak sağlık hizmeti verecek kurum sayısı (dispanser ve sağlık istasyonu), Sağlık Bakanlığı’na bağlı birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların %3’ünü geçememektedir.

“Dolayısıyla, gerek tedavi hizmetlerinin daha pahalı hizmetler olması, gerekse birinci basamak hizmetlerinde poliklinik anlamında hastanelere aktarılması, kapasite sorununu ortaya çıkarması nedeniyle, SSK hem finansman hem de sağlık hizmetinin niteliği ve erişilebilir olması yönünden krize girmiştir.”⁽⁴⁹⁾

Örneğin, bir dispanser hekimine düşen nüfus 15 bin olduğuna göre, hastalanan bir sigortalının, hekime muayene olabilmek için ortalama 150 kişilik bir kuyruğu beklemesi gerekir. Hekim ise herbir hastaya ancak 3 dakikalık bir zaman ayırabilecektir.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde ise personel yetersizliği nedeniyle hizmet sunumunda sıkıntılar yaşanırken, sağlık tesisi sayısında da yeterli artışın olmadığı görülmektedir. 1985 - 1993 döneminde aktif sigortalı sayısındaki artış %52.4 iken ve bağımlılar ile bu oran daha da yükseldiği halde, bu sürede sağlık tesisi sayısındaki artış %31.3, yatak kapasitesindeki artış ise %38.2 olmuştur.⁽⁵⁰⁾

SSK hastanelerinde kapasite üstü hizmet verilmekte, bu ise hizmet kalitesini tartışılır kılmaktadır. Örneğin, kamu yataklı tedavi kurumlarında çalışan uzman hekimlerin %23’ü, pratisyen hekimlerin %16’sı SSK yataklı tedavi kurumlarında çalışmaktadırlar. Tüm poliklinik sayısının %36’sı SSK yataklı tedavi kurumlarında

⁽⁴⁸⁾ TTB SSK Raporu (1994 - 1995), s.10

⁽⁴⁹⁾ TTB SSK Raporu (1994 - 1995), s.10

⁽⁵⁰⁾ TTB SSK Raporu (1994 - 1995), s.11

gerçekleştirilmektedir. Yine SSK yataklı tedavi kurumlarında ebe - hemşirelerin %14'ü çalışmakta ve yatan toplam hastaların %27'sine bakılmaktadır.⁽⁵¹⁾

3.8.3. SSK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ - TALEP DEĞİŞİMİ

1994 yılı SSK Genel Kurul Tutanaklarında, son 20 yıllık süreçte, SSK'daki hizmet talebi artışıyla, bu talebe cevap vermek üzere yapılan yatırım ve alınan önlemlerin yetersizliğine dikkat çekilmektedir. Şöyle ki, 1973 yılında; SSK sağlık hizmetlerinden yararlanan sayısı 13 bin civarında iken; 1992 yılında sağlık hizmetlerinden yararlananların sayısı 20.4 milyon, yataklı tesis sayısı 106 ve yatak sayısı da 28 bin düzeyine yükselmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan sayısı %139 artarken, yatak sayısındaki artış %88 ile oldukça geride kalmıştır.

Tablo 36 incelendiğinde, SSK hekimleri tüm hekimlerin %11'ini, SSK hemşire-ebeleri toplamın %7'sini, SSK eczacıları ise toplamın ancak %4.8'ini oluşturduğu görülmektedir. Bu sayısal veriler, SSK'nın ülke nüfusunun üçte birinden fazlasına sağlık hizmeti vermesi gerçekliğiyle daha da anlamlı olmaktadır: SSK sağlık kurumlarında çalışan personelin hizmet yükü oldukça ağırdır.

Tablo 36: Türkiye'de Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı (%)

Sağlık Personeli	SSK	SB	Tıp. Fak.
Tüm Hekimler	11	54.3	15.6
Uzman Hekim	14	37	18
Pratisyen/Asistan	8.4	68	14
Hemşire-Ebe	7	75	11
Eczacılar	4.8	7.3	2.5

Kaynak: TTB SSK Raporu (1994 - 1995)

SSK sağlık hizmetlerinde potansiyel ve gerçekleşen hizmet talebi ile alt yapı ve insan gücü arzının 14 yıllık değişimi ise Tablo 37'de görülmektedir.

⁽⁵¹⁾ TTB SSK Raporu (1994 - 1995), s.11

Tablo 37: SSK Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Değişimi (1979 - 1993)

	1979	1989	1993	1979-1993 ARTIŞ (%)
POTANSİYEL TALEP				
Toplam Sigortalı	9,3 milyon	19,9 milyon	22,4 milyon	+145
Aktif Sigortalı	2,2 milyon	3,3 milyon	3,9 milyon	+85
GERÇEKLEŞEN TALEP				
Başvuran Hasta	16,10 milyon	31,4 milyon	31,9 milyon	+98
Yatan Hasta	481 bin	795 bin	913 bin	+90
Ameliyat	108 bin	241 bin	299 bin	+176
Doğum	97 bin	143 bin	172 bin	+77
ALT YAPI				
Yataklı Kurum	74	91	109	+43
Dispanser	85	418	138	+62
İstasyon	149	160	172	+15
Toplam Yatak	18 405	22 461	28 157	+53
İNSAN GÜCÜ				
Toplam Sağlık Pers.	36 143	35 559	40 125	+11
Toplam Hekim	4 539	5 144	6 907	+52
Uzman	3 125	3 191	3 871	+24
Pratisyen (Asistan Dahil)	1 414	1 953	2 938	+107
Diş Hekimi	207	-	424	+105
Eczacı	784	870	877	+12
Hemşire+Ebe	3 521	5 967	6 390	+81
Memur	12 287	-	18 587	+51
İşçi	14 805	-	6 941	-53

Kaynak: TTB SSK Raporu (1994 - 1995)

Bu 14 yıllık dönemde, toplam sigortalı nüfus artışı % 145 olmuştur. Sigortalı sayısındaki artış ile birlikte, sigortalının bakmakla yükümlü oldukları bağımlı sayısında da artış olacağından sağlık hizmeti talebinde de önemli artışlar olmuştur. Böylece sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısı artışı %98, yatan hasta sayısı artışı %90 ve ameliyat sayısı artışı %176 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmeti talebinde ortalama olarak %82 düzeyinde bir artış olduğu halde, SSK sağlık kurumlarındaki alt yapı gelişmesi ve insan gücündeki artış bu talebi karşılamakta yetersiz kalmıştır.⁽⁵²⁾

Sağlık istasyonu sayısındaki artış %15, dispanser sayısındaki artış %62, yataklı kurum sayısındaki artış %43 olurken; hekim artışı %52, hemşire-ebe artışı

⁽⁵²⁾ TTB SSK Raporu (1994 - 1995), s.14

%81 olmuştur. Aynı dönemde işçi sayısında %53'lük bir azalma olmuştur. İşçi sayısındaki negatif artış, Kurumda işçi statüsünde çalışanların ölüm, emeklilik vb. durumlarda işten ayrılmaları halinde kadrolarının iptal ediliyor olmasından kaynaklanmıştır.

3.8.4. SSK SAĞLIK HARCAMALARININ MALİ PORTRESİ

SSK sağlık harcamaları yapısındaki değişimi Tablo 38'de görmek mümkün.

Tablo 38: SSK Sağlık Harcamaları Yapısının Yıllara Göre Değişim Oranları (%)

	1965	1973	1979	1986	1988	1989	1990	1993
SSK Sağlık Kurumu								
Giderlerinin Gelirler İçi Payı	15	17	15	13	10	12	14	15
Giderler İçinde SSK Sağlık Kurumu Giderlerinin Payı	41	53	48	33	13	13	16	19
Sağlık Prim Gelirleri İçinde Toplam Sağlık Harcamalarının Payı	51	60	95	55	46	75	82	65

Kaynak: TTB SSK Raporu (1994 - 1995)

Tablodan görüldüğü gibi, 1986 - 1993 döneminde toplam sağlık harcamalarının tüm SSK giderleri içerisindeki payı %38'lerden %24'lere gerilemiştir. Sağlık alanına yapılan yatırımlardaki belirgin azalışın neden olduğu hizmet arzındaki yetersizlik, sağlık hizmetlerinin Kurum dışından satın alınması yolu ile giderilmeye çalışılmıştır. Böylece 1986 yılında %13 olan Kurum dışında gerçekleşen tedavi giderlerinin sağlık harcamaları içindeki payı 1993'de %23.9'a yükselmiştir. İlaç harcamalarında ise dalgalanma yaşanmakla birlikte, sağlık harcamaları içerisindeki payı %30'un altına düşmemiştir. Sağlık personeli brüt ücretleri ise sağlık harcamalarının %50'sine yaklaşmaktadır.

Tablo 39’da görüldüğü gibi SSK, 1994 yılında sağlık harcamalarının yaklaşık %78’ini kendi sağlık tesislerinde, %17’sini diğer kurumlarda, %5’ini de anlaşmalı olduğu hekimler yoluyla gerçekleştirmiştir.

Tablo 39: SSK Tedavi Giderlerinin Yıllar İtibariyle Gelişimi (1991 - 1994)

	1991		1992		1993		1994	
Tedavi Gid.	Miktarı	Or. (%)	Miktarı	Or.(%)	Miktarı	Or.()	Miktarı	Or.(%)
Har.Yap.S ağ.Y	868.121,3	22,1	1.372.846,8	18,8	2.280.663,5	18,9	3.935.321,1	16,8
Anlaşmalı Dr. ve Müess. Öd.	214.917,9	5,5	346.734,4	4,7	600.672,9	5,0	1.343.745,8	5,7
Toplam	1.083.039,2	27,6	1.719.581,2	23,5	2.881.336,4	23,9	5.279.066,9	22,5
Sağ. Tes. Gid.	2.842.444,4	72,4	5.596.837,2	76,5	9.180.581,8	76,1	18.145.249,0	77,5
Genel Toplam	3.925.483,6	100,0	7.316.418,4	100,0	12.061.918,2	100,0	23.424.315,9	100,0

Kaynak: SSK Faaliyet Raporu, 1994

Tablo 40’da ise SSK sağlık tesisleri giderlerinin dağılımı 1993 - 1994 yılı ile mukayeseli olarak gösterilmiştir.

Tablo 40: SSK Sağlık Tesisi Giderleri

Giderler	1993		1994		Fark%
	Tutarı	Mas. %’si	Tutarı	Mas. %’si	
Genel Yön. Gid.	5.453.013,7	59,4	9.000.328,9	49,6	65
İlaç Gid.	3.045.370,9	33,2	7.056.456,6	38,9	132
TıbbiMalz.vs. Gid	444.824,4	4,8	1.389.299,5	7,6	212
Diğer Ted. Gid.	188.677,0	2,1	360.484,0	2,0	91
Faaliyet Dışı Gid.	48.695,8	0,5	338.680,0	1,9	596
Toplam	9.180.581,8	100,0	18.145.249,0	100,0	98

Kaynak: SSK Faaliyet Raporu, 1994

Tabloda görüldüğü gibi genel yönetim giderleri toplam sağlık tesisi giderlerinin $\frac{1}{2}$ 'sini oluştururken, ikinci sırada ilaç giderleri gelmektedir. 1993 yılı ile karşılaştırıldığında 1994 yılında ilaç giderlerindeki artış %132 olurken, tıbbi malzeme giderlerindeki artış %212 olarak gerçekleşmiştir.

1994 yılında ilaç giderlerindeki bu önemli artış, ilaç fiyatlarındaki artışla ilgilendirilebilir. Başka bir neden olarak, SSK polikliniklerinde verilen ilaç sayısındaki artış gösterilebilir. Ancak reçete başına ilaç sayısı 1990'da 3.93 iken 1994'de 3.81'e gerilemiştir. Yine "eşdeğer ilaç" uygulaması SSK açısından, ilaç giderlerinin daha da artmaması yönünde bir olumluluktur. Bu uygulama ile ilaç sanayicilerinin SSK'ya maliyetlerinin dahi altında fiyatla satış yapabilecekleri yönünde önerilerle geldikleri belirtilmektedir.⁽⁵³⁾ Örneğin, piyasa fiyatı 75.500 TL. olan bir ilacı, SSK'ya 37.000 TL.'na verebileceklerini iletmışlerdir. 506 sayılı Yasada SSK'nın "ilaç fabrikaları" kurabileceği belirtilmesine rağmen, SSK siyasi nedenlerle ancak bir ilaç fabrikası kurabilmiştir.

Tıpta teknoloji kullanımının yaygınlaşması ve bu yeni teknolojilerden yararlanılarak yapılan tedavilerin pahalı oluşu SSK açısından da önem arz etmektedir. Örneğin, 1994 yılında SSK'nın elinde tıbbi görüntüleme cihazlarından bilgisayarlı tomografi 3 tane iken, özel kurumlarda 33 tane bulunmaktaydı.⁽⁵⁴⁾ Bilgisayarlı tomografi cihazlarının kullanımına yönelik tetkikler için Kurum dışına hasta sevki Kurum için bir maliyet unsuru olarak görülürken; SSK bu tür cihazların ithalinde çeşitli idari sorunlarla karşılaşmaktadır.

Diğer taraftan SSK'ya başvuran hastaların %99'unun Kurum tarafından sorunları çözülürken %1'inin sevk edildiği; sevki yapılan bu %1 için kaynakların %25'inin harcandığı belirtilmektedir.⁽⁵⁵⁾

⁽⁵³⁾ 01.07.1996 *Günlü Siyah Beyaz Gazetesi*

⁽⁵⁴⁾ ŞEMİN, Semih ve AMATO, Zühal: "Bilgisayarlı Tomografi Cihazlarının Sayısal Durumunun İncelenmesi", *Toplum ve Hekim*, S.67, s.8-16

⁽⁵⁵⁾ SERTLEK, Tufan: "Gönül Özelleştirme İster SSK Bahane", *Sınıf Hareketinde Yön*, S.3, Mayıs-Haziran 1995, s.7-8

3.8.5. SSK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK

3.8.5.1. VERİMLİLİK VE ETKİNLİK

İktisat teorisinde verimlilik, bir çıktının en az (minimum) maliyetle üretilmesi ya da birtakım girdilerle en yüksek (maksimum) üretimin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. “Verimliliğin ölçülebilmesi için çıktı ile çıktının üretilmesinde kullanılan girdilerin miktar veya parasal değer olarak bilinmesi gerekir”⁽⁵⁶⁾

Ancak sağlık hizmeti üretiminde kullanılan girdiler miktar veya parasal değer olarak tanımlanabilse de çıktının, sağlık alanında tanımlanmasında bir belirsizlik bulunmaktadır. Zira sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta, hizmeti üreten hekim ve ilgili sağlık biriminin yöneticisi için “sağlık hizmeti çıktısı” farklı anlamlar taşımaktadır.

Hizmetin teknik boyutuyla ilgili olan hekim, hastaya doğru tanı koyup, fiziki ve tıbbi açıdan en kısa sürede iyi olmasına çalışırken, “yönetim, hastaların ihtiyacı olan bakımı sağlarken bunu mümkün olduğu kadar az kaynak harcayarak yapmak ister.”⁽⁵⁷⁾ Hekimin bakış açısıyla yönetimin yaklaşımı çoğu kere çatışabilir. Bu ise sağlık hizmetlerinin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Hasta ise olaya daha farklı bakmakta, biran önce iyileşmek istemektedir. Daha da önemlisi, kendisi için tıp biliminin tüm olanaklarının kullanıldığı bir kuruma sağlığını emanet etmiş olmanın güvenini yaşamak istemektedir.⁽⁵⁸⁾

Sağlık hizmetlerinde maksimum verimlilik, toplumsal yarar anlamında sıfır hasta demektir. Bu amaca ulaşma mücadelesi, toplumun hastalıklardan korunması, korumanın başarısız olması durumunda erken tanı ve tedaviyi de kavramaktadır.

⁽⁵⁶⁾ ALPUGAN, Oktay: “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, *1. Verimlilik Kongresi -Bildiriler-*, MPM, Ankara 1991, s.59-70

⁽⁵⁷⁾ ÖZGEN, Hacer: “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”, *Toplum ve Hekim*, S.69-70, Eylül-Aralık 1995, s.47-53

⁽⁵⁸⁾ GÖKÇAY, İrfan: “Sağlık Hizmetleri”, *Özelleştirme Değil Kamulaştırma*, İstanbul 1995, s.131-

Birer performans göstergesi olarak verimlilik ve etkinlik kavramları arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Şöyle ki, bir işin verimli yapılması her zaman o işin etkinlikle yapıldığı anlamına gelmemektedir. Etkinlik, gösterilen çabaların amaca ulaştırıcı nitelikte olmasını içerir. “Bir ayırım yapılması gerekirse, verimlilik “iş doğru yapmak”; etkinlik ise “doğru işi yapmak”tır”⁽⁵⁹⁾

Verimlilik işletmenin iç yapısı ve işleyişiyle ilgili teknik bir kavramdır. Etkinlik ise işletme dışı etkenlerin de etkisi altındadır. Etkinliğin sayılarla ölçülmesi zor iken, verimliliğin ölçülebilen sonuçları, gösterilen çabalarda ne ölçüde etkin olunduğunu önemli ölçüde yansıtmaktadır. Bu açıdan etkinlik verimliliği kuşatan bir kavramdır.⁽⁶⁰⁾ Bununla beraber verimliliğin ölçülebilen sonuçlarının işletmenin etkinliği hakkında açıklayıcı olabileceği belirtilmektedir.⁽⁶¹⁾

Verimlilik kavramı, karlılık kavramı ile de benzerlik taşımaktadır. Karlılık, karın sermaye ile karşılaştırılması ile ilgilidir. Toplam maliyetin toplam satış hasılatından düşük olduğu durumlarda verimlilik artışı, karı daha da artırabilecektir. Fakat yüksek kar her zaman verimlilik anlamına gelmez. Bir işletme verimli çalışmadığı halde ürün fiyatlarını yükselterek karlılığını artırabilir.

3.8.5.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK GÖSTERGELERİ

Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için, sağlığın doğrudan ya da dolaylı olarak etkilendiği iktisadi, sosyal ve beşeri verilerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri etkinlik göstergelerinin dört ana grupta incelenebileceği belirtilmektedir.⁽⁶²⁾ Bunlar;

⁽⁵⁹⁾ ALPUGAN, Oktay: “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, *1. Verimlilik Kongresi -Bildiriler-*, MPM, Ankara 1991, s.60

⁽⁶⁰⁾ ALPUGAN, Oktay: “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, *1. Verimlilik Kongresi -Bildiriler-*, MPM, Ankara 1991, s.60; GENÇ, Nurullah: “Örgüt Geliştirmenin Verimlilik ve Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi ve Başlıca Örgüt Geliştirme Teknikleri”, *A.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, S.3-4, s.362-370

⁽⁶¹⁾ ALPUGAN, Oktay: “Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, *1. Verimlilik Kongresi -Bildiriler-*, MPM, Ankara 1991, s.60

⁽⁶²⁾ YEĞİNBOY, Yasemin ve YEĞİNBOY, Emin: *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İncelenmesi*, İzmir 1993, s.9

- a) demografik göstergeler
- b) ekonomik göstergeler
- c) Hastane göstergeleri
- d) sağlık insan gücü göstergeleridir.

Bizde, SSK sağlık hizmetlerini özellikle hastane ve sağlık insan gücü göstergeleri açısından değerlendirmeye çalışacağız. Bunlardan ilk ikisi için kısaca bilgi vermekle yetineceğiz.

Demografi nüfusu çeşitli yönleriyle incelemektedir. Demografik göstergeler ise nüfus ve yaşam göstergeleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Nüfus göstergeleri arasında yüzölçümü ve nüfus, nüfus yoğunluğu ve nüfus dağılımı, doğal nüfus artış hızı gibi göstergeler sayılabilir. Örneğin, doğal nüfus artış hızı 1980 - 1989 döneminde Türkiye’de binde 24 iken; Norveç ve Fransa’da binde 4, Portekiz ve Japonya’da binde 6, İtalya’da binde 2 olarak gerçekleşmiştir. Dünya ortalaması ise binde 18’dir.⁽⁶³⁾

Yaşam göstergeleri arasında ise bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, kaba ölüm oranı, kaba doğum oranı, beklenen yaşam süresi gibi göstergeler yer almaktadır.

Türkiye’nin bazı ülkeler ile yaşam göstergeleri açısından karşılaştırması şöyledir: 1989 yılında Türkiye’de bebek ölüm oranı binde 61 iken; Yunanistan’da binde 11, Norveç ve Almanya’da binde 8, İtalya’da binde 9, ABD’de binde 10’dur. Dünya ortalaması ise binde 24’tür.⁽⁶⁴⁾ Aynı dönemde anne ölüm oranı Türkiye’de binde 207 iken, Fransa’da binde 13 ve ABD’de binde 9’dur.

Ekonomik göstergeler arasında yer alan GSMH ve buradan sağlığa ayrılan pay, kişi başına düşen milli gelir ve sağlık harcamalarına ayrılan pay, enflasyon artış

⁽⁶³⁾ YEĞİNBOY, Yasemin ve YEĞİNBOY, Emin: *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İncelenmesi*, İzmir 1993, s.94-103

⁽⁶⁴⁾ YEĞİNBOY, Yasemin ve YEĞİNBOY, Emin: *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İncelenmesi*, İzmir 1993, s.104-112

hızı ve ülkenin dünya ekonomisindeki gelir düzeyi gibi göstergeler yine ülkeler arası karşılaştırmalar da kullanılabilir.

3.8.5.3. SSK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK GÖSTERGELERİ

SSK sağlık hizmetlerinin bütününe kavrayan performans göstergelerine ulaşmanın güçlüğü, değerlendirmelerimizi SSK hastaneleri ile sınırlamamıza neden olmuştur. Şüphesiz ki SSK sağlık hizmetleri sadece hastanelerde verilen hizmetlerden ibaret değildir. Ancak yapılan sağlık harcamalarının önemli bir bölümü hastaneler kanalı ile olmakta ve sağlık insan gücünün önemli kısmı $\frac{2}{3}$ 'si hastanelerde çalışmaktadır. Bu anlamda SSK hastaneleri özelinde verilen sağlık hizmetlerinin etkinliğini “hastane göstergeleri” açısından, diğer sağlık kuruluşlarıyla karşılaştırmaya yönelik bu çalışmada, bir varsayım olarak SSK hastanelerinin bütün SSK sağlık hizmetlerini temsil ettiği kabul edilmiştir.

i - PARAMETRELER

Araştırma yöntemi olarak, SSK hastanelerinde verilen hizmetlerin aşağıda açıklanacak etkinlik / değerlendirme ölçütleri açısından, özellikle Sağlık Bakanlığı, Tıp Fakülteleri ve Özel Hastaneler ile karşılaştırılması belirlenmiştir. Tablo 41 bu amaçla oluşturulmuştur.

Karşılaştırmada kullanacağımız etkinlik parametreleri ve formülleri şunlardır. ⁽⁶⁵⁾

a) Kapasite Kullanım Oranı (KKO): Yatak işgal oranı, doluluk oranı ve yatak kullanımı oranı gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Hastane

⁽⁶⁵⁾ SÜMBÜLLÜOĞLU, Vildan ve SÜMBÜLLÜOĞLU, Kadir: *Sağlık Hizmetlerinde Veri Toplama ve Değerlendirme Yöntemleri*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1995, s.137-152; TOKAT, Mehmet ve KISAER, Hülya: *Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi*, Ankara 1991; ERSOY, Korkut ve KAVUNCUBAŞI, Şahin: “Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans”, *Toplum ve Hekim*, S.66, Nisan 1995, s.107-113

yataklarının ne oranda yani ne kadarının dolu olarak kullanıldığını gösteren bir ölçüttür. Yüzde 80 dolayında olması normal karşılanır. Şu formülle hesaplanır:

$$KKO = (\text{Yatan Hasta Sayısı} \times \text{Ortalama Yatış Süresi}) / (\text{Yatak Sayısı} \times 365)$$

b) Ortalama Yatış Süresi (OYS): Hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastaların ortalama kaç gün içerisinde taburcu edildiğini gösterir. Formülü ise şu şekildedir:

$$OYS = \text{Toplam Hasta Günü} / \text{Yatan Hasta Sayısı}$$

c) Kaba Ölüm Hızı (KÖH): Belirli bir süre içerisinde klinikte ölen toplam hasta sayısının, aynı süre içerisinde taburcu edilen (ölenler dahil) hasta sayısına bölünmesiyle bulunur. ABD standartlarına göre kaba ölüm hızının %3-4'ü geçmemesi beklenir. Formülü;

$$KÖH = \text{Ölen Hasta Sayısı} / (\text{Taburcu Edilen} + \text{Ölen Hasta})$$

d) Bir Uzman Hekime Düşen Ameliyat Sayısı (UHDAS): Bir uzman hekim tarafından gerçekleştirilen ameliyat sayısıdır. Formülü;

$$UHDAS = \text{Ameliyat Edilen Hasta Sayısı} / \text{Uzman Hekim Sayısı}$$

e) Bir Hekime Düşen Yatan Hasta Sayısı (HDYHS): Bir hekimin tedavi ettiği hasta sayısını gösterir. Formülü;

$$HDYHS = \text{Tedavi Edilen Hasta Sayısı} / \text{Hekim Sayısı}$$

f) Bir Hekime Düşen Poliklinik Sayısı (HDPS): Bir hekimin poliklinikte muayene ettiği hasta sayısıdır.

$$HDPS = \text{Muayene Edilen Hasta Sayısı} / \text{Hekim Sayısı}$$

Yukarıdaki bu ölçütlerden ilk üçü hastane, diğerleri ise hastanelerdeki hekim verimliliği ile ilgilidir.

Tablo 41 : Türkiye’de Seçilmiş Yataklı Tedavi Kurumlarının Performans Karşılaştırması, 1994

Performans Ölçütleri	Kurumlar	SSK Hastaneleri	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri	Özel Hastaneler	Türkiye Geneli
Bir Uzman Hek. Düşen Yatak Say.		7.2	6.3	3.9	0.76	4.49
Bir Pratisyen Hek. Düşen Yatak Say.		10.4	2.6	3.7	3.46	3.36
Bir Sağlık Memuruna Düşen Yatak Say.		24.4	2.7	8.5	-	-
Bir Hemşireye Düşen Yatak Say.		4.2	1.7	2.3	2.6	1.25
Ortalama Yatış Süresi (Gün)		6.7	5.8	10.3	2.9	6.5
Kapasite Kullanım Oranı (%)		69.9	55.0	63.2	20.2	57.4
Kaba Ölüm Hızı (%)		1.6	1.7	3.7	1.3	1.9
Uzman Hek. Düşen Ameliyat Say.		75.92	63.64	37.98	8.4	44.2
Bir Hek. Düşen Yatan Hasta Say.		149.67	122.94	42.79	14.76	60.0
Bir Hek. Düşen Poliklinik Say.		3944.26	2243.76	489.02	87.11	1150.5

Kaynak : SB Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1994
SSK İstatistik Yıllığı, 1994
SSK Faaliyet Raporu, 1994
TTB SSK Raporu (1994-1995)

ii - BULGULAR

a) Kapasite Kullanım Oranı

Kapasite kullanım oranı hastanelerin performansını değerlendirmede kullanılan en önemli göstergelerdendir. Hastaneler için önemli bir maliyet unsuru olan yatakların ne derece kullanıldığını ortaya koymaktadır.⁽⁶⁶⁾ Türkiye’de 1994 yılında ortalama olarak kapasite kullanım oranı %57.4’tür.

Eğitim amaçlı olmayan hastaneler için kapasite kullanım oranları Tablo 41’de görülmektedir. SSK Hastaneleri KKO en yüksek grubu (%69.9) oluştururken, özel hastaneler %20.2 KKO ile en düşük grubu oluşturmaktadır. SSK hastanelerini %63.2 KKO ile üniversite hastaneleri, %55.0 KKO ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri takip etmektedir. SSK eğitim hastaneleri özelinde bu oran %81.6’dır.

ABD ve Avrupa ülkelerinde KKO %80-85 arasında değişirken, Türkiye’de SSK hastanelerindeki doluluk oranı bu ülkelere en yakın olanıdır. KKO hastane performansının değerlendirilmesinde yegane ölçüt olmasa da, bu oranın yükselmesi ile birim hizmet başına düşen sabit maliyetler düşeceğinden, hastane maliyetlerinin aşağı çekilebileceği söylenebilir. Nitekim, 1994 yılında SSK sağlık tesislerinde yatak-gün maliyeti 667.614 TL. iken, dışarıdan satın alınan sağlık hizmetlerinde bu maliyet 2.698.533 TL. olarak gerçekleşmiştir. Diğer sağlık kurumlarına göre SSK hastanelerinde KKO yüksek olsa da, yatakların %30.1’i doldurulamamıştır.

b) Ortalama Yatış Süresi

Hem kalite hem de verimlilik göstergesi olma özelliği taşıyan OYS, hastanede yatırılarak tedavi edilen tüm hastaların yattıkları gün sayısı ortalamasıdır. 1994 yılında ortalama yatış süresinin genel hastaneler için Türkiye ortalaması 6.5 iken, eğitim hastanelerinde 9.7’dir.

⁽⁶⁶⁾ ERSOY, Korkut ve ŞAHİN KAVUNCUBAŞI: “Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans”, *Toplum ve Hekim*, S.66, Nisan 1995, s.107-113

Tablo 41’de görüldüğü üzere, tıp fakültesi hastaneleri OYS en yüksek grubu (10.3 gün), özel hastaneler ise 2.9 gün OYS ile en düşük grubu oluşturmaktadır. Bu oran Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 5.8 gün, SSK hastanelerinde 6.7 gün olarak hesaplanmıştır.

Ortalama yatış süresinin değişik hastaneler arasında farklılık arz etmesinin çeşitli nedenlerinin olduğu, bunların başında da yönetim politikalarının geldiği söylenebilir. Nitekim SSK sağlık birimleri arasında sevk zincirinin gerektiği gibi işletilmemesi nedeniyle, kısa süreli bakım gerektiren hastaların dahi hastanelere kabulü, üniversite hastanelerinden sonra SSK hastanelerini OYS açısından ikinci sıraya getirmiştir. Hasta özelliklerinin de bu sürenin kısalığı ya da uzunluğu üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Örneğin, nisbi olarak gelir düzeyi yüksek olanların ya da zamanında müdahalenin rahatsızlığın giderilmesini çabuklaştıracığını bilenlerin başvurdukları özel hastanelerde OYS’nin kısa olmasını doğal karşılamak gerekir.

Bu farkın oluşmasında hastanelerdeki teknolojik farklılıkların ve hizmet yoğunluğunun da payı vardır. SSK hastaneleri çeşitli idari ve yasal nedenlerle, diğer kurum hastaneleri ile arasında oluşan farkı kapatmakta zorlanırken; ülke nüfusunun $\frac{1}{3}$ ’üne sağlık hizmeti veriyor olması gerçekliğine rağmen, hizmet arzını artırıcı yatırımlara gidilmemiş ve hasta sevk zinciri oluşturulamamıştır. Bu da SSK hastanelerine yığılmaların, uzun muayene ve ilaç kuyruklarının oluşmasına; sağlık insan gücündeki fiziki ve nitelik erimesi de SSK sağlık hizmetleri kalitesinin tartışılır olmasına neden olmuştur. Esasen sigortalıların şikayetçi oldukları noktaların başında hastane otelcilik hizmetlerindeki fiziki yetersizlikler ve aşırı yığılmalar gelmektedir.

c) Kaba Ölüm Hızı

Hastane hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesinde kullanılan başlıca kriterlerden KÖH, hastanelerin hastalıkları tedavi edebilme gücünü göstermektedir.

Tablo 41’de 1994 yılı itibariyle çeşitli kurum hastanelerindeki KÖH oranları görülmektedir. KÖH’nın Türkiye ortalaması yaklaşık %2 iken, bu oran SSK

hastanelerinde %1.6, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %1.7, özel hastanelerde ise %1.3'dür. Üniversite hastanelerinde ise bu oranın belirgin bir biçimde yüksek (3.7) olduğu görülmektedir. KÖH anlamında hem Türkiye genelinde hem de SSK hastaneleri özelinde, ABD standardını oluşturan %3-4 seviyesinin altında kalınmıştır. Diğer yataklı tedavi kurumları ile SSK hastaneleri arasında KÖH açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

d) Bir Uzman Hekime Düşen Ameliyat Sayısı

1994 yılında ülkemizde bir uzman hekime ortalama olarak 44 ameliyat düşmektedir. Bütün uzman hekimlerin ameliyat yapmadıkları bilinmekte dolayısıyla bu rakam ortalamayı yansıtmamaktadır.

Tablo 41'de bir uzman hekimin SSK hastanelerinde yaklaşık olarak 76 ameliyat gerçekleştirdiği görülmektedir. Diğer yataklı tedavi kurumlarında ise bir uzman hekime düşen ameliyat sayısı sırasıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 63.6, üniversite hastanelerinde 37.9 ve özel hastanelerde 8.4 olarak gerçekleşmiştir.

SSK hastanelerindeki uzman hekimlerin bir çok zorluğa rağmen diğer kurumların çalışanlarından, özveriyle açıklanabilecek, daha çok iş yaptıkları görülmektedir.

e) Bir Hekime Düşen Yatan Hasta Sayısı

Hekim verimliliğinin değerlendirilmesinde dikkate alınabilecek değişkenlerden biri de bir hekime düşen yatan hasta sayısıdır. Bu sayının 1994 yılı ortalaması 60 iken, SSK hastanelerinde bir hekime düşen yatan hasta sayısının yaklaşık olarak 150 olduğu Tablo 41'de görülmektedir.

Bu parametre açısından da SSK hastaneleri lehine, diğer hastanelerle arasında önemli bir fark olduğu göze çarpmaktadır. Bu sayı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ortalama olarak 123; üniversite hastanelerinde 43, özel hastanelerde de 15 olarak gerçekleşmiştir.

f) Bir Hekime Düşen Poliklinik Sayısı

Hekim verililiğinin ölçülmesinde kullanılan bu ölçüt açısından da SSK hastanelerinde bir hekimin verdiği poliklinik hizmetlerinin sayısı, ortalama 3944 poliklinik ile diğer hastane gruplarından oldukça yüksektir. (Tablo 41)

SSK hastanelerini, sırasıyla 2243 poliklinik ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri, 489 poliklinik ile üniversite hastaneleri izlemektedir.

Hastane hizmetlerinin verilmesinde, hekimlerden sonra önemli görevler üstlenen hemşire ve sağlık memurları ile ilgili göstergeler açısından da iş yükü daha fazla olan SSK hastanelerinin verimli çalışmalarıyla ülkemiz sağlık sisteminde önemli bir rol üstlendiği görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yukarıda yapılan karşılaştırmalarda SSK hastanelerinin ve bu hastanelerde çalışan hekimlerin, özellikle diğer kamu hastanelerinden daha verimli oldukları görülmektedir. Buna rağmen SSK sigortacılık ve sağlık hizmetleri alanında önemli sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar daha önceki bölümlerde açıklanmıştı. Son iki üç yıllık süreçte bu sorunların çözümüne yönelik birtakım yasal ve idari önlemler de alınmıştır.

Örneğin, yapılan yasal düzenlemeler ile idari para cezaları asgari ücrete endekslenerek caydırıcılığına süreklilik kazandırılmış; Kuruma icra yetkisi verilmiş, böylece etkin prim tahsilatına olanak sağlanmıştır. Diğer taraftan fiilen ödenmeyen sigorta primlerinin gelir ve kurumlar vergisinden düşülemeyeceği esası getirilmiştir.

Kurum sağlık giderlerindeki artışı önlemek amacıyla da SSK yönetimince aşağıdaki önlemlere başvurulmuştur.

a) Eşdeğer ilaç uygulamasına gidilmiştir. Bu uygulama ile ucuz olan ve aynı etkiyi gösteren eşdeğer ilaçların kullanılması sağlanmıştır.

b) Kurum, paket sözleşmelerle dışarıdan sağlık hizmeti almaya başlamıştır. Böylece, açık kalp ameliyatları vb. için daha ucuz tedavi olanakları sağlanmıştır.

Hastane göstergeleri açısından yukarıda yapılan karşılaştırmada SSK hastanelerinin diğer hastanelere göre daha verimli çıkması, Kurumun sağlık alanında sorunlarının olmadığı ve verdiği sağlık hizmetlerinin etkin olduğu anlamına gelmemektedir. Başka bir söyleyişle SSK hastaneleri, işin doğru yapılması anlamında verimlidir; ancak kendi tesislerinde sağlık hizmeti veriyor olması nedeniyle, “doğru işi yapıyor” olması anlamında etkinliği tartışmalıdır. Ki bir sosyal güvenlik kurumu olarak SSK’nın sağlık hizmetlerini, büyük oranda kendi tesislerinde üretip sunmasının rasyonel olmadığı belirtilmektedir. SSK’nın sağlık hizmetlerini kendi tesislerinde vermesinin ise tarihsel, finansal ve kanuni nedenleri olduğunu önceki bölümde açıklamıştık. Kurumun bu konudaki tercihini siyasal karar vericiler belirleyecektir.

Biz, SSK'nın bundan sonra da sağlık hizmetlerini büyük oranda kendi tesislerinde vermeye devam edeceği varsayımından hareketle, sağlıkla ilgili sorunlarının çözümüne yönelik önerilerimizi şu başlıklar altında toplayabiliriz:

a) Kurum teşkilat yasında belirtilen idari özerklik gerçek anlamda tesis edilmelidir. Bu amaçla SSK başkanlık sistemi şeklinde yeniden rgtlendirilirken, sağlık ve sigortacılık hizmetleri ayrı ayrı genel müdürlükler bünyesinde toplanmalıdır. Hatta sigorta kolları itibariyle genel müdürlükler oluşturulabilir.

b) lke nüfusunun $\frac{1}{3}$ 'ine sağlık hizmeti götüren SSK, birinci basamak sağlık hizmetlerine gereken önemi vermelidir. Bu anlamda SSK, kendisine ait sağlık istasyonu ve dispanserlerin bulunmadığı yerlerde, yeni tesisler kurmak yerine, kamu kuruluşlarının birinci basamak sağlık birimlerinden yararlanmanın yollarını araştırmalıdır.

c) İlaç harcamaları disipline edilirken; SSK'nın sahip olduğu ilaç fabrikasına yapılacak ek yatırımlarla kapasitesi artırılmalı ve yeni ilaçlar üretebilecek imkanlara kavuşturulmalıdır.

d) SSK hastanelerinde "sur-time" uygulamasına geçilerek hekimlerin mesai saati sonunda ücretli muayene yapmaları istenmiş ve Ankara ve İzmir'de pilot uygulama başlamıştır. Hastanelerdeki yığımları önlemeye yönelik bu önlemlerden başka sevk zinciri sistemi etkili bir biçimde işletilmelidir. Bu amaçla dispanser ve sağlık istasyonlarının ayakta tedavi yapma imkanları fiziki ve insan gücü açısından artırılmalıdır. İşyeri hekimliği müessesesine gereken önem verilmelidir.

e) SSK'nın 11 tane de eğitim hastanesi bulunmaktadır. Kurum bu fonksiyonunu terketmeli, bu hastanelerin de hizmet hastanelerine dönüştürülmesini sağlamalıdır.

f) zellikle işçiler için hastalıkların kaynağı, büyük oranda günlerini geçirdikleri işyerlerindeki kötü çalışma koşulları ve risklerdir. Bu bakımdan işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemleri artırılmalıdır.

g) SSK sağlık hizmetlerinden yararlanan sigortalıların, hizmetin finansmanına emekliliklerinde de katılabilmelerinin yolu araştırılmalıdır. Pasif sigortalılardan daha düşük oranda sağlık sigortası primi tahsil edilebilmelidir.

KAYNAKÇA

- AĞAR, Tuğrul
1991 "Sosyal Güvenlik Sistemimiz Yeniden Gözden Geçirilmeli", *İşveren*, XXIX, 7:11-16
- AKALIN, Güneri
1981 *Kamu Ekonomisi*, Ankara, A.Ü.S.B.F., Yayın No: 486
- AKBULUT, Turhan
1994 *İşçi Sağlığı*, İstanbul, Sistem Yayıncılık, Yayın No: 17
- AKÇAM, Alper
1995 "İşçi Sağlığıyla Kim İlgilenecek", *Cumhuriyet*, 27 Eylül
- AKÇAM, Alper
1996 "Buyrun Sigorta Sofrasına", *Cumhuriyet*, 29 Mart
- AKÇAM, Alper
1996 "SSK Nasıl Kurtulur?", *Cumhuriyet*, 26-27-28-29 Haziran
- AKDUR, Recep
1992 "Sağlık Hizmetleri Alanında Yaşanan Karmaşa", *Toplum ve Hekim*, 50, Mayıs:55-60
- AKIN, Ü. ve S. AKSOY
1985 *Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*, Ankara, MPM Yayın No:332
- AKSAKOĞLU, G. ve Ö. ELÇİ
1996 "Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları", *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 8, Temmuz-Ağustos: 4-11
- AKSAKOĞLU, Gazanfer
1995 "İngiltere Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim*, 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995:96-100
- AKSU, A.Ömer
1993 *Ücretler ve Verimlilik*, İstanbul, İ.Ü. Yayın No: 3693
- AKTUĞ, Ali
1995 "En İyi Reklam Çabuk Ödenen Hasardır", *Dünya Sayfaları* 41, Kasım:41
- AKTÜRK, İsmail
1994 "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Sorunları ve Çözüm Önerileri" Antalya, *X. Türkiye Maliye Sempozyumuna Sunulan Tebliğ*, 14-18 Mayıs

ALPER, Yusuf

1991 "Devlet Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katılmalı", *İşveren*, XXXIX, 7:22-24

ALPER, Yusuf

1996 "Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Kriz ve Reform İhtiyacı", *İşveren*, XXXIV, 5: 6-13

ALPER, Yusuf

1996 "Çözüm Tedbirleri Problemin Kaynağı İle İlgili Olmalı", *Hak-İş*, 36, Mayıs: 28-30

ALPER, Yusuf

1990 "Sosyal Güvenlik, Özel Emeklilik Sigortaları ve Enflasyon" *MPM Anahtar Dergi*, 19:6

ALKİN, Kerem

1996 "Reel Kesimde Kayıtdışı Ekonomi Sendromu", *Finans Dünyası*, 75, Mart: 75-78

ALPUGAN, Oktay

1991 "Hastanelerde Verimlilik Sorunu" Ankara, *1. Verimlilik Kongresi-Bildiriler*, MPM: 59-70

ARICI, Kadir

1996 *Sosyal Güvenlik Reformu Araştırması*, Türk-İş Yay.

ASLAN, Hakan

1996 "Emekçi Sınıftan Emekli ve Mutlu Müşterilere", *İktisat*, 356: 24-25

Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu

1996 *Sağlık Finansmanı Politikası Seçenekleri Araştırması*, Türkiye Nihai Rapor, Mart

AYDEMİR, Şinasi

1995 *Türkiye'de Kayıtdışı Ekonomi*, İstanbul, Maliye HUD Yayını

BAHAR, Zühal

1991 "İş Sağlığı Hemşireliği ve Sorumlulukları", *Verimlilik Dergisi*, 1991/4: 137-149

BAKAN, Yaşar

1996 "Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz", *Ekonom*, 1, Haziran: 22-34

BAŞ, İ. Melih

1990 "Sağlık İşletmelerinde Temel Performans Göstergeleri: Verimlilik ve Etkenlik", *MPM Anahtar Dergisi*, 19: 7

BAŞER, Ertuğrul

1995 “Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusala Dair (I)” *Birikim*, 80, Aralık: 7-19

BAYSAL, Rauf

1995 “Sağlıkta Prim Patlaması” *Para Dergisi*, 14: 46-47

BEHLİL, Ali

1995 “Topluma Sigorta İhtiyacı Anlatılmalı” *Dünya Dosyası 41*, Kasım: 5

BELEK, İ. ve A. SOYER

1995 *Sağlıkta Özelleştirme*, İstanbul, Sorun Yayınları

BELEK, İlker

1994 *Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, İstanbul, Sorun Yayınları

BELEK, İ. , H. GENÇEL, O.HAMZAOĞLU ve E. NALÇACI

1992 “Türkiye İçin İşçi Sağlığı Hizmet Modeli” *Toplum ve Hekim*, 49, Mart: 45-48

BELEK, İ. ve H. ERMiŞ

1995 “Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri = Durum” *Toplum ve Hekim*, 67, Mayıs-Haziran: 35-43

BERK, Aylin

1996 “İlaçta Reklama Hayır” *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 8, Temmuz-Ağustos: 42-43

BİLALOĞLU, E. ve B. KILIÇ

1995 “Hastaneler”, *Toplum ve Hekim*, 69-70, Eylül-Aralık: 3-5

BİLGİLİ, Muzaffer

1995 “Topluma Sigorta İhtiyacı Anlatılmalı”, *Dünya Dosyası 41*, Kasım: 5

BUDAK, Rıdvan

1996 “Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri” *Görüş Dergisi*, 25, Nisan-Mayıs: 24-30

BULUTOĞLU, Kenan

1988 *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul, Filiz Kitabevi

BURSALI, Orhan

1996 “Paslaşma” *Cumhuriyet*, 4 Nisan

CAN, Mehmet

1996 “Sosyal Sigortalar Kurumunun Geleceği”, *Maliye Postası*, 376, Mayıs: 53-67

CENTEL, Tankut

1994 *Sosyal Sigortalar Kanunu ve İlgili Mevzuat*, İstanbul, Beta Basın Yayını

CEM, İpek

1996 "Sosyal Güvenlikte Şili Modeli", *Yeni Yüzyıl*, 11 Mart

ÇAĞLAR, Fatma

1996 "Özel Sağlık Sigortacılığı", *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 7, Mayıs- Haziran: 15-16

ÇELİK, Aziz

1994 "SSK İflas Etmiyor, Ettiriliyor", *Siyah Beyaz*, 2 Eylül

ÇEPKEN, Mustafa

1996 "Hastanelerde Maliyet Analizleri", *SSK Bülteni*, 52:28

ÇINAR, Ünver

1982 *Sağlık Hizmetlerinde Yöneylem Araştırması*, Ankara, ODTÜ

Cumhuriyet Gazetesi

1996 02.11.1996 Günlü

DALAY, İsmail

1989 "Ergonominin İşçi Sağlığı ve İşgüvenliği Açısından Önemi", *Çimento İşveren*, 3, 9, Mayıs: 12-20

DİCLELİ, Zülfü

1996 "Sosyal Güvenlik Reformu", *Pazar Postası*, 30 Mart

DİLİK, Sait

1992 *Sosyal Güvenlik*, Ankara: A.Ü. Basımevi

DİNÇ, A. ve Y. ERCAN

1996 "Sigorta'mız Attı", *Aksiyon*, 79, Haziran: 24-30

DİRİ, Cihat

1995 "SSK Hastanelerinde Vurguncu Düzen", *Siyah Beyaz*, 29 Ağustos

DOMAÇ, Mehmet

1996 "İlaç ve SSK" Ankara, *SSK ve Sağlık Hizmetleri Kurultayı*, 6-7 Nisan

DPT

1996 *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*

DUYGULU, Ercan

1992 *İşveren Yönünden Sosyal Sigorta Mevzuatı*, Manisa: Arif Bolat Kitabevi

EBSO

1995 *Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Genel Sorunları ve Çözüm Önerileri, Çalışma Serisi*, Eylül

EĞİLMEZ, Kemal

1996 “SSK: Neler Oluyor?”, *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 6, Mart-Nisan: 59-62

ELİTOK, M. ve S. ÖZKAYNAK

1995 “Hastaneye Neşter”, *Milliyet*, 12 Ağustos

ELVEREN, A. Haydar

1996 “Türkiye’de Hayat Sigortaları Ekonomik Gelişmenin Gerisinde”, *Finansal Dünyası*, 75: Mart: 64-66

ERDOĞAN, S. ve G. EKUKLU

1995 “Almanya Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, 64-65, Kasım 94-Şubat 95:6495

ERGİN, Ö. ve K. MERAKLI

1996 “Sağlıkta Esnek (Post-Fordist) Üretim Modeli”, *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 8, Temmuz-Ağustos: 12-15

ERGİN, Önder

1996 “Özelleştirmeler: Ne Kadar İdeolojik, Ne Kadar Ekonomik”, *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 8, Temmuz-Ağustos: 12-15

ERGÖR, Alp

1995 “Kanada Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, 64-65, Kasım 94-Şubat 95: 39-40

ERSOY, K. ve Ş. KAVUNCUBAŞI

1995 “Mülkiyet Yapısı ve Örgütsel Performans”, *Toplum ve Hekim*, 66, Nisan: 107-113

ERTUNA, Talat

1996 “Dünya Bankası Yapısal Uyum Programları ve SSK”, *Evrensel*, 16 Mayıs

Evrensel Gazetesi

1995 22.10.1995 Günlü

FİDANER, Caner

1995 “Sağlık Hizmetleri Özelleştirilmeli mi?”, *Yeni Yüzyıl*, 13 Mayıs

FİDANER, Caner

1995 “Sağlık Sorunu Toptancı İdeolojilerle Çözülemez”, *Siyah Beyaz*, 18 Ağustos

FİDANER, Caner

1995 "Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Açılım: Aile Hekimliği", *Siyah Beyaz*, 22-23-24 Ağustos

FOWLER, John

1995 "ABD Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu" (Çev: Ömür Çınar ELÇİ), *Toplum ve Hekim*, 64-64, Kasım 94-Şubat 95: 36-38

Friedrich Ebert Vakfı

1992 *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme*, İstanbul

GENÇ, Nurullah

1994 "Örgüt Geliştirmenin Verimlilik ve Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi ve Başlıca Örgüt Geliştirme Teknikleri" *A.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, 10, 3-4-: 362

GÖKÇAY, İrfan

1991 "SSK'da Kriz ve Çözüm", *Toplum ve Hekim*, 48, Aralık: 51-53

GÖKÇAY, İrfan

1991 "Sağlık Hizmetleri", *Özelleştirme Değil Kamulaştırma*, İstanbul: Kaynak Yayınları

GÖKÇAY, İrfan

1991 "Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetleri ve SSK", Ankara, *SSK ve Sağlık Hizmetleri Kurultayı*, 6-7 Nisan

GÖNENCAN, Zahit

1994 "Sosyal Sigorta Sisteminde Resen Hesaplama Yöntemi, 3917 Sayılı Kanun Uygulaması", *Çimento İşveren*, 8, 2, Mart: 3-8

GÖKTÜRK, Gülay

1996 "Ciğeri Kediye Emanete Devam mı?", *Yeni Yüzyıl*, 11 Mart

GÖRÜŞ Dergisi

1996 "Seçilmiş Bazı Ülkelerde Devlet Katkıları ve Oranları", *Görüş*, 25, Nisan-Mayıs: 21

GÜNER, Şükrü

1996 "Sağlıkta Boşa Geçen Bir Yıl", *Yeni Yüzyıl*, 19 Mart

GÜNER, Şükrü

1995 "SSK Sağlık Hizmetlerinin Bazı Ülke Sağlık Verileriyle Karşılaştırılması", *Toplum ve Hekim*, 10, 66, Mart-Nisan: 3-5

GÜZEL, A. ve A.R. OKUR

1994 *Sosyal Güvenlik Hukuku*, İstanbul: Beta Basım Yayın Değ.

HALİS, Doğan

1995 "Sosyal Güvenlik: Reform mu Tasfiye mi?" *Sınıf Hareketinde Yön*, 2, Mart-Nisan: 13

HEKİM FORUMU

1995 "Sam Amca'nın Türkiye'deki Hedefi Sağlık Pazarı", *Hekim Forumu*, 100, Mayıs: 24

HÜNERLİ, Sami

1996 "Sağlıkta Reform", *Türkiye*, 14-15-16 Mayıs

ILO

1996 *Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi, Sosyal Güvenlik Nihai Rapor*, Cenevre, Mart

İNAN, Mehmet

1995 "Sosyal Haklarda Kısıtlama ve SSK Gerçeği", *Özgürlük Dünyası*, Haziran-Temmuz: 85-96

İNTES İŞVEREN Dergisi

1994 "Bülent Kuşoğlu İle Röportaj", *İntes İşveren*, 26, Kasım-Aralık: 16-18

İstanbul Ticaret Odası

1992 *Ülkemiz Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi*, İstanbul: Yayın No: 1993/9

İşçi Partisi Yayını

1996 *SSK'nın Çökertilmesine Dur*, Ankara: Şubat

İŞVEREN Dergisi

1991 "Sosyal Güvenlik Sisteminde Bazı Sorunlar Kronikleşiyor", *İşveren*, XXXIX, 7, Nisan: 11-23

İŞVEREN Dergisi

1991 "AT ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik", *İşveren*, XXXIX, 7, Nisan: 26-31

İŞVEREN Dergisi

1991 "Bazı Avrupa Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler", *İşveren*, XXXIX, 5, Şubat: 25-28

İŞVEREN Dergisi

1991 "Sosyal Sigortaların Temel Sorunları ve Çözüm Önerilerimiz", *İşveren*, XXXIX, 5, Şubat: 29-31

İŞVEREN Dergisi

1991 "TİSK'in Sosyal Güvenlik Reformu Konusundaki Temel Görüşleri", *İşveren*, XXXIX, 8, Mayıs: 21-23

KAPTANER, Suat

1995 "SSK Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri ve İşyeri Hekimliği", *Toplum ve Hekim*, 67, Mayıs-Haziran: 44-47

KARACAN, A.İhsan

1994 *Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri*, İstanbul: Bağlam Yayınları, No:66

KARACIK, Abdullah

1995 "Sağlık Sigortaları", *Dünya Dosyası* 41, Kasım: 2

KARACIK, Abdullah

1996 "SSK Nereye Gidiyor?", *Görüş Dergisi*, 25, Nisan-Mayıs: 32-33

KARAKÖSE, Nihat

1996 "Sigorta Sektörüne Genel Bir Bakış", *Dünya Dosyası* 16, Nisan: 14

KARAMAN, Fazıl

1996 "SSK", *Zaman*, 13 Ocak

KENANOĞLU, T., A. EMRE, M. SOSYAL, G. TEZER ve S. HAMEŞOĞLU

1993 *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*, Ankara: MPM Yayın No: 486

KILIÇ, B. ve G. AKSAKOĞLU

1995 "Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar", *Toplum ve Hekim*, 64-65, Kasım 94-Şubat 95: 4-13

KILIÇDAROĞLU, Kemal

1996 "Sosyal Sigorta Kuruluşları Kara Deliğe mi Dönüşüyor", *Görüş Dergisi*, 25, Nisan-Mayıs: 32-33

KISAER, Hülya

1991 "Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi", *1.Verimlilik Kongresi-Bildiriler*, Ankara MPM: 397-404

KIZANLIK, Bülent

1996 "Sosyal Sigorta Atarsa", *Cumhuriyet*, 31 Mart

KIZILDERE, Selahattin

1996 "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi, Gelişimi, Bugünkü Hali ve Öneriler", *SSK Bülteni*, 54, Mayıs-Haziran: 53-56

KOÇ, Salim

1996 "Sağlıkta Özel Sigorta Sistemi-Nasıl Bir Çözüm", *Ekonom*, 1, Haziran: 37-39

KUŞOĞLU, Bülent

1996 "SSK Asıl İşleri Olan Sosyal Sigortacılığı Yapmalı", *İşveren*, XXXIV, 5, Şubat: 21-23, (Röportaj)

LASTİK-İŞ Sendikası (Kartal Şubesi)
1996 *SSK Dosyası (Rapor)*, Mart

MARTIN, Brandon
1994 *Özelleştirme Kamu Yararına mı?*, Ankara: Türk Harb-İş Yayını

MIZRAK, N. Yıldırım
"Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler ve Bir Özelleştirme Örneği: Şili Özel Emeklilik Sistemi", *Mülkiyeliler Birliği Dergisi*, 17-152: 43-50

NOYAN, Süha
1996 "Kapitalizm ve Sosyal Güvenlik", *Sağlıkta Sınıf Tavrı*, 7, Mayıs-Haziran: 4-8

OĞUZ, Şeref
1996 "Sosyal Güvenlik Sorgulanıyor", *Pazar Postası*, 30 Mart

ORHANER, Emine
1990 "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Finansman Sıkıntısı", *Verimlilik Dergisi*, MPM Yay. No: 1990/1: 19-21

ORHANER, Emine
1995 "Türkiye'de Sigorta Sektörü Gelişiyor", *İşletme ve Finans*, 117, Aralık: 41-50

ÖNDER, İzzettin
1994 "Devleti Sermaye Kesimi Eritti", *İktisat*, 353-354, Ekim-Kasım: 18-19

ÖRNEK, Hüsamettin
1993 "SSK Çıkmazı", *Ekonomide Ankara*, 49, Mart-Nisan: 12-14

ÖZBEK, Orhun
1995 *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi*, İzmir: İzmir Ticaret Odası, Yayın No: 16

ÖZER, Aykut
1996 "Paralı Sağlık Hizmeti ve Mezarda Emeklilik", *İşçi Sınıfı ve Politika*, 2, Mayıs: 4-5

ÖZGEN, Hacer
1995 "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", *Toplum ve Hekim*, 69-70, Eylül- Aralık: 47-53

ÖZŞUCA, Ş.Türkan
1995 *Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler*, Ankara: Türk Harb-İş Sendikası

PEKİN, Hüseyin

1990 "Kar Amacı Gütmeyen Kuruluşlarda Prodüktivite Meselesi", *Verimlilik Der.*, MPM Yay. No: 1990/3: 19-21

Sabah Gazetesi

1996 25 Ekim Günlü

Sağlık Bakanlığı

1992 *Türkiye Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje*, Ankara: SB. Sağlık Projesi Genel Kordinatörlüğü

Sağlık Bakanlığı

1992 *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum*, 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara: 23-27 Mart

Sağlık Bakanlığı

1995 *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994*, Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 566

SANER, D. Can

1996 "Özelleştirmeye Karşı...", *Yeniden*, 10, Mart: 20-21

SALTIK, Ahmet

1995 "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, 68, Temmuz-Ağustos: 38-44

SALTIK, Ahmet

1996 "Nasıl Bir Sağlık Hizmeti", *Cumhuriyet*, 31 Mart

SAVAŞ, Serdar

1993 "Sağlık Reformu", *Görüş*, 8, Mart: 70-72

SAZAK, Mehmet

1995 "SSK Nasıl Çöküyor Kimler Çökertiyor", *SSK Bülteni*, 51, Kasım-Aralık: 14-16

SEÇİM, Hikmet

1985 *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 130

SEÇİM, Hikmet

1988 "Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri (I)", *Verimlilik Der.*, 17,1, MPM: 5-30

SEÇİM, Hikmet

1991 "Devlet Hastanesinde Kalite Çemberleri Uygulaması", *1. Verimlilik Kongresi*, MPM Yayın No: 454: 514-529

SERİN, Nejdett

1990 *Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği*, Ankara: A.Ü. Basımevi

SERTER, Nur

1994 *Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet*, İstanbul: İ.Ü. Fen Fakültesi Atelyesi

SERTLEK, Tufan

1995 "Gönül Özelleştirme İster SSK Bahane", *Sınıf Hareketinde Yön*, 3, Mayıs-Haziran: 9-11

Siyah Beyaz Gazetesi

1996 01 Temmuz Günlü

SOYER, Ata

1995 "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme", *Birikim*, 70, Şubat: 40-53

SOYER, Ata

1995 *Türkiye Sağlık Hizmetleri (1980-1995)*, TTB Yayınları

SÖZER, A.Nazım

1996 "Sosyal Politika Uygulamaları Gelişmiş Toplamlar Düzeyine Ulaşamadı" *Hak-İş*, 36, Mayıs: 32-34

SÜMBÜLOĞLU, K. ve V. SÜMBÜLOĞLU

1995 *Sağlık Hizmetlerinde Veri Toplama ve Değerlendirme Yöntemleri*, SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

SSK

1995 *Sosyal Sigortalar Kurumu*, Nisan

SSK

1996 *35 Soruda SSK Gerçeği*, Ankara: SSK Gn. Mal. Yayın No: 575

SSK

1990 *Faaliyet Raporu 1989*, Ankara: SSK Gn. Mal. Yayın No: 520

SSK

1990 *İstatistik Yıllığı 1989*, Ankara: SSK Gn. Mal. Yayın No: 519

SSK

1995 *Faaliyet Raporu 1994*, Ankara: SSK Gn. Mal. Yayın No: 573

SSK

1995 *İstatistik Yıllığı 1994*, Ankara: SSK Gn. Mal. Yayın No: 572

SSK Bülteni

1995 "SSK Çökmüyor Çökertiliyor", 50, Kasım-Aralık: 5-11

SSK Bülteni

1996 "SSK'da Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesi", 55, Temmuz-Ağustos: 18-27

SSK Bülteni

1996 55, Temmuz-Ağustos 1996

SSK Bülteni

1996 54, Mayıs-Haziran 1996

ŞAHİN, Mustafa

1996 "Türkiye Sosyal Politikalarından Vazgeçiyor", *Hak-İş*, 36, Mayıs: 14-16

ŞAKAR, Müjdat

1992 "Sosyal Güvenlikte Çözüm Özelleştirme Değil Özerkleştirmedir", *İşveren*, XXX, 11, Ağustos: 9-13

ŞAKAR, Müjdat

1996 "Sosyal Devlet ve Sosyal Güvenlik Krizi", *Hak-İş*, 36, Mayıs: 36-38

ŞEMİN, Semih

1995 "Sağlık Hizmetlerinde Artan Dışa Bağımlılık; Tıbbi İthalatın ve İhracatın Son Dönemdeki Gelişimi" *Toplum ve Hekim*, 10, 66, Mart-Nisan: 67-74

ŞEMİN, S. ve Z. AMATO

1995 "Bilgisayarlı Tomografi Cihazlarının Sayısal Durumunun İncelenmesi" *Toplum ve Hekim*, 67, Mayıs-Haziran: 8-16

ŞİPAL, Yılmaz

1988 *Çalışanların Soruları / Sorunları*, İstanbul: Çağdaş Yayınları

TABAKOĞLU, Tayfun

1996 "İşçi Gözüyle SSK", *Cumhuriyet*, 12-13-14 Şubat

TALAS, Cahit

1983 *Sosyal Ekonomi*, Ankara

TALAS, Cahit

1996 "Sosyal Güvenlik Bunalımı Önlenebilir", *Cumhuriyet*, 22 Mart

TAN, Mete

1996 "Özlenen Sağlık Hizmeti", *Cumhuriyet*, 2 Nisan

TAN, Mete

1996 "Sağlıkta İzlenen Hükümet Politikaları", *Cumhuriyet*, 5 Haziran

TİSK

1995 *Çalışma İstatistikleri ve İşgücü Maliyeti 1994*

TİSK

1995 1994 Yılı Çalışma İstatistikleri ve İşgücü Maliyeti'nin TİSK Araştırma Servisine Değerlendirilmesi

TİSK

1995 *XIX Olağan Genel Kurul Çalışma Raporu*, 16-17 Aralık

TOBB

1994 *Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara: TOBB, Yayın No: Genel 264 BÖM: 17

TOKAT, M. ve H. KISAER

1991 *Hastanelerde Maliyet Etkinlik ve Performans Analizi*, Ankara: MPM Yayın No:455

TOKAT, Mehmet

1993 *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, Ankara: SB. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

TOKAT, Mehmet

1994 *Sağlık Ekonomisi*, Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 793

TOSYÖV

1994 *Kobi'ler ve Sosyal Güvenlik, Yuvarlak Masa Toplantıları*

TÖRÜNER, Mete

1992 *İşsizlik Sigortası*, İstanbul: Friedrich Ebert Vakfı

TTB İstanbul Tabip Odası

1995 *SSK Sağlık Hizmetlerinde Kriz ve Çözüm*

TTB

1992 *SSK Raporu*

TTB

1995 *SSK Raporu (1994-1995)*

TUNCAY, C. ve Y.ALPER

1996 "Acil Çözüm Bekleyen Alan-Sosyal Güvenlik", *Yeni Yüzyıl*, 9-10-11 Ağustos

TUNÇOMAĞ, Kenan

1990 *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar*, İstanbul

TÜĞEN, Kamil

1994 "Türkiye'de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısı ve Gelişimi" Antalya: X. Türkiye Maliye Sempozyumuna Sunulan Tebliğ, 14-19 Mayıs

TÜRK-HARB İŞ SENDİKASI

1996 *Sosyal Güvenlik ve SSK'nın Sorunları*, Ankara: Ekim

TÜRKİYE GAZETESİ

1995 30 Haziran

UĞUZ, Dilek

1996 "Sosyal Güvenlikte Şili Modeli", *Aydınlık*, 3 Ocak

UĞUZ, Dilek

1996 "SSK'nın İpi Mart'ta Çekiliyor", *Aydınlık*, 27 Ocak

USALAN, Mustafa

1996 "Sosyal Sigortada Denetim", *Ekonom*, 1, Haziran: 39-40

ÜÇER, A.Rıza

1995 "Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesine Hayır", *Yeni Yüzyıl*, 29 Mayıs

ÜÇİŞİK, Fehim

1996 "Sosyal Güvenlik Herkesi Kapsamalı", *Hak-İş*, 36, Mayıs: 31

YARDIMCI, Nesrin

1995 *Sağlık Sektörünün Sorunları ve Sağlık Reformu Kapsamında Getirilen Alternatif Çözümler*, İzmir, İzmir Ticaret Odası, Yayın No: 15

YEĞİNBOY, Yasemin

1993 *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, İzmir: Doğruluk Matbaası

YEĞİNBOY, Y. ve A. YEĞİNBOY

1993 *Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göztergelerinin Türkiye Açısından İncelenmesi*, İzmir: Doğruluk Matbaası

YEĞİNBOY, Y. ve B. TAYLAN

1993 *Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası*, İzmir: Ververiler Sigortacılık Kültür Dizisi-1

YETİM, Ahmet

1995 *Sigorta Sektörü*, İzmir: İzmir Ticaret Odası, Yayın No:11

YILMAZ, Uğur

1991 "Sağlık Hizmetlerinde SSK Özelinde Verimlilik ve Kalite Analizleri", 1. Verimlilik Kongresi, MPM. Yayın No: 454; 696-708

YILMAZ, Önder

1996 “SSK Özelleştirilemez”, *Yeniden*, 12, Mayıs: 26-27

YÜKSEL, Nihat

1996 “Sosyal Güvenlik Düzenimizdeki Bunalım”, *Tekstil İşveren*, 198, Nisan: 8-10



Ek 1: OECD Üyesi Ülkelerde Emeklilik Yaşı

Ülkeler	Kadın	Erkek
A.B.D.	65	65
Almanya	65	65
Avustralya	60	65
Avusturya	60	65
Belçika	60	65
Danimarka	67	67
Finlandiya	65	65
Fransa	60	60
Hollanda	65	65
İngiltere	60	65
İrlanda	65	66
İspanya	65	65
İsveç	65	65
İsviçre	62	65
İtalya	55	60
İzlanda	67	67
Japonya	65	65
Kanada	65	65
Lüksemburg	65	65
Norveç	67	67
Portekiz	62	65
Yenizelanda	60	60
Yunanistan	60	65
Türkiye	38	43

Kaynak: SSK, 35 Soruda SSK Gerçeği, Yay.No:575, Ankara, 1996

Ek2: III. Dünya Ülkelerinde Emeklilik Yaşı

Ülkeler	Kadın	Erkek
Libya	65	65
Zaire	60	62
Hindistan	60	60
Fas	60	60
Tunus	60	60
Pakistan	55	60
Ürdün	55	60
Sudan	55	60
Suriye	55	60
Yemen	55	60
Ruanda	55	55
Kenya	55	55
Uganda	50	55

Kaynak: Görüş Der., Nisan 1996, s.20

Ek3: Türkiye’de 1990-95 Dönemindeki Nüfusun Hayatta Kalma Ümidi Değerlerinin Tahmini

Yaşlar (1)	Kadın (2)	Erkek (3)	Toplam (4)	Toplam Yaşam Süresi (1+4)
20 +	54.12	50.35	52.19	72.19
25 +	49.38	45.80	47.55	72.55
30 +	44.65	41.23	42.90	72.90
35 +	39.96	36.64	38.26	73.26
40 +	35.32	32.09	33.67	73.67
45 +	30.75	27.65	29.16	74.16
50 +	26.32	23.43	24.84	74.84
55 +	22.04	19.51	20.74	75.51
60 +	17.94	15.90	16.89	76.89
65 +	14.13	12.62	13.36	78.36

Kaynak: DPT., SSK

Ek4:Ülkeler İtibariyle Çalışma Karşılığı Ücretin Toplam İşgücü Maliyeti İçindeki Payı, 1993

Ülkeler	Çalışılan Süreye İlişkin Ücretin Payı (%)
Danimarka	83.8
Y. Zelanda	81.6
Kanada	74.8
İrlanda (1)	74.3
Avusturalya	73.5
İngiltere	72.7
Norveç	71.5
Lüksemburg (2)	70.2
ABD	70.0
Singapur	66.7
İsviçre	65.3
Yunanistan (1)	61.7
İsveç	59.7
Japonya	58.7
Holanda	56.9
Finlandiya	56.4
Almanya	56.2
Fransa	54.5
Belçika	52.6
Avusturya	50.5
İtalya	50.5
Türkiye (3)	36.7

(1) 1992 (2) 1991 (3) Fazla çalışmaya ilişkin ödemeler hariçtir.

Kaynak: ABD Çalışma İstatistikleri Bürosu; Türkiye için TİSK.

TİSK, 1994 yılı Çalışma İstatistikleri ve İşgücü Maliyeti

Ek 5 : Ülkeler İtibariyle İşverene Ait Yasal Yükümlülüklerin Toplam İşgücü Maliyeti
İçindeki Payı, 1992

Ülkeler	(%)
Danimarka	3.0
Hong Kong	3.2
Y. Zelanda	6.0
Tayvan	7.4
Meksika	10.9
Kore	12.3
Japonya	13.7
Lüksemburg (*)	14.2
İngiltere	15.4
Singapur	15.5
Kanada	15.5
İrlanda	15.7
İsviçre	16.5
Avusturalya	16.5
İsrail	17.5
Norveç	18.5
Yunanistan	19.8
ABD	22.6
Almanya	22.6
Hollanda	22.7
Finlandiya	22.8
Türkiye	22.8
Portekiz	24.1
Belçika	27.0
Fransa	28.5
İtalya	30.6
Genel Ortalama	17.8
Uzak Doğu Ülkeleri Ortalaması	9.7

(*) 1991

Kaynak: TİSK, 1994 yılı Çalışma İstatistikleri ve İşgücü Maliyeti

Ek 6: Kurumun Tahvillerinin Getirisinin Yıllar İtibariyle Gelişimi (%)

Yıllar	Enflasyon Oranı	Ortalama Tahvil Faiz Oranı	
	(Tüketici Fiyatlarıyla)	Nominal	Reel
1982	29.0	15.4	-10.5
1983	31.4	30.0	-1.1
1984	48.4	30.0	-12.4
1985	45.0	30.0	-10.3
1986	34.6	34.2	-0.3
1987	38.9	33.4	-4.0
1988	75.4	34.7	-23.2
1989	69.6	50.2	-11.4
1990	63.6	50.5	-0.8
1991	66.0	57.9	-4.9
1992	66.0	30.0	-21.7

Kaynak: ÖZŞUCA, Ş.Türcan: Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler, Türk-Harb İş Sen., Ankara 1994, s.43

Ek 7: KURUM'DA PRİM TAHSİLAT ORANININ YILLAR İTİBARIYLA GELİŞİMİ (%)

PRİM TAHSİLAT		PRİM TAHSİLAT	
YILLAR	ORANI	YILLAR	ORANI
1965	78.70	1980	75.24
1966	78.35	1981	83.94
1967	76.44	1982	79.23
1968	77.52	1983	75.58
1969	77.05	1984	83.40
1970	76.32	1985	81.46
1971	74.14	1986	83.95
1972	74.31	1987	84.79
1973	77.64	1988	81.66
1974	75.72	1989	81.10
1975	75.69	1990	81.93
1976	78.37	1991	72.30
1977	76.91	1992	75.37
1978	71.59	1993	74.40
1979	72.05	1994	81.0

Kaynak : Sosyal Sigortalar Kurumu, Faaliyet Raporları, ÖZŞUCA, Ş.Türcan: Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz Sistemin Yeniden Yargılanması Üzerine Öneriler, s.49

Ek 8 :**A.PERSONEL YETERSİZLİĞİ NEDENİYLE İNŞAAT BİTTİĞİ HALDE HİZMETE AÇILAMAYAN SAĞLIK TESİSLERİ:**

SIRA NO	HASTANENİN ADI	YATAK SAYISI
1	MALATYA KADIN DOĞUM HASTANESİ	200
2	MALATYA/AKÇADAĞ GÖĞ. HAS. HASTANESİ	60
3	TRABZON-OF DİSPANSERİ	50
4	SİNOP-BOYABAT HASTANESİ	200
5	NEVŞEHİR-KOZAKLI HASTANESİ	240

B.PERSONEL YETERSİZLİĞİ NEDENİYLE TAM KAPASİTEYLE ÇALIŞTIRILAMAYAN SAĞLIK TESİSLERİ

SIRA NO	HASTANENİN ADI	YATAK SAYISI
1	ANKARA İHTİSAS HASTANESİ	450
2	AĞRI HASTANESİ	30
3	MUŞ HASTANESİ	30
4	BİNGÖL HASTANESİ	30
5	KARS HASTANESİ	50
6	ARMUTÇUK HASTANESİ	30
7	ADİYAMAN HASTANESİ	50
8	SULUOVA HASTANESİ	100
9	BİLECİK-BOZÜYÜK HASTANESİ	50
10	ÇORUM-OSMANCIK HASTANESİ	30
11	ELAZIĞ-MADEN HASTANESİ	40
12	70.YIL TARSUS HASTANESİ	450
13	TUNÇBİLEK HASTANESİ	30
14	TEKİRDAĞ-ÇERKEZKÖY HASTANESİ	32
15	MARDİN HASTANESİ	32
16	TUNCELİ HASTANESİ	50
17	KOCAELİ HASTANESİ (*)	1.100
18	BURSA-İNEGÖL HASTANESİ	58
19	TİRE DİSPANSERİ	-
20	ÖDEMİŞ DİSPANSERİ	-

Personel yetersizliği nedeniyle tam kapasite ile çalıştırılmadığından Kocaeli Üniversitesi ile müştereken işletilmektedir.

Kaynak : SSK, 35 Soruda SSK Gerçeği, Yayın No : 575, Ankara, 1996

Ek 9: Çeşitli Ülkelerin Sağlık ve Ekonomik Düzey Göstergeleri #

ÜLKE ADI		KİŞİ BAŞINA GELİR* (\$,1991)	BEBEK ÖLÜM HIZI ** (binde) (1992)	DOĞUŞ-TAN YAŞAM BEKLEN TİSİ ** (yıl 1992)	NÜFUS* (milyon) 1990	KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARC.*(\$) 1990	SAĞLIK HARC. ULUSAL GELİRE YÜZDESİ (1990) *		
							Top.	Kamu	Özel
SAHRA ALTI AFRIKA ÜLKELERİ	G.AFRIKA	2560	53	63	35.9	158	5.6	3.2	2.4
	KAMERUN	850	74	56	11.7	24	2.6	1.0	1.6
	SENEGAL	720	90	49	7.4	29	3.7	2.3	1.4
	ZİMBABVE	650	60	56	10.0	42	6.2	3.2	3.0
	SUDAN	420	100	52	25.1	12	3.3	0.5	2.8
	GANNA	400	103	56	14.8	14	3.5	1.7	1.8
	NİJERYA	340	114	52	96.2	9	2.7	1.2	1.6
	KENYA	340	51	59	24.1	16	4.3	2.7	1.6
	SİERRA LEONE	210	144	43	4.1	5	2.4	1.7	0.8
	ETİYOPYA	120	123	47	51.1	4	3.8	2.3	1.5
TANZANYA	100	111	51	25.0	4	4.7	3.2	1.5	
MOZAMBİK	80	167	47	15.7	5	5.9	4.4	1.5	
ORTADOĞU KUZEY AFRIKA ÜLKELERİ	İSRAİL	11950	9	76	4.6	494	4.2	2.1	2.1
	S. ARABİSTAN	7820	35	69	14.9	322	4.8	3.1	1.7
	İRAN	2170	44	67	55.8	54	2.6	1.5	1.1
	CEZAYİR	1980	60	66	25.1	166	7.0	5.4	1.6
	TÜRKİYE	1780	70	67	57.3	76	4.0	1.5	2.5
	MISIR	610	43	61	52.1	18	2.6	1.0	1.6
	YEMEN	520	107	52	11.3	19	3.2	1.5	1.7
LATİN AMERİKA ÜLKELERİ	MEKSİKA	3030	28	70	86.1	89	3.2	1.6	1.6
	BREZİLYA	2940	54	66	150.4	132	4.2	2.8	1.4
	ARJANTİN	2790	22	71	32.3	138	4.2	2.5	1.7
	KOLOMBİYA	1260	17	69	32.3	50	4.0	1.8	2.2
	KÜBA	1170	10	76	10.6	?	?	?	?
	PERU	1070	46	64	21.7	49	3.2	1.9	1.3
	GUATEMALA	930	55	64	9.0	31	3.7	2.1	1.6
NİKARAGUA	460	54	66	3.9	35	8.6	6.7	1.9	
BATI AVRUPA ve KUZEY AMERİKA ÜLKELERİ	ABD	22240	9	76	249.9	2763	12.7	5.6	7.0
	KANADA	20440	7	77	26.5	1945	9.1	6.8	2.4
	İSVİÇRE	33610	7	78	7.0	2520	7.5	5.1	2.4
	İSVEÇ	25110	6	78	8.6	2343	8.8	7.9	0.9
	NORVEÇ	24220	6	77	4.0	1835	7.4	7.0	0.3
	ALMANYA	23650	7	76	80.1	1511	8.0	5.8	2.2
	FRANSA	20380	7	77	57.0	1869	8.9	6.6	2.3
	HOLLANDA	18780	6	77	15.0	1500	7.9	5.7	2.2
	İNGİLTERE	16550	7	76	57.6	1039	6.1	5.2	1.3
	İSPANYA	12450	8	77	39.0	831	6.6	5.2	1.4
YUNANİSTAN	6340	8	77	10.3	358	5.5	4.2	1.3	
ESKİ DOĞU BLOKU ÜLKELERİ	RUSYA FED.	3220	28	69	148.7	157	3.0	2.0	1.0
	MACARİSTAN	2720	15	70	10.3	185	6.0	5.0	0.9
	POLONYA	1790	15	72	38.2	83	5.1	4.1	1.0
	ROMANYA	1390	23	70	23.0	63	3.9	2.4	1.5
ASYA ve OKYANUSYA ÜLKELERİ	JAPONYA	26390	4	79	123.9	1538	6.5	4.8	1.6
	AVUSTRALYA	17050	7	77	17.3	1331	7.7	5.4	2.3
	HONG KONG	13430	6	78	6.0	699	5.7	1.1	4.6
	KORE CUM.	6330	8	71	43.3	377	6.6	2.7	3.9
	FİLİPİNLER	730	46	65	61.0	14	2.0	1.0	1.0
	ENDONEZYA	610	71	62	181.3	12	2.0	0.7	1.3
	SRI LANKA	500	15	71	17.0	18	3.7	1.8	1.9
	ÇİN	370	35	71	1149.5	11	3.5	2.1	1.4
	KAZAKİSTAN	2470	43	69	16.8	154	4.4	2.8	1.7
	PAKİSTAN	400	95	59	115.8	12	3.4	1.8	1.6
	HİNDİSTAN	330	83	60	866.5	21	6.0	1.3	4.7

Kaynaklar : * World Bank (1993), s:210-1, 238-9

** UNICEF (1994), s:64-5

Tablo her iki kaynaktaki çeşitli verilerin kullanılmasıyla yeniden hazırlanmıştır.

Kaynak : Toplum ve Hekim, 9, 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s:12