

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANA BİLİM DALI**

**VERGİSEL YÖNÜYLE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN
KURULUŞLAR VE BAZI MAL VE HİZMETLERE UYGULANAN
VERGİLERİN KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UMUT SARAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA / 2021

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANA BİLİM DALI**

**VERGİSEL YÖNÜYLE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN
KURULUŞLAR VE BAZI MAL VE HİZMETLERE UYGULANAN
VERGİLERİN KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UMUT SARAÇ

Danışman: Prof. Dr. Neslihan COŞKUN KARADAĞ

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Volkan YURDADOĞ

Jüri Üyesi: Prof. Dr. İbrahim ORGAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA / 2021

Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından Maliye Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Neslihan COŞKUN KARADAĞ

(Danışman)

Üye: Doç. Dr. Volkan YURDADOĞ

Üye: Prof. Dr. İbrahim ORGAN

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.

.../.../20...

Prof. Dr. Serap ÇABUK

Enstitü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu'ndaki hükümlere tabidir.

ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. / / 2021

Umut SARAÇ

ÖZET

VERGİSEL YÖNÜYLE TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR VE BAZI MAL VE HİZMETLERE UYGULANAN VERGİLERİN KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Umut SARAÇ

Yüksek Lisans Tezi, Maliye Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Neslihan COŞKUN KARADAĞ

Aralık 2021, 181 sayfa

Sağlık, beden ve ruhen bir iyilik hali olarak tanımlanır. Sağlık hizmeti ise, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık taleplerini karşılamak için üretilen ve sunulan hizmetlerdir. Bu kapsam itibarıyla sağlık hizmetinin sunumu, bireylerin yararlanacağı sağlık hizmetinin kalitesini belirler. Sağlık hizmeti genel özellikleri itibarıyla yarı kamusal mal ve hizmet özelliği taşır. Sağlık hizmetinin, genel ekonomiden ayrı olarak bir piyasası ve kuralları vardır. Piyasada var olan arz ve talep kanunlarından farklı olarak dizayn edilmiş bir sağlık hizmeti talebi ve arzı söz konusudur. Bu sebeple sağlık piyasası, genel serbest piyasadan farklı işlemektedir. Devlet, sağlık alanına etkili bir şekilde müdahale etmektedir. Müdahalenin yanında, sağlık hizmeti sunucusu olarak da piyasada bulunmaktadır. Bu sebeple devletin rolü, sağlık piyasasını ve sağlık sistemlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Türkiye’nin bu konudaki gelişimi, dönemlere ayrılarak değerlendirilir. Cumhuriyet’in ilanı ile beraber değişen düzen, sağlık hizmeti sunumunu da etkilemiştir. Günümüze kadar gelen süreçte sağlık hizmeti, kamu ve özel kuruluşlar ile birlikte sunulmaktadır. Anlaşılabileceği üzere Türkiye’de sağlık hizmeti, çok boyutlu ve karmaşık olmaktadır. Toplum sağlığını korumak, koruyucu sağlık hizmetidir. Bu nedenle devletler, toplum sağlığını korumak amacıyla politikalar gerçekleştirir. İnsan ve çevre sağlığını korumak amacıyla devletler, insan sağlığına zararlı olabilecek ürünlere yönelik politikalar geliştirmektedir. Bu kapsamda ortaya çeşitli vergiler atılmaktadır. Türkiye’nin bu konudaki durumu, etkinliği ve mevcut vergi düzenlerinin çevre ve insan sağlığını dikkate alıp almaması araştırılması gereken bir konudur. Ülkemizde var olan

vergilerden, evre temizlik vergisi hariç hiçbiri doğrudan evre sağlığına yönelik değildir. Nitekim evre temizlik vergisi de ele alınış yöntemiyle evre sağlığını değil mali amaç gütmektedir. Bu sebeple Türkiye’de evre ve insan sağlığını önceleyen destekleyici vergiler bulunmamakta ve var olan vergiler bu konuda yetersiz kalmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık, sağlık piyasası, sağlık ekonomisi, çevre sağlığı, toplum sağlığı.

ABSTRACT**EVALUATION OF TAXES APPLIED TO HEALTHCARE ORGANIZATIONS
IN TURKEY AND SOME GOODS AND SERVICES WITHIN THE SCOPE OF
PROTECTIVE HEALTH SERVICES****Umut SARAÇ****Master Thesis, Department of Public Finance****Supervisor: Prof. Dr. Neslihan COŞKUN KARADAĞ****December 2021, 193 pages**

Health is defined as a state of physical and mental well-being. Health services are produced to meet the health demands of individuals. The health service produced determines the quality of the service that individuals benefit from. Health services are quasi-public goods. Health services has a market and rules that are separate from the general market economy. The supply and demand of health services is different from the general supply and demand rules. For this reason, the health market operates differently from the general free market. The state effectively regulates the health market. The state is the producer of health services besides regulation. For this reason, the role of the state in the market significantly affects the health market and health systems. Turkey's development in health services is divided into periods. The proclamation of the Republic affected the production of health services. Today, health services are provided by public and private institutions. Health care in Turkey is multidimensional and complex. Protecting public health is preventive health service. For this reason, states implement policies to protect public health. In order to protect human and environmental health, states develop policies for products that may be harmful to human and environmental health. Various taxes are charged for this purpose. The only tax that aims to protect environmental health in Turkey is the environmental cleaning tax. However, environmental cleaning tax is collected for financial purposes, not to protect environmental health. For this reason, there are no taxes that protect the environment and human health in Turkey. Current taxes in Turkey are insufficient to protect human and environmental health.

Keywords: Health, health market, health economy, environmental health, public health.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	Sayfa
ABSTRACT.....	iv
KISALTMALAR	vi
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Giriş	1
1.2. Problem.....	3
1.3. Araştırmanın Amacı.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi	5
1.5. Kısıtlar	6

BÖLÜM II

SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı	7
2.2. Sağlık Ekonomisi.....	10
2.3. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi	13
2.3.1. Dünyada Gelişimi	13
2.3.2. Türkiye’de Gelişimi.....	22
2.4. Sağlık Hizmeti	34
2.5. Sağlık Hizmetinin Özellikleri	35
2.6. Sağlık Hizmetinin Arzı ve Talebi	40
2.6.1. Sağlık Hizmetinin Talebi, Talebi Belirleyen ve Etkileyen Unsurlar	40
2.6.2. Sağlık Hizmetinin Arzı, Arzı Belirleyen ve Etkileyen Unsurlar	43
2.7. Sağlık Piyasası ve Sağlık Hizmetinin Sunulması	46
2.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Finansman Yöntemleri ve Sağlık Sistemleri	48
2.9. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması	55
2.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti	56

2.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti.....	58
2.9.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	59
2.9.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti.....	61
2.9.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti.....	61
2.9.3. Rehabilitasyon Sağlık Hizmeti	62

BÖLÜM III

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR VE VERGİLENDİRİLMESİ

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar	63
3.1.1. Aile Sağlık Merkezleri ve Aile Hekimliği Uygulaması	63
3.1.2. Üniversite Hastaneleri	72
3.1.3. Şehir Hastaneleri.....	78
3.1.4. Özel Hastaneler ve Özel Sağlık Kuruluşları	85
3.1.4.1. Özel Hastaneler	85
3.1.4.2. Özel Sağlık Kuruluşları.....	92
3.1.4.3. Diğer Sağlık Kuruluşları	94
3.1.4.4. Pandemi Hastaneleri.....	94
3.2. Sağlık Hizmeti Veren Kurum Ve Kuruluşların Vergilendirilmesi	95
3.2.1. Aile Hekimlikleri	95
3.2.2. Üniversite Hastaneleri	99
3.2.3. Şehir Hastaneleri.....	102
3.2.4. Özel Hastaneler Ve Özel Sağlık Kuruluşları	105

BÖLÜM IV

TOPLUM SAĞLIĞININ KORUNMASI AÇISINDAN BAZI MAL VE HİZMETLERİN VERGİLENDİRİLMESİ

4.1. Toplum Sağlığı Açısından Bazı Mal Teslimi Ve Hizmetlerin Arzında Vergilendirme	112
4.1.1. Alışkanlık Verici Maddelerin Vergilendirilmesi	112
4.1.2. Obezite Vergileri	124
4.1.3. Çevre Sorunlarının Önlenmesinde Vergiler	129

4.1.4. Teknoloji ürünleri üzerinde vergiler	142
---	-----

BÖLÜM V

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİNİN VERGİLENDİRİLMESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sağlık Hizmeti Veren Kurum Ve Kuruluşların Vergilendirilmesinin Değerlendirilmesi	149
5.2. Mal ve Hizmetlerin Tesliminde Vergilendirme	152
5.3. Teşvik Edici Uygulamalarda Vergiler	157
5.4. Sonuç	160
KAYNAKÇA	165
ÖZGEÇMİŞ	181

KISALTMALAR

- AB:** Avrupa birliği
- AEP:** Acil eylem planı
- ASM:** Aile sağlığı merkezi
- BAĞ-KUR:** Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
- CO₂:** Karbondioksit
- CH₄:** Metan
- DALY:** Disability adjusted life year
- DPT:** Devlet planlama teşkilatı
- DR:** Doktor
- DSÖ:** Dünya sağlık örgütü
- ES:** Emekli sandığı
- GSS:** Genel sağlık sigortası
- GSYİH:** Gayrisafi yurtiçi hasıla
- HES:** Hayat eve sığar
- KDV:** Katma değer vergisi
- KHK:** Kanun hükmünde kararname
- M:** Madde
- MD:** Madde
- MTV:** Motorlu taşıtlar vergisi
- NHS:** National health service
- OECD:** Organisation for economic co-operation and development
- OIHP:** Office international d'hygiene publique
- ÖTV:** Özel tüketim vergisi
- PAHO:** Pan American health organization
- QALY:** Quality adjusted life year
- SB:** Sağlık bakanlığı
- SDP:** Sağlıkta dönüşüm programı
- SGK:** Sosyal güvenlik kurumu
- SK:** Sayılı kanun
- SSK:** Sosyal sigortalar kurumu

SUT: Sağlık uygulama tebliği
TBMM: Türkiye büyük millet meclisi
TC: Türkiye cumhuriyeti
TDK: Türk dil kurumu
TL: Türk lirası
TÜFE: Tüketici fiyat endeksi
TÜİK: Türkiye istatistik kurumu
VB: Ve benzeri
VD: Ve diğerleri
WHO: World health organization
WMA: World medical association
Yİ: Yap işlet
YİD: Yap işlet devret
YK: Yap kirala
YPK: Yüksek planlama kurulu
YY: Yüzyıl



TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	20
Tablo 2. AB Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yüzdelik Payı	21
Tablo 3. Türkiye Sağlık Harcamaları Göstergeleri	22
Tablo 4. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Sayıları	32
Tablo 5. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Bölgesel Sayıları.....	33
Tablo 6. Şehir Hastanelerinin Yatak Kapasiteleri ile Sayısı	34
Tablo 7. Standart Rekabetçi Piyasa ile Sağlık Piyasası Farkları.....	46
Tablo 8. Sağlık Sistemleri Modelleri	54
Tablo 9. ÖTV (III) Sayılı Liste (B) Cetveli	114
Tablo 10. Paket Sigaraya (ucuz- pahalı sigara) Ödenen Vergi Miktarı (2019 Yılı)	116
Tablo 11. ÖTV (III) Sayılı Liste (A) Cetveli	121
Tablo 12. Türkiye 15 Yaş Üstü Kişilerin Beden Kütle İndeksinin Yıllara ve Cinsiyete Göre Dağılımı	124
Tablo 13. İşyeri Olarak Kullanılan Bina Grupları	135
Tablo 14. Büyükşehirlerdeki Binalara Uygulanan Verginin Derecelerine Göre Durumu	136
Tablo 15. Büyükşehir Olmayan Belediyelerdeki Bina Vergisi Durumu	136

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. Sağlık ekonomisinin kapsamı.....	12
Şekil 2. Sağlık hizmetleri üçgeni	50
Şekil 3. Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından yürütülecek iş ve faaliyetler	85
Şekil 4. Tütün ürünleri fiyatlarının ÖTV'ye olan duyarlılığı (% değişim)	117
Şekil 5. Toplam ve kişi başı sera gazı emisyonu, 1990-2019.....	140



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Giriş

Gelişen dünya ile birlikte değişen yargılar, sağlık alanını da etkilemiş ve etkileşim sürecinde sağlığa olan bakış açısı ve sağlık hizmetinin sunumuna yönelik vurgular farklılaşmıştır. Sağlık sadece bedenen iyi olma durumu değil, bedenen ve ruhen iyi olma hali olarak tanımlanmıştır. Geçmiş anlayışta var olan sağlık tanımı, hastalık halinde olmama şeklinde negatif bir yaklaşım iken, bu algı değişerek pozitif bir tutuma dönüşerek, iyilik hali olarak güncellenmiştir.

Bu çalışma, sağlık kavramına değinerek başlamaktadır. Sağlık kavramı, anayasamızda biref hak olarak tanımlanmıştır. Sağlık ekonomisinin düzenlendiği ortama sağlık piyasası ve bu piyasada üretilen hizmete de sağlık hizmeti denir. Sağlık hizmetini, hastalar talep eder. Sağlık personelleri de bu hizmeti sunmakla yükümlüdür. Sağlık hizmetinin sunumu için belirli finansman kaynağına ihtiyaç olacaktır. Finansman yöntemleri bu ihtiyacı karşılamak için kullanılır.

Sağlık hizmeti, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalara ek olarak tedavi edici sağlık hizmeti kendi içinde basamaklandırılarak ayrıştırılmaktadır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılan bu hizmetler, tedavi sürecine ve hastalık derecesine bağlı olarak değişmektedir.

Sağlık ve sağlık ekonomisi dünyada çeşitli aşamalardan geçerek gelişim göstermiştir. Bu süreç içinde sağlık ekonomisi, genel ekonominin bir alt dalı olarak görülmüştür. Ancak sağlık hizmetinin özellikleri bakımından genel ekonomiden farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma devletin sunduğu sağlık hizmetinin sunucuları arasında da göze çarpmaktadır. Devlete bağlı sağlık kuruluşları, üniversite hastaneleri, şehir hastaneleri ve aile hekimliği gibi uygulamalar ülkemizdeki ana sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşların hepsi farklı tarihsel ve kanuni süreçten geçerek günümüze gelmiştir. Bu nedenle Türkiye'deki sağlık kuruluşlarını ele almak uzun ve karmaşık bir hal almaktadır. Çünkü birçok kanun, yönetmelik vb. kaynaklar farklı farklı mecralarda bulunmaktadır ve hepsini tek bir çalışmada bulmak ve ulaşmak imkansız hale gelmiştir.

Yukarıdaki açıklamalardan anlaşılacağı üzere bu çalışmanın ikinci bölümü; sağlık kavramı, sağlık piyasası, sağlık ekonomisi, sağlık hizmeti, sağlık hizmetinin özellikleri, sağlık hizmetinin arz ve talep yapıları, sağlık hizmetinin sınıflandırılması, sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık ekonomisinin dünyada ve ülkemizdeki tarihsel gelişim aşamalarını ele almaktadır. Bu olgular, sağlık ekonomisinin ve sağlık sektörünün temel kavramlarını oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti, sağlık sektörü veya sağlık piyasası ile ilgili herhangi bir çalışma, bu kavramları ele alarak başlaması gerekmektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümü; Türkiye’de sağlık hizmetinin sunmakla yetkili özel ve kamuya ait tüm sağlık kuruluşlarını ele almaktadır. Üçüncü bölümün ilk kısmında sağlık hizmetini ülkemizde sunan kuruluşlar değerlendirilmektedir. Böylelikle ülkemizde sağlık hizmetini sunan kuruluşlar tek bir çalışmada ele alınmış, değerlendirilmiş ve tarihsel ve kanuni süreçleri oluşturulmuştur. Üçüncü bölümün ikinci başlığında ise bu kuruluşların aynı zamanda vergisel yükümlülükleri de dikkate alınmış ve mevcut yükümlülükleri tespit edilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümü; insan ve çevre sağlığını korumak ve desteklemek, kısacası toplum sağlığını sağlamak amacıyla uygulanan vergi ve sosyal politikaları ele almaktadır. Bu kapsamı itibariyle obezite, sigara kullanımı, alkol tüketimi, bilişim vergileri ve çevre sorunlarının etkileri ülkemiz nezdinde değerlendirilmiştir. Bu sorunlara yönelik ülkemizde uygulanan vergi uygulamaları ele alınmış, uygulanan vergilerin yeterliliği ve etkinliği değerlendirilmiş ve ek bir verginin ihtiyaç olup olmadığına yönelik çıkarımlar yapılmıştır. Bu kapsamda toplum sağlığını dikkate alan vergilerin dünyada popülerleşmesi ile birlikte, ülkemizin bu konularda dünyayı yakalaması gerekmektedir. Bu ihtiyaç aynı zamanda mevcut ülkemizin geleceği ve dünya sağlığı açısından da oldukça önem arz etmektedir. Bu sebeple bu vergilerin önemi, yalnızca yerel olarak düşünülmemeli, küresel açıdan olumlu katkıları olduğu da dikkate alınmalıdır.

Çalışmanın beşinci bölümünde, tüm çalışma boyunca ortaya konulan bilgi ve içerik değerlendirilmiştir. Bu amaçla, sağlık hizmetleri; sunan kuruluşlar, sunan personeller, finansman ve vergi yükümlülükleri açısından çıkarımlarda bulunulmuştur. Bölümün ikinci başlığında ise, sağlık hizmetlerinin sunumunu etkileyebilecek bazı mal ve hizmetler ile bazı sosyal politikalara yönelik değerlendirmeler yapılmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda, toplum sağlığının korunması için çeşitli vergisel önerilerde bulunulmuştur.

1.2. Problem

Ülkemizde sağlık hizmeti ve sağlık politikaları dönemlerden geçerek günümüze kadar gelmiştir. Her dönem için uygulanan sağlık sistemi değişiklik göstermektedir. Bu sistemlere uygun olarak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar da değişmektedir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların sürekli değişiyor olması, karmaşık ve anlaşılması zor bir sağlık sisteminin uygulanmasını etkilemektedir. Bu kuruluşların işleyişinin netleştirilmesi için, vergisel yükümlülüklerinin ve kanuni yerlerinin anlaşılır olması gerekmektedir.

Sağlık hizmeti, eğitim hizmeti gibi yarı kamusal mal özelliği taşımaktadır. Bu özelliği sebebiyle, kişiler bazı sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılabilmektedir. Hizmetler, fiyatlandırılabilen ve bölünebilmektedir. Ancak, bireye sağlanan fayda, aynı zamanda tüm toplumun hastalanmasını da önlemesi yönelik olması sebebiyle kamusal özellik taşıyor. Bu özellik nedeniyle, özel mallardan ayrılır ve yarı kamusal mal olarak sınıflandırılır. Bu özellik tüm sağlık hizmetleri için geçerli değildir. Örneğin, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan sunulan tam kamusal özellik taşıyor. Aşılama ve çevre politika uygulamaları buna örnek verilebilir. Bu uygulamada da olduğu gibi devlet, bu hizmeti tüm bireylerine karşılıksız olarak sunmaktadır.

Ülkemizde sağlık sektörü devletin ve özel sektörün bir arada yer aldığı karma düzende işlemektedir. Özel sektör hem kendi kararları ile sağlık kuruluşları açabilirken hem de kamu ile birlikte iş birliği yaparak bu alanda faaliyette bulunabilmektedir. Nitekim son zamanlarda etkin olarak tercih edilen şehir hastaneleri, böyle bir özellik taşımaktadır. Şehir hastaneleri, kamunun ve özel sektörün iş birliği yapması ile işleyen bir sistemle kurulmaktadır. Hastanenin yapımı için ihaleyi kazanan firma, belirli bir süre karşılığında hastaneyi işletebilmektedir. Bu yapım ve işletim süresi içinde ilgili firma hastanenin masraflarından sorumlu tutulmakta ve bu masraflarına yönelik çeşitli vergisel avantajlar sağlamaktadır. Her ne kadar özel bir firma aracılığıyla işletiliyor olsa da çalışan personel kamu personelidir. Bu özellikleri sebebiyle şehir hastanelerinin karmaşık bir işleyişi bulunmaktadır.

Günümüzde üniversite hastaneleri döner sermayeli işletmeler olarak işletilmektedir. 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu madde 58'e göre yükseköğretim kurumları döner sermayeli işletmeler kurabilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile yürütülmeye

çalışılmaktadır. Bu kapsam itibariyle üniversite hastanelerini tümüyle ele alan bir düzenleme mevcut değildir.

Sadece yukarıdaki bilgilerden bile anlaşılıyor ki günümüzde etkin olarak mevcudiyetini sürdüren sağlık kuruluşlarının karmaşık ve anlaşılması zor bir düzeni bulunmaktadır. Bu sebeple bu kuruluşların vergilendirilme esaslarının aydınlatılması gerekmektedir.

Ülkemizde insan ve çevre sağlığını korumak amacıyla alınan koruyucu bir vergi ve vergi politikası bulunmamaktadır. Alınan vergilerde güdülen amaç, mali olmakta insan ve çevre sağlığı bu noktada ikinci planda kalmaktadır. Ayrıca, ülkemizin böyle yeni ve ekstra vergilere de ihtiyacı olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Çünkü yeni bir verginin etkinliğini, toplumun o vergiye karşı uyumu belirleyecektir. Eğer, toplumda bu sorunlara yönelik vergi alınmasına karşı bir düşünce varsa veya oluşursa, vergiye karşı direnç oluşur. Bu sebeple insan ve çevre sağlığını korumaya yönelik devletin, ciddi bir bakış açısı ile yaklaşması ve vergiyi etkin ancak dikkatli bir şekilde ele alması gerekmektedir.

Yapılan inceleme ve araştırmalar sonucunda insan ve çevre sağlığı yani toplum sağlığı için etkin olarak kullanılan vergilerin, ülkemiz için yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Toplum sağlığını korumak, koruyucu sağlık hizmetlerindendir. Bu nedenle, toplumunun sağlıklı olmasını arzulayan bir devletin, sayılan bu esaslara dikkat ederek vergileme gerçekleştirmesi gerekir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma öncelikle sağlık ve sağlık ekonomisi üzerine yoğunlaşarak temel bilgileri sunmaya çalışmaktadır. Çalışma bu amaçla sağlık kavramına, sağlık piyasasına ve sağlık ekonomisinin Türkiye’de ve dünyada gelişimin seyrine değinmektedir. Çalışmanın diğer amacı sağlık hizmetini ele almaya çalışmaktır. Sağlık hizmetinin özellikleri, çeşitleri ve finansman yöntemleri gibi önem arz eden noktalar konu başlığı olarak açıklanmıştır.

Çalışma, açıklaması yapılan bu sağlık hizmetinin kimler tarafından sunulduğunu ortaya koymaktadır. Bu noktada çalışma, ülkemizde hem kamu hem de özel olarak bu hizmeti sunan kuruluşları tek tek ve detaylıca ele almıştır. Bu kuruluşların vergisel yükümlülüklerine de değinilmiş ve mevcut var olan karmaşık yapı, tek çalışmada toplanıp, mevcut düzen ortaya konulmuştur. Görüleceği üzere çalışmanın ilk amacı

Ülkemizdeki mevcut sağlık hizmet sunucularının tarihi, kanuni ve vergi yönünden uğradıkları değişimleri ele alarak karmaşık yapıyı anlaşılır kılmaktır.

Gerekli temel bilgiler verildikten ve mevcut düzen ortaya konulduktan sonra, insan ve evre sağlığına yönelik ülkemizde uygulanan vergi politikalarının yeterliliği ele alınmıştır. Çalışmanın bir diğer amacı, bu kapsamda insan ve evre sağlığını destekleyen vergi uygulamalarının ülkemiz açısından yeterli olup olmadığının ortaya konmasıdır. Bu konuda ekstra bir vergiye ihtiyaın olup olmadığı veya var olan vergilerde nelerin değişmesi gerektiğine yoğunlaşılmıştır. Böylelikle lkemizde sağlık hizmeti; sunan kuruluşlar, sunan kişiler ve sağlık hizmeti sunumunu olumsuz etkileyen bazı mallar ve bazı politikalarla birlikte detaylıca ele alınmıştır.

1.4. Araştırmanın nemi

Sağlık hizmeti sunumunun anlaşılır olması amacıyla, sağlık hizmeti sunan kuruluşların yapısının ve işleyişinin ortaya konulması, vergi açısından sorumluluklarının anlaşılmasını kolaylaştıracaktır. Sağlık hizmetinin ve sağlık sektöründe bu hizmeti sunan kuruluşların bu şekilde tek bir çalışmada toplanarak ele alınması, ülkemizdeki sağlık sektörünün anlaşılması kapsamında önem arz etmektedir. Yine lkemizde güncel olarak mevcudiyetini sürdüren sağlık kuruluşlarının bu şekilde değerlendirilmesi, uygulanan politikaların etkinliğinin değerlendirilmesinde de katkısı olacaktır. Yapılan literatür taramasından, sağlık hizmeti sunan kuruluşları, bu kuruluşların mevcut durumlarını ve vergisel yükümlülüklerini ele alan çalışmaların kapsayıcı olmadığı, var olan çalışmaların sadece özel bir vergiye ya da bir kuruluşa yoğunlaştığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle alışma, Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kuruluşların hepsini tarihi, kanuni ve vergisel boyutlarıyla ele alıp tek bir başlık altında toplamıştır. Bu yönüyle, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İnsan ve evre sağlığını destekleyen vergiler, toplum sağlığının korunması için önem arz eder. Toplum sağlığını korumak, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerindendir. Bu nedenle insan ve evre sağlığı için koyulan vergiler veya çeşitli kısıtlar, koruyucu sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilir. Ancak lkemizde bu mahiyette sayılabilecek vergilerin net bir zemine oturmamış olması, evre sorunları ve obezite gibi kitlesel sorunlara yönelik toplumda bir kamuoyunun oluşmamış olması ve var olan vergilerin bu sorunlara yönelik olmaması ülkemizin bu sorunlarla ciddi anlamda karşı karşıya kalacağını göstermektedir. Çünkü bu sorunlar her geçen gün artarak

büyümeye devam etmekte ve yarınlar için daha ciddi bir hal almaktadır. Bu nedenle çözülmesi veya etkisinin azaltılması için atılan her adım değerli olacaktır. Bu nedenle bu çalışma, ülkemizde bu sorunlara yönelik uygulanan vergi politikalarını ortaya koyarak yeterliliğini değerlendirmeye çalışmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda ülkemizin bu konularda yeterli politikalar geliştirmediği ortaya çıkmıştır. Çalışma bu yönüyle, ülkemizde bu sorunlarla mücadele etme kapsamında çeşitli öneriler sunarak politika gelişimine katkı sağlamayı amaçlamıştır.

1.5. Kısıtlar

Çalışmada sağlık ekonomisini ilişkin genel ve temel bilgiler aktarılmış, Türkiye’de sağlık hizmetini sunmakla yetkili kuruluşlarla ve toplum sağlığı açısından önem arz edecek bazı mal ve hizmetlerle ilgili değerlendirilmeler yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda medikal cihazlar, ilaç ve serum gibi ar-ge kapsamında değerlendirilen sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan araçlar, değerlendirme kapsamı dışında tutulmuştur. Bu araçların ayrıca bir piyasası, üretim aşaması ve tedarik zinciri olması sebebiyle çok boyutlu değerlendirilmesi gerekmektedir.

BÖLÜM II

SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Bu bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilecek temel teorik bilgiler verilecektir. Bölümün ilk başlığında sağlık kavramını tanımlamaya yönelik açıklamalara yer verilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanım ile Türkiye'deki akademik çalışmalarda yapılan tanımlar ile kurumsal tanımlamalar arasında bağ ortaya çıkarılacaktır. Diğer başlıklarda ise sağlık ekonomisi ve sağlık hizmetlerinin genel özelliklerinden bahsedilecek ve bu ekonomik düzenin piyasası ve işleyişi hakkında bilgiler aktarılacaktır. Sonraki başlıklarda ise sağlık piyasasında üretilen mal ve hizmetlerin finansman kaynaklarından ve finansman yöntemlerinden bahsedilip, üretilen mal ve hizmetin elde ediliş şekli anlatılacaktır. Son başlıkta ise sağlık hizmetlerinin anlaşılması amacıyla sınıflandırılması yapılarak ortaya konulacaktır..

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kelimesi, Latince “salutem”, İngilizce “health”, Fransızca “santé” terimleri ile ifade edilmektedir. Türkçede ise sıfat olarak “iyi, muteber, esen, salim” anlamına gelen “sağ” kelimesinden türemiş bir isimdir. Türk Dil Kurumu'nun Güncel Türkçe Sözlüğünde sağlık, “Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” veya “Sağ, canlı, diri olma durumu” olarak tanımlanmıştır.

İnsanların en temel ihtiyaçlarından birisi sağlıktır. Yeme ve barınma ihtiyaçlarının altında yatan temel güdü sağlıklı olmaktır. Sağlığın, çeşitli yaklaşımlarla tanımlandığı görülmektedir.

Sağlığı tanımlamada kullanılan temel ayrımlardan ilki, subjektif ve objektif sağlık kavramlarıdır. Subjektif sağlık, insanların psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmeleridir (Mutlu ve Işık, 2012:9). Bu kapsamda bir bireyin kendisini o anda iyi veya mutlu hissediyor olması, sağlıklı olduğu anlamına gelir. Çünkü o anda onun için olumsuz bir durum söz konusu değildir. Objektif sağlık ise, insanın psikolojik olarak değil, uzman şahıslar aracılığıyla sağlıklı olup olmadığının tespiti şeklinde tanımlanabilir (Mutlu ve Işık, 2012:9-10). Bu tanıma göre bir kişinin objektif olarak sağlıklı olabilmesi için, sağlık alanında uzman kişilerin kontrolünden geçmesi gerekmektedir. Yani doktor muayenesi, objektif sağlığı açıklar.

Bir başka sağlık kavramına yönelik tanımlama ise, hastalık durumunun olmama halidir. Bireyin bedensel olarak bir anormalliğinin olması veya kendisini hasta hissetmesi, hastalık durumunun varlığını gösterir (Aggleton, 1990:6). Bu yönüyle yapılmış olan bir tanımlamanın negatif yönlü olduğu söylenebilir. Buna karşın tarihsel süreçte sağlık kavramı, negatiften pozitive doğru bir tanımlama seyri gerçekleşerek günümüze gelmiştir (Tosun, 2018:4).

Seedhouse (2001) sağlık kavramını, dört farklı insan grubunu ve bu grupların farklı sağlık tanımlarında bulunduklarını varsayarak açıklamaya çalışmıştır. Bu insan grupları; doktor (medic), sosyal bilimci (social scientist), idealist ve hümanist (humanist) şeklindedir. Seedhouse, özellikle doktorların sağlığı, hastalığın ve sakatlığın yokluğu olarak tanımladığını ileri sürmektedir. Sosyal bilimci için sağlığı, bir insanın, normal sosyal hayatında fonksiyonlarını düzgün bir biçimde yerine getirebilme durumu olarak tanımladığını ileri sürmektedir. Bir idealist için ise sağlık; fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyilik içinde olma olarak tanımladığını ileri sürer. Hümanist için sağlık ise, sosyal hayatta karşılaşılan problemlere pozitif bir şekilde uyum sağlama yeteneği olarak tanımlar. Seedhouse yaptığı bu gruplandırmalardan, Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) idealist bir tanımlamada bulunduğunu vurgulamaktadır (Seedhouse, 2001:11).

Larson (1991) ise, sağlık kavramını açıklamak amacıyla dört farklı model ileri sürmüştür. Bu modeller şunlardır:

1. Medikal Model (The Medical Model)
2. Holistik Model (The Holistic Model)
3. İyilik Modeli (The Wellness Model)
4. Çevre Modeli (The Environmental Model).

Medikal modele göre sağlık, hastalığın olmadığı veya iyileşildiği zamanlarda ortaya çıkmaktadır. Medikal model aynı zamanda sağlığı tanımlarken ve sağlığın ölçülmesi esnasında ölüm ve ölüm oranlarını kullanmaktadır. Ölüm ve ölüm oranlarının kullanılmasıyla elde edilen istatistikler, ülkelerin değerlendirme yapmasına olanak sağlamaktadır (Larson, 1991:3).

Holistik model, sağlığı insanın tamamen fiziksel sağlığı ile beraber psikolojik sağlığını da içeren geniş kapsamlı bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Larson'un

yapmış olduğu bu tanımın Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı ile paralel olduğu dikkati çekmektedir. Bu modele göre sağlık, ruhsal, fiziksel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olma durumudur (Larson, 1991:4).

İyilik modeli, Dünya Sağlık Örgütü'nün de sağlığı açıklamada kullandığı “iyilik hali” tabirini daha kapsamlı hale getirerek ele almaktadır. Bu model için sağlık, hissetme olarak nitelenmektedir. İyilik hali ise, profesyonel olmayan kişilerin rahatlık, enerji ve işlevlerini hayata geçirebilme imkânı olarak tanımlanmıştır (Larson, 1991:5).

Çevre modeli, bireyin sağlığını içinde bulunduğu çevre ile açıklamaya çalışmaktadır. Bu modelde bahsi geçen sağlık tanımı, bireyin davranışlarını ve içinde bulunduğu çevrenin sistemini bütün halinde ele alarak analiz etmektedir. Bu kapsamı itibarıyla sağlık, geniş ve evrensel bir biçimde ele alınmaya çalışılmaktadır.

Sağlık, canlının doğada var olan değişime ayak uydurabilmesi için sürekli olarak devam ettirdiği uyum ve adaptasyon süreci olarak tanımlanır. Bu uyumun ve adaptasyonun düzgün işlememesi ise, hastalık kavramını ortaya çıkarır (Larson, 1991:5-6).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı tanımlarken pozitif bir tutum sergiler ve yukarıda yapılan açıklamalara göre ise, holistik bir model izler. Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanıma göre sağlık, bir insanın bedensel, psikolojik ve sosyalleşme açısından tam olarak iyilik halinde olma durumudur (Callahan, 1973:77). Bu tanıma göre, sağlık sadece hastalık halinde olmama ya da objektif tanımıyla sadece doktor muayenesi sonucuyla hasta olmama durumu değil; bireyin psikolojik ve sosyal açıdan da iyi durumda olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü yaptığı bu tanımı evrenselleştirmek amacıyla, sağlığın herkes için bir hak olduğunu açıklamaktadır. İzlemiş oldukları yola göre, ırk, din, politik inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı yapılmaksızın herkesin en yüksek sağlık standardından faydalanması, her insanın en temel hakkı olduğu ileri sürülmektedir (WHO, 2020:1).

Sağlık hakkı sadece temel bir hak olmakla kalmayıp aynı zamanda bir bireyin, gelir getirici üretken faaliyetlerinin zeminini meydana getirmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de bireylerin faktör olarak üretimde kullanılmasını sağlamaktır (Batirel, 1986:172).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu 145 ülkenin imza attığı Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), sağlığın bir hak olduğunu açıklamış ve imza atan ülkelere bu

noktada görev yüklenmiştir. Evrensel açıdan var olan genel kabul görmüş sağlık hakkının; gıda, barınma, çalışma, eğitim, katılım, ayrımcılığa uğramama, yaşam, işkence görmeme, bilgiye erişim ve örgütlenme, toplanma ve dolaşım hakkı ile ilişkili olduğu yönündedir (Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi Derneği ve WHO, 2007:9). Sağlığın sadece bireysel bir değer olmadığı aynı zamanda toplumsal bir değer olduğu, var olunan çevreyle ve o çevrenin değerleri ile ilişkide olduğu açıktır. Nitekim Türkiye Cumhuriyeti yapmış olduğu uluslararası sözleşmeler gereğince ve Anayasasında benimsediği anlayışa göre sağlığı bu şekilde geniş kapsamda ve pozitif yönüyle ele almaktadır.

1982 Anayasası'nın 56.maddesinde, *“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 içinde sürdürmesini sağlama; 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.”* hükmüne yer verilmiştir.

Bu maddeyle birlikte Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan herkese sağlık hakkı tanınmış ve devlete bu yönde görevler yüklenmiştir. Maddeden görüleceği üzere sağlık; çevre, beden ve ruh sağlığı açısından tanımlanmış ve pozitif bir yol izlenmiştir.

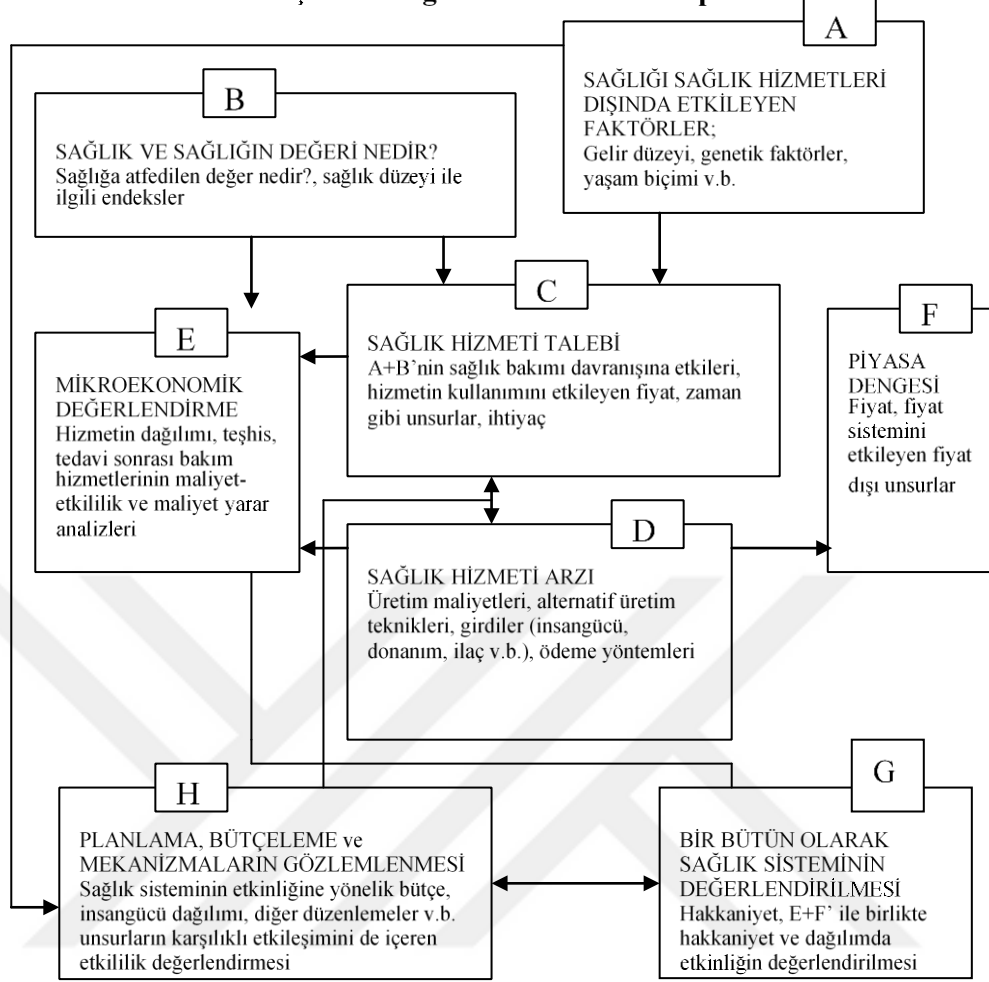
2.2. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi yeni bir kavram olmasıyla beraber, genel ekonomi teorisinin bir alt dalı olarak görülmektedir. 1960'lı yıllarda konuya ilginin artmasıyla birlikte yapılan ampirik çalışmaların sayısında artışlar yaşandığı gözlemlenmiştir (Şenatalar, 2003:25). Sağlık ekonomisi, genel ekonomi kuralların, tanımların ve teorilerin sağlık ve sağlık faaliyetleri yani sağlık hizmetleri için de geçerli olduğu bir çalışma alanıdır (Işık, 1997:10). Sağlık ekonomisini en geniş kapsamda ele alan bu tanımda, sağlık ekonomisi, ekonomi biliminden ayrı bir bilim dalı olarak değerlendirilmemektedir. Sağlık, bireyi ilgilendirmesi sebebiyle birçok bilim dalı ile de yakından ilişkilidir. Bu sebeple sağlık ekonomisinin anlaşılır olması ve geliştirilmesi için ekonomi ile ve diğer bilim dallarıyla ilişki içinde olması gerekir (Alpugan, 1984:135).

Kısaca sağlık ekonomisinde, genel ekonomi kurallari geçerli olmaktadır. Bu sebeple sağlık ekonomisinde, bu konuya ayrilacak kaynaklari en verimli ve etkin bir şekilde sunumunun sağlanması ve bu hizmetten yararlanacak olanlari arasında en iyi şekilde bđlüşümünün sağlanması amağlanmaktadır (Çolak, 2019:8). Yani sağlık hizmeti arzı ve talebi ele alınan konulardır.

Sağlıkla ilgili üretilen mal ve hizmetler sağlık mal ve hizmetleri, bu mal ve hizmetlerinin karşılaştığı ortama ise sağlık piyasası olarak adlandırılır. Sağlık ekonomisi; ilgili kanuni maddeler, sağlıkla ilgili benimsenecek politikalar, hizmeti sunan ile hizmetten faydalanan arasındaki ilişkiler, hizmetin verimli kullanılması için gerekli finansmanın sağlanması ve toplumun devamı için gerekli işgücünün yaratılması maksadıyla sağlıkla ilgili tüm noktaları kapsamaktadır (Tıraş, 2013:131).

Şekil 1- Sağlık Ekonomisinin Kapsamı



Şekil 1. Sağlık ekonomisinin kapsamı

Kaynak: Çalışkan, 2008:33

A kutusu; sağlığı, sağlık sektörü dışında etkileyen faktörleri göstermektedir. Kutuda verilen yaşam biçimleri, gelir düzeyi ve genetik faktörler dışında, yaşanan ekonomik, sosyal veya siyasi krizler de etkili olabilmektedir.

B kutusu; sağlığın tanımı ve ölçülmesi hakkındadır. Sağlığın tanımı noktasında genel olarak kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanımdır. Bu tanıma göre sağlık sadece bedensel değil, ruhsal ve sosyal yönden de etkilenmektedir.

C kutusu; sağlık talebini açıklamaktadır. Sağlık ekonomisinde talep, hizmetten yararlanmak isteyenlerdir. Bu kapsamda sağlık hizmetini talep edenler, hasta olanlardır.

D kutusu; sağlık arzını yani sağlık hizmetinin üretimini göstermektedir. Bunun yanında üretim maliyetleri, teknikleri ile ödeme yöntemleri bu kapsam içindedir.

E kutusu; hizmet sonrasında, hizmetin verimliliğinin ölçülmesine yönelik analizlerden bahseder. Sağlık hizmetinin amacı insanların ve toplumun sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmesini sağlamak ise, hizmetin sunumu esnasında hangi faaliyetin verimli olup olmadığının ölçülmesi şarttır (Çalışkan, 2008:36).

F kutusu; sağlık talebi ile sağlık arzından oluşacak olan piyasa dengesinden ve bu dengeyi etkileyecek olan fiyat ve fiyat dışı etkenleri kapsamaktadır.

G kutusu ile sağlık piyasası bir bütün olarak ele alınabilmekte, sağlık hizmeti, sağlık hizmetinin verimliliği, finansmanlar, talebi ve arzı etkileyen unsurlar ve dengeyi etkileyen faktörler gibi detaylar hakkında yorumlar yapılabilir hale gelmektedir.

H kutusu ile sağlık piyasasının sadece piyasa aktörlerinin değil devlet unsurlarının da gözlemlenmesi sağlanabilecektir. Bu şekilde ayrılan bütçe, sağlık personeli sayısı, fiziki yeterlilik gibi noktalarda yorumlar yapılabilir hale gelecektir.

Yukarıda verilen şekil ve şekilde aktarılan bilgiler sağlık ile ilgili temel kavramları bize sunmaktadır. Çalışmanın ana konusu ve sınırı sağlık hizmeti ve bu hizmeti sunan kuruluşların hukuki ve mali düzenini incelemektir. Bu sebeple şekilde bahsedilen sağlık hizmeti talebi ve arzı gibi iktisadi içerikli başlıklar, derinlemesine incelenmeyecektir. Ancak çalışmada sağlık hizmetinin incelenmesi esnasında arz ve talep yapılarından kısaca değerlendirilip ele alınacaktır. Sağlık hizmetinin finansmanı ile alakalı bilgiler ise çalışmada yer alarak değerlendirilmiştir.

2.3. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi

2.3.1. Dünyada Gelişimi

Dünya’da bilimsel anlamda sağlık hizmetlerinden 20.yy’a kadar bahsedilmediğini söyleyebiliriz. İnsanlık, bilimsel detaylara dayanan sağlık hizmetine mecbur durumda kaldıkları an başvurmaya başlamış ve uluslararası sağlık kavramı ve işlevi bu şekilde gelişmeye başlamıştır. 1700’li yıllardan itibaren başlayan şehirlere göç ile ortak kullanım alanları arttı. Bu artış, sanayileşmenin ve tek bir alanda toplu olarak yaşamının önünü açtı. 18.yy’da böyle bir ortamda sağlık açısından büyük sorunlar yaşandı. Sadece Londra’da beş çocuktan biri ikinci yaş gününden önce ölmekte, salgın durumunda ise bebek ölüm oranları %75’leri bulmaktaydı (White, 2009:1). 1800’lere gelindiğinde ticaret ve seyahat artış eğilimindeydi. Bu durum tüm dünyayı ancak özellikle Avrupa’yı etkileyen kolera salgının yaygınlaşmasını kolaylaştırdı. 1847 yılında Avrupa’da kolera

salgınından dolayı on binlerce insan ölmüştür. İşte böyle bir ortamda salgın hastalıklarla mücadele amacıyla ilk kez 1851 yılında Uluslararası Sağlık Konferansı Paris'te toplandı (McCarthy, 2002:1111). Bu konferansa birçok ülke katılmıştır. Osmanlı İmparatorluğu, Avusturya, Belçika, Fransa, Büyük Britanya, Yunanistan, Prusya ve Rusya bu ülkelerden bazılarıdır (WHO, 1958:33). Ancak 1902'de Amerika'da kurulan Tüm Amerika Birliği (Pan American Union) adlı kuruluşun içinde Tüm Amerika Sağlık Organizasyonu (Pan American Health Organisation – PAHO) kurulmuştur. Bu kuruluş daha sonra adını Uluslararası Sağlık Bürosu (International Sanitary Bureau) olarak değiştirmiştir. Adından da anlaşılacağı üzere dünyada kurulan ilk uluslararası sağlık örgütü olarak dikkat çekmektedir (McCarthy, 2002:1111). Paris'te başlayan konferanslar 19.yy sonuna kadar devam etti ve 11 ayrı ülkede toplamda 12 kez toplantı gerçekleştirildi. Bu konferanslardan üçüncüsü 1866 yılında İstanbul'da düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1997:2). 1903'te Paris'te gerçekleşen konferansta uluslararası bir Halk Sağlığı Bürosu (Office International d'Hygiene Publique - OIHP) açılmasına karar verilmiştir. Bu karara paralel olarak Roma'da 1907 yılında Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu faaliyete başlamıştır (Söyler, 2017:62). Birinci Dünya Savaşı'nın yaşanması sağlık konferanslarını ve bu konuyla ilgili çalışmaların yapılmasını sekteye uğrattı. Savaş sonrasında kurulan Milletler Cemiyeti (daha sonra Birleşmiş Milletler olarak görevine devam edecek), kendi bünyesine bağlı bir sağlık örgütü kurdu. Roma'da kurulan Sağlık Bürosu ile Milletler Cemiyeti'ne bağlı olarak kurulan Sağlık Örgütü birbirinden bağımsız olarak çalıştı ancak birçok salgın hastalıklara karşı birlikte mücadele etti. İkinci Dünya Savaşı'nın ardından 1945'te Amerika San Francisco'da Birleşmiş Milletler öncülüğünde uluslararası konferans düzenlenmiş ve bu konferansta uluslararası bir sağlık örgütünün tek bir çatıda toplanması gerektiği dile getirilmiştir. Bu konferansı izleyen 1946 yılında ise New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı ile Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasası ilan edilmiştir (McCarthy, 2002:1111). Ancak oluşturulan anayasa, bağlı tüm ülkelere kabul edilmesi gerektiğinden iki yıl sonra 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girerek Dünya Sağlık Örgütü faaliyete başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, birçok amaç benimseyerek faaliyetlerini sürdürür. Sağlık için kritik konularda önderlik sağlamak, bilginin araştırılmasını sağlamak ve bu bilgilerin tüm dünya ile paylaşılmasını yerine getirmek, norm ve standartlar belirleyerek bunların uygulanmasını takip ve teşvik etmek, etik ve bilimsel dayanağı olan politikalar izlemek, teknik destek sağlamak, değişimi sağlamak, sürdürülebilir bir kurumsal kapasite yaratmak ve dünyanın sağlık ile ilgili

durumlarını takip etmek, Dünya Sağlık Örgütü'nün benimsediği amaçlarındandır (WHO, 2014:20).

Sağlık ve sağlık ekonomisinin gelişimi açısından literatür incelendiğinde uluslararası bildirgelerin önemli yer kapladığını görmek mümkündür. Bu bildirgeler “herkes için sağlık” görüşünde dizayn edilmiştir. Bu bildirgelerde, temel sağlık hizmetinin herkes için sunulması gereken bir ihtiyaç ve hak olduğu ve bu durumun geliştirilmesi amacıyla ülkelerin bu konuyla ilgili gerekli politikalar geliştirmesi gerektiği, hasta ve doktor hakları, sağlık hizmeti koşullarının iyileştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi amacıyla altyapının ve yatırımların geliştirilmesinin vurgusu, halk sağlığının güçlendirilmesi için eşitlikçi, sürdürülebilir ve yüksek kaliteli hizmetin gerekliliğinden bahsetmektedir. Bu evrensel bildirgeler kronolojik sırayla şunlardır (Kıvanç, 2015:163-164): Alma-Ata Bildirgesi (1978), Lizbon Bildirgesi (1981), Ottawa Şartı (1986), Adalaide Tavsiyeleri (1988), Kopenhag Bildirgesi (1994), Amsterdam Bildirgesi (1995), Bali Bildirgesi (1995), Ljubljana Bildirgesi (1996), Jakarta Bildirgesi (1997), Halkların Sağlık Bildirgesi (2000), Dubrovnik Sözleşmesi (2001), Bangkok Konferansı (2005), Talinn Şartı (2008), Malta Belgesi (2012). Bu bildirgelerden ve içeriklerinden kısaca bahsetmek gerekir.

1978 Alma-Ata Bildirgesi: 1978 yılında Kazakistan’da düzenlenen bu konferansta, sağlığın sadece hastalık veya sakatlık durumlarının olmamasında değil, aynı zamanda temel insan hakkı olduğu ve mümkün olabilecek en yüksek düzeyde sunulması ve ulaşılması gerektiği vurgulanmaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetinin bu şekilde sunulması kalkınmanın da anahtarı olarak görülmüş ve 2000 yılı hedef olarak belirlenmiştir (WHO, 1978:1).

1981 Lizbon Bildirgesi: 1981 yılında Portekiz’de Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association-WMA) tarafından düzenlenen bu bildirgede hastalara çeşitli haklar tanınmıştır. Bu haklar altı maddeden oluşur. Hasta hekimini seçmede özgürdür. Hasta herhangi bir baskı altında olmayan özgürce çalışan bir doktor tarafından ilgilenilme hakkına sahiptir. Hasta kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgileri doktorundan gizli tutmasını bekleme hakkına sahiptir. Hasta yeterince değerlendirildikten sonra kendisine sunulan tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkı bulunmaktadır. Hasta onurlu biçimde ölme hakkına sahiptir ve hasta dini temsilci de dahil olmak üzere ruhsal açıdan teselli edilme veya bu durumu reddetme hakkı vardır (WMA, 1981:1-2).

1986 Ottawa Şartı: 1986 yılında Kanada’da Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta, Alma-Ata Konferansında hedef olarak belirlenen 2000 yılına kadar herkes için sağlık amacına ulaşmak gayesiyle bu sözleşme kabul görmüştür. Bu sözleşmede sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için gerekli sorumluluğun yalnızca sağlık sektöründe olmadığı diğer sektörlerin de bu sorumlulukları olduğu dile getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011:1).

1988 Adelaide Tavsiyeleri: 1988 yılında Avustralya’da İkinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın teşvik ve geliştirilmesi için beş tane hareket alanı tespit edilmiştir. Bunlar: Sağlıklı halk politikası oluşturmak, destekleyici çevreler yaratmak, kişisel becerileri geliştirmek, topluluk eylemini güçlendirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek. Bu sözleşmede, temel anlamda bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011:6).

1994 Kopenhag Bildirgesi: 1994 yılında Danimarka Kopenhag’da Dünya Sağlık Örgütü temsilcileri bir bildirge yayımlamıştır. Yapılan bildirmede Avrupa’daki sağlık politikalarına yönelik eleştiriler ile sağlık ile ilgili uluslararası kuruluşlarla Avrupa Birliği arasındaki artan işbirliğinin olumlu yönlerine değinilmiştir (Kıvanç, 2015:163).

1995 Amsterdam Bildirgesi: 1995 yılında Hollanda Amsterdam’da “Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi” adıyla bir konferans düzenlenmiştir. Yayımlanan bildirmede, 1981 yılında hasta hakları ile alakalı Lizbon Bildirgesi’nin eksik yanlarına dikkat çekilmiştir (Kıvanç, 2015:163).

1995 Bali Bildirgesi: 1995 yılında Endonezya Bali’de Dünya Tabipler Derneği tarafından “Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi” adıyla bir konferans düzenlenmiştir. Bu bildirmede, Lizbon Bildirgesi ve Amsterdam Bildirgesi esas alınarak bazı eklemeler yapılmış ve hasta hakları geliştirilmeye çalışılmıştır. Uygun bakım hakkı, seçme hakkı, kaliteli denetim, hastaların kendi kaderini tespit hakkı, mental, ruhsal ve dini açıdan destek hakkı gibi çeşitli haklar hastalara tanınmıştır (Oğuz, 1997:51-52).

1996 Ljubljana Bildirgesi: 1996 yılında Slovenya Ljubljana’da deklare edilen bildirmede, koruyucu sağlık hizmetlerinin artırılması, sağlık sistemlerinin finansmana göre şekillenmesi, kaliteyi önceleyen ve bireylerin istek ve talepleri doğrultusunda oluşan sağlık hizmetleri ve buna yönelik reformların yapılması tavsiye edilmiştir (Seçtim, 2019:2).

1997 Jakarta Bildirgesi: 1997 yılında Endonezya Jakarta’da “Dördüncü Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı” düzenlenmiştir. Bu konferansta sağlığın teşviki ve gelişmesi için yatırımları artması, sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi, bireylerin güçlendirilmesi ve topluluk kapasitesinin artırılması, altyapının güvenli hale getirilmesi gibi 21.yy için öneriler yer almaktadır (WHO, 1997:17-21).

2000 Halkların Sağlık Bildirgesi: 2000 yılında Bangladeş Savar’da 92 ülkeden 1452 katılımcıyla “Halkların Sağlık Meclisi” kurulmuş ve kurulan bu meclis sonucunda “Halkların Sağlık Bildirgesi” adı altında bir bildirge yayımlamıştır. Bu bildirgede küresel sağlık krizine karşı atılması gereken önlemlere yer verilmiştir (Yıldız ve Turan, 2010:40-41).

2001 Dubrovnik Sözleşmesi: 2001 yılında Hırvatistan Dubrovnik’te imzalanan bu sözleşme güneydoğu Avrupa bölgesindeki sağlık hizmetleri konusunda yaşanan sorunlar dile getirilmiştir (Kıvanç, 2015:164).

2005 Bangkok Konferansı: 2005 yılında Tayland Bangkok’ta “Altıncı Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı” düzenlenmiştir. Bangkok Şartı olarak da bilinmektedir. Bu şart; küreselleşen dünyada sağlığın teşvik ve geliştirilmesi amacıyla sağlık politikalarını belirleyenleri ele almak için gereken sözleri ve eylemleri tespit etmektir. İnsan haklarına ve dayanışmaya dayalı sağlığı desteklemesi, sağlık altyapısına yönelik yatırımların yapılması, kapasitenin artırılması, eşit fırsatlar çerçevesinde gerekli kanun ve düzenlemelerin yapılması ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile ortaklıklar yapılması teşvik ve gelişimin sağlanması için başta sağlık sektörü olmak üzere tüm sektörlerin uygulaması gereken kurallar olarak önerilmiştir (WHO, 2005:1-6).

2008 Tallinn Şartı: 2008 yılında Estonya Tallinn’de gerçekleştirilen bir toplantıda ülkelerin sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıkları göz önüne alarak sağlık sistemlerinin geliştirilmesi ile insan sağlığının iyileştirilmesine yönelik fikirler sunulmuştur (Kıvanç, 2015:164).

2012 Malta Belgesi: 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Komitesinin 62. Oturumunu Malta’da gerçekleştirmiştir. Belgede, insanların sağlık ve esenliğini artırmak, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak ve insan haklarına uygun,

eşit, sürdürülebilir, kaliteli ve evrensel kurallar çerçevesinde şekillenen sağlık sistemlerinin uygulanılması önerilmektedir (Kıvanç, 2015:164).

Literatür incelendiğinde, sağlık ekonomisine yönelik dünyada yapılmış ilk çalışmaların 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından inşa edilen Tıbbi Ekonomi Bürosu ile birlikte hayat bulduğu görülür. Büro, tıp uzmanlarını ilgilendiren ekonomik konular üzerinde faaliyetler yürütülmesi amacıyla kurulmuştur (Tatar, 2009:3). Sağlık ekonomisi alanında gerçek gelişme ise, Amerika’da tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmasıdır. Bu süreç, İkinci Dünya Savaşı’nın hemen ardından 1950’lerden sonra yaşanmıştır (Mutlu ve Işık, 2012:25).

İktisat biliminde önemli bir yeri olan Milton Friedman, 1929-1936 yılları arasında sağlık alanıyla ilgili çeşitli mesleklerin gelir eşitsizlikleri konusunda çalışmalar yapmıştır. Fakat gerçek anlamda sağlık ekonomisi, Sağlık Ekonomisinin Tanımına Doğru (Toward a Definition of Health Economics) (Mushkin, 1958) adlı çalışma ile gelişmeye başlamıştır. Bu çalışmada Mushkin, gelişen tıp teknolojisine ve onun getirisi olan maliyetlere vurgu yapmış ve sağlıkta piyasa, fiyat gibi ekonomik konuları sağlık ile ilişkilendirerek ilk sistematik çalışmaya imza atmıştır. Mushkin, bu çalışmasında sağlık ekonomisini tanımlamak ve açıklamak için, sağlık ekonomisinin genellikle sağlık yöneticileri tarafından sağlıkla parayı ilişkilendirmek amacıyla kullandıklarını ileri sürer. Yine aynı çalışmasında Mushkin sağlık ekonomisi için, kamu yöneticiliğini de içeren tüm sosyal bilimlerle yakından ilişkide olduğunu vurgulamaktadır (Mushkin, 1958:786).

1962 yılında ise Mushkin, Yatırım Olarak Sağlık (Health as an Investment) adlı çalışmasıyla sağlığı, birer yatırım aracı olarak değerlendirmiştir (Tatar, 2009:3). Kenneth J. Arrow tarafından yazılan, Belirsizlik ve Tıbbi Bakımın Refah Ekonomisi (Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care) (Arrow, 1963) adlı makale sağlık ekonomisi açısından dönüm noktası olarak kabul edilir. Arrow bu çalışmasında, serbest piyasa mekanizmasının sağlık ekonomisinde geçerli olacağını, bireylerin sağlık hizmetlerinden dışlanamayacağını ve sağlık piyasasında meydana gelen başarısızlıkların piyasa dışı düzenlemelerle giderilebileceğini ileri sürmüştür (Svedoff, 2004:139-140).

Dünya tarihinde ilk kez 1969 yılında, Amerika New Orleans’da Sağlık Ekonomisi Konferansı düzenlenmiştir. Sağlığın ve sağlık ekonomisinin, sağlık sistemlerinin, insan yaşamının değerinin ve sağlık hakkının neler olduğu konusunda sağlık ekonomisine yönelik temel konularda geniş katılımlı bir konferans olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012:33).

Günümüzde modern anlamında sağlık ekonomisi yapısı ise, 1970’li yıllarda görülmeye başlanmıştır. Sağlık ekonomisinin yapıtaşlarından biri olarak değerlendirilen Sağlık Sermayesi Kavramı ve Sağlık Talebi Üzerine (On the Concept of Health Capital and the Demand for Health) (Grossman, 1972) adlı çalışma Grossman tarafından 1972 yılında yazılmıştır. Sağlığın ölçülmesi ise, 1980’li yıllardan sonra önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Özellikle QALY (Quality Adjusted Life Year- Yaşam Kalitesine Göre Düzeltilmiş Yaşam Yılı) ve DALY (Disability Adjusted Life Year- Maluliyete Göre Düzeltilmiş Yaşam Yılı) gibi sağlık için önem arz eden ölçütler gündem konusu olmuştur (Tatar, 2009:3).

Görüleceği üzere sağlık ekonomisine duyulan önem, tarihsel süreçte artarak günümüze kadar gelmektedir. Özellikle yaşanan bazı sosyal veya sağlık sorunlarında, sağlık ekonomisini önmeli kılmıştır. Nitekim son birkaç yıl içerisinde tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgını ile başlayan süreç, sağlık ve sağlık harcamaları gibi konuların daha fazla konuşulmasına ve daha fazla dikkat kesilmesine sebebiyet vermiştir. Bu sebeple sağlık harcamalarına ilişkin ekonomik göstergeler eskisinden daha değerli olmaktadır. Çünkü salgın dönemine kadar olan göstergeler, sağlık harcamaları açısından ülkenin mevcut durumunu ve salgınla mücadele kapasitesini ortaya koyacaktır.

Tablo 1.

OECD Ülkeleri Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Yıl Ülke	Birim	2017	2018	2019
ABD	Yüzde	17,0	16,9	17,0
İsviçre	Yüzde	11,9	11,9	12,1
Almanya	Yüzde	11,4	11,5	11,7
Fransa	Yüzde	11,4	11,3	11,2
Japonya	Yüzde	10,8	11,0	11,1
İsveç	Yüzde	10,8	10,9	10,9
Kanada	Yüzde	10,8	10,8	10,8
Norveç	Yüzde	10,3	10,0	10,5
Avusturya	Yüzde	10,4	10,3	10,4
Belçika	Yüzde	10,4	10,3	10,3
Birleşik Krallık	Yüzde	9,8	10,0	10,3
Danimarka	Yüzde	10,1	10,1	10,0
Hollanda	Yüzde	10,1	10,0	10,0
Portekiz	Yüzde	9,3	9,4	9,6
Avustralya	Yüzde	9,2	9,3	9,3
Yeni Zelanda	Yüzde	9,0	9,2	9,3
Şili	Yüzde	9,1	9,1	9,1
Finlandiya	Yüzde	9,1	9,0	9,1
İspanya	Yüzde	8,9	9,0	9,0
İzlanda	Yüzde	8,3	8,5	8,8
İtalya	Yüzde	8,7	8,7	8,7
Slovenya	Yüzde	8,2	8,3	8,3
Kore	Yüzde	7,1	7,6	8,0
Yunanistan	Yüzde	8,0	7,7	7,8
Çek Cumhuriyeti	Yüzde	7,2	7,6	7,8
İsrail	Yüzde	7,5	7,5	7,5
Kolombiya	Yüzde	7,7	7,6	7,3
Slovakya	Yüzde	6,8	6,7	6,9
İrlanda	Yüzde	7,2	6,9	6,8
Litvanya	Yüzde	6,5	6,6	6,8
Estonya	Yüzde	6,6	6,7	6,8
Macaristan	Yüzde	6,8	6,7	6,4
Letonya	Yüzde	6,0	6,2	6,3
Polonya	Yüzde	6,6	6,3	6,2
Meksika	Yüzde	5,5	5,5	5,5
Lüksemburg	Yüzde	5,3	5,3	5,4
Türkiye	Yüzde	4,2	4,2	4,4
Kosta Rika	Yüzde	7,3	7,5	..

Kaynak: OECD İstatistikleri. <https://stats.oecd.org/>. Erişim Tarihi: 4/6/2020.

Tablodan görüleceği üzere, Türkiye sağlık harcamaları konusunda OECD ülkelerine kıyasla GSYİH içinde daha az pay ayırmaktadır. Bu durumun, 2019 yılı ile birlikte başlayacak olan salgın dönemi için sağlık sistemimiz açısından olumsuz sonuçlar doğurma potansiyeli bulunmaktadır.

Tablo 2.

AB Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yüzdelik Payı

Ülke	Devlet	Özel	Toplam
Almanya	9,9	1,7	11,7
Fransa	9,4	1,8	11,2
İsveç	9,3	1,6	10,9
Avusturya	7,8	2,6	10,4
Belçika	7,9	2,5	10,3
Danimarka	8,4	1,6	10,0
Hollanda	8,2	1,7	10,0
Portekiz	5,9	3,7	9,6
Malta	6,1	3,3	9,4
Finlandiya	7,0	2,1	9,1
İspanya	6,4	2,6	9,0
İtalya	6,4	2,2	8,7
Slovenya	5,9	2,3	8,3
AB ORT.	6,1	2,1	8,3
Yunanistan	4,6	3,2	7,8
Çek C.	6,5	1,3	7,8
Bulgaristan	4,6	3,0	7,6
GKRY	3,2	3,8	7,0
Slovakya	5,6	1,3	6,9
Hırvatistan	5,7	1,2	6,9
İrlanda	5,1	1,8	6,8
Litvanya	4,6	2,2	6,8
Estonya	5,0	1,7	6,8
Macaristan	4,4	1,9	6,4
Letonya	3,7	2,5	6,3
Polonya	4,3	1,8	6,2
Romanya	4,6	1,1	5,7
Lüksemburg	4,6	0,8	5,4
AB DIŞI			
İsviçre	7,8	4,3	12,1
Norveç	9,0	1,5	10,5
B. Krallık	8,0	2,3	10,3
İzlanda	7,3	1,5	8,8
Sırbistan	4,8	3,6	8,4
Makedonya	4,1	1,9	6,1
Türkiye	3,4	1,0	4,4

Kaynak: Health At A Glance: Europe 2020

Tablo 2’de görüleceği üzere Türkiye’nin GSYİH içinde, sağlık harcamalarına ayırdığı pay %4,4’tür. Bu oranın Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin ortalaması olan %8,3’ün oldukça altında kaldığı anlaşılmaktadır. Gelişmiş ülkelerin yoğunlukta olduğu AB’nin uzağında kalması, Türkiye’nin bu konuda daha ciddi adımlar atması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 3.

Türkiye Sağlık Harcamaları Göstergeleri

	2019
Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	201.031
Kişi Başına Sağlık Harcaması (Milyon TL)	2.434
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH oranı (%)	4,7
Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	78.0
Özel Sektör Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	22.0

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2019

Tablo 3’de Türkiye’nin 2019 sağlık harcamaları istatistikleri yer almaktadır. Bu verilere göre 2019 yılı içinde toplam 201 milyar 031 milyon TL sağlık harcaması yapılmıştır. 2018 yılında bu tutar 165 milyar 234 milyon TL’dir. Artan bu sağlık harcamasının nedeni, 2019 yılında başlayan salgına yönelik politikalar nezdinde gerçekleştiği öngörülebilir. Toplam sağlık harcamasının 2018 yılında GSYİH içindeki değeri %4,4 iken, 2019 yılında bu oran %4,7’ye yükselmiştir. Sağlık alanında artan yüksek ihtiyaç, harcamaları da paralel bir şekilde etkileyerek artmasına yol açtığı görülmektedir. Ancak sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının düşük kalması, yeteri kadar kaynağın aktarılmadığının göstergesidir.

2.3.2. Türkiye’de Gelişimi

Türk tarihi İslamiyet öncesi ve sonrası olarak ayrıldığında sağlık gibi alanların işleyişinde farklılıklar görmek mümkündür. İslamiyet öncesinde bu işleri şifacı olarak niteleyebileceğimiz şaman (kam) üstlenirken, İslamiyet sonrasında ise hekimlerin ele aldığı görülebilir. Selçuklu döneminde uygulanan tıp uygulamalarından Osmanlı etkilenmiş, kurulan sağlık kuruluşları, hastaneleri, medrese planları buna göre dizayn edilmişti. Bimarhane, Dar-üş Şifa, Tımarhane gibi isimlerle tanımlanmış olan Osmanlı sağlık kuruluşlarında cerrah, hekim, eczacı ve kehhâl (göz hekimi) gibi uzmanlık gerektiren çalışanları bulunmaktaydı (Yavuz, 1988:123). Bugünkü sağlık bakanının yetkisine Osmanlı’da Reis-ul Etıbbâ adı verilen Hekimbaşı sahipti. Hekimbaşı, devletin ve sarayın sağlık işlerini idare etmek amacıyla yetkilendirilmiştir. Sarayda ve ülke çapındaki sağlık kuruluşlarından ve sağlık çalışanlarından o sorumluydu (Çavdar ve

Karcı, 2014:259). Tanzimat dönemi ve III.Selim hükümdarlığı zamanları ile birlikte sağlık alanında ilk çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. III.Selim'in askeri alandaki yenileştirme hareketine paralel olarak sağlık alanı da bu yenileşmeden payını almıştır. Bu amaçla yeni kurulan modern Nizam-ı Cedit ordusunun sağlık ihtiyacını karşılamak maksadıyla 1799 yılında Levent Çiftliği Hastanesi adında Osmanlı'nın ilk modern hastanesi kurulmuştur. Üsküdar'da açılan Selimiye Kışlası'na da III.Selim, bir hastane ekletmiştir. Donanma gücündeki sağlık ihtiyacını karşılamak amacıyla III.Selim, 1806 yılında Haliç Tersanesi'nde Deniz Tıp Okulu açmıştır. Bu okulun açılmasıyla birlikte doktorların yasal bir eğitim almadan gemilerde çalışmaları engellenmiştir (Çavdar ve Karcı, 2014:257). 1849 yılında hekimbaşılık kaldırılmış ve yerine Tıbbiye Nezareti kurulmuş, Sıhhiye Müfettişlikleri ile Memleket Tabiplikleri kurularak sağlık hizmeti yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır (Fişek, 1983:157-158).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) açılmasıyla sağlık alanındaki gelişmeler hız kazanmıştır. TBMM'de 2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun ile, Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâlet'ini kurarak, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirilmiştir. Bu bakanlık görevini ise Dr. Adnan Adıvar üstlenmiştir. Dr. Adnan Adıvar ile birlikte, merkezde Hıfzıssıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Dairesi kurulmuş, taşradaki eski sağlık tabiplikleri ile küçük sağlık memurlukları devam etmiştir. Kuduz Tedavi Müessesesi, Aşıhane ve Bakteriyolojihane kurulmuştur (Sargutan, 2006:2895).

Cumhuriyetin ilanından sonraki dönemde Dr. Adnan Adıvar'ın ardından Sağlık Bakanlığı görevine Dr. Refik Saydam getirilmiştir. Dr. Refik Saydam döneminde (Sağlık Bakanlığı, 2015:1);

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi önemli olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Dr. Refik Saydam ve onun döneminde uygulanmış olan politikaları şu dört temel ilke ile özetlemek mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2015:1):

- Plan ve program çerçevesinde sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi,

- Merkezi hükümete koruyucu hizmetler ile yerel yönetimlere tedavi edici hizmetlerin bırakılması,
- Sağlıkta yeterli çalışan sayısının sağlanması amacıyla Tıp Okullarının açılması ve bu okulların cazibesinin artırılması,
- Verem, sıtma ve frengi gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi.

Bu ilkeler doğrultusunda (Sağlık Bakanlığı, 2015:1);

- Bu dönemde sağlık hizmetleri geniş bölgede tek amaçlı hizmet / dikey örgütlenme modeli ile sunulmuştur,
- Çıkarılan yeni yasal düzenlemeler ile birlikte koruyucu hekimlik tanımı geliştirilmiş, yerel yönetimlere hastane açma imkanı tanınmıştır,
- 1924'te 150, 1936'da ise 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi merkezleri kurulmuş, koruyucu sağlık hizmetleri sunan sağlık çalışanlarının maaşları artırılmış ancak bireysel çalışmaları engellenmiştir,
- Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Haydarpaşa, Sivas, Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri açılmıştır.

Dr. Refik Saydam'dan sonra sağlık alanında yapılan ilk önemli girişim 1946 – 1950 yılları arasında bakanlık görevini üstlenen Dr. Behçet Uz dönemidir. Dr. Behçet Uz, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunduğu “Birinci On Yıllık Sağlık Planı’nı bakanlığı döneminde yürürlüğe koymuştur. Bu planda, sağlık hizmetlerini koordine edilmesi ve tüm ülkeye yayılması hedeflenmiştir. Bu plan, Behçet Uz planı diye de anılmaktadır. Bu plana göre ülke yedi bölgeye ayrılacak ve her bölgenin sağlık örgütlenmesi kendine yeterli hale getirilecekti. Bu bölgelerde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi ve bu merkezlerde çalışmak üzere iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir ziyaretçi hemşire bulunması öngörülmüştü. Bunlara ilave olarak her 10 köy için bir ebe ve bir sağlık memuru da düşünülmüştü. Kurulacak olan bu sağlık merkezleri, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birlikte ele alacaklardı. Sağlık merkezlerinin kurulmasının ardından her bölgede bir tıp fakültesinin açılmasına karar verilmişti (Akdur, 1999:13).

Dr. Behçet Uz döneminde İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları

ve hastaneler açılmaya başlanmıştır. Aynı dönemde sağlık mesleklerinin hukuki altyapısı niteliğindeki bazı önemli kanunlar yürürlüğe girmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015:1). Bunlar;

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643) dur.

1961 Anayasa'sının 48. ve 49. maddeleri doğrultusunda hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, “sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği” vurgulanmıştır. Hedefe ulaşmak için, tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir hizmet olarak varsayılmış, az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olarak görülen, hastanecilik yerine evde ve ayakta tedavi hizmeti sağlayan, küçük gruplara kadar yayılan bir sağlık düzeninin kurulması amaçlanmıştır. Bu anlayış doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi / örgütlenmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun¹ 5 Ocak 1961 yılında yürürlüğe girmiştir. Plan doğrultusunda her 5000 kişiye bir sağlık ocağı öngörülmüştü (Akdur, 1999:15). Bu kanunun temel ilkeleri; eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, ekip yaklaşımli, denetlenen, uygun, kabul edilebilir, nüfus özelliklerine göre sağlık hizmetlerinin sunumu öngörülmüştür (Sargutan, 2006:2904). Sosyalizasyon dönemi olarak kabul edilen bu uygulamalar, 1963 yılında Muş ili pilot il olarak seçilerek uygulanmaya başlanmıştır. Bu özellikleri sebebiyle İngiltere’de uygulanan ulusal sağlık hizmetine (NHS) benzetilmektedir. 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun² 1965’te çıkarılmış “pro-natalist” (nüfus artırıcı) politikadan “anti-natalist” (nüfus artış hızı sınırlayıcı) politikaya geçilmiş ve uygulanmıştır. Geçmiş dönemlerde uygulanan “geniş bölgede tek yönlü hizmet” anlayışına alternatif olarak “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışı tercih edilmiştir. Sağlık personellerinin tam süreli çalışmalarına yönelik 1978 yılı 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun³ çıkarılmış ve kamuda görevli olan doktorların muayenehane açmaları engellenmiştir.

¹ 12/1/1961 tarihli ve 10705 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

² 10/4/1965 tarihli ve 11976 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³ 9/7/1978 tarihli ve 16341 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Ancak 1980 yılında çıkarılan 2368 sayılı Sağlık Personellerinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun⁴ ile tekrardan muayenehane açma imkânı getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015:1). Sosyalleştirmenin neden başarılı olamadığına uygulamanın kurucusu Nusret Fişek, öncelikle bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçenin yetersiz olduğunu dile getirir. Bütçenin yetersiz olması, yeterli düzeyde sağlık hizmetinin sunulamamasına neden olmuştur. Hekimlerin, muayene açma imkânlarının olması da sistemi çalışmaz duruma düşürmüştür. Ayrıca hükümetlerin değişen politik fraksiyonları, bu kanunun uygulanmasını engellemiştir. Demokratik olmayan politik uygulamalar ile neoliberal politikaların hâkim olması devlet destekli sağlık hizmeti sunulmasını olumsuz yönde etkilemiştir (Öztek, 1992:1).

Neoliberal politikaların 1970’li yıllar itibariyle dünyada hâkim görüş olmasından dolayı Türkiye de bundan etkilenmiştir. Bu etkileşim sebebiyle var olan sosyal devlet algısı değişmiştir. Devlet eliyle sağlık hizmeti sunumu anlayışından vazgeçilerek, sağlık hizmeti sunumunun piyasaya bırakılması düşüncesi önem kazanmıştır. Aktif Özelleştirme Dönemi olarak bilinen bu dönemde 1961 Anayasası’nda yer alan ve sosyal devletin tanımı olarak düşünülen “insan haklarına dayalı” tanım, 1982 Anayasası ile değişmiş, yerine “insan haklarına saygılı devlet” anlayışına geçilmiştir. Bu anlayış çerçevesinde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri devletin asli görevleri olmaktan çıkmış, bu hizmetleri gözeten ve düzenleyen bir devlet anlayışı hâkim olmuştur. Bu amaç doğrultusunda yeni düşünceye hâkim olan sağlık programı şöyledir; sağlık sunumunda sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayanan aile hekimliğine geçilmesi, devlete ait hastanelerin özertleştirilip daha sonra özelleştirilmesi, sağlık hizmetleri finansmanında ise genel sağlık sigortası, özel sigortacılık ve cepten ödeme yöntemleridir (Akdur, 1999:16).

1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu⁵ çıkarılmıştır, ancak bu kanuna yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddelerin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi gerekçesiyle kanun uygulama alanı bulunamamıştır. Genel Sağlık Sigortası gündeme gelmiş olsa da gerekli hukuki düzenlemeler gerçekleşmemiştir. 1986 yılında Bağ-Kur sigortalılarına ayrı bir sağlık yardımlarının yapılmaya başlanması, kamu sağlık sigortacılığında üç başlı bir yapıyı meydana getirmiştir. Bunun sonucunda aynı sağlık hizmetini sunmalarına karşın, her üç kurumun farklı yaklaşımları ve

⁴ 31/12/1980 tarihli ve 17207 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵ 15/5/1987 tarihli ve 19461 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

fiyatlandırmaları gündem konusu oldu, verilen bir hizmetin bedeli bazı kurumlarca ödeme listelerinde mevcutken bazılarınca bu hizmetin bedeli ödenmemiştir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1990 yılında sağlık sektörü ile ilgili temel bir plan hazırlattı ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında bir araya gelmiştir. Sağlık Bakanlığı (SB) ve DPT eliyle hayata geçirilen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” sağlık reformları adına bir ilk teşkil etmiştir. 1992 yılında sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulamasına başlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim noktasında yeterli ekonomik imkânlarla sahip olamayan bireyler de sınırlı olarak sağlık sigortasına dâhil edilmiştir. Bu dönemlerde yürütülmeye çalışılan Sağlık Reform hareketlerinin ana gayeleri şunlardır: Sosyal güvenliğin Genel Sağlık Sigortası adı altında tek bir yapı üzerine inşa edilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimleri vasıtasıyla sunulması, sağlık hizmeti sunmakla görevli olan kuruluşların özerkleştirilmesi ve Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren uygulamalara yoğunlaşması. Bu dönemde teorik çalışmalar yapılmış olsa da bunlar yeterli düzeyde uygulama fırsatı bulamamıştır (Akdağ, 2012:50).

16 Kasım 2002 tarihinde 58. Hükümet tarafından açıklanan Acil Eylem Planında (AEP) “Herkesin Sağlık” başlığında sağlık alanında yürütülmesi düşünülen temel amaçlar açıklanmıştır. Bu hedefler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2015:1):

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

AEP'nin açıklanmasından sonra, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından topluma açıklanmıştır. SDP'nin sekiz temel hedefi bulunmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2015:1):

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

SDP olarak bilinen reform paketi ana hatlarıyla temelde dört başlık altında değerlendirilmektedir. İlk başlığı, sosyal güvenlik sisteminin yeniden ele alınmasıdır. Bu amaçla mevcut olarak var olan üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) ile Yeşil Kart, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında bir araya toplanarak Genel Sağlık Sigortası (GSS) meydana getirilmektedir. İkinci başlık, “sağlık ocakları” tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” sistemi ile yeniden ele alınmasıdır. Üçüncü başlık ise, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlarında “sağlık işletmesi” yöntemine geçilmesidir. Dördüncü başlık ise Sağlık Bakanlığı'nın yetkilerini düzenleyici işlevlerle sınırlandırmaktır (Ataay, 2008:170).

2006 tarihli 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu⁶ ve 2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu⁷ ile birlikte üç ayrı sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemi tek bir sosyal güvenlik kurumu çatısı altında birleştirilmiştir. SGK bünyesinde bir GSS Fonu bulunmaktadır. SDP'nin en önemli hedeflerinden biri sunulan sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde topluma sunarak, yüksek maliyet gerektiren sağlık hizmetlerine karşın bireyleri koruyarak ve mali açıdan en kötü durumda olanlara yönelik iyileştirmeler yapmaktır. Sağlık hizmeti arzının verimli olabilmesi adına Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilmiştir. Geçmiş dönemde etkin olan SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve SSK'lıların tamamı kamu sağlık kurumlarına dahil edilmiştir. 2004 yılında yürürlüğe giren 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumu aile hekimlerine bırakılmıştır. SGK'nin kurulmasıyla, SSK, Bağ-Kur ve ES (Emekli Sandığı) aynı çatı altında bir araya getirilmiş ve birliği sağlamak amacıyla Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girmiştir (Sülcü, 2011:6-7).

Tüm bu bilgiler ışığında Türkiye'de kamu sigortacılığı olarak zorunlu Genel Sağlık Sigortası bulunmaktadır. Bununla birlikte özel sağlık sigortacılığı da piyasada mevcuttur. Bu kapsam itibarıyla Türkiye'nin sağlık sisteminde kamu ve özel sigortacılığının birlikte yer aldığı karma bir düzeni vardır. Buna ek olarak cepten ödeme yönteminin de kullanıldığı bir piyasa söz konusudur.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 19/10 54567092/045/ sayılı genelgesinde⁸ Türkiye'de sağlık hizmeti sunan kuruluşların basamaklandırılmasına yönelik bilgiler sunmaktadır. Bu genelgeye göre Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar şöyledir:

“(2) Birinci basamak ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşları şunlardır;

- a) Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan İlçe sağlık müdürlüğü,*
- b) Toplum sağlığı merkezi (TSM),*
- c) Aile sağlığı merkezi (ASM),*

⁶ 20/5/2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷ 16/6/2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸ 10/2019 tarihli ve 54567092/045/ sayılı genelge.

- ç) *Halk sağığı laboratuvarı (L1ve L2),*
- d) *Kurum tabipliğı,*
- e) *112 Acil sağıık hizmeti birimleri,*
- f) *“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler,*
- g) *İşyeri sağıık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler,*
- ğ) *Belediyelere ait poliklinikler,*
- h) *“Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağıık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler,*
- ı) *“Ağız ve Diş Sağıığı Hizmeti Sunulan Özel Sağıık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağıığı hizmeti veren özel sağıık kuruluşları,*
- i) *Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler,*
- j) *Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağıık üniteleri,*
- k) *6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler,*
- l) *Muayenehaneler,*

(3) Birinci basamak ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağıık kuruluşları şunlardır;

- a) Entegre ilçe devlet hastanesi (E2 ve E3),”*

Sağıık Bakanlığı Sağıık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 19/10 54567092/045/ sayılı genelgesine göre ikinci basamak sağıık kuruluşları şunlardır:

“(2) İkinci basamak sağıık kurumları şunlardır;

- a) Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağılı semt poliklinikleri,*
- b) Entegre ilçe hastanesi (E1),*
- c) Sağıık Bakanlığına bağılı ağız ve diş sağıığı merkezleri,*

ç) *Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri,*

d) *“Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış özel hastaneler*

e) *“Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ve dal merkezleri*

f) *Ağız ve diş sağlığı hastaneleri*

g) *Diyaliz, üremeye yardımcı tedavi merkezileri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri”*

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 19/10 54567092/045/ sayılı genelgesine göre üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, 3A ve 3B grubu hastaneler olarak sınıflandırılmıştır. 3A grubu hastaneleri, ileri düzeyde hizmet veren kurumlardır. 3B sağlık kurumları ise vakıf ve devlet üniversitelerinin hastaneleri olarak değerlendirilir. 3A ve 3B hastaneleri; yatak sayısı, uzman hekim sayısı, hastanenin metrekare bazında toplam alanı ile acil servis kapasite alanı kriterleri bakımından birbirinden ayrılır.

Bu kuruluşlara ek olarak 3359 sayılı kanuna, 2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun'da⁹ geçen ek 7. maddenin eklenmesiyle, şehir hastanelerinin hukuki altyapısı oluşturulmuştur. Bu maddeye dayanarak ülkemizde kurulan şehir hastaneleri aslında, Kamu Özel Ortaklığı olarak adlandırılan bir sistemle dizayn edilmektedir. Bu modele göre, hastane kurulumunu öngören projeyi üstlenen firma, 49 yılı aşmamak üzere bu hastaneyi işletecek, süre sonunda ise devlete teslim edecektir. Bu işletim esnasında hastanenin yapımından ve gerekli maddi imkânlarından firma sorumlu iken, sağlık hizmetlerinin sunumundan ve sağlık personellerinden yine ilgili bakanlık sorumlu olmaktadır. Görüldüğü üzere kamunun ve özel sektörün bir işbirliği durumu söz konusudur (Atasever vd., 2018:15).

⁹ 15/8/2005 tarihli ve 25876 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda Türkiye’de hizmet sunan sağlık kurumlarının fiziksel sayıları ve bölgesel sayılarını tablolar şeklinde görmemiz halinde, sağlık teşkilatımızın fiziki altyapısı konusunda bilgi sahibi olabiliriz.

Tablo 4.

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Sayıları

Birim Adı	Sayısı
Aile Hekimliği Birimi	26.476
Aile Sağlığı Merkezi	7.997
Toplum Sağlığı Merkezi	353
İlçe Sağlık Müdürlüğü	425
Halk Sağlığı Laboratuvarı	83
Sağlık Evi	5.078
ÇEKÜS	167
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	174
KETEM	178
E2 – E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	200
Hemoglobinopati Tanı Birimi	29
Deri ve Zührevi Hastalıklar Birimi	7
Sıtma Savaş Birimi	33
Sağlıklı Hayat Merkezi	202
Göçmen Sağlığı Merkezi	180
Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi	34
Göçmen Sağlığı Birimi	780
Diğer	3

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birim Faaliyet Raporu (2019)

Tablo 5.

İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Bölgesel Sayıları

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	165	235
Batı Marmara	54	4	21	79
Ege	122	7	71	200
Doğu Marmara	80	4	54	138
Batı Anadolu	70	13	52	135
Akdeniz	84	8	91	183
Orta Anadolu	76	4	23	103
Batı Karadeniz	97	3	19	119
Doğu	68	1	11	80
Karadeniz	52	2	5	59
K.Doğu	57	3	16	76
Anadolu	81	3	47	131
O.Doğu	895	68	575	1.538
Anadolu				
G.Doğu				
Anadolu				
Türkiye				

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni (2019)

Tablo 6.

Şehir Hastanelerinin Yatak Kapasiteleri ile Sayısı

Hastane Adı	Yatak Kapasitesi
Adana Şehir Hastanesi	1.550
Mersin Şehir Hastanesi	1.294
Isparta Şehir Hastanesi	755
Yozgat Şehir Hastanesi	475
Kayseri Şehir Hastanesi	1.607
Manisa Şehir Hastanesi	558
Elazığ Şehir Hastanesi	1.038
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.711
Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081
Bursa Şehir Hastanesi	1.355
İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi	2.682
Konya Karatay Şehir Hastanesi	1.250
Tekirdağ Şehir Hastanesi	486

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

2.4. Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmeti kamu ya da özel kuruluşlar tarafından sunulan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile toplumun sağlığını sağlamaya ve korumaya yönelik hizmetlerdir (Kerman, Altan, Aktel, ve Eke, 2012:2). Bu tanım itibariyle sağlık hizmetindeki temel amaç, bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların bu sebeple temel gayeleri, kar maksimizasyonu değildir.

Benzer bir tanıma göre sağlık hizmeti, hastalık durumunun gerçekleşmemesi amacıyla bireylerin ve toplumun sağlıklı olmasını sağlamak, hastalık durumunda tedavi edici uygulamalarda bulunmak, tedavi sonrasında da bireylerin sağlık kuruluşlarına bağlı kalmadan hayatlarını devam ettirebilmelerini sağlamak ve bireylerin ve toplumun sağlığını yükseltmek maksadıyla yapılan ve yapılması planlanan tüm faaliyetlerdir (Alp, 2016:4). Bu tanıma göre sağlık hizmeti sadece bireylere belirli bir hizmet sunmayı

hedeflememekte, toplumun sağlını korumayı amaçlamakta ve bu amaç doğrultusunda da sağlık alanında bilimsel çalışmalar yapılmasını da arzulamaktadır.

Sağlık hizmeti yukarıdaki tanımlardan anlaşılaçağı üzere bir yatırım aracı olarak da değerlendirilmektedir. Yapılan her sağlık tesisi, sağlık hizmetinin sunumu için gereken medikal cihazlar ve sağlık eğitimi alan her sağlık personeli fiziksel anlamda sağlık hizmetinin sunulmasına olanak sağlayan yatırım kalemleridir. Nitekim Kocasoy (2014)'a göre sağlık hizmeti, hizmetin sunumu için gerekli üretim ve tktim sürecini ifade eder. Bu süreçte üretim, yatırım faaliyeti ile gerçekleşir. Tktim ise, hastalanan bireyin yeniden sağlığına kavuşması için gereken tanı, tedavi ve iyileştirme hizmeti sunan kuruluşlara başvurarak tıbbi yardımdan faydalanmasıdır. Yatırım ise, hastalanan bireyin bu tıbbi yardımdan faydalanabilmesi için gereken sağlık tesislerinden ve medikal cihazlardan oluşan fiziksel sermaye ile doktor, hemşire, teknisyen vb. sağlık çalışanlarından oluşan beşeri sermayeyi kapsamaktadır. Bireyin ve genel olarak toplumun sağlıklı olabilmesi için gereken tüm yatırım faaliyetleri, sağlık hizmeti kapsamı içindedir (Kocasoy, 2014:4-5).

Dünya Sağlık rgt'ne göre temel sağlık hizmeti; pratik, bilimsel ve sosyal olarak kabul edilebilecek yöntemlerle, bir ülke ya da toplumun ödeyebileceği bir maliyete dayanan ve karşılanması zorunlu olan bir sağlık hizmetidir, şeklinde açıklamaktadır (WHO, 1998:3). Bu tanıma göre sağlık hizmeti, bireylerin ve toplumun en temel ihtiyaçlarından olması sebebiyle, karşılanması mecburi olarak görülmektedir.

Nitekim Akdur (1999) da sağlık hizmetinin sınıflandırmalara ayrılarak tanımlama yapılması gerektiğini ileri sürmüştür. Sağlık hizmeti; sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunumu için yapılmış faaliyetlerin tamamıdır. Ancak bu şekilde genel olarak ele alınan bir tanımlama yeterli olmamaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetinin anlaşılır olması için sınıflandırmalar aracılığıyla ele alınması gerekir (Akdur, 1999:5).

2.5. Sağlık Hizmetinin zellikleri

Sağlık hizmetleri kendine has yapısal özellikleri nedeni ile diğer mal ve hizmet türlerinden farklılaşabilmektedir. Bu farklılıklar, hizmetin değişmez özelliklerini temsil eder. Sağlık piyasalarında üretilen mal ve hizmetler toplumsal bir özellik taşımaları sebebiyle tüm nüfusu etkilemektedir. Bu nedenle toplumun tamamı sağlık hizmetleri ile ilişki içindedir (Işık, 1997:31).

Ancak buna karşın sağlık hizmeti, eğitim hizmeti gibi yarı kamusal mal özelliği taşımaktadır. Bu özelliği sebebiyle, kişiler bazı sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılabilmektedir. Hizmetler, fiyatlandırılabilen ve bölünebilmektedir. Ancak, bireye sağlanan fayda, aynı zamanda tüm toplumun hastalanmasını da önlemesi yönüyle tam kamusal özellik taşıyabilir. Bu özellik nedeniyle, özel mallardan ayrılır ve yarı kamusal mal olarak sınıflandırılır.

Sağlık hizmeti, kamusal özellik nedeniyle piyasa başarısızlıklarına da sebep olmaktadır. Sağlık piyasasında var olan en önemli piyasa başarısızlığı ise asimetrik bilgidir. Asimetrik bilgi; herhangi bir piyasadaki bir mal ve hizmetin alıcısı ile satıcısı arasında aynı (simetrik) bilgiye sahip olmamaları, yani birbirlerinden farklı (asimetrik) bilgiye sahip olmalarına denir. Asimetrik bilginin geçerli olduğu bir piyasada kaynak tahsisi etkin bir şekilde gerçekleşmeyecektir (Dinler, 2014:207).

Sağlık hizmetindeki bu asimetrik bilgi durumu, hasta ile doktor arasındaki ilişkide net bir şekilde görülebilmektedir. Belirtileri sonucu hastalanan bir kişi, iyileşmesi için gerekli olan hizmetin ne olduğu noktasında doktoruna başvurmak zorundadır. İşte bu noktada doktor, hastaya göre tam bilgiyle donatılmış durumundadır. Hastalar kendilerine sunulacak hizmetin ne olduğu ya da kalitesi hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi değildirler. Sağlık hizmetini sunan doktorlar arasında genel bir sunum standardı olmamasından dolayı doktorlar arasında hizmet farklılıkları yaşanabilir. Sağlık sunumunu üstlenmiş olan doktorlar, gerekmediği halde hizmet düzeyini artırabilir ve hasta için ekstra maliyete neden olabilir (Bilgili ve Ecevit, 2008:208; Schneider, 2004).

Bu özellik tüm sağlık hizmetleri için geçerli değildir. Örneğin, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan sunulan tam kamusal özellik taşıyabilir (Akdağ, 2012:46). Aşı uygulama uygulamaları buna örnek verilebilir. Bu uygulamada da olduğu gibi devlet, bu hizmeti tüm bireylerine karşılıksız olarak sunmaktadır.

Sağlık hizmeti, dışsallık yaratan bir hizmettir. Dışsallık; bir ekonomik birimin yapmış olduğu faaliyeti sonucu başka bir ekonomik birimi olumlu ya da olumsuz olarak etkilemesidir (Pehlivan, 2014:45). Bir üst paragrafta verilen örnekteki aşı uygulama uygulaması, olumlu bir şekilde dışsallık yaratmaktadır. Çünkü aşı olarak hastalığa karşı bağışıklık kazanan bir birey hasta olmaktan kurtulur ve başkalarına da bu hastalığın bulaşmasını önler. Sağlık hizmetinin bu pozitif dışsallık yaratma özelliği küresel kamusal özellik de taşıyabilmektedir. Bir ülke bu bulaşıcı hastalıktan korunarak diğer ülkelere de

bulaşma riskini azaltır (Mutlu, 2006:198). Günümüzde etkinliğini koruyan ve tüm hayatımızı etkileyen COVID-19 süreci, bu paragrafta aktarılan özelliklere en iyi örnektir. Hastalığın insanlara bulaşmasıyla salgın haline dönüşmesi ve bu salgının tüm dünyaya hızlı bir şekilde yayılmasıyla devletlerin bu salgının kendi vatandaşlarına bulaşma riskini önlemek amacıyla ürettikleri politikalarının dışsalılık yaratacağı anlaşılmaktadır. Çünkü herhangi bir devletin kendi vatandaşlarını salgından korumak amacıyla yaptıkları faaliyetleri aslında diğer ülkelere de bulaş riskini azaltması sebebiyle küresel bir fayda da ortaya çıkarmaktadır. Salgını giderici veya etkisini azaltıcı ilaç ve aşıların gelişimi de küresel boyutta pozitif dışsalılık yaratacağı açıktır.

Sağlık hizmeti, dışsalılık yaratmaları sebebiyle, yararlı (erdemli, merit) mallar kategorisi içinde de yer alabilmektedir. Yararlı mallar; toplum içinde hakim olan değer yargılarının etkisi altında üretilmesi arzulanan ve üretilmesi iyi kabul edilen mallara denir (Öztürk, 2011:284).

Sağlık hizmetleri yukarıda yapılan açıklamalarda da görüleceği üzere çoğunlukla pozitif bir dışsalılık yaymaktadır. Ancak pozitif dışsalılık yaymaları sebebi ile ülke kaynaklarının büyük oranda sağlık hizmetlerine aktarılıyor olması durumunda, negatif bir etki yaratabileceği görmezden gelinmemelidir. Bu sebeple eğitim, gıda, barınma vb. diğer tüm toplumu etkileyen sosyal harcamalar ile sağlık hizmetleri harcamaları arasında bir denge kurulması gerekmektedir. Bu dengenin nasıl ve hangi kriterler çerçevesinde oluşacağı ayrı bir iktisadi sorunu teşkil eder. Bu sorun aslında sağlık hizmetleri gibi pozitif dışsalılık yayan sosyal harcamalarda alt ve üst sınırların olması gerektiğini işaret etmektedir (Sayım, 2009:263).

Sağlık hizmeti talebinin en görünür özelliği belirsiz ve zamanının öngörülemez olmasıdır. Kişinin ne zaman sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağını, ne kadar maliyete katlanacağını ve faydalanacağı tedavinin ne kadar süreceğini önceden bilmesi, mümkün değildir (Şenatalar, 2003:25).

Bu belirsizlik durumu başka sorunları da tetiklemektedir. Sağlık hizmetleri piyasası risk ve belirsizlik altında şeffaf olamayan bir piyasa olması sebebiyle sağlık bakım ihtiyacı anında bireylerin ödeme güçlerini aşan maliyetlerle karşılaşılması durumları söz konusu olabilmektedir. Bu sorunu çözmek amacıyla sigorta sistemi devreye sokulmuştur. Ancak sigorta sisteminin yaygınlaşması ile birlikte temelde üç problemi içinde taşıyan ahlaki tehlike (moral hazard) sorunu bu piyasada

görülebilmektedir. Bu sorunlardan ilki hizmet talebinin hizmet ihtiyacını aşması (gereksiz hizmet talebi); ikincisi, bireylerin daha sağlıklı bir hayat standartları benimseme duyarlılığının azaltılması, üçüncüsü ise hizmetin bedelini hastanın kendi cebinden ödememesi halinde sigortanın, doktorun davranışları üzerinde etkili olması (arzın talep yaratması ve hizmet başına ödeme arz kanadında meydana gelen ahlaki tehlikeyi işaret eder) durumlarıdır. Bu problemlerin neden olduğu sorunlar literatürde ahlaki tehlike olarak bilinmektedir. Kamuda var olan kullanıcı katkıları (user charges) ile özelde ek ödeme (co-payment) gibi mekanizmalarla ahlaki tehlikenin neden olduğu bu sorunlar giderilmeye çalışılmaktadır (Yıldırım, 1999:6).

Sağlık hizmetleri çoğu kez ertelenemez bir hizmet türüdür. Bu sebeple anında müdahale edilmesi veya kısa vadede çözüme kavuşması gereken bir üretimi gerekli kılmaktadır. Çünkü anında karşılanmaması durumunda birey sakatlanabilir, çalışma ve üretimi düşebilir ve ölümüne yol açabilir. Bu ve bunun gibi acil ve anında müdahale gerektiren sağlık hizmetlerinde tedavi sürecine hemen girilmesi gerekmektedir (Saltık, 1995:38). Buna ek olarak sağlık hizmetleri piyasasında üretilen mal ve hizmetlerin karşılığı olacak nitelikte ikamesi bulunmamaktadır. Bununla birlikte üretilen ve sunulan hizmet stoklanamamaktadır. Bu sebeple oluşan sağlık hizmeti talebi hemen karşılanmalı ve giderilmelidir (Bilgili ve Ecevit, 2008:204).

Sağlık hizmetleri tüm bu özelliklerinin yanında günümüzde artık bir yatırım aracı olarak da değerlendirilmektedir. Nitekim Alpugan (1984) da sağlık hizmetlerini tüketim harcamaları ve yatırım harcamaları olarak değerlendirmektedir. Hastalığın ya da sakatlığın giderilmesi için yapılan sağlık hizmetleri harcaması, tüketim harcaması olarak değerlendirilirken, sağlığın korunması ya da toplumun genel sağlık seviyesinin iyileştirilmesi veya korunması amacıyla geliştirilen sağlık politika ve programları ileriye dönük olmaları sebebiyle yatırım harcamaları olarak değerlendirilir (Alpugan, 1984:147).

Hatta bu yatırım şekli turizm halini almış ve günümüzde popülerliğini arttıran “sağlık turizmi” kavramını yaratmıştır. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde turizme sevk edilmesiyle bireyler, sağlık ihtiyacını karşılamak için ülkeler arası seyahat etmektedir. Sağlık turizminde bireyler, seyahat ederek ikamet ettikleri bölgelerden ayrılıp sağlık hizmeti alacakları yerde konaklayarak tedavi edilmeyi arzulamaktadır. Bu şekilde bir turizme ülkemizde de yaygın olarak kullanılan kaplıca turizmi örnek verilebilir. Kaplıca turizminde hizmetten faydalanan kişiler ülkemizde konaklayarak bu hizmetten yararlanmayı amaçlar. Ancak günümüzde sağlık turizmi sadece bununla sınırlı değildir.

Yapılan tanım ve açıklamadan da anlaşılacağı üzere sağlık ihtiyacının karşılanması için yapılan seyahatleri de kapsamaktadır. Tedavi amaçlı veya estetik amaçlı olarak yapılan seyahatler buna örnek verilebilir ve günümüzde gelişen bir sağlık turizmi türü olarak görülmektedir (Aydın, 2012:92).

Sağlık hizmeti, sağlık ihtiyacını karşılamak maksadıyla sunulmuş hizmetlerdir. Genel ekonomiden farklı olarak, bu hizmetin sunumunda devletin rolü bulunmaktadır. 1982 Anayasası 56. maddesinde de belirtildiği üzere devlete bu konuyla ilgili görev ve sorumluluk yüklenmiştir. Sağlık hizmetini devletin sunma nedenlerini şu şekilde açıklanabilir (Orhaner, 2006:2):

- Sağlık hizmeti sadece bireyi değil toplumu da ilgilendirir. Bu sebeple toplumun bu hizmetten tam bir şekilde yararlanabilmesi için devletin müdahil olması gerekir.
- Sağlık hizmetlerinin talebinin ölçüsünün belirlenmesi güçtür. Devlet elindeki imkanlar aracılığıyla talebi ölçebilmektedir.
- Sağlık, sadece serbest piyasaya bırakılacak bir hizmet türü değildir. Nitekim, özel sektör, tek başına bu ihtiyacı karşılayamamaktadır.
- Serbest piyasada yatırımcılar, bireysel karlarını maksimum etmek için hareket ederler. Sağlık hizmetinin sunumu tamamen özel sektörü bırakılması durumunda yatırımcılar, yalnızca kar getirebilecek bölgelere yoğunlaşmayı tercih edecektir.
- Sağlık hizmeti, toplum genelini ilgilendirmesi sebebiyle bölünemezlik söz konusu olmaktadır. Yani kimse bu hizmetten mahrum bırakılamaz.

Bu nedenlere göre sağlık hizmetinin sunumunda devlet, etkin bir rol oynamaktadır. Bu, sağlık hizmetinin kamusal özelliğinden kaynaklanmaktadır.

Nitekim Burgess ve Stern (2013) de devletin sağlık hizmetleri piyasasına yönelik müdahale sebeplerini benzer şekilde açıklamaktadır. Sağlık hizmeti, hem özel hem de devlet tarafından sunulan bir yarı kamusal mal ve hizmettir. Devletin bu piyasaya müdahil olmasındaki temel sebepler şöyle sıralanabilir (Burgess & Stern, 2013:764):

- Piyasa başarısızlıkları
- Yoksulluk ve gelir arasındaki dengesiz dağılım

- Fırsat eşitliğinin olmaması
- Paternalist düşünce
- Kendi çıkarları peşinde koşanların gelecek nesillerin sorunlarını düşünmemesi.

Tüm bu örnekler devletin neden müdahil olması gerektiğini bize vermektedir. Devlet; altyapı, sosyal güvenlik, eğitim, sağlık, emeklilik ve çevre konularında ekonomik rekabeti sağlamak amacıyla piyasaya müdahalede bulunmaktadır (Burgess & Stern, 2013:764-765).

2.6. Sağlık Hizmetinin Arzı ve Talebi

Sağlık hizmeti, sağlık piyasasında sunulan mal ve hizmettir. Bu kapsamda sağlık hizmetini sunanlar sağlığı arz ederken, sağlık hizmetinden yararlananlar ise sağlığı talep eder. Sağlık hizmeti talebi, hasta olduğunu ileri süren bireyler tarafından gelir. Bireyler, hasta olup olmadığını ancak arz edenlere danışarak öğrenebilir. Bundan dolayı talep, arz tarafından yaratılmış olmaktadır. Genel arz – talep tanımları dışında farklı bir özellik gösteren bu durum, türetilmiş talep (derived demand) olarak adlandırılır (Işık, 1997:56). Yine genel ekonominin tanımladığı arz ve talebi etkileyen unsurlar ile sağlık hizmeti arzı ve talebini etkileyen ve belirleyen unsurlar farklılık göstermektedir. Sağlık hizmeti; koruyucu sağlık hizmeti, tedavi edici sağlık hizmeti ve rehabilite edici sağlık hizmeti olarak üç sınıfa ayrılır. Her sınıfın piyasası ve yapısı birbirinden farklıdır. Bu sebeple her sınıfın sağlık hizmetini belirleyen talep ve arzında farklılıklar bulunmaktadır.

2.6.1. Sağlık Hizmetinin Talebi, Talebi Belirleyen ve Etkileyen Unsurlar

Sağlık hizmetleri talebi, çoğunlukla sağlığın kaybolması, azalması ve güncel yaşamda olumsuz etkilere neden olabilecek düzeyde etkisini göstermesi gibi durumlarda meydana gelen ihtiyacın karşılanmasına bağlı ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “iyilik içinde olma hali” olarak tanımlar. Bu tanımdan yola çıkarak sağlık hizmeti talebi, bireylerin ve toplumların kendileri için öngördükleri iyilik içinde olmaya yönelik ihtiyaçları olarak tanımlanabilir (Çoban, 2009:52).

Ekonomide üretim, belirli ihtiyaçları karşılamaya yöneliktir. Sağlık hizmetleri de sağlık ihtiyacını karşılamak amacıyla üretilir. Ancak sağlık, yeme ve barınma gibi bireylerin temel ihtiyaçlarından olması sebebiyle, bireyler bu ihtiyacı sürekli ve mecburi şekilde isteyecektir. Bu sebeple sağlık hizmeti talebi, zorunlu birer taleptir. Bireyler piyasada bulunan malları tercih ederken alışkanlıklarına, yaşam koşullarına, zevk ve

tercihlerine dikkat ederler. Ancak sağlık hizmetlerine yönelik bir talepte bu durum söz konusu olmazken, sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaın Őiddeti diğer faktörlerin önüne geçerek baskılamaktadır. Normal mal ve hizmetlerde yukarıda bahsi geçen faktörler tercih esansında etkin bir rol oynarken, sağlık hizmetleri talebi için bu faktörlerin etkisi oldukça kısıtlı düzeydedir (Akdağ, 2012:62). Bununla birlikte sağlık hizmetinde talep, arz tarafından yaratılır. Kısacası talebi, arz belirlemektedir. Bu durum, türetilmiş talep olarak tanımlanır.

Sağlık hizmeti talebini belirleyen unsurlar Şöyledir (Mutlu ve IŞık, 2012:71):

- Gelir Düzeyi
- Fiyat
- Eğitim
- Nüfus
- Sanayileşme ve Kentleşme
- Yaşam koşulları
- Aile yaşamında yaşanan değişiklik
- Teknolojik gelişme.

Bireyin geliri ne kadar yüksek olursa, faydalanmak istediği ve faydalanabileceği sağlık hizmeti de o kadar artacaktır. Ancak bu noktada yaşanacak bir artış, zorunlu sağlık ihtiyaından ziyade diş ve estetik gibi maliyeti daha yüksek olan ekstra sağlık ihtiyaçlarında yaŐanacaktır. Çünkü yaşam koşullarının devamını öngören birinci basamak sağlık hizmetlerini bireyler, bedeli ne olursa olsun talep etmek zorundadır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan diğer sağlık hizmetleri, sadece hastalık veya sakatlık durumunda talep edilmektedir. Bireyler bu nedenle sağlık hizmetleri için ayrı bir bütçe ayırmazlar. Sağlık sorunları ortaya çıktığında ya mevcut gelirlerinden ya da geçmiş tasarruflarından pay ayırarak bu hizmetin bedelini karŐırlar (zkara, 2006:24).

Sağlık, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için talep etmeleri gereken zorunlu ihtiyalarındanr. Bu sebeple sağlığın bedeli ne olursa olsun bireyler, o hizmet sunumundan yararlanır. Bu sebeple, sağlığın fiyat karşısındaki esnekliği düşüktür. Ancak

tedavi ve ilaç sırasında fiyat, belirleyici olabilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012:82; Toprak, 1982).

Eğitim birçok alanı etkilediği gibi sağlık talebini de etkileyecektir. Bireylerin eğitimlerinde yaşanacak bir artışın, olumlu yönde etki edeceği açıktır. Bu nedenle sağlık hizmeti talebi ile eğitim düzeyindeki artış arasında doğru bir orantı söz konusu olmaktadır. Eğitim düzeyinin artmasıyla, sağlıklı olmak konusunda bireyler bilinçlenecek ve bu konuya daha fazla dikkat edecektir (Çoban, 2009:54). Ancak eğitim düzeyinin artmasının sağlık hizmetleri talebi üzerinde olumsuz etkileri de olabilmektedir. Bireylerin kendi sağlıklarına dikkat etmeleri sonucunda daha az hastalanmaya başlayacaklardır. Bu sebeple sağlık hizmetine olan talepleri azalacaktır.

Toplumun nüfus yapısı, sağlığa olan talebi etkileyebilmektedir. Eğer, toplumda çocuk ve yaşlı nüfus fazla olursa, bu gruplar daha sık hastalanmaya meyilli olmaları nedeniyle sağlık hizmetleri talebi yüksek olacaktır (Mutlu ve Işık, 2012:85).

Sanayileşme ve kentleşme ile birlikte insanlar artık bir arada toplu olarak yaşamak durumunda kalmıştır. Bu sebeple herhangi bir salgının yayılma ihtimali yükselecektir. Bununla birlikte, yeni iş kollarının varlığı (ofis gibi) yeni hastalıkları doğurmaktadır. Ofis ve büro gibi uzun süreler oturma gerektiren iş biçimlerinde ortopedi rahatsızları yaşanabilmektedir. Sanayileşme ile, iş kazaları ve sonucunda iş ölümleri yaşanabilmektedir.

Kişisel özellikler sağlık talebini etkileyebilmektedir. Örneğin, sporcu bir kişi, kendi alanına uygun bir biçimde beslenmekte ve mesleğini icra edebilmesi için de kendisine iyi bakmaktadır. Güzelliği ile ön planda olan bir aktrisin, bunu korumak için yapacağı estetik harcamaları da talebi belirlemektedir (Işık, 1997:58). Bu sebeple, farklı yaşam koşullarına sahip insanların, farklı sağlık talepleri olmaktadır. Bireylerin bu şekilde farklı yaşam koşullarına sahip olmaları ve bu farklı yaşam koşulları nedeniyle daha özel sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaları, sağlık hizmeti talebindeki zevk ve tercihlerin etkin olduğu nadir noktalardandır. Acil olmayan (koruyucu olmayan) sağlık hizmetleri talebi bireylerin zevk ve tercihleri ile yakından ilişkilidir. Estetik hizmetleri, diyetisyen hizmetleri, diş ve ağız bakım hizmetleri, saç bakım ve cilt sağlığı hizmetleri ile önleyici sağlık hizmetlerinin talebi, bireylerin zevk ve tercihlerinde meydana gelebilecek bir değişimden etkilenebilmektedir. Hatta bu durum bireylerin hastane seçiminde de etkili olmaktadır. Hastanelerde verilen otelcilik hizmetinin bireylerin zevk

ve tercihlerine uygun olması veya buna yönelik geliştirilmesi hastane kurumunun seçiminde etkili olabilmektedir (Sayım, 2011:103).

Sağlık hizmetleri talebi; yalnızca medikal ve teknolojik alanda yaşanan gelişmeler ile sağlık harcamalarında yaşanan artışlardan etkilenmez. Bu etkilenmeye yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal gibi demografik özellikler ile politik tercihler ve ekonomik yapının durumları da eklenmektedir (Schulz, 2005:1). Bu tarz bir etkilenme durumuna aile yaşamında ve genel olarak kültürde meydana gelen bir değişikliğin yaşanması da eklenebilir ve bu durum sağlık hizmeti talebini etkileyebilmektedir. Örneğin geçmişte ülkemizde doğumların büyük bir kısmı kırsal kesimlerde uzman şahıslar olmadan yapılmaktaydı. Ancak bu durum şu an doktorlar ve sağlık kuruluşları aracılığıyla gerçekleşmektedir. Buna ek olarak herhangi bir göç durumunun yaşanması ve özellikle kontrolsüz bir şekilde göçün gerçekleşmesi de sağlık hizmeti talebini etkilemektedir.

Teknoloji, sağlık sektöründe hem arz hem de talep yönüne etki eden bir unsur olarak görülür. Teknolojinin sürekli artış göstermesi, yeni tedavi yöntemlerin, yeni medikal cihazların ve yeni ilaçların üretilmesini olanaklı kılmaktadır. Böyle bir durumda da talep etkilenebilmektedir. Buna ek olarak sağlık sektöründe teknolojik gelişime katkı sağlayan uzman kurumların görüşleri de etkili olabilmektedir. Bu kuruluşlar; ülkelerin sağlık bakanlıkları, sağlık ile ilgili çalışmalar yürüten sivil toplum örgütleri, ilaç endüstrisinde etkin olarak faaliyet yürüten firmalar ile uluslar arası etkinliği bulunan sağlık örgütleridir. Uzman kişilerden oluşan bu kuruluşlar çalışmalarını, araştırmalarını, görüşlerini veya savundukları tezlerini bilimsel nitelikteki toplantılarda, yazılı ve görsel medyada ve çeşitli platformlarda açıklayarak sağlık hizmeti talebini etkileyebilmektedir (Sayım, 2011:103).

2.6.2. Sağlık Hizmetinin Arzı, Arzı Belirleyen ve Etkileyen Unsurlar

Sağlık hizmetleri arzı, belirli bir zaman diliminde sağlık kurum ve kuruluşlarının belirli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktardır (Orhaner, 2006:4;Orhaner, 2000:17). Dolayısıyla sağlık hizmetinin arzı, farklı sağlık hizmetlerini karşılamak üzere kurulmuş sağlık merkezleri, laboratuvarlar, eczaneler ve hastaneler gibi kurumlarda üretilen ve bireylere sunulan tüm tanı, teşhis ve tedavi süreçlerini ifade etmektedir. Hastane, eczane ve laboratuvar gibi fiziki sermayenin yanında doktor, hemşire ve teknisyen gibi beşeri sermaye de sağlık hizmetlerinin arz kanadını oluşturmaktadır (Orhaner, 2006:4).

Sağlık hizmetleri arzının, diğer mal ve hizmetlerin arzından çeşitli farkları vardır. Örneğin talep kısmında bahsedildiği gibi, arzın talep yaratma yönü vardır. Genel ekonomide var olan görüş talebin arzı yaratması iken, sağlık piyasasında bu durum terse dönmüştür. Sağlık hizmetleri arzını yaratan sağlık personelinin, piyasaya girişinde sınırlamalar vardır. Serbest piyasada olduğu gibi piyasaya giriş sınırsız ve kolay değil, sınırlı ve uzun süreçlidir. Bir bireyin doktor olabilmesi için uzun bir eğitim sürecinden geçip gerekli lisans belgelerine sahip olması gerekir.

Genel ekonomide var olan hakim görüşe göre, herhangi bir mal ve hizmetin fiyatında bir artış yaşanması halinde o mal ve hizmete talep azalacaktır. Ancak sağlık piyasasında bu durum böyle çalışmayabilmektedir. Teknolojik ilerlemeler sonucunda keşfedilen yeni tedavi yöntemine, ilaca ya da medikal cihaza olan talep, fiyatı ne olursa olsun artış gösterecektir (Işık, 1997:62). Ancak teknolojinin ilerlemesi ile keşfedilen yeni tedavi yöntemlerinin kullanılması, üretimin sunulması esnasında maliyeti artırıcı etki yapacağı açıktır. Gerek sağlık sektöründe çalışan personellerin uzman bireyler olması gerekse de diğer girdilerin (fiziksel sermaye) yüksek maliyetli olması durumu, sağlık hizmetleri arzının yüksek maliyetler altında gerçekleşmesine sebep olmaktadır (Özkara, 2006:22).

Sağlık hizmeti arzı, sağlık hizmetinin üretimi anlamına gelir. Bu kapsamda arz, sadece hizmet sunumu değil, ilaç ve cihazların üretimini de içerir. Ancak ilaç ve cihazların üretimi gerekli teknolojik imkanların, kamusal izinlerin ve kuruluşlar bazında ar – ge çalışmalarının vasıtasıyla gerçekleşecektir. Sağlık hizmeti, kamu tarafından sınırlandırılmıştır. Bu kapsamda sağlık piyasasında, diğer piyasalardan daha fazla kamunun düzenleme yetkisi bulunmaktadır (Işık, 1997:63-64).

Sağlık hizmeti arzını belirleyen unsurlar şöyledir (Mutlu ve Işık, 2012:95):

- Çıktıların ölçülmesi
- Hizmetlerin ikame edilebilirliği
- Arzı artırma gücü
- Personelin verimliliği
- Tıbbi bilgi
- Teknoloji.

Sağlık piyasasında girdi, sağlık hizmetini sunanlardır. Çıktı ise, girdilerin sundukları hizmetlerdir. Bu kapsamda çıktılar yani sağlık hizmetinin ölçülmesi, sunulan hizmetin değerinin anlaşılması bakımından önem arz eder. Ancak sağlık hizmetlerinde çıktı doğrudan paraya çevrilememesi, çıktının ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve uygun şekilde sunulması halinde bireylerin ve genelinde toplumun sağlıklı olma eğilimi yükselecektir. Bu yükselme sonucunda bireylerin çalışma verimlilikleri yükselebilir, yaşam süreleri uzayabilir ve bu durumlar sonucunda daha fazla üretimde bulunabilir. Ancak bu durumların parasal karşılıklarının bilinmemesi veya belirlenmemesi zorluklara sebep olmaktadır (Aktan ve Işık, 2007:2).

Sağlık hizmetinde ikame edilebilirliği üç farklı bakışla değerlendirmek gerekir. İlk bakışa göre, sağlık hizmeti, tek tip bir hizmet değildir. Her personel farklı bir hizmeti icra eder. Doktor ile bir laboratuvar teknisyeni aynı işi yapmazlar. Bu sebeple, personellerin birbirleri arasında ikamesi söz konusu olamaz. Bu durum yasalarla belirlenmiş olup aksi halde cezalar gerektirecektir (Mutlu ve Işık, 2012:98). Bir diğer ikame durumu ise, sağlık hizmetinin ikamesidir. Eski dönemlerde daha yaygın olarak tercih edilen “alternatif tıp” olarak adlandırılan bu yöntemler, doğrudan sağlık hizmetinin ikamesi durumundadır. Eğer, güncel sağlık biliminin o hastalık hakkında yeterli cevabı yoksa ya da kişi sağlık kuruluşlarından aldığı sağlık hizmetinden memnun kalmamışsa bu yöntemlere başvurabilmektedir. Bununla birlikte kişi, her iki yöntemi de talep edebilmektedir. Üçüncü bakışa göre ikame durumu ise, sunulan sağlık hizmetleri arasında bir ikamenin olamamasıdır. Örneğin; polio sekeli (çocuk felci) hastalığının düzeltilmesi için gerekli operasyonların maliyeti yüksek olması sebebiyle bu hastalık yerine, daha az maliyetli diş çürüğü operasyonları konulamaz (Saltık, 1995:38).

Yaşanabilecek bir talep artışı durumunda, bu talep artışını karşılamak için arzı artırmak kısa dönemde mümkün olmamaktadır. Çünkü sağlık hizmeti arzını sağlık kuruluşları gerçekleştirir. Sağlık kuruluşlarının inşası ve gerekli personellerin ve tıbbi cihazların tedariği uzun süreli bir dönemi kapsar (Akdağ, 2012:65).

Her sektörde olduğu gibi sağlık piyasasında da verimli olarak çıktılar yaratan personeller, toplum nezdinde tanınır ve saygın hale gelebilmektedir. Örneğin, başarılı ameliyatları ile piyasada tanınır hale gelmiş bir cerrahın, daha fazla talep alması normal karşılanacaktır.

Sağlık, bir bilim dalı olması sebebiyle bilgiyle çalışan ve hareket edilen bir alandır. Bu sebeple, tıptaki bilgiler bilim ve teknoloji ile birlikte gelişebilmekte ve değişebilmektedir. Teknolojinin gelişmesi ve bu gelişimin sağlık hizmetlerine yansması durumunda sağlık hizmetlerine yönelik arz artarken, sağlık hizmetlerinin sunum kalitesi de yükselecektir. Ancak yeni ve karmaşık teknolojinin kullanılması maliyeti artırıcı etki yapabilmektedir (Özkara, 2006:22).

2.7. Sağlık Piyasası ve Sağlık Hizmetinin Sunulması

Sağlık piyasası temelde sağlık hizmeti sunan ile o hizmetten yararlananlar arasında var olan ilişkiyi gösterir (Sayım, 2009:264). Bu piyasa, her ne kadar ekonominin bir alt dalı olsa da yarı kamusal mal özelliği göstermesi sebebiyle, sağlık piyasasında piyasa başarısızlıklarının yaşandığı görülmektedir. Genel serbest piyasanın; malların homojen olduğu, taraflar arasında bilgi eksikliğinin olmadığı, kârını artırmak isteyen çok sayıda satıcının olduğu, tüketenlerin yani alıcıların da tüm maliyete katlandığı bir piyasa olduğu bilinmektedir (Stiglitz, 1994:352-353). Bu koşulların sağlanmamasına piyasa başarısızlıkları sebep olmaktadır. Sağlık piyasası ile serbest piyasa arasında bu noktada birçok fark bulunmaktadır.

Tablo 7.

Standart Rekabetçi Piyasa ile Sağlık Piyasası Farkları

Standart Rekabetçi Piyasa	Sağlık Piyasası
Çok satıcı vardır	Sınırlı sayıda satıcı vardır
Satıcılar maksimum kar peşindedir	Çoğu satıcı (örn:hastane) kar amacı gütmaz
Alıcıların bilgileri yeterlidir	Alıcıların bilgileri yetersizdir
Tüketiciler maliyete tamamen katlanırlar	Alıcılar hizmetin bedelini tamamen ödemezler

Kaynak: (Stiglitz, 1994:353)

Sağlık piyasasında üretilen mallar ile sunulan hizmetlerin homojenlik özelliklerinin düşük olması, genel serbest piyasaya aykırı bir başarısızlık örneğidir. Bir malın veya hizmetin homojen olabilmesi için, piyasadaki firmaların aynı mal ve hizmeti sunmaları gerekir. Ancak sağlık piyasasında aynı hastalık için farklı etken maddelerden üretilmiş farklı ilaç ve tedavi yöntemlerinin bulunması homojenliği düşürücü etki yaratmaktadır. Sağlık piyasasında hizmet alıcısı olarak nitelenen hasta birey, hastalığını öğrenmesi, hastalığı için gerekli tedavinin sağlanması ve tedavi için katlanacağı maliyetin

tespiti için hizmeti satıcısı olan sağlık personeline ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada sağlık piyasasında alıcı, satıcı karşısında yeterli bilgiye sahip değildir (Sayım, 2009:264-265).

Sağlık hizmetinin sunumu için fiziksel ve insan olarak güce ihtiyaç vardır. Fiziksel açıdan hizmetin sunulmasını sağlayacak hastane ile gerekli medikal cihaz ve araçların temini gerekmektedir. Yine hizmetin sunulacağı hastanede hizmetin sunulması için gerekli olan araçların kullanımı amacıyla sağlık personeline ihtiyaç doğmaktadır. Ancak sağlık piyasasında hizmetin üretimi için gerekli fiziksel altyapının ve insan gücünün kolay ve kısa sürede sağlanamıyor olması, sağlık hizmeti arzının kısıtlı olduğu anlamına gelmektedir. Diğer yandan, sağlık piyasasında tüketiciler sahip oldukları çeşitli imkânları sebebiyle hizmetin bedelinden tamamen sorumlu olmayabilmektedirler.

Tüm bunlara ek olarak piyasaya girişin de sınırlı olduğu bir sağlık piyasası söz konusudur. Doktorların veya sağlık personellerinin çalışabilmeleri için gerekli lisans ve izinlere muhtaç olmaları bu sınırlamaya örnektir (Mutlu ve Işık, 2012:98). Aynı zamanda genel serbest piyasada taraflar bilgiye kolaylıkla ulaşabilmektedir. Bu ulaşım esnasında katlanılan maliyet düşüktür. Ancak, sağlık piyasasında, hizmeti talep eden tam bilgisiz konumda olması sebebiyle, bilgi edinmek için katlanacağı maliyet yükselecektir (Mutlu ve Işık, 2012:91).

Yukarıdaki bilgiler sonucunda sağlık piyasasının genel serbest piyasa şartlarını tamamen sağlamaması sebebiyle farklı bir piyasa olarak yapılandığı görülmektedir. Bu farklılığa ise piyasa başarısızlıkları neden olmaktadır. Yukarıda verilen bilgiler ve piyasalar arasındaki farklılıklar aslında bir piyasa başarısızlığını nitelemektedir. Üretilen mal ve hizmetlerin homojen olmaması, piyasaya girişin serbest veya kolay olmaması, taraflar arasında bilgi eşitliğinin olmaması (bilgi asimetrisi) ve üretilen mal ve hizmetlerin kamusal özellik göstermesi piyasada başarısızlığının nedenleridir. Piyasa başarısızlığı, pareto etkin birinci en iyi kaynak tahsisinin sağlanamamasıdır (Akalin, 2000:45). Serbest piyasa mekanizmasının optimal kaynak tahsisi düzeyinden uzaklaşması durumları piyasada başarısızlıklara neden olur ve dışsallıklar, başarısızlık örneklerindendir. Dışsallık durumunda, piyasa mekanizmasının sübvansiyonlarla etkilenecek optimal kaynak tahsisi düzeyine erişmesi gerçekleşmemektedir (Akalin, 1986:270). Bu sebeple, piyasa başarısızlıklarının varlığı devletin piyasaya müdahalesini gerekli kılmıştır. Dışsallığın yarattığı etki ister olumlu, ister olumsuz olsun kaynakların tahsisini bozucu etki yaratmaktadır. Bu sebeple devletin dışsallığın meydana geldiği durumlara çeşitli araç ve yöntemleri ile müdahale etmesi söz konusu olmaktadır. Aşılama hizmetleri, çevre

sağlığı amacıyla yapılan hizmetler ve su arıtma hizmetleri gibi toplumsal yararı gözeten faaliyetler sağlık hizmetleri açısından dışsallıklara örnek verilebilir. Bu örneklerdeki faaliyetlerin toplumun tamamını etkileyen ve herkesin ihtiyaç duyduğu hizmetler olması sebebiyle bu hizmetlerin özel teşebbüsler aracılığıyla gerçekleşmesi durumunda pahalı ve etkisiz bir üretim ile karşı karşıya kalınması mümkündür. Bu noktada devletin müdahalesi ile birlikte bu faaliyetler herkese eşit bir biçimde sunularak toplumsal yarar dikkate alınmaktadır (Yurdadoğ, 2006:33-34). Dışsallık gibi piyasa başarısızlıklarının ortadan kaldırılması veya etkisinin giderilmesi amacıyla çeşitli yöntem ve fikirler ileri sürülmüştür. Fiyat mekanizmasını ortadan kaldıran ve yerine merkezi planlamayı yerleştiren Sosyalist düşünce önerisi buna örnektir. İkinci bir öneri ise devletin piyasa ekonomisini denetim altına alıp çeşitli düzenleyici (regülasyon) işlemlere maruz bıraktığı, maliye ve para politikaları ile piyasaya müdahale ettiği karma ekonomi modelidir (Akalin, 2000:45). Sağlık ve sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör vasıtası ile birlikte sunuluyor olması karma bir düzenin işaretidir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam ve düzgün bir şekilde sunulması bireyler ve toplum açısından önemi yüksektir. Bu sebeple bu hizmetlerin serbest piyasaya bırakılıp rekabete açılması ve bazı tüketicilerin bu noktada dışlanması genel kabul görmüş bir görüş değildir. Bu özellikleri sebebiyle koruyucu sağlık hizmetleri tam (salt) kamusal mal olarak değerlendirilir. Bu hizmetin hiçbir engelleme ve müdahale olmadan piyasaya bırakılması durumunda, pazarlanmasının mümkün olmaması sebebiyle piyasada eksik üretime neden olacağı ve bundan dolayı da toplumsal maliyetinin yükseleceği ileri sürülmüştür (Yıldırım, 1999:8). Bu özelliği sebebiyle koruyucu sağlık hizmetinin piyasasında etkin ve hâkim güç devlettir. Ancak diğer sağlık hizmetlerinin sunulduğu piyasalar, yarı kamusal mal özelliği sebebiyle özel sektörü de içine alarak karma bir düzeni ortaya çıkarmaktadır. Bu özelliği nedeniyle sağlık hizmetleri hem özel sektör hem de kamu sektörü kuruluşları tarafından sunulmaktadır.

2.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Finansman Yöntemleri ve Sağlık Sistemleri

Finansman, Fransızca kökenli “financement” kelimesinden türemekle birlikte dilimize yerleşmiş ve Türk Dil Kurumu tarafından, bir girişimin işleyebilmesi, faaliyetlerini sürdürebilmesi ve gelişebilmesi için gereken maddi kaynakların tamamı şeklinde tanımlanmaktadır. Tanımdan anlaşılacağı üzere, finansman kendi içinde risk faktörünü bulundurmaktadır. Sağlık finansmanı, geniş kapsamlı bir kavram olmasıyla birlikte sağlık sektöründeki finansal kaynakların harekete geçirilmesini ve kullanılmasını

kapsamaktadır (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010:88). Sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında mesleki riskler ile fizyolojik riskler söz konusu olabilmektedir. Bununla birlikte bireylerin hastalanma riski de bulunmaktadır. Sağlık hizmetini sunan devletin bu noktada çeşitli görevleri ortaya çıkar. Kaliteli, sürdürülebilir, ulaşılabilir ve yeterli bir sağlık hizmetinin sunumu, bu görevlerin başında gelir. Devletin bu görevlerini yerine getirebilmesi için maliyetlere katlanması gerekmektedir. Devlet, sağlık hizmetinin yukarıda sayılan kriterler çerçevesinde sunulması amacıyla katlanılacak olan maliyeti finanse edebilecek sağlık düzeni ve politikaları geliştirmekle yükümlüdür (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016:82).

Sağlık hizmeti finansmanı, sağlık hizmetinin verimli, etkin ve tutarlı bir biçimde sunumu için önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansal açıdan sürdürülebilir olması önemli amaçlarından biridir. Bireylere sağlık hizmeti sunumu yapılırken kaynakların verimli kullanılması, bireylere finansal koruma sağlarken adaletli davranılması ve kaynak aktarırken bireylerin fakirleşmesini engellemek önemli hedeflerindendir (İstanbulluoğlu, Güleç, ve Oğur, 2010:89).

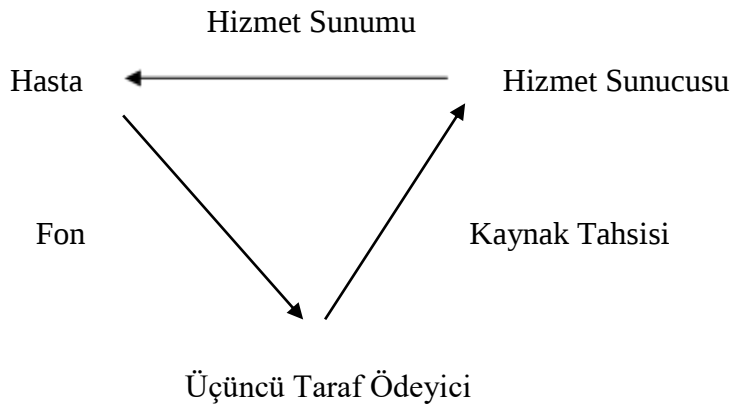
Sağlık hizmetleri finansmanının üç temel işlevi vardır. Bunlar: Gelir toplamak, fon havuzlamak ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmaktır (World Bank, 2006:290).

Gelir toplama; sağlık çalışanlarından ve işverenlerden para toplama yöntemlerini kullanarak, fon yaratma olarak açıklanmaktadır. Kimin hangi yöntemle ne düzeyde bir ödeme yapacağı ve bu ödemelerin kimleri ve hangi konuları ele alacağı ile ödemeleri toplamakla yükümlü olan kurumları göstermektedir. Gelir toplama yöntemleri; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlardan meydana gelmektedir. Gelir toplama yöntemleri, finansman yöntemleri olarak da bilinmektedir. Bu gelirleri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir (Mossialos & Dixon, 2002:4).

Fon havuzlama işlevi, sağlık açısından meydana gelebilecek risklere karşı alınmış bir güvence sistemi olarak düşünülmektedir. Sağlık, belirsizlik özelliği sebebiyle, fon havuzlama işlevi bu belirsizliğin doğuracağı herhangi bir sorun anında bu sorunun aşılmasını ve zararın minimuma indirgenmesini amaçlamaktadır (Güvercin, Mil, ve Tarım, 2016:83).

Hizmet sunucularına ödeme yapma, elde edilen gelirlerin bireylerin sağlık hizmetinden faydalanmaları karşılığında hizmet sunucularına aktarılması, şeklinde tanımlanmaktadır. Fon havuzlaması yapan kuruluşlar ile ödeme yapan kuruluşlar çoğunlukla aynı olmaktadır (Yaşar, 2007:10-11). Bu ödeme, pasif ve stratejik olabilmektedir. Pasif ödemede faturalar dikkate alınır. Stratejik ödeme ise, dinamik bir ödeme şeklidir, hangi sağlık hizmeti sunumunun nasıl ve kim tarafından ödenmesi gerektiği ile ilgilenerek, sağlık sistemi performansının en üst düzeye çıkarmanın yolları araştırılmaktadır (WHO, 2000:97).

Sağlık hizmetlerinin finansmanlarını sınıflandırmak amacıyla farklı yaklaşımlar tercih edilmiştir. Bunların başında dolaylı ve dolaysız (doğrudan) yoldan yapılan finansman yöntemi gelmektedir. Dolaysız finansman yönteminde sağlık hizmetinin finansmanı doğrudan hizmetten yararlanan tüketici tarafından karşılanmaktadır. Böyle bir düzende üçüncü taraf ödeyici bulunmamaktadır. Ancak üçüncü taraf olarak yapılan sigorta sistemlerinin günümüzde gelişmesi, dolaysız finansman yönteminin popülerliğini azaltmaktadır. Cepten ödeme yöntemi olarak ülkemizde nitelenen bu yöntem sağlık sistemimiz içerisinde çok düşük seviyelerde tercih edilen bir yöntemdir (Alp, 2016:24-25). Dolaylı finansman yöntemi ise hizmeti talep eden ile hizmeti sunan arasında üçüncü bir tarafın olduğu bir sistemle dizayn edilmiştir. Tüketen, üreten ve üçüncü taraf arasında bir kaynak aktarımı söz konusu olmaktadır. Bu anlayıştaki tanıma göre, sağlık hizmeti sunucusu kaynaklarını hastalara, hastalar veya üçüncü taraf ödeyiciler ise bu kaynakları hizmeti sunan, sağlık hizmeti sunucularına aktarmaktadır. Bunun anlaşılır olması için sağlık hizmetleri üçgeni şekli ile gösterilmektedir.



Şekil 2. Sağlık hizmetleri üçgeni

Kaynak: Mossialos & Dixon, 2002:2

Kaynak tahsisindeki bu değişim Őemasındaki süreçte, hastalar sağlık hizmetinden yararlanabilmek amacıyla, sağlık hizmeti sunan kişilere ve kuruluşlara başvurumaktadırlar. Bu sağlık hizmetinin bedeli ise ya hastaların doğrudan sağlık hizmeti sunucusuna ödemesiyle gerçekteşir ya da üçüncü tarafın da dahil olduğu karmaşık bir sistemle gerçekteşmektedir. Doğrudan yapılan ödeme şekli en basit transfer yöntemi olarak nitelenmektedir. Kamu ya da özel kuruluşlar olabilen üçüncü taraf ödeyiciler, sağlık hizmetlerini finanse etmek amacıyla güvence altına aldıkları nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Bu gelir, ya doğrudan ödenilen hizmetin bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak sağlık hizmeti sunucularına aktarılmaktadır. Üçüncü taraf ödeyicilerin amacı, hastalıkların neden olacağı finansal maliyetleri ve riskleri en aza indirgeyerek hastaları güvence altına almaktır (Mossialos & Dixon, 2002:2-3).

Dolaylı finansman yönteminde üçüncü taraf ödeyicisi kamu veya sosyal sağlık sigortası olarak ve özel sağlık sigortası olarak yapılabilmektedir. Bu kapsamda dolaylı finansman yöntemini kendi içinde ikiye ayırmak mümkün olabilir. Özel sağlık sigortası finansman yönteminde, bireyler sağlık risklerini geri ödeme kurumu olarak çalışan özel bir kuruma sigortalatmaktadır. Özel sağlık sigortası finansman yöntemi, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği alanları finanse etmek amacıyla tercih edilmektedir. Özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortası arasında risklerin havuzlanması şekil aşıısından bir fark oluşturmaktadır. Sosyal sağlık sigortasında bireylerin ödemekle yükümlü oldukları primler, bireylerin gelirleri ile alakalı iken bireylerin sağlık durumları ile ilgilenmemektedir. Ancak özel sağlık sigortası finansman yönteminde bireylerin ödemesi gereken primler, bireylerin sağlık durumları ile ilişkilidir. Örneğin ciddi bir hastalığı olanlar (diyabet, hipertansiyon vb.) ya da hastalanma riski yüksek düzeyde olanlar (sigara, alkol tüketenler gibi) özel sağlık sigortası kapsamında diğerlerine kıyasla daha fazla prim ödemek durumunda kalabilmektedirler (Tatar, 2011:115).

Dayanışma, sosyal sağlık sigortası için önemli bir ilkedir. Bu açıdan sosyal sigortanın amacı, toplumsal birlik olarak tanımlanabilecek dayanışma ilkesi doğrultusunda bireylerin korunumunu sağlamaktır. Bu sebeple sosyal sağlık sigortası bireylerin riskleri ve sağlık durumları ile ödenecek olan primler arasında bir ilişki kurmamaktadır. Yani özel sağlık sigortasında olduğu gibi, sağlık riskleri yüksek olanlar daha fazla prim öder, mantığı sosyal sigorta için geçerli değildir. Hem çalışanın hem de işverenin geliri esas alınarak primlere katlanması, bu primlerin belirli bir havuzda

birikmesi ve ihtiyaç halinde bu havuzdan bireyin yararlanması sosyal sigortada geçerli olan düzendir. Bu primlerin tutarları, toplanma şekli, toplayan kurum gibi detaylarda ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır (Tatar, 2011:116). Ancak farklılıklara rağmen, bazı temel özellikleri vardır (Normand & Busse, 2002:60-61). Bunlar:

- Sosyal sağlık sigortası toplumun tamamı ya da büyük çoğunluğu için zorunlu bir sigortadır. Bugün bu sigorta çoğu ülke için zorunlu olmasına rağmen bazı ülkelerde yüksek gelir grubundaki kişiler mahrum bırakılmakta (Hollanda gibi), ya da bireylere sosyal ya da özel sigorta seçme fırsatı tanınmaktadır (Almanya gibi).
- Hem işveren hem de çalışan bu katkı paylarını öder ve sorumlulukları paylaşırlar.
- Sigorta sistemine dahil olan bireyler, gelirleri dikkate alınarak prim öderler.
- Sosyal sağlık sistemi çoğunlukla bağımsız ya da yarı özerk kurumlar aracılığıyla işlemektedir.

Dolaylı finansman yöntemi yukarıdaki açıklamalara göre ikiye ayrılmaktadır. Ancak bu iki ayrıma ek olarak kamunun kendi imkanları ile yaptığı harcamalar da bu ayrıma dahil edilmektedir. Devlet bu seçenekte, sağlık hizmeti sunmakla yetkili birimleri veya mali kurumları genel merkezi bütçeden ayıracağı fonlarla desteklemektedir. Devlet bu şekilde sağlık hizmeti sunan birimlere aktardığı maddi destek ile birimlerin fiziki olanaklarının ve teknik donanımlarının gelişmesine katkıda bulunurken, ödeme görevini üstlenen kurumlarda toplanan fonun, yapılan sağlık harcamasını finanse edememesi durumunda vergilerle sübvans ederek bu sürece dahil olabilmektedir (Yurdadoğ, 2006:98).

Nitekim ülkemizde sağlık hizmetinin sunumu yani harcaması için gerekli finansmanlar farklı kaynaklar tarafından sağlanmaktadır. Bu kaynaklar şunlardır (Çelikay ve Gümüş, 2010:204):

1. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan kaynaklar,
2. Merkezi yönetim bütçesinden sağlanan kaynaklar,
3. Cepten yapılan harcamalar,
4. Özel sağlık sigortası kuruluşları tarafından sağlanan kaynaklar.

Farklı bir sınıflandırmayla bu kaynakları, kamudan ve özelden sağlanan kaynaklar olarak ayırma tutmak mümkündür. Kamudan sağlanan kaynaklar, SGK ve merkezi yönetim bütçesinden sağlanan kaynaklardır. Özelden sağlanan kaynaklar ise, cepten yapılan harcamalar (cepten ödeme) olarak sınıflandırılır.

Sağlık hizmetinin sunumu amacıyla gerekli finansmanı sağlamak için kamunun yaptığı sosyal güvenlik kurumları, merkezi yönetim kurumları, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının yaptığı harcamalar, kamunun yapmış olduğu sağlık harcamaları olarak adlandırılır (Yurdadoğ, 2007:597). Sosyal güvenlik kurumlarının harcamaları, 2007 yılı öncesine ait SSK, BAĞ-KUR ve ES ile birlikte 2007 yılı sonrasını kapsayan SGK harcamalarını kapsamaktadır. Genel bütçe, özel bütçe ve düzenleyici ve denetleyici kurumların yapmış oldukları harcamalar, merkezi yönetim kurumlarının yapmış oldukları harcamalardır. Merkezi yönetim bütçesi dışında kalan kurumlar ile yerel yönetimler kapsamında değerlendirilen mahalli idareler ve il özel idarelerinin yaptığı harcamalar, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının yaptığı harcamalar olarak sınıflandırılır (Atasever, 2014:16-17).

Özel sağlık sigortaları, hane fertleri, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamında dahil edilen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptıkları sağlık harcamaları, özelden sağlanan kaynaklar olarak değerlendirilir. Bu kapsam içerisinde cepten yapılan ödemeler bu sınıflandırmaya dahil edilmektedir. Cepten yapılan ödemeler, hane halkının ilgili sağlık hizmetinden yararlanması amacıyla gerekli olan tüm maliyetleri aracı olmaksızın doğrudan ödemesidir. Bu kapsam dahilinde, katkı ve katılım payları, maliyet paylaşımı ve bakım harcamaları gibi sağlık hizmetlerinin bedelini hane halkı, doğrudan karşılar (Atasever, 2014:17).

Finansman yöntemleri dolaylı ve dolaysız finansman yöntemi olarak iki başlık altında toplanmadan da bir ayrıma tutulmaktadır. Böyle bir ayrımda finansman yöntemi olarak cepten ödemeler, özel sigorta sistemi, sosyal sigorta sistemi ve vergi ile finansman yöntemleri kabul görmektedir. Yukarıdaki bilgilerde özel ve kamu sağlık sigortası ile cepten ödemelerden bahsedilmesi sebebiyle yalnızca vergi ile finansman yöntemine değinilecektir.

Vergi ile finansman yöntemi; sağlık hizmeti sunucularının, devletin toplamış olduğu vergilerle finanse edilmesidir. Bireyler böyle bir sistemde sağlık hizmeti için hiçbir maliyete katlanmazlar ancak bazı hizmet türleri için katkı payları ya da kullanıcı

ücreti ödemeleri gerekir (Kısa, 2015:8). Sağlık hizmetinin bu şekilde vergilerle finanse edilmesi, vergi ile ilgili bir sorunun olması halinde bu sistemin olumsuz etkileneceği anlamına gelebilir. Bir ülkenin vergi kapasitesi ve vergilerin adilliği bu sistemin düzgün çalışmasında önem arz eder (Tatar, 2011:107).

Bir diğer ayırım yöntemi ise ülkelerin belirledikleri sağlık sistemlerine göre yapılan bir sınıflandırmadır. Çağdaş ve modern sağlık sistemlerinin gelişimi yakın bir tarihe dayanmaktadır. 1883 yılında Almanya’da düşük ücretli işçilerin kendi fonlarını yaratması tarihsel açıdan en önemli gelişme olarak bilinmektedir. Sonraki yıllarda Avrupa’nın çeşitli ülkelerinde yaşanan parasal gelişmeler ile birlikte Bolşevik İhtilali’nin meydana gelmesi, Sosyalist akımın etkisiyle ücretsiz ve devlet tarafından sunulan bir sağlık hizmeti yöntemini yaratmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası ise, 1942 yılında İngiltere’de Beveridge Raporu ile ulusal sağlık sistemi hayata geçmiştir. Bu rapor daha sonra tüm Batı Avrupa’nın sağlık sistemlerinin oluşmasında etken olmuştur (Yurdadoğ, 2006: 81).

Sağlık sistemleri ile ilgili temel bir ayırım yapacak ve bu sistemlere yönelik finansman yöntemlerini sınıflandıracak olursak, Beveridge ve Bismarck Modeli üzerinden bir ayırım yapılabilir. Bu ayırım, Tablo 8’de görülebilir.

Tablo 8.

Sağlık Sistemleri Modelleri

Model	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti, İngiltere	Sosyal Sağlık Sigortası, Almanya	Özel Sağlık Sigortası, Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet	Sigorta fonu ve hekim birlikleri	Özel girişimcilik
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Hizmet sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Tatar, 2011:110; Wild & Gibis, 2003

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili olarak günümüze kadar birçok çalışma yapılmıştır. Ancak ülkeler arasında var olan ekonomik, kültürel ve ideolojik farklılıklar bu çalışmaların yeterli ve tatmin edici düzeyde olmasına engel olmaktadır. Bu sosyal farklılıkların yanında ülkelerin uluslar arası finans çevrelerinden etkilenmesi ve

her ülkenin farklı bir örgütlenme ile yapılanması sınıflandırmanın yapılmasını zorlaştırmaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1994:8).

Ancak tüm bunlara karşın sınıflandırmaya yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan ilki 1978 yılında Milton Terris tarafından ele alınmıştır. Terris sınıflandırmasında kamuya dayalı, sigortaya dayalı ve ulusal sağlık sistemine dayalı olarak üç ana grupta ele almıştır. Bir diğer ayırım ise 1980 yılında beş ayrı tipoloji tanımıyla Mark Field gerçekleştirmiştir. Field, az gelişmiş ülkeleri Tip-1, serbest piyasa ülkelerini Tip-2, sigorta ve sosyal güvenlik sunan ülkeleri Tip-3, ulusal sağlık hizmetiyle teşkilatlanmış ülkeleri Tip-4 ve Sosyalist ülkeleri ise Tip-5 olarak sınıflandırmıştır. Milton Roemer ise 1993'te sağlık sistemi sınıflandırmasını girişimci ülkeler, sosyal yönelimli ülkeler, bütüncül ülkeler ve Sosyalist ülkeler olarak dördü bir sınıflandırmaya gitmiştir. Bu ayrımlara ek olarak ülkelerin sosyal, siyasal hatta dinsel yönelimleri ile de ayrımlar yapılmıştır. Ray H. Elling'in 1994'te yaptığı ayırım buna örnek olarak verilebilir. Elling çalışmasında, tümüyle kapitalist ülkeler, sosyal yönelimli kapitalist ülkeler, kapitalizme bağımlı ülkeler, dünya sistemlerinden bağımsız yarı kapitalist ülkeler olarak sınıflandırmaya gitmiştir (Kılıç ve Aksakoğlu, 1994:8).

2.9. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, toplumların gelişmişlik düzeylerine, toplumun sağlığa ve sağlık hizmetlerine yönelik var olan bakış açılarına, toplumların kültürel algılarına ve sosyal hayatlarının durumlarına göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar sağlık hizmetinin sunumunda değişimlere sebep olmaktadır. Örneğin ülkemizde ve çoğunlukla Doğu kültüründe yaygın olan ve bu sebeple “doğu tipi tıp” veya “alternatif tıp” olarak adlandırılan, bilimsel dayanağı olmayan, çeşitli inanç ve gelenekler doğrultusunda başvuru alan hizmetler de söz konusu olabilmektedir. Buna karşın, bilimsel kriterlere bağlı olarak gelişmiş tıbbi tanı ve tedavi süreçlerini içeren “batı tipi tıp” olarak adlandırılabilen sağlık hizmeti türü ise tüm dünyada yaygın olarak tercih edilmektedir (Altay, 2007:34). Sağlık hizmeti görülebileceği gibi toplumların inanç, kültürel ve sosyal durumlarına göre farklılık göstererek sınıflanabileceği gibi, sunulan sağlık hizmetinin türüne göre de sınıflanabilmektedir. Bu tip bir sınıflandırmada ise sunulan hizmetin koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmasına bakılmaktadır.

Sağlık hizmeti denildiğinde genellikle sadece hastanın tedavisi olarak algılanmaktadır. Oysa sağlık hizmeti sadece bununla sınırlı değildir. Sağlık hizmeti, önem sırasına göre şöyle sıralanmaktadır (Fişek, 1982:1):

- Koruyucu sağlık hizmeti
- İyileştirici (tedavi edici) sağlık hizmeti
- Rehabilitasyon sağlık hizmeti.

2.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmeti

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar meydana gelmeden önce insanları korumaya yönelik yapılmış olan hizmetlerdir (Akdur, 1999:5). Bu tarz hizmetler, tüm toplumu etkilemesi sebebiyle, tam kamusal mal özelliği taşımaktadır. Bu sebeple, devlet eliyle üretimi ve sunumu gerçekleştirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, dışsallıklar yaratan hizmetlerdir. Devletin doğrudan sunduğu bu hizmetler, toplum sağlığını hedeflediği için pozitif dışsallık yaratmaktadır. Örneğin, yapılan bir aşılama faaliyetinden sadece o hizmetten yararlanan değil, aşı olmayan kişiler de yararlanabilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinin, piyasa mekanizması altında üretimi ve sunumu söz konusu olmamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetinin tam kamusal mal olarak sunuluyor olmasının gelir dağılımında adaleti sağlamada bir etkisi olduğu düşünülür. Nitekim Tokalaş (2006) da bu durum için; koruyucu sağlık hizmetinin, kamu tarafından sunulurken toplumun hastalık riskinin azaltılması hedeflenmekte ve bireylerin ödeme güçlerine bakılmaksızın sunuluyor olmasından dolayı da toplumsal çıkar gözetilmekte, bu özelliği sebebiyle, koruyucu sağlık hizmetinin faydasının bölünemediği ve bireylerin dışlanamadığından dolayı gelir dağılımında mevcut olan eşitsizliği giderici etki yapabilmektedir, şeklinde dile getirerek açıklamıştır (Tokalaş, 2006:23).

Koruyucu sağlık hizmetleri, bir diğer sağlık hizmeti türü olan tedavi edici sağlık hizmetinin maliyetini düşürücü etki yapmaktadır. Çünkü koruyucu sağlık hizmetiyle tüm toplum koruma altına alınmaya çalışılır ve bireylerin hastalanması önlenir. Böylelikle tedavi hizmetlerine talep azaltılır.

Koruyucu sağlık hizmeti; çevre sağlığı ve çevre sağlığının iyileştirilmesi, toplumun sağlık konusundaki farkındalığının artırılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele

edilmesi, beslenme koşullarının sağlıklı düzeylere çekilmesi ve aile planlaması gibi konuları kapsamaktadır (Akdağ, 2012:16-17). Bu özellikleri sebebiyle koruyucu sağlık hizmeti diğer sağlık hizmetlerinden daha öncelikli bir konumda yer almaktadır. Bu öncelikli tutumun bir diğer sebeplerinden biri ise, korumanın tedavi etmekten daha az maliyetli olmasıdır (Altay, 2007:34).

Koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici sağlık hizmeti anlaşılacağı üzere bir bütün olarak ele alınmaktadır. İktisatta var olan tamamlayıcı mallar gibi görülebilir. Bu yüzden her iki sağlık hizmeti türünün birbiri ile uyum içinde sunulması gerekmektedir (Alp, 2016:6).

Koruyucu sağlık hizmeti, daha küçük ölçekli olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki gruba ayırmak mümkündür. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetinden kasıt, çevreyi daha olumlu hale getirme çabalarıdır ve bu çabaları şöyle sıralamak mümkündür (Akdur, 1999:5):

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaş.

İnsanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise, insanları hastalıklara karşı daha korunaklı ve dirençli hale getirmek ve hastalanmaları durumunda da erken teşhis ile hastaları iyileştirmeye yönelik yapılmış olan hizmetlerdir. Bu hizmetlere şunlar örnek verilebilir (Akdur, 1999:5-6):

- Erken tanı ve uygulama,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,

- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi.

Tüm bunlara ek olarak ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin durumları ile bu hizmetlerin etkinliğinin de değişeceği açıktır. Gelişmişliği yükselen veya yüksek olan bir ülkede sağlık hizmetlerine ve özelinde koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik etkinlik artmaktadır. Bu artış ile, sağlık hizmetlerinin kapsamına ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetleri de dahil edilmektedir (Altay, 2007:34).

2.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmeti

Tedavi edici sağlık hizmetleri, iyileştirici sağlık hizmetleri olarak da bilinmekle beraber, hastalık ve/veya sakatlık durumlarının meydana gelmesi halinde bu olumsuzluğun giderilmesi amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir (Tosun, 2018:9;Kurtulmuş, 1998:90).

Tedavi edici sağlık hizmeti, koruyucu sağlık hizmetinin bir üst kademesidir. Koruyucu sağlık hizmetine kıyasla daha fazla özel fayda içermektedir. Ancak hastalıkların tedavi sonrası oluşan verimlilik artışı gibi sebeplerden dolayı sosyal fayda da söz konusu olabilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın ortaya çıkmasıyla beraber hastalığın giderilmesi amacıyla, mevcut hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecindeki tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Aktan ve Işık, 2007:3).

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine kıyasla daha maliyetli ve organizasyon gerektirmesi sebebiyle daha zahmetli bir hizmettir. Çünkü tedavi edici sağlık hizmeti için, hastaların toplanacağı büyük fiziki yapılara, hastalığın tespit edileceği laboratuvar gibi teknik odalara, yine tedavi için gerekli medikal cihazlara ve nihayetinde bu işleri yürütebilecek yetişmiş personellere ihtiyaç bulunmaktadır (Altay, 2007:35).

Tedavi edici sağlık hizmeti, ayakta, yatarak ve evde tedavi olmak üzere çeşitli şekillerde uygulanabilmektedir. Özel fayda, toplumsal faydadan daha ağır basmaktadır. Yalnızca hizmetten yararlanan birey, o hizmetten fayda sağlayabilmektedir. Bu durumda ortaya çıkan sosyal dışsal fayda ise kişinin hastalığının giderilmesi sonrası başkasına bulaş riskini düşürmesi veya tedavi altına alınarak toplumdan uzaklaştırılıp, başkalarına zarar verme (psikiyatrik hastalar gibi) durumunun ortadan giderilmesi halinde oluşmaktadır (Tokalaş, 2006:23).

Adından da anlaşılacağı üzere tedavi edici sağlık hizmeti, hastalığın ortaya çıkması sonrası hastalığın ortadan kaldırılması amacıyla sunulan hizmetlerdir. Tedavinin derecesine göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç tip tedavi edici sağlık hizmeti bulunmaktadır.

2.9.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hastalara evde ve/veya ayakta tedavi gerçekleştirilmektedir. Hastaların evde veya ayakta (hastanede yatmadan) tedavileri, birinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti olarak adlandırılabilir. Bu hizmetler, yataksız tedavi kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada gerçekleştirilmektedir (Akdur, 2006:13). İlk basamak hizmetin bu şekilde gerçekleştirilmesi, temel sağlık hizmetleri olarak da değerlendirilmektedir. Temel sağlık hizmeti; koruyucu sağlık hizmetlerle evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin bir arada gerçekleştiği basamaktır. Bireylerin ilk başvurdukları basamak olarak bilinmektedir. Bu basamakta tanı, teşhis ve tedavinin yetmemesi veya görülmemesi durumunda ikinci basamağa müracaat edilmektedir (Arslantaş, 2013:5). Bu özelliği nedeniyle genelde hastaların ilk başvurdukları mecralardır. Bu mecralardan bazıları şunlardır (Önder, 2017:6):

- Aile Hekimliği,
- Aile Sağlığı Merkezleri,
- Toplum Sağlığı Merkezi,
- Dispanserler,
- Muayenehane Hekimliği.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ¹⁰ bu şekilde küçük ölçekli sağlık merkezlerinde sunuluyor olması, hastaya önemli avantajlar sağlamaktadır. Hasta, bu merkezlerde hızlı bir şekilde tanı konulup tedavi sürecine başlayabilmektedir. Hastane gibi maliyetli merkezler yerine birinci basamak sağlık kuruluşlarına giderek, birçok maliyetten kurtulabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan bu kuruluşlarının verimli olabilmesi için bazı özellikleri taşıyor olması gerekmektedir. Bu özellikler şunlardır (Lağarlı vd., 2011:19-20):

¹⁰ Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların fiziksel altyapısına yönelik sayıları edinmek amacıyla çalışmada yer alan Tablo 4 incelenebilir.

- Ulaşılabilirlik: Hastaların telefonla hekime ulaşabilmeleri, randevu işlemlerini kolayca halledebilmeleri, hastaların yerleşim yerlerine yakınlığı önem arz etmektedir.
- Süreklilik: Hastaların ilgili hekimlerine bağlı oldukları müddetçe birinci basamak sağlık hizmetinden sürekli olarak yararlanabiliyor olması gerekmektedir.
- Kapsayıcılık: Hastanın tıbbi özgeçmişi, yaşam anlayışı, sosyal yaşamdaki sorumlulukları, çeşitli inanç ve değerleri hekimin sunacağı hizmet ile birlikte ele alınmalıdır.
- Eşgüdüm: Birinci basamak sağlık kuruluşundan diğer sağlık kuruluşlara sevk edilen bir hastanın oradaki tedavisinin durumu, aşaması ve sürecinin birinci basamak hekiminin de haberdar edilmesi ve basamak arasında koordinasyonun sağlanması, bireyin hastalığının tekrardan nüksetmesi durumunda önem arz eder.
- Hizmet memnuniyeti: Hekimin, hastanın sorularına anlaşılır cevaplar vermesi, hastanın iyileşme sürecini etkileyecektir.
- Hekimin kişisel yaklaşımı: Hekimin hastaya karşı davranışları, sunulacak hizmetin verimliliğini etkileyecektir.
- Güven: Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimin veya ilgili kuruluşun, hastalara karşı dürüstlüğü, mesleki yeterliliği ve tedavi sürecinde hasta adına karar verme yetkisinin verimli bir hizmet sunumunu etkileyeceği açıktır.

Bu özellikler birinci basamak sağlık hizmetinin verimli sunulmasında önem arz etmektedir. Bu özelliklere uyulması ve bu özelliklerin yerine getirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetinin ve doğal olarak tedavi hizmetinin başarılı işlemesine olanak sağlayacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetinin fiziki ve beşeri altyapısını yukarıdaki kriterler dahilinde gerçekleştirilmesi sonucunda oluşan sağlık sisteminin etkin işlediği düşünülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti alt yapısının güçlü dizayn edildiği, beşeri sermayenin ve diğer sermayenin tüm toplumda dengeli dağılımının gerçekleştiği sağlık sistemine sahip ülkelerde toplumsal düzeydeki sağlık problemleri daha hızlı ve kolay çözümlenmekte ve sağlık sisteminde var olan eşitsizlikler engellenmiş olabilmektedir (Başer vd., 2015:27).

2.9.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti

Hastanın, hastalığının giderilmesi için hastaneye yatırılması ve tedavisinin yatılı bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekiyorsa, bu süreç içinde yapılan tüm faaliyetler ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti olarak adlandırılabilir (Akdur, 2006:14). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında teşhis edilemeyen hastalıklar ile özel uzmanlık gerektiren hastalıkların tanı ve tedavi faaliyetleri ikinci basamak hizmet sunan hastanelerde çözüme kavuşmaktadır. Bu hizmetler, teşhis ve tanı ile birlikte tedavi için gerekli ilaç ve operasyonları da kapsamaktadır. Bu sebeple ikinci basamak sağlık hizmetleri daha fazla teknik bilgi ile teknolojik olarak yeterli imkanlara ihtiyaç duymaktadır (Loş, 2016:40).

İkinci basamak sağlık hizmetleri, orta ölçekli hastanelerde sunulan yataklı tedavi hizmetleridir. Bu hizmetleri sunan kuruluşlara devlet hastaneleri ile yataklı tedavi hizmeti verebilen orta ölçekli özel hastaneler örnek verilebilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları, ayakta tedavi uygulamaları sebebiyle, yatması gereken hastaya karşı bir tedavi uygulayamaz. Bu sebeple, ikinci basamak sağlık kuruluşları, özel uzmanlık alanlardan oluşan, hastanelerdir.

2.9.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti

Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ise, özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastanesi) veya hastalığın türüne (verem, onkoloji, ruh sağlığı hastaneleri) göre hizmet veren, verilen hizmete uygun yetişmiş personeli barındıran ve hizmetin sunulmasını sağlayacak yeterli teknolojik altyapıya sahip, yataklı tedavi hizmeti sunan kuruluşlar tarafından sunulmaktadır (Akdur, 2006:14).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri¹¹, yüksek düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı tedavi kurumlarında verilen tanı ve tedavi hizmetleridir. Bu tarz hizmetler sunan kuruluşlar sadece hizmet sunmakla kalmaz, bilimsel ve teknolojik açıdan çalışmalar da yapabilmektedir. Bu kuruluşlara şunlar örnek verilebilir (Önder, 2017:6):

- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri,
- Üniversite Hastaneleri,

¹¹ İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların fiziksel altyapısına yönelik sayıları edinmek amacıyla çalışmada yer alan Tablo 5 incelenebilir.

- Dal Hastaneleri (Göz, Göğüs, Kalp, Kemik hastalıkları Hastaneleri).

2.9.3. Rehabilitasyon Sağlık Hizmeti

Kaza, savaş veya felaketler gibi olağanüstü durumlarda bireylerin sakatlanması ve bu durum sonucunda da çalışma imkanlarını veya motivasyonlarını yitirmesi durumunda, olumsuz durumla karşı karşıya kalan bireylerin yeniden topluma ve sosyal yaşama kazandırılması amacıyla ekonomik, kültürel ve sosyal olarak sunulan hizmetler, rehabilite edici hizmetler olarak adlandırılabilir (Akbelen, 2007:33).

Nitekim Tokalaş (2006) da rehabilite edici sağlık hizmetlerini, zamanında sakatlanmış ve çalışma yetisini kısmen veya tamamen yitirmiş bireyleri sosyal yaşama yeniden katmaya, iş ve çalışma fırsatları sağlamaya yönelik hizmetler rehabilitasyon sağlık hizmetleridir, şeklinde tanımlamıştır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık personelleri tarafından gerçekleştirilen tıbbi rehabilitasyon ve sosyal çalışmacılar aracılığıyla sağlanan sosyal rehabilitasyon olarak iki türdür (Tokalaş, 2006:24).

Tıbbi rehabilitasyon; protez uygulamalarıyla kaybettikleri organın giderilmesi ve fizik tedavi yöntemleriyle gücünü yitiren organın yeniden güçleştirilmesi gibi uygulamalarla bireylerin sosyal yaşama yeniden kazandırılması için yapılan çalışmalardır (Akdur, 1999:6).

Sosyal rehabilitasyon; fiziksel veya ruhsal açıdan rahatsızlığı olan bireylerin sosyal hayata kazandırılması maksadıyla, onlara uygun iş ve çalışma koşullarının yaratılması, bakımevleri ve huzurevleri gibi merkezlerle bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarını sosyal çalışmacılar, psikologlar ve diğer sağlık çalışanları vasıtasıyla sunulan sağlık hizmetleridir (Akdur, 1999:6).

BÖLÜM III

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR VE VERGİLENDİRİLMESİ

Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık hizmeti ve bu hizmetin genel yapısı ile ilgili bilgilere yer verilerek sağlık kuruluşlarının sundukları hizmeti anlaşılır kılmak hedeflenmiştir. Üçüncü bölümde ise sunulan bu sağlık hizmetinin kim ve hangi kuruluşlar tarafından sunulduğu ortaya konmuştur. Böylelikle ülkemizde sağlık hizmetini sunan kuruluşların hem tarihsel süreçte uğradıkları değişimleri hem de güncel kanuni durumları tespit edilecektir. Sağlık hizmetini sunmakla yetkilendirilmiş olan kişiler de bu kriterler çerçevesinde ele alınmıştır. Bölümün ikinci başlığında da kuruluş ve kişiler bakımından sağlık hizmetinin sunumunun vergisel boyutu değerlendirilmiştir.

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Bölümün bu başlığında Türkiye’de aktif olarak hizmet sunan sağlık kuruluşlarının yapısı ele alınıp, hukuki yapı ortaya konulacaktır. Bu bölümün bir sonraki başlığında ise yine bu kuruluşların vergi kanunları karşısındaki boyutu ele alınıp bu kuruluşlar hakkında değerlendirme yapılacaktır. Bu sebeple vergisel boyutun anlaşılır olması için öncelikle bu kuruluşların hukuki dayanaklarının ve yapılarının ele alınması gerekmektedir.

3.1.1. Aile Sağlık Merkezleri ve Aile Hekimliği Uygulaması

Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), ülkemizde birinci basamak ağılık hizmetleri sunan kuruluşların başında gelmektedir. 24/11/2004 tarihli ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu¹² bu kuruluşlara yönelik yapılan ilk adım olarak bilinmektedir. Bir diğer mevzuat ise 27801 numara ve 30/12/2010 tarihli Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği¹³’dir. Bu mevzuatlar, ASM ve aile hekimliği açısından önemli yer tutmaktadır.

5258 sayılı kanun, birinci basamak sağlık hizmetinin sunulması ve geliştirilmesi, bireylerin taleplerine göre koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması, yerel kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit bir biçimde erişimin sağlanması için aile

¹² 9/12/2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹³ 30/12/2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hekimliğı hizmetinin düzgün bir biçimde işlemesi ve bu hizmetleri sağlayacak olan sağlık personelinin statüsünün ve mali haklarının esaslarını düzenlemek amacıyla oluşturulmuştur (5258 S.K, m.1).

5258 sayılı kanun, aile hekimini kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetini herhangi bir yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan her bireye sürekli olarak aynı yerde sunan sağlık elemanları olarak tanımlar. Aile hekimleri gerektiği takdirde gezici olarak çalışabilmektedir. Aile hekimleri tam gün esasına tabi olmaktadır. ASM’lerde aile hekimlerinin yanında hemşire, ebe ve sağlık memurları da yer almaktadır (5258 S.K, m.2).

Yapılan bu tanıma karşın aile hekiminin hukuki statüsü incelenmesi gereken konu olmaktadır. Çünkü aile hekimlerinin atama ve tespit şekilleri tartışmalara ve karmaşıklığa sebep olmuştur. 5258 sayılı kanunun üçüncü maddesinde bu kuruluşlarda çalışacak olan sağlık personellerinin statüsü ve mali hakları hakkında bilgilere yer verilmektedir. Bu maddede (5258 S.K, m.3); *“Sağlık Bakanlığı; Bakanlık veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personeli olan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin talebi ve kurumlarının veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye veya aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla sözleşme yapmaya yetkilidir.*

Aile sağlığı çalışanları, aile hekimi tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakatı verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilir. İhtiyaç duyulması halinde, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı çalışanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere hekimleri ve aile sağlığı çalışanları altmış beş yaşına kadar çalıştırılabilir.

Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder. **(Değişik ikinci cümle:11/10/2011-KHK-663/58 md.)** Bu personelin, sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilerek her yıl işlem yapılır ve bunlar talepleri halinde eski görevlerine atanırlar. Sözleşmeli personel statüsünde çalışmakta iken aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı statüsüne geçenlerden önceki sözleşmeli personel statüsüne dönmek isteyenler, eski kurumlarındaki boş pozisyonlara öncelikle atanırlar ve bu madde kapsamındaki çalışmaları hizmet sürelerinde dikkate alınır.

Kadroya bağlı olarak veya sözleşmeli personel pozisyonlarında görev yapan personelden Sağlık Bakanlığınca aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak görevlendirilenlere, 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kuruluşları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun uyarınca ek ödeme yapılmaz. Bunlara, aylıklarına ve ücretlerine ilaveten, çalıştıkları günler dikkate alınarak aşağıdaki fıkra belirlenen miktarların yarısını aşmamak üzere tespit edilecek tutarda ödeme yapılır.

Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanlarına, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6) katını, aile sağlığı çalışanı için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödenir. **(Ek cümle : 4/7/2012-6354/ 12 md., Değişik ikinci cümle: 20/8/2016-6745/59 md.)** Aile hekimlerine ve aile sağlığı çalışanlarına ihtiyaç hâlinde, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında nöbet görevi verilir. **(Ek cümle: 2/1/2014-6514/52 md.)** Bunlara entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde artırımlı ücretten yararlananlar hariç olmak üzere, 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesi çerçevesinde nöbet ücreti ödenir.

Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkra belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar önceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler.

Aile hekimi ve aile sağığı çalışanlarının durumları ve aile hekimliğı uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağığı merkezi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağığı hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır. Sağığı Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağığı merkezi giderleri ve gezici sağığı hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz. (Ek cümle: 2/1/2014-6514/52 md.) Aile hekimlerince talep edilen tetkik ve sarf malzemelerinin giderleri halk sağığı müdürlükleri tarafından hak sahiplerine ayrıca ödenir.” hükümlerine yer verilmiştir.

Bu kanun maddesinden de anlaşılacağı üzere aile hekimleri üç farklı yöntem ile görevlendirilmektedir. İlk yöntem bakanlığın kendi mevcut teşkilatı içindeki personelini aile sağığı merkezlerine aile hekimi sıfatıyla görevlendirmesidir. İkinci yöntem ise, sağığı bakanlığı, diğer kamu kurum ve kuruluşlarda görev yapan sağığı personellerini, personellerin kendi istekleri ve talepleri doğrultusunda mevcut kurumlarının rızaları üzerine sözleşmeli olarak çalıştırabilecektir. Bu iki yöntem ile görevlendirilen veya göreve başlayan sağığı personelinin kamu hizmeti sunmakla yetkili kamu görevlisi yani devlet memuru sıfatını taşıdığı ve bununla ilgili tüm haklarını koruduğı kanun maddesinden anlaşılmaktadır. Üçüncü yöntem ise, herhangi bir ihtiyacın oluşması durumunda Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ancak kamu personeli olmayan ve 1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu¹⁴ madde 48’in A bendinin 4, 5 ve 7 numaralı alt bentlerindeki kıstasları taşıyan uzman tabip, tabip ve aile sağığı çalışanlarının, Sağığı Bakanlığı’nın önerisi ve Maliye Bakanlığı’nın uygun görüşü üzerine sözleşme doğrultusunda yetkilendirilmesidir. Bu şekilde bir atamada daha önce kamu görevlisi olmayıp, yetkili makamların özel istek ve talepleri doğrultusunda kamu hizmetini sunmaya yetkilendirilen personelin hukuki durumu tartışmalara sebep olmuştur.

¹⁴ 23/7/1965 tarihli ve 12056 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Ancak bu tartışmalara Anayasa Mahkemesi'nin 21 Şubat 2008 tarihli 2008/63 numaralı kararı¹⁵ açıklık getirmektedir. Karara göre, geniş kapsamda kamu hizmeti, devletin veya diğer kamu tüzel kişileri ya da bu kurumların denetim ve gözetiminde gerekli ortak ihtiyaçları sağlamak ve kamu yararını teşkil etmek üzere tüm topluma sunulan ve süreklilik ile düzenlilik gerektiren faaliyetler olarak tanımlanmıştır.

5258 sayılı kanun madde 2'ye göre aile hekiminin sunacağı hizmetler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir. Sunulan bu hizmetlerin gerek bireysel gerekse de toplumsal açıdan önem arz ettiği ve temel sağlık ihtiyacını karşılamaları sebebiyle kamu yararı gözetildiği ortadadır. Bu hizmetlerin toplum sağlığı ve kamu yararı açısından mecburi karşılanması gerektiğinden, ihtiyaç duyulması halinde kamu personeli olmayanların bu hizmetleri sunması amacıyla görevlendirilmesi, devletin sosyal devlet özelliğine uygun düşmektedir.

Nitekim 2008/63 numaralı Anayasa Mahkemesi kararına göre Anayasa Mahkemesi, ihtiyaç duyulması halinde Türkiye'de mesleğini icra etmeye yetkili ancak kamu personeli olmayan ve 657 sayılı kanunun 48. maddesinin A bendinin 4, 5 ve 7 numaralı alt bentlerindeki kıstasları bulunduran uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanların, Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ile Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine idari hizmet sözleşmesi yapılarak aile sağlık merkezlerinde görevlendirilmesini uygun görmüştür. Bu şekilde görevlendirilen personelin Anayasa'nın 128. maddesine göre diğer kamu görevlisi kapsamı içinde olduğu belirtilmiştir.

5258 sayılı kanun madde 4'e göre, Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazların aile sağlığı merkezi olarak kullanılmasına uygun düşenlerin, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idareleri tarafından yalnızca aile hekimliği hizmeti amacıyla kullanılmak şartıyla doğrudan aile sağlığı merkezi açmak isteyen hekimlere kiralanabileceği belirtilmiştir.

5258 sayılı kanunun 5 ve 6. maddeleri ise aile hekimliği hizmetinin esasları, denetim, sorumluluk ve mal bildirim esaslarına yöneliktir. Kanun maddelerinde yer alan hükümlere göre (5258 S.K, m.5-6);

¹⁵ Anayasa Mahkemesi, E.2005/10, K.2008/63, T.21.2.2008, RG.7 Kasım 2008, Sayı.27047

- Aile hekimliği uygulaması kapsamında herkesin yalnızca bir aile hekimine bağlanacağı ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen süre sonunda kişilerin aile hekimlerinde değışiklik yapabileceği,
- Her aile hekimine kayıtlı kişi sayısının; coğrafı şartlar ve sağlık hizmet planlaması gibi kriterler dikkate alınarak Hazine ve Maliye Bakanlığı'nın görüşleri alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirleneceği,
- Aile hekimliği hizmetinin ücretsiz olduğu ve bu hizmeti sunan aile hekiminin haftada kırk saatten az olmamak kaydıyla, çalışma saatlerinin Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde aile hekiminin talebi ve o bölgenin sağlık idaresi tarafından tespit edileceği,
- Acil haller ve mücbir sebepler dışında aile hekiminin sevk onayı olmaksızın başka bir sağlık kurumlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacağı, alınacak bu katkı payı tutarının Sağlık, Hazine ve Maliye ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca müştereken belirleneceği,
- Aile hekimliği hizmeti dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı merkezleri vasıtasıyla verileceği ve bu merkezlerin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usul ve esasları Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirleneceği,
- Aile hekimlerinin şahsi kayıtları, ilgili il ve ilçe sağlık idare birimlerinde tutulacağı, yine aile hekimlerinin kullandığı basılı veya elektronik ortamda tutulan kayıtların, kişilerin sağlık dosyaları ile raporların, sevk belgesi ve reçete gibi belgelerin resmi kayıt ve evrak niteliğinde olması sebebiyle, bu kayıt ve belgelerin, hekimin ayrılması veya kişinin hekim değıştirmesi gibi hallerde eksiksiz olarak devredileceği,
- Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları, mevzuat ve sözleşme hükümlerine uygunluk ile diğer konularda Bakanlık, ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetiminde olduğuna ve aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları, görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda Devlet memurları gibi kabul edilip ona göre işlem yapılacağı,

- Aile hekimi ve aile sağığı çalışanlarının, 3628 Sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu¹⁶ gereğince mal bildiriminde bulunmakla yükümlü olduğı,

belirtilmiştir.

Herhangi bir aile hekimine kayıtlı olması gereken kişi sayısı 27801 sayılı yönetmelikte tespit edilmiştir. Bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla süreyle bin kişinin altına düşmesi durumunda yapılmış olan sözleşmenin yetkili merci tarafından sona erdirileceğı belirtilmiştir (27801 Sayılı Yönetmelik, m.13/a).

Kanun ve yönetmelikten anlaşılacağı üzere aile hekimleri sözleşmeli personel statüsünde çalışan, ücretle gelir elde eden ve bu gelirleri de ilgili bakanlık tarafından sağlanan, memurlardır. ASM'ler içinde barındırdıkları fiziki ve teknik kriterleri çerçevesinde A Grubu, B Grubu, C Grubu ve D Grubu olmak üzere dörde ayrılmaktadır. Bu farklılıklar, 27801 sayılı yönetmelikteki madde 23 ve 24'te belirtilen fiziki ve teknik şartlara göre tespit edilmektedir.

Aile hekimine yapılacak ödemeler 27801 sayılı yönetmelik madde 16'da belirtilmiştir. Bu maddeye göre ücretin tespitinde;

- Kayıtlı kişiler için ödenecek ücretler
- Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti
- Aile sağığı merkezi giderleri
- Gezici sağık hizmeti gider,

kriterleri esas alınmaktadır.

Kayıtlı kişiler için bir aile hekimine ödenecek ücretin hesabında (27801 Sayılı Yönetmelik, m.16/a);

- Gebeler için (3) katsayısı,
- Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,
- 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,

¹⁶ 4/5/1990 tarihli ve 20508 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- 5 yaş üstü için (1,6) katsayısı,
- Diğer kişiler için (0,79) katsayısı,

esas alınır.

Kayıtlı kişiler için ödeme sırası katsayısı yüksek olan gruptan başlayarak sıralama yapılır ve puan hesaplaması tespit edilir. Aile hekimine kayıtlı ilk 4.000 kişiye kadar her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısı ile çarpılır ve çıkan sonuçlar toplanıp, ödenecek maaşın esas puanı belirlenir. Hesaplanmış olan maaş esas puanın ilk 1.000 puana kadar olan kısmı için, uzman tabip veya tabip için tavan ücretin %78,5'i, aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin %113,5'i tutarında ödeme yapılır. 1.000 puanın üstünde olan puanların tavan ücretin onbinde 5,22'si ile çarpılması sonucu elde edilen miktar ayrıca ödeme yapılır (27801 Sayılı Yönetmelik, m.16/a).

Bir aile hekimine sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti olarak, 27801 sayılı yönetmelikteki ek (3)'te belirtilmiş olan liste esas alınarak ödeme yapılmaktadır (27801 Sayılı Yönetmelik, m.16/b).

Aile hekiminin ASM'de sağlık hizmetinin sunumu için katlandığı kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreterlik ve tıbbi malzeme giderleri, aile sağlığı merkezi giderleri olarak değerlendirilir. Bu giderler, 27801 sayılı yönetmelik madde 23 ve 24'te belirtilmiş olan teknik ve fiziki şartların devamı için gerekli olmaktadır. Bu giderler için her ay tavan ücretin %50'sinin, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre tespit edilen miktarda ödeme yapılır (27801 Sayılı Yönetmelik, m.16/c).

27801 sayılı yönetmeliğe göre aile hekimine ödenecek ücretin hesabında katsayısı ile elde edileceği tutarı haricinde, çalıştığı ASM'nin fiziki ve teknik standartına göre sınıflandırılmış grup düzeyine göre tavan ücretinden de bir ödeme yapılmaktadır. Bu ödeme esasına göre 27801 sayılı yönetmelik ek (1)'de belirlenen aile hekimliği birimleri gruplandırmasına göre (27801 Sayılı Yönetmelik, m.16/c);

- D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %10'u
- C grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %20'si
- B grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %35'i

- A grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %50'si

oranları esas alınarak ödeme yapılır.

Aile hekiminin gezici bir faaliyet ile sağlık hizmeti sunması durumunda katlandığı giderleri için, minimum kat edilmesi gereken her bir kilometre için tavan ücretin on binde 5'i ile gezici faaliyetini gerçekleştirdiği bölgedeki kayıtlı her kişi için tavan ücretin yüz binde 7,5'i kadar ödeme yapılır. Kat edilecek mesafenin tespitine yönelik usul ve esaslar Bakanlık tarafından tespit edilir (27801 Sayılı Yönetmelik, m.16/ç).

Bir aile hekiminin görev ve yükümlülükleri; aile sağlığı merkezini yönetmek, ASM'de çalışan diğer sağlık elemanlarını denetlemek ile sağlık hizmetinin sunumu için gerekli personel eğitimlerini sağlamak ve varsa Bakanlıkça uygulanan özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek olarak 27801 sayılı yönetmelikte belirtilmiştir (27801 Sayılı Yönetmelik, m.4).

ASM'lerde aile hekimleri ve diğer sağlık elemanlarının dışında güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryası ve benzeri hizmetler için ferdan veya müştereken personel çalışabilmektedir. Aile hekiminin diğer bu hizmetlerin sunumu için hizmet satın almaya yetkisi bulunmaktadır (27801 Sayılı Yönetmelik, m.22/3).

Aynı ASM'de birden fazla aile hekimi görev alıyorsa, aile hekimleri kendi aralarından birini yönetici olarak belirler ve bunu bulunduğu bölgedeki müdürlüğe bildirirler. Yönetici, seçim yapılarak yılda bir kereye mahsus olarak belirlenir. Seçilen yönetici, bulunduğu ASM'nin yönetiminden ve işletilmesinden birinci derecede sorumlu olmaktadır. Diğer aile hekimleri ile aile hekimi olmayan diğer sağlık elemanları üzerinde yöneticinin herhangi bir idari görev ve sorumluluğu bulunmamaktadır (27801 Sayılı Yönetmelik, m.26).

Yukarıda verilen 27801 sayılı yönetmeliğe ait madde 4, madde 22 ve madde 26 ASM'nin ve aile hekimlerinin işleyişi ile ilgili detay ve usulleri sunmaktadır.

Sonuç olarak 5258 sayılı kanun ve bu kanuna bağlı olarak çıkarılan yönetmeliğe göre aile hekimlerinin ve ASM'lerde görevli diğer sağlık çalışanlarının, Sağlık Bakanlığı tarafından ücretli olarak çalıştırıldıkları, aile hekimliği faaliyetinin yürütülmesi esnasında yapılan giderlerin karşılanması ve ASM'lerin işletilmesine yönelik yönetim yetkisinin aile hekimlerinde olduğu anlaşılmaktadır. Aile hekimlerinin görevlerine, 27801 sayılı yönetmelik madde 4'te açıkça yer verilmiştir. Bu görevleri kapsamında aile hekimlerinin

ilgili kanun ve yönetmeliklere karşı yükümlülükleri olduğu gibi vergisel anlamda da sorumlulukları bulunmaktadır (Ceyhan ve Gündüz, 2018:13-14).

3.1.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastaneleri, içinde barındırdığı tıp fakültesi ile birlikte sağlık hizmetinin yanında eğitim hizmetini icra etmesi sebebiyle diğer kamu hastanelerinden ayrı olarak değerlendirilmektedir. Bu ayrım sonucunda üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma faaliyetlerini de kapsamı sebebiyle üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır (Küçükilhan ve Lamba, 2007:117).

Günümüzde üniversite hastanesi olarak işletilen kurumlar, döner sermayeli işletmeler olarak sınıflandırılmaktadır. 1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu¹⁷ 58. maddesine göre, yükseköğretim kurumları üniversite yönetim kurulunun önerisi ve Yükseköğretim Kurulu'nun onayı ile döner sermayeli işletmeler kurulabilir. Bu kanun maddesine dayanarak Sağlık Bakanlığı eliyle oluşturulan ve 1982 tarihinde kabul edilip Bakanlar Kurulu kararı olarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği¹⁸ ile idare edilmektedir. Ancak üniversite hastanelerini tüm yönleriyle ele alacak bir düzenleme mevcut değildir (Atasever, İlhan ve Örnek, 2017:6).

Yükseköğretim kurumları olan üniversitelerde, yönetim kurulunun önerisi ve Yükseköğretim Kurulu'nun onayı ile döner sermaye işletmeleri kurulabilmektedir. Kurulması planlanan döner sermaye işletmesinin başlangıç sermayesi için kurulacak olan yükseköğretim kurumu bütçesinden ödenek ayrılabilir. Kurulan döner sermaye işletmesinin faaliyetleri sonucu elde edilen gelirleri, birimlerine göre ayrı ayrı hesaplarda takip edilmektedir. Kurulan döner sermaye işletmesine ayrılacak olan sermaye, işletmenin kurulduğu yükseköğretim kurumunun yönetim kurulu kararı ile artırmaya yetkili kılınmıştır. Döner sermaye işletmesinin yıl sonunda kar elde ettiyse, elde edilen kar bir sonraki yıla gelir olarak ilave edilebilmektedir. Kurulan döner sermaye işletmesinin elde ettiği gelirleri, işletme adına yapılmış olan mal ve hizmet satışları sonucu ile diğer gelirlerinden meydana gelmektedir (2547 S.K, m.58). 2547 sayılı kanunun 58. maddesi ile kurulmuş ve kurulacak olan üniversite hastanelerinin yasal dayanağı oluşturulmuştur.

¹⁷ 6/11/1981 tarihli ve 17506 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁸ 13/1/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

2547 sayılı kanun madde 3'te "Uygulama ve Araştırma Merkezi" tanımı açıklanmaktadır. Bu maddeye göre uygulama ve araştırma merkezi; yükseköğretim kurumlarında eğitim ve öğretim hizmetinin desteklenmesine katkı sağlamak için çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ile bazı mesleklerin hazırlık ve destek faaliyetleri amacıyla eğitim ve öğretim, uygulama ve araştırmaların yapıldığı yükseköğretim kurumları olarak tanımlanmaktadır (2547 S.K, m.3/j).

Bu tanımdan yola çıkarak düşünüldüğünde kurulan hastanelerin aslında yükseköğretim kurumu kimliği taşıdığı varsayılabilir. Her ne kadar kurulan bu hastaneler uygulamada eğitim, araştırma ve uygulama (öğrenciler açısından) merkezleri olarak görülse de bu merkezlerin öncelikli ve temel görevi hasta bakımı ve sağlık hizmetleri sunmaktır. Var olan bu yasal düzenleme eksikliğinden kaynaklı yaşanan kargaşa ve belirsizlik (hatta boşluk) ortamının yeterli olmayan yorum ve çıkarımlarla giderilmeye çalışılması, yaşanan bu zorlukların kurulan hastanenin örgütsel ve yönetim işlevlerine de etki edeceği açıktır (Karakılçık, 1997:105).

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere üniversite hastanelerinin iki temel görevi bulunmaktadır. Bu görevleri ise eğitim ve sağlık hizmeti sunmaktır. Tıp fakültesi öğrencileri ile uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlere ve diğer sağlık personellerine araştırma ve uygulama fırsatı sağlaması ile eğitim hizmetini gerçekleştirir. Bireylere ve doğal olarak tüm topluma yönelik sağlık hizmeti ise, eğitim sürecindeki tıp fakültesi öğrencileri ile yine bu fakültede görevli öğretim görevlilerinin birebir denetim ve gözetiminde tanı, teşhis ve tedavi hizmetleri sunularak yapılır. Bu kapsamı ile üniversite hastanelerinin kuruluş temel amaçlarını şöyle sıralayabiliriz (Öztürk, 2009:138):

- Hayatın sağlıklı olması ve kaliteli bir tedavi hizmetinin sunulması amacıyla inceleme, araştırma ve uygulamalar gerçekleştirmek,
- Diğer kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği içinde faaliyetler yürütmek,
- Bireyleri ve toplumu sağlıklı bir yaşam sürmeleri konusunda bilinçlendirmek,
- Hastanenin gerek ve ihtiyaçları doğrultusunda diğer kamu kurumları ve özel sektör ile projeler yürütmek, işleyişin yürümesi amacıyla eğitim

programları düzenleyip yetişmiş personel yetiştirmek, bilimsel toplantılarda bulunmak,

- Kitap, dergi, makale vb. yayınlar ile bilimsel alanda çalışmalar yapmak ve
- Mevcut hastane yönetim kurulunun belirleyeceği diğer faaliyetleri uygulamak.

İlgili kanunlara ek olarak, son olarak 18 Haziran 2020 yılında yayımlanan 31159 Sayılı Yükseköğretim Kurumları Döner Sermaye İşletmelerinin Kurulmasına İlişkin Yönetmelik¹⁹ ile üniversite hastanelerinin kuruluş ve döner sermaye işletmelerinin işleyişi düzenlenmiştir. 31159 sayılı yönetmelikteki madde 4'e göre bir döner sermaye işletmesinin kurulabilmesi için Yükseköğretim kurumlarının;

- İlgili yönetim kurulunun önerisini
- Yükseköğretim Kurulunun onayını
- Hazine ve Maliye Bakanlığının uygun görüşünü ve
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığının görüşünü

alması gerekmektedir.

31159 sayılı yönetmeliğin bir sonraki maddesi olan madde 5'te ise kurulacak olan bu döner sermayeli işletmelerin faaliyet alanları tespit edilmiştir. Kurulacak olan döner sermaye işletmelerinin yükseköğretim kurumlarının esas faaliyetlerini aksatmayacak şekilde çalıştırılması gerekmektedir. Bu işletmelerin (31159 Sayılı Yönetmelik, m.5);

- Bilimsel alanda görüş vermek, proje hazırlamak, araştırma, uygulama ve benzeri hizmetlerde bulunmak,
- Belirli bilimsel faaliyetlerde bulunarak sonuçlar elde etmek,
- Üniversite ve ona bağlı kurumlarda hasta muayenesi ve tedavisi ile ilgili laboratuvar faaliyetlerinde bulunmak,
- Eğitim ve öğretim faaliyetleri için ilgili yükseköğretim kurumlarında mal ve hizmet üretmek

¹⁹ 18/7/2020 tarihli ve 31159 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

amaçlarından biri veya birkaçına yönelik faaliyetlerde bulunmak durumundadır.

31159 sayılı yönetmelik madde 5'te yukarıdaki hükümlere yer verilerek döner sermayeli işletmelerin faaliyet alan ve sınırları çizilmiştir.

31159 sayılı yönetmeliğin 9, 10 ve 11. maddeleri döner sermaye işletmelerinin yönetim ve örgüt yapısı hakkında bilgi sunmaktadır. Bu maddelere göre (31159 Sayılı Yönetmelik, m. 9-11);

- Döner sermaye işletmesinin yönetim kurulunun, yükseköğretim kurumu yönetim kurulu olduğu ve yükseköğretim kurumu yönetim kurulunun işletmeyi idare etmek amacıyla ayrı bir yürütme kurulu kurabileceği ve yetkileri bu kurula devredebileceği,
- Yürütme kurulunun bir rektör yardımcısı, üç öğretim elemanı ve döner sermaye işletme müdürü olmak üzere beş kişiden oluşacağı,
- Döner sermaye işletmesinin hizmetlerinin; yönetim kurulu, harcama yetkilisi, işletme müdürü, gerçekleştirme görevlisi, muhasebe yetkilisi, veznedar, muhasebe yetkilisi mutemedi, taşınır kayıt yetkilisi, taşınır kontrol yetkilisi ve diğer personeller tarafından ve muhasebe hizmetlerinin ise Bakanlıkça kurulan saymanlıklarca yürütüleceği,

belirtilmiştir.

Döner sermaye yürütme kurulu; işletmenin iş faaliyetleri ile ilgili konularda, işletme müdürü tarafından sunulan konuları değerlendirerek ele alıp, yönetim kuruluna iletmekle yetkilendirilmiştir. Döner sermayeli işletmeyi ilgilendiren faaliyetler bu kurulda değerlendirilir ve yönetim kuruluna iletilir (Gümüş, 2006:44).

Kurulan döner sermaye işletmesinin sorumlu yetkilisi olan işletme müdürü, üniversite personelleri arasından rektör tarafından seçilerek göreve gelmektedir (Atasever, İlhan ve Örnek, 2017:4). Nitekim 31159 sayılı yönetmelikteki madde 11'de, döner sermaye işletmesinin işletme müdürünün yükseköğretim kurumunun üst yöneticisi tarafından mevcut yükseköğretim kurumu personeli arasından atandığı tespit edilmiştir. İşletme müdürü, aynı zamanda harcama talimatı üzerine; işin yaptırılması, mal veya hizmetin alınması, teslim almaya ilişkin işlemlerin yapılması, belgelendirilmesi ve ödeme

için gerekli belgelerin hazırlanması görevlerini yürütmekle yetkili, gerçekleştirme görevlisidir (Atasever, İlhan ve Örnek, 2017:4).

İşletme müdürünün görevleri 31159 sayılı yönetmelik madde 11’de belirtilmiştir. 31159 sayılı yönetmelik madde 11’e göre işletme müdürünün görevleri;

- Döner sermaye işletmesini idari, mali ve teknik işlerini, ilgili mevzuat hükümleri, çalışma programları, bütçe esasları ve işletmecilik ilkelerine uygun şekilde işletmek,
- İşletmeye atanan veya görevlendirilen personeller ile daha sonradan işletmeye alınacak olan işçilerin görevlerini işbölümüne göre belirlemek, izlemek ve denetlemek,
- İşletmede çalışacak olan personellerin atanma tekliflerini sunmak, işletmeye işçi alınması, çıkarılması ile özlük hakları ile ilgili işleri yürütmek,
- Döner sermaye işletmesinin çalışma programlarını ve bütçe tasarılarının hazırlanmasını gerçekleştirmek,
- İşletmeye ait canlı ve cansız demirbaşlar ile kullanılan malzemelerin sağlıklı bir şekilde kullanılmasını, saklanmasını ve korunmasını sağlamak,
- İşletmeye dahil ambar ve taşınır mal işlerinin usulüne uygun şekilde yürütmek ve gerekli olan denetimleri gerçekleştirmektir.

Üniversite hastanesinin gelirleri merkezi bütçe, döner sermaye gelirleri ve bağış ve yardımlarından meydana gelmektedir. Yakın bir tarihe kadar üniversiteye ait vakıf ve derneklerin gelirleri de önemli bir gelir kalemi olmasına karşın yapılan yeni yasal düzenleme (5072 Sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları İle İlişkilerine Dair Kanun²⁰) ile bu kalem, üniversite hastanesinin gelirleri arasından çıkarılmıştır. Hastane giderleri ise geniş ve kapsamlıdır. Üniversite hastanelerinin başlıca gelir kalemleri şu şekildedir (Gümüş, 2006:36-37):

²⁰ 29/1/2004 tarihli ve 25361 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- **Merkezi Bütçe Gelirleri:** Merkezi bütçeden elde edilen gelirler ile personel maaşları, demirbaş ve bina giderleri, tıbbi cihaz ve ilaç masrafları gibi harcamalar bu kalemden elde edilen gelirler ile karşılanmaktadır.
- **Bağış ve Yardımlar:** Kişi ya da kurumların herhangi bir hastaneye gönüllü ve karşılıksız olarak yapmış oldukları maddi desteklerdir. Gelen bu yardım ve bağışlar her ne kadar hastane için bir gelir kaleme olarak düşünülse de ne zaman ve ne kadar yapılacağı kesin bilinilmemesi sebebiyle, planlama içerisinde dahil edilmemektedir.
- **Döner Sermaye Gelirleri:** Medikal gereksinimler, ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz alımları gibi doğrudan hasta tedavisiyle ilişkili mal ve hizmet alımları bu gelirlerle yapılmaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu için gerekli sayıda personel bulunmaması halinde, sağlık ve diğer (temizlik, güvenlik gibi) ihtiyaçlar için personel istihdamı da bu kaynaklar vasıtasıyla gerçekleşir. Bu sebeple döner sermaye gelirleri, üniversite hastanelerinde sağlık hizmetinin sunumu ve kalitesi için oldukça önem yer tutmaktadır.

Üniversite hastanelerinin başlıca gider kalemleri ise şu şekilde sıralanabilir (Doğruer, 2020:14):

- **Personel Giderleri:** Mevcut olarak istihdam edilmiş personellerin maaşları, çalışan işçilerin ücretleri, nöbet karşılığında ödenmesi gereken ücret miktarları, stajyer olarak faaliyet yürüten öğrenci ücretleri, yolluklar ile ödenen katkı payları bu gider kalemi içerisinde değerlendirilir.
- **Satın Alma Giderleri:** Temizlik, bakım, güvenlik, iletişim giderleri ile vergi ödemeleri bu kalem altında yer almaktadır.
- **Demirbaş Alım Giderleri:** Bir yıldan fazla kullanılmak amacıyla alınmış dolap, sandalye, masa gibi araç gereçler için yapılan giderlerdir.
- **Makine, Cihaz ve Taşıt Alım Giderleri:** Yalnızca hastanede kullanılmak amacıyla alınan tıbbi cihaz, makine ve taşıt ödemelerini kapsamaktadır.
- **Bakım ve Onarım Maliyetleri:** Hastane binalarının onarımı, boyanması, tesisat gibi bölümlerinin bakımları amacıyla yapılmış giderlerdir.

- Transfer Ödemeleri: Fon payları, hazine borcu ve yasal vergi ödemeleri gibi ödemeleri kapsayan giderlerdir.
- Diğer Ödemeler: Çağın ve günün ihtiyaçları doğrultusunda ortaya çıkan ekstra ödemelerdir.

3.1.3. Şehir Hastaneleri

Ülkemizde kamu ve özel sektörün ortak olarak yatırım yaptığı ve işbirliği içinde olduğu sistemler Osmanlı dönemine kadar dayanmaktadır. Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-İşlet (Yİ), Yap-Kirala (YK), İmtiyaz ve İşletme Hakkı Devri gibi yöntemler Osmanlı'dan günümüze kadar uygulanma alanı bulmuştur. Kamu ile özel sektörün bu şekilde işbirliğine yönelik uygulamalar Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar uzanmakla birlikte o dönemde kamu hizmetine ilişkin imtiyazlar ise, 10 Haziran 1326 (1910) tarihli Menafii Umumiyyeye Muteallik İmtiyazat Hakkında Kanunu²¹ ile sağlanmıştır. Bu kanun bugün mevcut olarak tercih edilen imtiyaz yönteminin yasal çerçevesini oluşturmakta ve atılan ilk adım olarak değerlendirilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2012:31).

1994 yılında yürürlüğe giren 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yapılması Hakkında Kanun²² ile uygulama alanı bulan ilk dönemlerinde otoyollar, havaalanları, yat limanları ve gümrük kapıları gibi farklı sektörlerde tercih edilmiş olan Kamu Özel Ortaklığı, sağlık sektörü içinde de zamanla yer bulmaya başlamıştır. Bununla birlikte 652 sayılı Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname²³ ile eğitim-öğretim tesislerinin, 351 sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurt Hizmetleri Kanunu²⁴ ile de yurt ve benzeri öğrenci konaklama tesislerinin Kamu Özel Ortaklığı yöntemiyle gerçekleştirilmesinin yolu açılmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012:20).

Daha önce kamuya ait olan altyapı yatırımlarının belirli bir süreyle kiralanması ve özel sektör eliyle ele alınması modeli olan kamu özel ortaklığı modelinde, kiralama süresi boyunca üstlenen firma, kamunun arzu ettiği hizmetleri üretmekle yetkilidir. Devlet ise bu modelde ilgili tıbbi hizmetin ve gerekli personellerin sunulmasını sağlamakla görevlidir (Çınar, Türkoğlu ve Tütünsatar, 2017:221).

²¹ 24/7/1326 (1910) tarihli ve 576 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²² 13/6/1994 tarihli ve 21959 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²³ 14/9/2011 tarihli ve 28054 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁴ 22/8/1961 tarihli ve 10887 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

3359 sayılı kanuna, 2005 yılında 5396 sayılı kanunda geçen ek 7. maddenin eklenmesiyle, şehir hastanelerinin hukuki altyapısı oluşturulmuştur. Bu maddeye dayanarak ülkemizde kurulan şehir hastaneleri aslında, Kamu Özel Ortaklığı olarak adlandırılan bir sistemle dizayn edilmektedir.

Kurulacak olan sağlık tesisleri Yüksek Planlama Kurulu'nun kararı ile kurulmaktadır. Sağlık Bakanlığı kendisine veya Hazineye ait olan taşınmazların daha önce belirlenmiş olan ön proje ve temel standartlar içinde ihale ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılını geçmemek üzere belirli süre ve bedel üzerinden kiralayabilmektedir. Bu amaç doğrultusunda Maliye Bakanlığı'nın, Hazineye ait taşınmazları gerçek veya özel hukuk kişilerine bedelsiz olarak devretme hakkı bulunmaktadır. Devredilen bu taşınmazların, yapılacak olan sözleşme süresi içinde amacı dışında kullanılmayacaktır. Taşınmazın kira bedeli ve kira süresinin tespiti hususunda; sözleşmeye dahil olan taşınmazın gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olup olmadığı, Hazineye ait olan taşınmazın bedelsiz olarak devredilip devredilmediği, devire konu olan taşınmaz için katlanılacak olan yatırım maliyeti tutarı, taşınmaz üzerinde sunulacak hizmetin süregelmesi için gerekli tıbbi donanımın bu kişiler tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, sözleşme sonucu devredilen taşınmaz ve taşınmaz üzerinde kurulacak olan sağlık tesislerinde sağlık hizmetleri dışında kalan diğer hizmetlerin işletme hakkının kiralayana devredilip devredilmeyeceği gibi detaylar önem arz etmektedir. Sözleşme ile tespit edilmiş olan kira bedeli, Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermaye işletmeleri tarafından karşılanmaktadır. Bu kanun nezdinde kurulacak olan yatırımlar, otuz altı aylık süreyi geçmemek üzere sözleşmede tespit edilmiş inşaat yapım süresi ile sınırlandırılmış olması şartıyla, Sağlık Bakanlığı ile gerçek veya özel hukuk tüzel kişileri arasında yapılacak olan tüm iş ve işlemler için düzenlenen kağıtlar, 488 sayılı kanun ile alınan damga vergisi ile 492 sayılı kanun ile alınan harçlardan muaf tutulmaktadır. Sayılan bu hususlar dahilinde gerçekleşecek olan iş ve işlemler 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu²⁵ ile 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu²⁶ kapsamı içinde yer almamaktadır (5396 S.K, m.1).

5396 sayılı kanun madde 1'e göre hastane kurulumunu öngören projeyi üstlenen firma, 49 yılı aşmamak üzere bu hastaneyi belirli bir süre ve bedel ile kiralama yoluyla işletecek, süre sonunda ise devlete teslim edecektir. Sağlık tesislerinin yapımına Yüksek Planlama Kurulu (YPK), ilgili bu tesislerin kiralama sürecinde ise Sağlık Bakanlığı

²⁵ 10/9/1983 tarihli ve 18161 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁶ 22/1/2002 tarihli ve 24648 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

yetkilendirilmiştir. Yine görüleceği üzere yapılacak ihale, 2886 sayılı kanun ile 4734 sayılı kanuna tabi değildir. İhaleyi kazanan firma harçlardan ve damga vergisinden muaf tutulmuştur.

2005 yılında bu maddenin eklenmesiyle sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modeli aktif olarak devreye girmiştir. Bu sebeple, 2006 yılında bu sürecin işleyişinin aktarılması ve anlaşılması amacıyla 26236 sayılı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik²⁷ çıkarılmıştır. 2012 yılına kadar söz konusu bu yönetmelik ile işlemler gerçekleşirken, 2013 yılında çıkarılan kanun ile son düzenleme devreye girmiştir.

2006 yılında çıkarılan 26236 sayılı yönetmelikteki madde 4’de devlet tarafından kurulacak olan sağlık kuruluşlarının nelerden oluşacağı belirtilmiştir. Entegre sağlık kampüsü, eğitim araştırma hastanesi, devlet hastanesi, özel dal hastanesi, gün hastanesi, sağlık ocağı, klinik otel, rehabilitasyon merkezi, kanser araştırma merkezi, aşı eğitim merkezi, aşı üretim merkezi, aşı araştırma–geliştirme merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, toplum sağlığı merkezi, organ ve doku bankası, bölgesel kan merkezi, kan ürünleri üretim tesisi, ağız ve diş sağlığı merkezi, tüm kara, hava ve deniz teçhizatları dâhil olmak üzere 112 acil servis komuta kontrol merkezi ile destek birimleri dâhil ilgili tesisin her türlü bölümleri ve bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, Bakanlığın yapmak ve yaptırmakla yükümlü olduğu ek binalar dâhil sağlıkla ilgili diğer tüm tesisleri, sağlık tesisi kavramı olarak tanımlanmaktadır (26236 Sayılı Yönetmelik, m.4/i). Maddede görüleceği üzere sağlık tesisi kavramı içinde entegre sağlık kampüsleri de sayılmaktadır. Bahsedilen sağlık tesislerini devletin kurmakla yükümlü olduğu, bu tesis ve hizmetlerin dışında kalanları ise özel sektöre bırakılacağı yorumu yapılabilir. Sağlık kampüsleri içerisinde yer alan ancak sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmeyecek kafeterya, temizlik ve güvenlik gibi diğer hizmetlerin özel sektöre bırakabilecek hizmetler arasında örnek olarak gösterilebilir.

Kamu Özel Ortaklığı modelinin hukuki son düzenlemesi 2013 yılında resmi gazetede yayımlanmış olan 6428 Sayılı Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde

²⁷ 22/7/2006 tarihli ve 26236 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun²⁸ ile olmuştur. Kanun ile amaçlanan, kamu özel ortaklığı çerçevesinde inşa edilecek olarak tesislerin usul ve esaslarını tespit etmektir (Gökkaya, Eroymak ve İzgüden, 2018:2239).

Bu işletim esnasında hastanenin yapımından ve gerekli maddi imkanlarından firma sorumlu iken, sağlık hizmetlerinin sunumundan ve sağlık personellerinden Sağlık Bakanlığı sorumlu olmaktadır. Görüldüğü üzere kamunun ve özel sektörün bir işbirliği durumu söz konusudur. 5396 sayılı kanun ile yürürlüğe giren ek 7. maddenin varlığı, şehir hastaneleri için önem arz etmektedir. Çünkü şehir hastanelerinin projesinin yapımı, finansmanı ve işletilmesi bu maddeye dayanarak yürütülmektedir (Atasever vd., 2018:15).

Ülkemizde kurulmuş olan şehir hastaneleri, Yap-Kirala-Devret modeli esasına göre işlemektedir. Bu modele göre özel sektör, tesisin fiziksel donanımını sağlamakta, sözleşmede belirli süre boyunca işletmekte ve süre sonunda tesisi kamuya devretmektedir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2018:25). Bu yapısından da anlaşılacağı üzere devlet sağlık hizmetinin sunumu için bir kısım faaliyetlerini özel kesime devrederek ilgili sağlık hizmetinin sunumunu gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Hastanenin kurulumu ve işletilmesi görevini üstlenen firma, devletten aldığı destek ve çeşitli imtiyazlar ile ilgili işletmeyi kurmakta, kurulan bu işletme yine firma tarafından belirli bir süre işletilmekte ve daha sonra devlete devredilmektedir. Devlet böyle bir yol izleyerek doğrudan bir faaliyeti üstlenmemekte ve yerli ve yabancı yatırımcıları, sağladığı çeşitli imtiyazlarla da teşvik etmektedir (Aktan ve Işık, 2007:5).

Sağlık düzenimizde yatırım faktörünün bu şekilde etkin kullanılması sonucunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü 2013 yılında devreye girmiştir. Bu müdürlüğe bağlı olarak da Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı göreve başlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı).

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere devlet, ihaleyi kazanan firma ile birer sözleşme imzalamaktadır. Kamu özel ortaklığı sözleşmesinin idari bir sözleşme mi yoksa özel hukuk yoluyla gerçekleşen bir sözleşme mi olduğu tartışılmaktadır. Bu noktada var olan tartışmanın kaynaklarına ise, kullanılan modelin kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülme yöntemlerini kapsayan bir üst başlık olarak değerlendirilmesi ve kamu özel ortaklığı modelinin birbirinden ayrılan yap-işlet-devret, yap-işlet, yap-kirala-devret ve

²⁸ 9/3/2013 tarihli ve 28582 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

işletme hakkı devri olmak üzere farklı çeşitlerinin olması sebep olarak gösterilmektedir. Ancak ister idari sözleşme olarak adlandırılan imtiyaz, iltizam, kamu istikraz, idari hizmet vs. sözleşmeleri olsun isterse de özel hukuk sözleşmesi olarak nitelenen kamu ihale, abonmanlık, yap-işlet, yap-işlet-devret sözleşmeleri olsun devletin, özel hukuk tüzel kişileriyle sözleşme yaptığı ortadadır (Boz, 2013:292-293). Nitekim 9/5/2014 tarihli ve 6282 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği²⁹ madde 4’de sözleşme ile ilgili açıklama yapılmaktadır.

Sözleşme dahilinde yapım işlerinde anlaşılan özel amaçlı şirket ile idare arasındaki yenileme işleri, araştırma, geliştirme, danışmanlık hizmetleri ve ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak ihtiyacı gerekli kılınan bazı hizmetlerin sunulması için yüklenici firma ile idare arasında yapılacak sözleşme, özel hukuk hükümleri gereğince gerçekleştirilecektir (6282 Sayılı Yönetmelik, m.4/bb). Bu maddede verilen hükmün yer verilmesiyle yapılan sözleşmenin kimler arasında olduğu ve hangi hukuk hükümlerinin geçerli olacağı açıklanmıştır. Yine bu sözleşmelerin hangi yargı koluna girdiği ise Anayasanın 47. maddesinden tespit edilecektir.

1982 Anayasası madde 47’de; *“Kamu hizmeti niteliği taşıyan özel teşebbüsler, kamu yararının zorunlu kıldığı hallerde devletleştirilebilir. Devletleştirme gerçek karşılığı üzerinden yapılır. Gerçek karşılığın hesaplanma tarzı ve usulleri kanunla düzenlenir.*

Devletin, kamu iktisadi teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzelkişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usuller kanunla gösterilir.

Devlet, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzelkişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzelkişilere yaptırılacağı veya devredilebileceği kanunla belirlenir.” hükümlerine yer verilmesi ile yargı kolunun tespiti belirlenmiş olmaktadır.

Sözleşme sonunda sağlık tesisinin yapımını üstlenen firmaya “hizmet bedeli” ve “kullanım bedeli” olmak üzere iki ayrı bedel ödenmektedir. 6428 sayılı kanun madde 1/e’ye göre; kurulacak olan tesisin ve ekipmanların kullanıma hazır tutulmasına yönelik

²⁹ 9/5/2014 tarihli ve 28995 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

bakım, onarım ve benzeri hizmetlerin bedeli ile ilgili mevzuatına göre hizmet alımı yoluyla gördürülebilecek hizmetlerin sunulması karşılığında kamu idaresi tarafından sözleşmeyi imzalayan yüklenici firmaya ödenen bedel, hizmet bedelidir. Hizmet bedeli dönemsel piyasa testi aracılığıyla sürekli güncellenmek suretiyle beş yıl boyunca ödenmektedir.

6428 sayılı kanun madde 1/j'ye göre; kurulacak olan tesislerin kullanımı karşılığında dönemsel olarak kamu idaresi tarafından sözleşmeyi imzalayan yüklenici firmaya ödenen ve sözleşmede belirlenen bedel, kullanım bedelidir.

6428 sayılı kanun madde 5'e göre; kullanım bedeli olan tutarda, dönem sonunda TÜİK tarafından tespit edilen dönemsel Üretici Fiyat Endeksi ile Tüketici Fiyat Endeksi toplamının yarısı kadar artış yapılmaktadır. Hizmet bedeli ile kullanım bedelinin toplamı olan toplam ödenecek bedel tutarı, Bakanlığa veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve merkezi yönetim bütçesinden ödenerek karşılanmaktadır.

6428 sayılı kanun madde 1/ü'ye göre; kurulacak olan tesislerin ve ticari hizmet alanlarının, Hazinesin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde inşa edilmesi için, bu taşınmazlar üzerinde sözleşme imzalayan yüklenici firma lehine yatırım dönemi hariç 30 yılı geçmemek üzere, bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmekte ve bu hakkın gerçekleşmesi için üst hakkı sözleşmesi imzalanmaktadır.

Üst hakkı, 22/11/2001 tarihli ve 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu³⁰ kapsamı içinde açıklanmaktadır. 4721 sayılı kanun madde 826'ya göre; herhangi bir taşınmazın maliki, başka bir kişi lehine sahibi olduğu arazisinin altında veya üstünde yapı yapmak veya mevcut olan bir yapıyı korumak üzere irtifak (yararlanma) yetkisi verebilmektedir. Bilindiği üzere şehir hastaneleri hazineye ait taşınmazlar üzerine kurulduğundan, arazi maliki konumundaki hazine, arazi üzerinde yapı yapma hakkını belirli bir süre karşılığında sözleşmeyi imzalayan yüklenici firmaya bırakmaktadır. Şehir hastanelerinin büyük araziler üzerine kurulması, inşaat ve arazi maliyetinin de yüksek olacağı anlamına gelir. Ancak hazineye ait arazilerin bedelsiz olarak özel sektörün kullanımına bu şekilde devredilmesi, maliyet açısından büyük avantaj sağlamaktadır.

Ülkemizde bu şekilde kamu özel ortaklığı çerçevesinde kurulan sağlık işletmeleri, “entegre sağlık kampüsleri” olarak tanımlanmaktadır. Tanımda “entegre” kelimesinin

³⁰ 8/12/2001 tarihli ve 24607 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

kullanılmasından anlamamız gereken şey, kurulan bu tesisin birçok parçadan oluşmasıdır. Birçok parçadan oluşan bu tesisin, yönetim süreçlerinin birbirleriyle bağlantılı hale getirilmesi amacıyla bu tesisin parçalarının tümleşik (bütünleşik) halde ele alınması, entegre olmuş veya olması amaçlanan bir düzeni çağrıştırmaktadır. Bu şekilde dizayn edilen bir örgütlenme modelindeki bir diğer gaye de hukuksal açıdan da bütünlüğün sağlanmasıdır (Karasu, 2011:238).

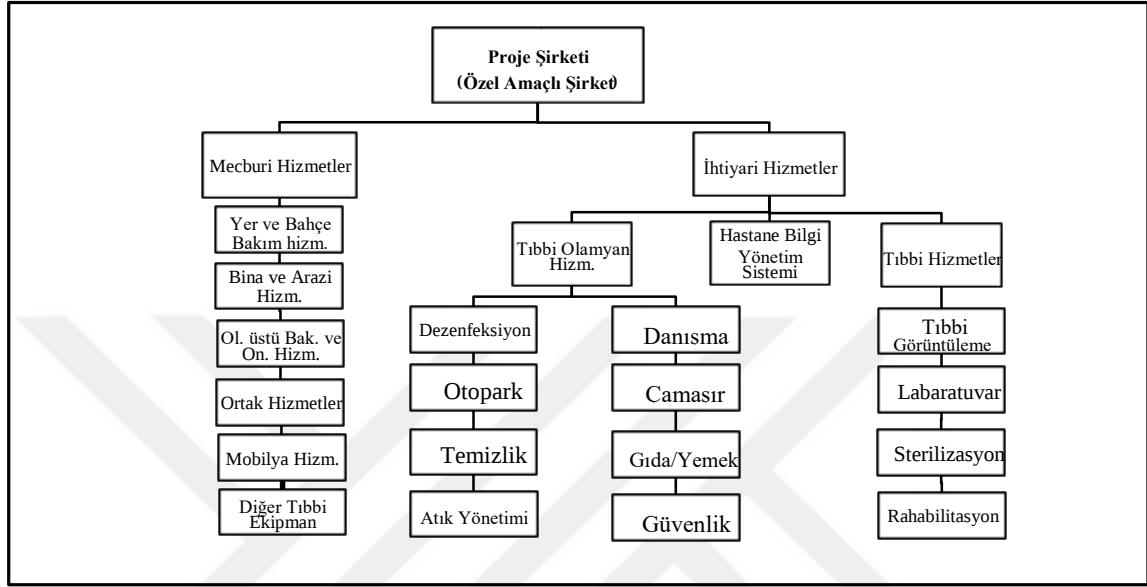
Şehir hastanelerinin bu şekilde kamu ve özel sektörün ortak olarak işbirliği içinde olmasına karşın, kurulan ve kurulacak olan şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'ndan ayrı bir tüzel kişiliği bulunmamaktadır. Ayrı bir tüzel kişiliğinin bulunmaması sebebiyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı genel bütçeli idareler sınıfına dahil edilmesinden dolayı birçok vergiden muaf tutulmaktadır. Bu sebeple şehir hastanelerinin merkezi idareye bağlı sağlık kuruluşu olmasıyla kendi içinde ayrı bir döner sermaye işletmesinin aktif olacağı açıktır. Bu konuya ilişkin 30/04/2020 tarihli Şehir Hastanesi Döner Sermayesinin Damga Vergisi Muafiyeti³¹ konulu bir özelge açıklık getirmektedir. Özelgeye göre, şehir hastanesine ait döner sermaye işletmesinin, gerek şehir hastanesinden gerekse de bakanlıktan ayrı bir tüzel kişiliğinin olmaması sebebiyle resmi daire olarak değerlendirileceği ve bu sebeple de damga vergisinden muaf tutulacağı tespit edilmiştir.

Devlet hastanelerine ait döner sermaye gelirlerinin büyük bir kısmı hastanenin bulunduğu alanda sağlık hizmeti dışında kalan hizmetlerden olan kafeterya ve otopark gibi çeşitli faaliyetlerden sağlanmaktadır. Ancak şehir hastanelerinde sağlık hizmeti dışında kalan faaliyetlerin ihaleyi kazanan firmaya bırakılmış olması, hastanenin döner sermaye gelirlerinde önemli ölçüde olumsuz etkileri olmaktadır. Döner sermaye geliri olarak ise sadece sağlık hizmetinin hastalara sunulması esnasında elde edilen gelirler kalmıştır. Devlet, şehir hastanesinin ihalesini kazanan firmaya ödemek durumunda olduğu kira bedelini döner sermaye bütçesinden ve merkezi yönetim bütçesinden karşılamaktadır. Kira bedelinin bu şekilde hastanenin döner sermayesinden karşılanıyor olması, personele ödenecek olan ek ücretlerde sorunlara yol açacağı eleştiri konusu olmaktadır.

Anlaşılabileceği üzere şehir hastanelerindeki kamu tarafı, sağlık hizmetinin sunumu esnasında ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu hizmet, şehir hastanelerinin asıl hizmeti olarak değerlendirilir. Asıl hizmet, bakanlık tarafından atanan kamu personelleri

³¹ 30/04/2020 tarihli ve 85373914-155[62.01.250]-E.46358 sayılı özelge.

aracılığıyla gerçekleştirilirken, kurulan ve kurulacak olan şehir hastaneleri tesisinde asıl hizmet dışında kalan ve özel sektör tarafından sunulan otopark, kafeterya, güvenlik, temizlik, ilaçlama ve bakım – onarım gibi diğer faaliyetler ise destek hizmetleri olarak tanımlanabilmektedir (Uysal, 2019:884). 6282 sayılı yönetmelik, şehir hastanelerinde özel sektöre düşen hizmetleri mecburi ve ihtiyari hizmetler olarak sınıflandırmaktadır.



Şekil 3. Şehir hastanelerinde özel sektör tarafından yürütülecek iş ve faaliyetler

Kaynak: Uysal, 2019:885

Mecburi hizmetler, tesisin ve tesis içindeki teçhizatların kullanıma her daim hazır tutulmasına yönelik bina ve arazi hizmetleri, yer ve bahçe bakım hizmetleri, olağanüstü bakım onarım hizmetleri gibi ihale sonucu kazanan firmanın yerine getirmesi zorunlu olan hizmetlerdir. İhtiyari hizmetler ise, ihaleyi kazanan firmaya bırakılıp bırakılmayacağı idarenin takdirine bırakılmış olmakla birlikte hizmet alımı yoluyla görürülebilecek olan ve bu durumun mevcut ihale belgelerinde tespit edilen temizlik, güvenlik, otopark, laboratuvar, görüntüleme ve benzeri diğer destek hizmetlerini kapsamaktadır.

3.1.4. Özel Hastaneler ve Özel Sağlık Kuruluşları

3.1.4.1. Özel Hastaneler

Ülkemizde özel sektöre dayalı hastane ve sağlık hizmeti sunumu eski dönemlere dayanmaktadır. Özellikle Osmanlı Devleti döneminde var olan yapılar cumhuriyetin kurulmasıyla da etkinliğini devam ettirmiştir. 1930’lu yıllara gelindiğinde ise ülkemizde

aktif olarak faaliyet yürüten özel sağlık sektörü; muayene hekimi, laboratuvar ve röntgen üniteleri ile azınlıklar ve yabancı ülke kökenlilerin oluşturduğu özel hastaneler ve sağlık kuruluşlarından meydana gelmektedir (Temel, 2003:4).

Bu dönemlerde sağlık sektörümüze yön veren mevzuatımız ise, 1928 yılında çıkarılan 1219 Sayılı Tababatı ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun³² ile 1933 yılında yürürlüğe giren 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu³³ tarafından şekillenmiştir. Paragrafta adı geçen 1219 sayılı kanun, kanunun çıkarıldığı dönemlerde sağlık personellerinin çalışma şartlarını, lisans ve eğitim durumlarını, tıp fakültesi mezunlarının çalışabilmesi için gerekli evrak işlemlerini, yalnızca doktor değil aynı zamanda hemşire ve hasta bakıcı gibi faaliyet yürütecek sağlık personellerinin çalışma koşul ve şartlarını tespit etmektedir. Yine bu kanunun birinci bölümünde “hususî muayenehane” olarak adlandırılmış olan özel sağlık hizmetinin sunumu ile ilgili maddeler mevcuttur.

1219 sayılı kanunun 5. maddesinde; hususi muayenehane açmak veya kendi evinde muayenehane hizmetini sunmak isteyen her doktor, hizmetine başlamak için hasta kabul etmeye başladığı andan itibaren en geç bir hafta içinde gerekli evrak ve diplomasını muayenehanesini açacağı yerel bölgedeki en büyük sağlık memuruna kaydettirmesi gerekmektedir. Maddede geçen şartların sağlanması durumunda hususi muayenehanelerin açılmasına olanak tanınmaktadır.

2219 Sayılı kanun ise özel hastanelerin temel dayanağı olarak nitelenmektedir. Kanunda özel hastaneler, “hususî hastaneler” olarak tanımlanmaktadır. Kanunun ilk bölümü kurulacak olan bu hususi hastanelerin tarifi ve açılma şartlarını ele almaktadır. İkinci bölümü ise hususi hastanelerin teşkilat yapısını, üçüncü bölüm hususi hastanelerin görevlerini ve son olarak dördüncü bölüm ise bu hastaneler ile ilgili cezai hükümleri düzenlemektedir.

2219 sayılı kanunun ilk maddesine göre; kamuya ait resmi hastanelerden ve kamu kurumlarına bağlı olarak kurulan sağlık kuruluşları dışında kalan, yataklı tedavi sunmak, henüz hastalık geçirmiş olanların hastalıklarını giderene kadar gerekli sağlık ihtiyacının sağlanması için gereken imkanları sunmak ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları hususi hastaneler olarak tanımlanmaktadır. Hususi

³² 14/4/1928 tarihli ve 863 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³³ 5/6/1933 tarihli ve 2419 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hastanelerin açılma, kullanma ve kapanma şartları 2219 sayılı kanunun hükümlerine göre tespit edilmektedir.

2219 sayılı kanunun 2. maddesine göre; şirketler, müteahhitler, fabrikalar ile ticaret, ziraat ve sanat işlerinde çok işçi çalıştıranlar kişiler, işçi birlikleri ve buna benzer diğer şahıslar ve kuruluşlar aracılığıyla kurulan teşekküller kendi işçilerinin ve işlerinde kullandıkları personellerinin hastalıklarını tedavi etmek ve sağlıklarını korumak için açılması düşünülen hastane, revir ve diğer sağlık merkezleri 2219 sayılı kanunun hükümlerine bağlı olmamakla birlikte bağlı olarak kuruldukları kuruluşlar tarafından bir beyanname ile Sağlık Bakanlığı'na bildirilerek işletilmektedir. Maddede sayılan hükümlerde belirtildiği üzere hangi hastanelerin hususi hastanelerden oluşacağı kesin ve net bir şekilde tarif edilmiştir.

2219 sayılı kanunun 3. maddesine göre; kurulacak olan bu hastanelerin Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'nin (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) izni doğrultusunda açılacağı, açılması için kurulacak bölgedeki valinin bilgilendirileceği ve bu bilgilendirme için hazırlanması gereken dökümanların neler olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Ülkemizde 1960-70'li yıllara gelindiğinde ise özel sağlık sektörü çoğunlukla, devlet hastaneleri, SSK hastaneleri ve tıp fakültelerini tamamlayıcı nitelikte olan; muayenehaneler, laboratuvarlar ve röntgen ünitelerinden oluşmaktadır. 1980'li yıllarda ise ülkemizin genel olarak üstlendiği ekonomik görüşün daha liberalleşmesi sonucu, poliklinik ve dispanser tarzında özel sektöre dayalı sağlık kuruluşları il ve ilçelerimizde yaygınlaşmıştır (Temel, 2003:4). Yine bu dönem içinde, 1983 yılında 17924 Sayılı Özel Hastaneler Tüzüğü³⁴ resmi gazetede yayımlanmıştır. 17924 sayılı tüzüğün ilk maddesinde tüzüğün kapsamı ve sınırları tespit edilmiştir. 17924 sayılı tüzüğün ilk maddesine göre; özel hastanelerde tedavi altına alınacak hastalar, hastanelerin türleri, hastane binalarının nitelikleri, hastanede çalışacak personellerin kadro durumları, hastanede bulundurulması zorunlu olan ilaç, araç ve gereçler ile özel hastanelerin iç hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar 17924 sayılı tüzükte belirtilmiştir.

Ülkemizde 1985-90'lı yılları gelindiğinde ise özel sektöre dayalı sağlık kuruluşlarının sayısında artışlar yaşandığı görülmektedir. Büyükşehirlerimizin merkezi yerlerinde (İstanbul'da ilçeler de dahil) 3-4 hastane hizmet vermektedir. Sağlık sektörümüzün önemli taşlarından kabul edilen 3359 sayılı kanun 1987 yılında yürürlüğe

³⁴ 10/1/1983 tarihli ve 17924 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

girmiştir. Kanunun devreye girmesiyle hastanelerin verimlilik ve etkililik esaslarına bağlı işletmecilik anlayışı içinde hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, ihtiyaç duyulduğu anda kendi personellerini planlayabilen ve nitelik ve uzmanlığına göre istihdam edebilen, idari ve mali yönden özgürlüğü olan, serbest piyasa şartlarında diğerleri ile rekabet edebilme gücünü barındıran kurumlar haline dönüştürülmesi hedeflenmiştir (Temel, 2003:4).

Bu özerkliğin ve piyasa gücünün sağlanması amacıyla 3359 Sayılı kanun ile Milli Savunma Bakanlığı hariç, kamu tüzel kişiliği bulunan sağlık kuruluşlarının, sağlık işletmelerine dönüştürülmesi öngörülmüştür. 3359 sayılı kanunun 5. maddesine göre; 3359 sayılı kanun kapsamı içinde dahil edilen kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, ilgili bakanlığın teklifi ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın onayı durumunda Bakanlar Kurulu kararı ile kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi mümkün olmaktadır. Ancak 3359 sayılı kanunun 5. maddesi, 2011 tarihli 663 Sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamesinin³⁵ 58. maddesi ile yürürlükten kaldırılmıştır.

Daha sonra 27/03/2002 tarihinde 24708 Sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği³⁶ yürürlüğe girmiştir. 24708 sayılı yönetmeliğin yasal dayanağı, 3359 sayılı Kanununun 3. maddesi ile 9. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi ve Ek 11. maddesi ile 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı resmi gazetede yayımlanan (1) sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri ile 508. maddeleridir (24708 Sayılı Yönetmelik, m.3).

Bu yönetmelik; etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin tesis, hizmet ve personel standartlarının tespit edilmesine, sınıflandırılmasına, sınıflarının değiştirilmesine, amaca uygun olarak teşkilatlandırılmasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin usul ve esasları düzenlemeyi amaçlamak üzere çıkarılmıştır (24708 Sayılı Yönetmelik, m.1).

2219 sayılı kanununda geçtiği ve belirtildiği gibi 24708 sayılı yönetmelik de özel hastanelerin sınırlarını tespit etmiştir. Bu sınırlar, belirtilen iki yasal mevzuatta da benzer şekilde düzenlenmiştir. 24708 Sayılı yönetmelik madde 2'de; gerçek ve özel hukuk

³⁵ 2/11/2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³⁶ 27/03/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

kişilerine ait olmak üzere devlete, il özel idarelerine, belediyelere, üniversitelere ve diğer kamu tüzel kişilerine ait olmayan hastaneler, 24708 sayılı yönetmeliğin kapsadığı alanları tespit etmektedir.

Bu yönetmelik ile özel hastanelerin özellikleri şöyle sıralanabilir (24708 Sayılı Yönetmelik, m.5-6):

- Asgari olarak öngörülen bina, hizmet ve personel standartlarını bağlı kalmak şartıyla, yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli olarak, bir veya birden fazla uzmanlık dalında hastalara ayakta ve yatılı muayene, teşhis ve tedavi hizmeti vermektedir.
- Özel hastanelerin, gözlem yatakları hariç en az yüz hasta yataklı bir kapasiteye sahip olmak zorundadır.
- Yoğun bakım yatak sayısı ile kuvöz sayılarının toplamı, toplam hasta yatak sayısının yüzde 30'unu geçemez.
- Yatak sayısı yüzün altında olan ruhsatlı ve faal özel hastanelerin, en az 33 uzman hekim kadrosuna sahip olması gerekmektedir.
- Dört klinisyen uzmandan az olmamak kaydıyla bakanlıkça belirlenen toplam kadrolarının en az dörtte biri sayısında klinisyen uzman ile faaliyete başlayabilecektir.
- Klinisyen uzman sayısı dördün altına düşen hastanelerin faaliyeti iki yıla kadar süreyle askıya alınıp, bu süre sonunda uzman hekim eksikliğini gideremeyen özel hastanenin ruhsatı iptal edilecektir.

Özel hastanelerin kurulacağı yer ile ilgili 24708 sayılı yönetmelikte çeşitli sınırlamalar ve şartlar bulunmaktadır. Bu şartlar şu şekildedir (24708 Sayılı Yönetmelik, m.8):

- Hastanenin yapılacağı bölgenin belediyesinden alınmış imar belgesi,
- Kurulacak bölgenin gürültü, hava ve su kirliliğine maruz kalmayacak bir yerde olması,

- İnsan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek endüstriyel kuruluşlar ile gayrisihhi müesseselerden uzak olduğunun valilik tarafından yetkilendirilmiş merci raporu ile tespit edilmesi,
- Hastane binası için yeterli yeşil alanın ayrıldığının yine ilgili belediye tarafından onaylanmış belgesi,
- Kurulacak bölgenin insanlar açısından ulaşım şartları, ulaşım noktaları açısından uygun ve ulaşılabilir olduğunun yetkili kurum tarafından belgelenmesi,
- Hasta ve hasta yakınları ile hastane çalışanları için, özel hastanenin otopark ihtiyacının yeterli olduğuna dair yine ilgili belediye tarafından düzenlenmiş olan belgeye ihtiyaç duymaktadır.

Açılacak olan hastanenin açılmadan önce bakanlık tarafından ön izin alınması şarttır. Bu izin sonucunda hastane ruhsatlandırılarak açılır. Özel hastane açmak isteyenler bir dilekçe ile ilgili valiliğe bizzat veya mesul mdrlерince başvururlar. Valiliğe başvurunun ardından başvuru dilekçesi bakanlığa iletilir. Başvuru zel Hastaneler Ruhsatlandırma Komisyonu tarafından değerlendirilir. Dosyalarda eksikliklerin bulunmaması halinde komisyon hastaneyi yerinde inceler. İncelemesi sonucunda hastanenin açılmasına uygun görülmesi halinde inceleme raporu hazırlayarak bakanlığa sunar. Bu inceleme sonucunda bakanlık, özel hastaneye ruhsatname düzenler (24708 Sayılı Yönetmelik, m.15).

Özel hastanelerin tıbbi, idari ve teknik hizmetleri bir mesul müdürün sorumluluğunda gerçekleştirilir. Bu müdürün yetkilendirilebilmesi için bir tabibin (24708 Sayılı Yönetmelik, m.16):

- 1219 sayılı kanuna uygun olarak mezun olması,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olması,
- Türkiye’de iki yılı kamu ya da özel hastanelerde olmak üzere, en az beş yıl tabiplik yapması,
- Herhangi bir suçtan dolayı ağır hapse veya yüz kıztartıcı suçlar yüzünden hapse mahkum olmaması,

- 2219 sayılı kanunun 38. ve 39. maddeleri uyarınca mesul müdürlükten yasaklı olmaması ve
- İlgili tabip odasına kayıtlı olması

gerekmektedir.

24708 sayılı yönetmeliğe göre kurulacak olan bu hastanenin, kurulabilmesi için çeşitli fiziki şartları sağlaması gerekmektedir. Bu şartlardan bazılarını şu şekilde sıralamak mümkündür (24708 Sayılı Yönetmelik, m.20-31):

- Hasta odalarının kapı genişliği, en az bir metre on santimetre olarak; hasta odalarındaki tuvalet ve banyo kapıları ise dışa açılacak şekilde düzenlenmelidir. Tek yataklı hasta odaları en az dokuz metrekare, iki yataklı odalar, hasta yatağı başına en az yedi metrekare ve yoğun bakım üniteleri, yoğun bakım yatağı başına en az on iki metrekare olmalıdır.
- Hasta odalarının, doğrudan ve yeterli gün ışığı ile aydınlanabilecek konumda bulunmalı, taban ve duvarlarının düzgün ve kolay temizlenebilecek nitelikte ve dezenfeksiyona elverişli olmaları gerekmektedir.
- Hasta kabul ve tedavi edilen her uzmanlık dalı için en az bir hasta yatağının bulunması şarttır.
- Hasta odalarında her yatak için ayrı olmak üzere, merkezi oksijen ve vakum tesisatı bulunmalıdır.
- Her otuz hasta yatağına bir engelliler uygun şekilde dizayn edilmiş engelli hasta odasının ayrılmış olması gerekmektedir.
- Hastalara anında ulaşabilmek ve hasta bakımını sağlamak üzere en az bir hemşire istasyonu kurulması şarttır.
- Hastanelerin, teşhis ve tedavi amacıyla hastalar tarafından kullanılan bütün alanlarında koridor genişlikleri en az iki metre olur. Katlar arasındaki merdivenlerin, sedye ile hasta çıkarabilecek nitelikte en az bir metre elli santimetre genişlikte olması şarttır. Yine bu merdivenlerin

engellilerin çıkış ve inişlerini zorlaştırmayacak şekilde dizayn edilmesi gerekmektedir.

24708 sayılı yönetmeliğe ek olarak, sağlık sektörünün büyük oranda kamuda olan yükünü özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bölüştürmek, devlet ve özel sektör ayırımına bakılmaksızın sağlık alanındaki var olan tüm ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetinden devlet memurları ve emeklilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin faydalanmasını sağlamak amacıyla hazırlanan 2003 tarihli ve 25123 sayılı Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ³⁷ ile hastalara hekim ve kurum seçme hakkı verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004:14).

3.1.4.2. Özel Sağlık Kuruluşları

Özel hastaneler dışında kalan, sağlık hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarının işleyişi ile ilgili 2008 tarihli ve 26788 sayılı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik³⁸ yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ülkemizde kurulup faaliyet gösteren özel tıp merkezi, poliklinik, laboratuvar, müessese ve muayenahanelerin işleyişini ve işletenlerini ele almaktadır.

26788 Sayılı yönetmeliğin beş, altı ve yedinci maddeleri kurulan bu özel sağlık kuruluşlarının türlerini tespit etmektedir. Bu maddelere göre ülkemizde kurulmuş ve kurulacak olan özel sağlık kuruluşları; tıp merkezleri, poliklinikler, muayenahaneler, müesseseler ve laboratuvarlardan meydana gelmektedir.

Tıp merkezleri, bakanlığın sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması amacıyla tüm bölgelerde sunulması için uygun görülen yerlerde en az dört klinisyen uzman ile faaliyetine başlayan sağlık kuruluşlarıdır. Tüm bu süreçteki klinisyen uzmanların kadrolarının belirlenmesi ve tespiti bakanlıkça gerçekleştirilir. Poliklinikler ise en az iki tabip tarafından müşterek bir şekilde açılabilmektedir. Muayenahaneler ise mesleğini serbest bir şekilde icra etmeye yetkili bir tabip tarafından açılabilmektedir.

Laboratuvarlar, 1927 tarihli ve 992 Sayılı Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu³⁹,

³⁷ 30/5/2003 tarihli ve 25123 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³⁸ 15/2/2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³⁹ 30/3/1927 tarihli ve 580 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

dahilinde tıbbi araştırma, tahlil ve laboratuvar faaliyetleri yürüten sağlık kuruluşlarıdır. Müesseseler ise, 1937 tarihli ve 3153 Sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektirkle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun⁴⁰ kapsamında röntgen, görüntüleme, radyoterapi, fizyoterapi ile nükleer tıp konusunda tanı ve tedavi faaliyetleri yürüten sağlık kuruluşlarıdır.

Özel hastanelerin açılmasında arandığı gibi tıp merkezi ve poliklinik gibi diğer özel sağlık kuruluşlarının açılması için de özel fiziki koşullar aranmaktadır. Açılacak olan binanın fiziki durumu, gerekli ve zorunlu tıbbi teçhizatlar, bekleme salonu, personel odası gibi binada bulunması gereken hizmet birimleri, bina içindeki merdiven, asansör ve koridorların durumu ile ısıtma, havalandırma ve aydınlatma ile ilgili gerekli zorunlu fiziki şartlar bulunmaktadır. Bu fiziki şartlara ek olarak, açılacak binanın yer seçimi de önem arz etmektedir. Açılacak binanın ulaşımına kolay ve elverişli bir ortamda olması, gürültü ve hava kirliliğinden uzak olması ve uygun ölçüde otoparkının bulunması şartları da aranmaktadır.

Özel sağlık kuruluşu açmak isteyen kişi ruhsat başvurusunda bulunmak için ilgili bölgedeki müdürlüğe başvuruda bulunması gerekmektedir. Başvuru, müdürlük tarafından yedi gün içinde incelenir. İnceleme esnasında herhangi bir eksiklik veya uygunsuzluk tespit edilmesi halinde başvuru sahibine bildirilir. Bulunmaması halinde ise on beş gün içinde bakanlığa gönderilir. Bakanlık, gelen talebi 26788 Sayılı yönetmeliğe göre inceler. Herhangi bir eksiklik veya uygunsuzluk tespit edilirse giderilmesi istenir. Giderildikten sonra veya herhangi bir sorunun bulunmaması halinde başvuru, teknik inceleme ekibi tarafından yerinde incelemeye alınır. Teknik inceleme ekibinin yerinde incelemesi sonucunda sağlık kuruluşunun açılmasına ilişkin uygunluk kararı vermesi halinde bu durumu bakanlığa bildirir. Bu süreç sonunda bakanlık tarafından başvuru kabul edilip, ruhsatname çıkarılır.

1997 tarihli ve 6091 sayılı Sağlık Kabinlerinin Açılışı ve İşleyişi Hakkındaki Genelgeye⁴¹ göre, mesleki faaliyetlerini serbest olarak icra etme hakkına ve yetkisine sahip ebe, hemşire ve sağlık memurları tek başlarına veya toplu olarak sağlık kabinleri açabilmektedir. Sağlık kabinleri tansiyon ölçümü, şeker ölçümü, kan alımı, kan grubu tespiti, gebelik testi, serum işlemleri, dikiş atma, pansuman ve yara bakımı, evde hemşire,

⁴⁰ 28/4/1937 tarihli ve 3591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴¹ 25/3/1997 tarihli ve 6091 sayılı genelge.

fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile ağır cerrahi bir işlem gerektirmeyen kesik, batma ve kırık gibi küçük cerrahi müdahalelerin yapıldığı özel sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık kabinleri sayılan sağlık çalışanları tarafından kurulup işletilen kuruluşlardır. Bu nedenle sağlık eğitimi alıp mezun olmamış herhangi birisinin kabinlerde çalışması mümkün değildir. Sağlık kabininin sahibi olmadan sağlık kabini açılıp hizmet faaliyetinde bulunamaz. 6091 Sayılı genelge, kamu personellerinin de sağlık kabini açabilmesine olanak sağlamıştır. Ancak 657 Sayılı kanun madde 28'in değiştirilmesiyle, memurların mesleki faaliyette veya serbest meslek icrasında bulunmak üzere ofis, büro, muayenehane ve benzeri yerleri açması yasaklanmıştır.

3.1.4.3. Diğer Sağlık Kuruluşları

5520 sayılı kanun madde 4/b'de; kamu kurum ve kuruluşları aracılığıyla işletilen hastane, klinik, dispanser, sanatoryum, huzurevi, çocuk bakımevi, hayvan hastanesi ve dispanseri, hayvan bakımevi, veteriner, bakteriyoloji, seroloji, distofajin kuruluşları ile benzeri kuruluşlar kurumlar vergisinden muaf tutulacağı belirtilmiştir. Bu kapsamı itibariyle yukarıda sayılan sağlık işletmelerinin kamu kurumları tarafından işletilmesi durumunda vergisel yükümlülük doğmamaktadır. Ancak sayılan işletmelerin özel faaliyet ile hayata geçmesi durumunda özel sağlık kuruluşlarında belirtilen prosedür geçerli olacaktır.

3.1.4.4. Pandemi Hastaneleri

2019 yılı itibariyle hayatımıza giren ve tüm yaşantımızı etkileyen salgın sürecinin bir etkisi de hastaneler üzerine olmuştur. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı 20/03/2020 tarihli ve 14500235-403.99 sayılı genelgesiyle ⁴² ilgili sağlık kuruluşunda, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları uzmanı hekimlerden en az ikisinin bulunduğu ve 3. seviye erişkin yoğun bakım yatağı bulunan tüm kamu, üniversite ve özel hastaneleri pandemi hastanesi olarak tanımlanmıştır.

⁴² 20/3/2020 tarihli ve 14500235-403.99 sayılı genelge.

3.2. Sağlık Hizmeti Veren Kurum Ve Kuruluşların Vergilendirilmesi

3.2.1. Aile Hekimlikleri

- **Gelir Vergisi Açısından**

5258 sayılı kanuna göre aile hekimleri Sağlık Bakanlığı ile sözleşme karşılığında çalışmaktadır. 1961 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununa⁴³ (GVK) göre gerçek kişilerin elde ettiği gelir, ücret geliridir. Bu kapsamı itibarıyla aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personellerinin (aile hekimi ve aile hekimliğinde çalışan diğer sağlık personelleri) elde ettikleri gelir, ücrettir. 193 sayılı kanun madde 61’de ücret, belirli bir işyerinde ve belirli bir işverene bağlı olarak çalışanlara hizmetleri karşılığında verilen menfaatler olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre bir aile hekimi ve aile hekimliğinde çalışan diğer sağlık personelleri, belirli bir ASM’de sürekli olarak çalışması, ortaya bir hizmet sunması sonrası gelir elde etmesi sebepleriyle ücretin tanıma uygun düşmektedir. 193 sayılı kanun madde 62’de işverenler, hizmet sunmakla görevlendirilecek olan personeli işe alan, emir ve talimatları ile hizmetin sunumunu şekillendiren gerçek ve tüzel kişiler olarak tanımlanmaktadır. Aile hekimleri ile ASM’de çalışan diğer sağlık çalışanları sözleşme karşılığında Sağlık Bakanlığınca göreve gelmektedir. Bu sebeple işveren sıfatı bakanlığa ait olmaktadır. İşveren sıfatının resmi kurum olması sebebiyle, ASM için kurumlar vergisi mükellefiyetinin doğması mümkün değildir.

193 sayılı kanunun “Gelirlerin Toplanması ve Yıllık Beyanname” başlıklı ikinci bölümünde yer alan madde 85’e göre kanun nezdinde mükellef olanların bir takvim yılı içinde elde ettiği kazanç ve iratları için yıllık beyanname verme zorunluluğu bulunmaktadır. Ancak 193 sayılı kanunun 86. maddesinde beyanın verilmeyeceği haller tespit edilmiştir. Aile hekimleri ile ilgili olan kısımda belirtilen hususa göre, tek işverenden alınmış ve tevkif yoluyla vergilendirilmiş kanunun 103. maddesinde yer alan tarifenin dördüncü gelir dilimini aşmayan ücretlerin beyan durumunun olmadığı belirtilmiştir (193 S.K, m.86/1-b).

Bu kanunlar çerçevesinde aile hekimlerinin, tek işverenden aldıkları ve tevkifat yoluyla vergilendirilen ücret gelirlerinin tamamı için beyan mecburiyeti yoktur (650.000 TL sınırı). Aile hekimliği hizmeti dışında başka bir yerden elde edilen ve 193 sayılı kanununda belirtilmiş tarifenin ikinci dilimini aşmayan aile hekimlerinin ücretleri de yine

⁴³ 6/1/1961 tarihli ve 10700 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

beyannameye tabi değildir. Ancak kanunda belirtilen ikinci dilimi aşması durumunda beyan edilmesi gerekmektedir (Ceyhan ve Gündüz, 2018:14-15).

193 sayılı kanunun 94. maddesine göre; kamu idare ve müesseseleri, iktisadi kamu müesseseleri, sair kurumlar, ticaret şirketleri, iş ortaklıkları, dernekler, vakıflar, dernek ve vakıfların iktisadi işletmeleri, kooperatifler, yatırım fonu yönetenler, gerçek gelirlerini beyan etmeye mecbur olan ticaret ve serbest meslek erbabı, zirai kazançlarını bilanço veya zirai işletme hesabı esasına göre tespit eden çiftçiler 94. maddenin devam bentlerinde sayılan ödemeleri (avans olarak ödenenler dahil) nakden veya hesaben yaptıkları sırada hak sahiplerinin gelir vergilerine mahsuben tevkifat yapma zorunluluğu bulunmaktadır. 193 sayılı kanunun 94. maddesinde görüleceği üzere aile hekimleri tevkifat yapmakla yükümlüler arasında sayılmamaktadır.

Ancak 193 sayılı kanunun 94. maddesinin son fıkrasına göre Maliye Bakanlığı vergiye tabi işlemlerle ilgili olarak vergiye taraf veya aracı olanları verginin ödenmesinden sorumlu tutmayla yetkilendirilmiştir.

26/8/2010 tarihli ve 275 seri no'lu Gelir Vergisi Genel Tebliği'ne⁴⁴ göre; aile hekimliği hizmetinin verilmesine ilişkin temizlik, sekreterlik, şoförlük gibi hizmetler için ASM'lerde çalışacak olan personellere yapılacak olan ücret ödemeleri, serbest meslek işleri dolayısıyla yapılacak ödemeler ile işyerine ait kira ödemeleri ve esnaf muaflığından yararlananlardan mal ve hizmet alımları için yapılan ödemeler aile hekiminin tevkifat yapma zorunluluğu getirilmiştir. Aynı ASM'de birden fazla aile hekiminin bulunması durumunda 5258 sayılı kanuna göre belirlenmiş olan yönetici, bu yükümlülükleri yerine getirmekle yetkilendirilmiştir.

275 seri no'lu genel tebliğde yapılan açıklamalar doğrultusunda aile hekimlerinin;

- Güvenlik, temizlik, sekreterlik, şoförlük gibi sağlık hizmeti dışında kalan diğer hizmetler için yanlarında çalışan personellere yapılan ücret ödemelerden (193 sayılı kanununun 103. maddesinde belirtilen oranlar),
- Serbest meslek işleri sebebiyle yapılacak ödemelerden %20,
- ASM işyerine ait kira ödemelerinden %20,

⁴⁴ 26/8/2010 tarihli ve 27864 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- Esnaf muaflığı hakkından yararlanan kişilerden yapılan mal alışından %5 ve hizmet alımlarından %10

oranında yapılacak olan ödemelerden belirtilen oranlar dahilinde tevkifat yapmaları gerekmektedir. Aile hekimleri bu yönleriyle vergi sorumlusu haline gelmektedir. Söz konusu alanlardan tevkifat yapmak durumunda olan aile hekiminin sorumlu sıfatıyla, ilgili vergi dairesine muhtasar beyanname vermesi gerekmektedir.

• Kurumlar Vergisi Açısından

13/6/2006 kabul tarihli ve 5520 sayılı Kurumlar Vergisi Kanunun⁴⁵ “Muafiyetler ve İstisnalar” başlıklı ikinci kısmında yer alan madde 4/b’de, kamu kurum ve idarelerine bağlı sağlık hizmeti sunan kuruluşların muafiyet durumları tespit edilmiştir. 5520 sayılı kanun madde 4/b’ye göre; kamu idare ve kuruluşları tarafından genel insan ve hayvan sağlığını korumak ve tedavi amacıyla işletilen hastane, klinik, dispanser, sanatoryum, huzurevi, çocuk bakımevi, hayvan hastanesi ve dispanseri, hayvan bakımevi, veteriner bakteriyoloji, seroloji, distofajin kuruluşları ve benzeri kuruluşlar, kurumlar vergisinden muaf tutulmaktadır. Bu kapsamı itibariyle bir kamu idaresi olan Sağlık Bakanlığına bağlı olarak ve genel insan sağlığını korumak amacıyla kurulan hastane, ASM ve diğer sağlık merkezlerinin kurumlar vergisi mükellefiyeti bulunmamaktadır.

• Katma Değer Vergisi Açısından

1984 tarihli ve 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu⁴⁶ madde 1’e göre, Türkiye’de yapılmış olan her türlü ticari, sınai, zırai faaliyet ile serbest meslek faaliyeti çerçevesinde yapılan teslim ve hizmetlerin tamamı kanun kapsamı içindedir. Sayılan bu faaliyetler kapsam içinde olmakla birlikte bu faaliyeti yürütenler vergi mükellefi olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme karşılığı çalıştırılması ve bu çalışma süreci boyunca devlet memuru olarak değerlendirilip ücret geliri elde etmesi sebebiyle, aile hekiminin hekimlik vazifesi için ayrıca bir KDV mükellefiyeti doğmayacaktır.

⁴⁵ 21/6/2006 tarihli ve 26205 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁶ 2/11/1984 tarihli ve 18563 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

01/05/2012 tarihinden itibaren yürürlüğe giren 117 seri no'lu Katma Değer Vergisi Genel Tebliğinin⁴⁷ 3.1.3 bölümünde yer alan esaslara göre, aile hekimleri kısmi tevkifat yapma zorunluluğu olan mükellefler arasında yer almamaktadır. Bu sebeple aile hekimlerinin sağlık hizmeti dışında kalan güvenlik, temizlik ve sekreteryaya gibi diğer hizmetleri satın almaları durumunda bu hizmetler nedeniyle KDV mükellefi olarak tevkifat yapma zorunlulukları 117 seri no'lu genel tebliğ gereğince bulunmamaktadır.

3065 sayılı kanunun “Sosyal ve Askeri Amaçlı İstisnalarla Diğer İstisnalar” başlıklı altıncı bölümünde yer alan madde 17’de kamu kurum ve kuruluşların sosyal amaç taşıyan sağlık tesis ve işletmeleri için yaptıkları teslim ve hizmetleri ile teşhis ve tedaviye yönelik sağlık hizmeti sunanların birbirlerine yapacakları teslim ve hizmetleri KDV’den istisna edilmektedir.

3065 sayılı kanunun 17. maddesi uyarınca; Genel ve katma bütçeli daireler, il özel idareleri, belediyeler, köyler, bunların teşkil ettikleri birlikler, üniversiteler, döner sermayeli kuruluşlar, kanunla ve Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle kurulan kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, siyasi partiler ve sendikalar, kanunla kurulan veya tüzelkişiliği haiz emekli ve yardım sandıkları, kamu menfaatine yararlı dernekler, tarımsal amaçlı kooperatifler ve Cumhurbaşkanınca vergi muafiyeti tanınan vakıfların; hastane, nekahathane, klinik, dispanser, prevantoryum, sanatoryum, kan bankası ve organ nakline mahsus bankalar, anıtlar, botanik ve zooloji bahçeleri, parklar ile veteriner, bakteriyoloji, seroloji ve distofajin laboratuvarları gibi kuruluşlar, öğrenci veya yetiştirme yurtları, yaşlı ve engelli bakım ve huzurevleri, parasız fukara aşevleri, düşkünevleri ve yetimhaneleri işletmek veya yönetmek suretiyle ifa ettikleri kuruluş amaçlarına uygun teslim ve hizmetleri ile bunlardan sağlık hizmeti sunanların teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerine yapacakları teslim ve hizmetler, KDV’den istisna edilip vergi dışı tutulmuştur.

3065 sayılı kanunun “Sosyal ve Askeri Amaçlı İstisnalarla Diğer İstisnalar” başlıklı altıncı bölümünde yer alan 17. maddesi uyarınca; Sağlık Bakanlığına bağlı hastane, klinik, dispanser, sanatoryum gibi kurum ve kuruluşların yapacağı GVK madde 70’de belirtilen mal ve hakların kiralanması işlemleri KDV’den istisna edilip vergi dışı tutulmuştur.

⁴⁷ 14/04/2012 tarihli ve 28264 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- **Damga Vergisi Açısından**

1964 tarihli ve 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu⁴⁸ içinde yer alan (2) sayılı tablonun “V-Kurumlarla ilgili kağıtlar” başlıklı bölümün (25) numaralı fıkrasına 5258 sayılı kanununa göre hizmet alımına ilişkin yapılan hizmet sözleşmelerinin dahil edilmesiyle, aile hekimlerinin çalışmaya başlamak için yaptıkları hizmet sözleşmesi damga vergisinden muaf tutulmuştur. Görüleceği üzere bir ASM’de çalışan sağlık personelinin, işe başlaması için gerekli hizmet sözleşmesi, damga vergisi kapsamı dışında tutulmaktadır. ASM’lerin kurulacağı yerler daha önceden kamuya ait olan taşınmazlardır. Bu taşınmazlar, ilgili aile hekimlerine belirli bir bedel karşılığında sözleşme yapılarak kiralanmaktadır. Bu bedel, aile sağlığı merkezi gider ödemelerinden kesilerek yapılmaktadır. Ödenecek olan bu kira bedeli, ilgili yerdeki Sağlık Müdürlüğüne yapılmaktadır. Bu nedenlerle yapılacak olan sözleşme vergi kapsamı dışında tutulmaktadır.

3.2.2 Üniversite Hastaneleri

- **Kurumlar Vergisi Açısından**

2547 sayılı kanun ile üniversite hastanelerine çeşitli vergisel imtiyazlar tanınmıştır. Yükseköğretim üst kuruluşları, yükseköğretim kurumları ve bunlara bağlı olan kurullara yönelik yapılacak tüm bağış ve vasiyetler, vergi, resim, damga resmi ve harçlar muafiyet kapsamı içindedir.

Üniversiteler ile yüksek teknoloji enstitüleri genel bütçeye dahil kamu kurum ve kuruluşlar kapsamında dahil edilip, bu kurum ve kuruluşlara tanınan tüm mali muafiyetler, istisnalar ile diğer tüm mali kolaylıklardan yararlanmaları söz konusu olmaktadır (2547 S.K, m.56).

5520 sayılı kanun madde 1’de iktisadi kamu kuruluşları ile dernek veya vakıflara ait iktisadi işletmeleri vergi mükellefiyeti kapsamı içine dahil edilmektedir.

Devlete, il özel idarelerine, belediyelere, diğer kamu idarelerine ve kuruluşlarına ait olan veya bağlı olup, faaliyetlerini sürekli olarak icra eden ve ticari, sınai ve zirai amaçla işletilen işletmeler, iktisadi kamu kuruluşları olarak tanımlanmaktadır (5520 S.K, m.2/3).

⁴⁸ 11/7/1964 tarihli ve 11751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Yukarıda sayılan iktisadi kamu kuruluşları ile dernek ve vakıflara ait olan iktisadi işletmelerin kazanç amacı gütmemeleri, tüzel kişiliklerinin olmaması, kar elde edilmemesi veya elde edilen karın kuruluş amaçlarına tahsis ediliyor olması, sayılan iktisadi kuruluşların kurumlar vergisi mükellefiyetini etkilemeyecektir (5520 S.K, m.2/6).

Ancak 5520 sayılı kanun madde 4/a'da, kamu idare ve kuruluşları tarafından tarım ve hayvancılığı, bilimi, fenni ve güzel sanatları öğretmek, yaymak, geliştirmek ve teşvik etmek amacı ile kurulmuş ve işletilmekte olan eğitim yerleri kurumlar vergisinden muaf tutulacağı belirtilmiştir.

5520 sayılı kanun madde 4/b'ye göre; kamu kurum ve kuruluşları aracılığıyla işletilen hastane, klinik, dispanser, sanatoryum, huzurevi, çocuk bakımevi, hayvan hastanesi ve dispanseri, hayvan bakımevi, veteriner, bakteriyoloji, seroloji, distofajin kuruluşları ile benzeri kuruluşlar kurumlar vergisinden muaf tutulmuştur.

5520 sayılı kanunun 4. maddesinin (m) fıkrasında, münhasıran bilimsel araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunan kurum ve kuruluşların muafiyet dahilinde yer aldığına yönelik hükmünün bulunması, üniversite hastanelerinin, sağlık hizmeti sunumunun yanında bilimsel düzeyde eğitim, araştırma ve geliştirme hizmetinin de sunulduğu üçüncü basamak bir kuruluş olması sebebiyle de muafiyet kapsamına dahil edilebilir.

Görüleceği üzere 5520 sayılı kanunun yukarıda verilen hükümlerine göre (md. 4/a-b-m) kamuya ait üniversitelerin ve bu üniversitelere ait hastane ve benzeri sağlık hizmeti sunmak amacıyla kurulan kuruluşların kurumlar vergisinden muaf olduğu anlaşılmaktadır.

5520 sayılı kanun ve 2547 sayılı kanun ile kamuya ait üniversitelere sağlanan imtiyazların, 2547 sayılı kanunun ek 7. maddesine göre, 2547 sayılı kanunun 56. maddesinde belirtilmiş olan mali haklardan vakıflarca kurulmuş olan üniversitelerin de aynen yararlanacağı hüküm altına alınmıştır.

Üniversite hastaneleri, döner sermayeli işletmelerdendir. Üniversiteye bağlı olarak kurulmaktadır. Kurulan hastanenin kurumlar vergisi mükellefi olabilmesi için; üniversiteye ait veya bağlı olması, sermaye şirketi veya kooperatif şeklinde kurulmamış olması ve ticari, sınai veya zirai alanda devamlı olarak faaliyette bulunması gerekir (Ünal,

2018:92). Ancak, 5520 sayılı kanun madde 4’de de belirtildiği üzere, bazı faaliyetler vergiden muaf tutulmuştur. Bu sebeple, kurulan hastaneler her ne kadar vergi için gerekli şartları taşıyor olsa da, ilgili işletmenin faaliyeti muaf tutulması sebebiyle vergilendirilmemektedir.

- **Katma Değer Vergisi Açısından**

3065 sayılı kanunun 17/2-a. maddesi uyarınca; genel ve katma bütçeli daireler, il özel idareleri, belediyeler, köyler, bunların teşkil ettikleri birlikler, üniversiteler, döner sermayeli kuruluşlar, kanunla ve Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle kurulan kamu kurum ve kuruluşları, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, siyasi partiler ve sendikalar, kanunla kurulan veya tüzelkişiliği haiz emekli ve yardım sandıkları, kamu menfaatine yararlı dernekler, tarımsal amaçlı kooperatifler ve Cumhurbaşkanınca vergi muafiyeti tanınan vakıfların; hastane, nekahathane, klinik, dispanser, prevantoryum, sanatoryum, kan bankası ve organ nakline mahsus bankalar, anıtlar, botanik ve zooloji bahçeleri, parklar ile veteriner, bakteriyoloji, seroloji ve distofajin laboratuvarları gibi kuruluşlar, öğrenci veya yetiştirme yurtları, yaşlı ve engelli bakım ve huzurevleri, parasız fukara ahevleri, düşkünevleri ve yetimhaneleri işletmek veya yönetmek suretiyle ifa ettikleri kuruluş amaçlarına uygun teslim ve hizmetleri ile bunlardan sağlık hizmeti sunanların teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerine yapacakları teslim ve hizmetler, KDV’den istisna edilip vergi dışı tutulmuştur.

3065 sayılı kanunun 17. maddesinde istisna kapsamı içinde üniversitelerden doğrudan bahsetmesi sebebiyle, üniversite hastanelerinin kuruluş amaçlarına uygun olarak yapacakları teslim ve hizmetleri katma değer vergisinden istisna edilmektedir.

- **Damga Vergisi Açısından**

Resmi dairelerin kendi aralarında yaptıkları işlemlerde kağıtların kullanılması durumunda vergisel bir yükümlülük oluşmamaktadır. 488 sayılı kanun madde 8’de, resmi dairelerin genel ve özel bütçeli idareler ile il özel idareleri, belediyeler ve köyleri kapsadığı belirtilmiştir. Bu idarelere bağlı olarak kurulan ve ayrı bir tüzel kişiliği bulunan iktisadi işletmeler ise, kanun nezdinde “resmi daire” olarak değerlendirilmemektedir. Kamuya ait üniversitelerin özel bütçeli idareler sınıfında yer alması ve üniversiteye ait kurulan hastanenin ticari amaç ile kurulmayıp iktisadi bir gaye güdülmemesi sebebiyle, üniversiteler ve bunlara bağlı olarak kurulacak hastaneler resmi daire olarak nitelenmektedir. Bu kuruluşların diğer resmi dairelerle yapacağı işlemlerde damga

vergisi, 488 sayılı kanunun (2) sayılı tablosunun “I. Resmi işlerle ilgili kağıtlar” kısmına göre istisna edilmiştir.

Ancak resmi daire, resmi olmayan herhangi başka bir kurum veya kuruluş ile yapacağı işlemlerde ise damga vergisi mükellefi olabilmektedir. 488 sayılı kanunun (1) sayılı tablosundaki “IV. Makbuzlar ve diğer kağıtlar” kısmına göre resmi daireler tarafından yapılan mal ve hizmet alımları vergiye dahil edilmiştir.

- **Harç Açısından**

Genel bütçeye dahil olan bütün idarelerin işlemleri, 492 Sayılı Harçlar Kanunu⁴⁹ ile belirtilmiş olan (1) ve (3) Sayılı Tarife listesine giren tüm işlemleri, 492 sayılı kanun madde 13/j’ye göre harçlardan müstesna edilmiştir.

Genel bütçeli idarelere tanınan bu hak, 2547 sayılı kanunun 56. maddesi ile üniversiteler ve yüksek teknoloji enstitülerine de tanınmıştır. Kamuya ait üniversitelere verilen bu imtiyazlardan, 2547 sayılı kanunun ek 7. maddesi ile vakıflar aracılığıyla kurulacak olan üniversitelerin de aynen yararlanabileceği hüküm altına alınmıştır.

3.2.3. Şehir Hastaneleri

- **Katma Değer Vergisi Açısından**

3065 sayılı kanunun, geçici madde 29’da Yap-İşlet-Devret Modeli çerçevesinde hayata geçirilecek olan sağlık tesisleri için, ihale edilmesi ile görevlendirilen veya projeyi üstlenenlere yatırım döneminde proje kapsamında yapılan mal teslimleri ve hizmet ifaları katma değer vergisinden istisna edilmiştir.

Buna karşın kamu özel ortaklığı çerçevesinde kurulup, işletme dönemi içerisinde sunulan bazı hizmetlerde KDV uygulanmaktadır. 14 Şubat 2020 tarihli ve 31039 Sayılı 30 Seri No’lu Katma Değer Vergisi Genel Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ⁵⁰ bu konuya ilişkin açıklamalara yer vermektedir.

30 seri no’lu tebliğe göre; 6428 sayılı kanun ile hayata geçecek olan sağlık tesislerinde, yüklenici firma tarafından sağlık hizmetinin sunumuna yönelik Sağlık Bakanlığına sunulan laboratuvar, rehabilitasyon ve görüntüleme hizmetleri ile alt yükleniciler tarafından sayılan bu hizmetler için yapılan tüm faaliyetler %8 oranında

⁴⁹ 17/7/1964 tarihli ve 11756 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁰ 14/2/2020 tarihli ve 31039 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

KDV'ye tabi olmaktadır. 6428 sayılı kanun kapsamı içinde hayata geçen sağlık tesisinde yüklenici firma tarafından Sağlık Bakanlığına sunulan yemek hizmetleri ile bu hizmetleri sunmak için görevlendirilmiş alt yüklenicinin faaliyetlerinde %8 oranında KDV uygulanmaktadır.

- **Harç Açısından**

7061 Sayılı Bazı Vergi Kanunları ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun⁵¹ 31. maddesine göre, 492 sayılı kanundaki madde 123'e on birinci fıkradan sonra gelen fıkranın eklenmesiyle, kamu özel ortaklığı çerçevesinde kurulacak şehir hastaneleri için ayrıca bir muafiyet durumu düzenlenmiştir.

Kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde kurulması planlanan herhangi bir projeye finansman sağlamak amacıyla, yurt dışına ihraç edilen menkul kıymetler karşılığında fon sağlamak için kurulmuş olan özel kuruluşların, elde edilen bu fonları kamu özel ortaklığı projesinin yüklenicisi olan firmaya kullandırmasına ilişkin olarak düzenlenen kağıtlar ile bunların teminatı ve geri ödemesine ilişkin işlemler için düzenlenen kağıtlar, 492 sayılı kanunun yukarıda bahsedilen kanun maddesi uyarınca harçlardan istisna edilmiştir.

- **Damga Vergisi Açısından**

7061 kanunun 30. maddesine göre, 488 sayılı kanundaki (2) sayılı tablodaki "IV- Ticari ve medeni işlerle ilgili kağıtlar" kısmına 54. fıkranın eklenmesiyle, kamu özel ortaklığı çerçevesinde kurulacak olan şehir hastanelerinin kurulumu için ayrıca bir istisna durumu düzenlenmiştir.

Kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde kurulması planlanan herhangi bir projeye finansman sağlamak amacıyla, yurt dışına ihraç edilen menkul kıymetler karşılığında fon sağlamak için kurulmuş olan özel kuruluşların, elde edilen bu fonları kamu özel ortaklığı projesinin yüklenicisi olan firmaya kullandırmasına ilişkin olarak düzenlenen kağıtlar ile bunların teminatı ve geri ödemesine ilişkin işlemler için düzenlenen kağıtlar, 488 sayılı kanunun yukarıda bahsedilen kanun maddesi uyarınca damga vergisinden istisna edilmiştir.

⁵¹ 5/12/2017 tarihli ve 30261 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Bu duruma ek olarak, kurulan ve kurulması planlanan şehir hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlardır. Bu sebeple, şehir hastanelerinin bakanlıktan ayrı bir tüzel kişiliğinin olmaması nedeniyle, adı geçen 488 sayılı kanun nezdinde resmi daire olarak nitelenmesi gerekmektedir.

Şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığından ayrı bir tüzel kişiliğinin olmaması ve bu sebeple de resmi daire olarak nitelenmesi gerekliliği, 30/04/2020 tarihli Şehir Hastanesi Döner Sermayesinin Damga Vergisi Muafiyeti konulu özelge açıklık getirmektedir. Bu özelgeye göre şehir hastaneleri ve şehir hastanelerine bağlı olarak kurulacak döner sermaye işletmelerinin bakanlıktan ayrı bir tüzel kişiliğinin bulunmaması sebebiyle, resmi kurumlar arasında düzenleyeceği kağıtlar, damga vergisi kapsamına dahil edilmemektedir. Aynı özelgeye göre resmi daire olarak nitelenen şehir hastanesi döner sermaye işletmesinin tıbbi ve mal ve hizmet alımları esnasında 488 sayılı kanunun (I) sayılı tablosunun IV/I-a fıkrasına göre yapılacak ödemelerin kişilere yapılması durumunda nispi damga vergisine tabi olacağı belirtilmiştir.

- **Kurumlar Vergisi Açısından**

5520 sayılı kanun “Muafiyetler ve İstisnalar” başlıklı ikinci kısmında yer alan madde 4/b’de, kamu kurum ve idarelerine bağlı sağlık hizmeti sunan kuruluşların muafiyet durumları ortaya konulmuştur. 5520 sayılı kanun madde 4/b’ye göre; kamu idare ve kuruluşları tarafından genel insan ve hayvan sağlığını korumak ve tedavi amacıyla işletilen hastane, klinik, dispanser, sanatoryum, huzurevi, çocuk bakımevi, hayvan hastanesi ve dispanseri, hayvan bakımevi, veteriner bakteriyoloji, seroloji, distofajin kuruluşları ve benzeri kuruluşlar, kurumlar vergisinden muaf tutulmaktadır. Bu kapsamı itibarıyla bir kamu idaresi olan Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı olarak kurulan hastane ve diğer sağlık merkezlerinin kurumlar vergisi mükellefiyeti yoktur.

Sağlık Bakanlığının genel bütçeli bir idare olması ve şehir hastanelerinin de adı geçen bakanlığa bağlı olması sebebiyle, şehir hastaneleri ve şehir hastanelerine bağlı döner sermaye işletmeleri için ayrı bir kurumlar vergisi mükellefiyeti düzenlenemeyecektir.

- **Gelir Vergisi Açısından**

Şehir hastanelerindeki kamu tarafı sağlık hizmetinin sunumu esnasında ortaya çıkmaktadır. Buna göre şehir hastanelerinde sağlık hizmetini sunmakla görevli olan

personeller, adı geçen bakanlık tarafından yetkilendirilmiş olan kamu personelleridir. Resmi kurumlarda çalışan kamu personelleri, 657 sayılı kanuna göre devlet memuru olarak nitelenmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığınca kurulup idare edilen sağlık kuruluşlarında çalışan personeller, kamu personeli olarak değerlendirilir ve gelir durumları buna göre belirlenir.

657 sayılı kanun madde 1’de; genel ve katma bütçeli kurumlar, il özel idareleri belediyeler, il özel idareleri ve belediyelerin kurdukları birlikler ile bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlarda çalışan sürekli, sözleşmeli ve geçici olarak çalışan tüm personeller 657 sayılı kanun kapsamında devlet memuru olarak değerlendirilir.

657 sayılı kanunun “Sınıflandırma” başlıklı ikinci kısmında sağlık hizmetleri ile ilgili sınıflandırmaya yer vermektedir. Bu sınıflandırmaya göre; sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dahil) mesleki eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknolojisi, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehasssısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personeli, sağlık hizmetini sunmakla yetkilendirilmiş devlet memuru olan sağlık personelleridir. Böylece genel bütçeli bir idare olan Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı olarak kurulan şehir hastanelerinde çalışacak olan yukarıda sayılan sağlık personelleri, sağlık hizmetini sunmakla yetkili devlet memurlarıdır.

Yukarıda sayılan kanunlara göre şehir hastanelerinde çalışacak olan tüm sağlık çalışanlarının devlet memuru olacağı anlaşılmaktadır. Bu sebeple şehir hastanesinde çalışacak olan sağlık çalışanları, devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile aynı değerlendirilip, elde edecekleri gelirleri 193 sayılı kanuna göre ücret olarak tespit edilecektir.

3.2.4. Özel Hastaneler Ve Özel Sağlık Kuruluşları

- **Gelir Vergisi Açısından**

Özel sağlık kuruluşlarında çalışan tabiplerin elde ettikleri gelirler, ücret veya serbest meslek kazancı olabilmektedir. 2009 tarihli ve 40 No’lu Vergi Usul Kanunu

sirkülerinde⁵², özel sağlık kuruluşlarında görev alan tabiplerin vergisel yükümlülükleri tespit edilmiştir. Bu sirkülere göre sağlık kuruluşunda faaliyette bulunan tabiplerin elde ettikleri gelirin niteliği tespit edilirken; hekimlerin işe başlama bildirimi, yoklama fişi, kira sözleşmesi, özel sağlık kuruluşları işleten gerçek veya tüzel kişilerle tabipler arasındaki sözleşmeler dikkate alındığında, işveren ile tabip arasında bir hizmet sözleşmesinin düzenlenmesi ve bu sözleşme doğrultusunda belirli bir işyerine bağlı olarak hizmetin sunulması durumunda elde edilecek gelir, ücret geliri olarak değerlendirilecektir. Ancak tabibin herhangi bir işverene ve işyerine bağlı olmaksızın, günlük çalışma saatleri içinde hizmette bulunmak için kiraladıkları işyerlerinde kendi namı ve hesabına serbest meslek faaliyetini icra etmeleri halinde bu faaliyetlerinden elde edecekleri kazancı, serbest meslek kazancı olarak değerlendirilecektir.

Kurulması planlanan özel sağlık kuruluşu adi ortaklık veya şahıs şirketi halinde yapılıyor ise doğan vergisel yükümlülük ortaklar için gelir vergisidir. Ancak bu işletme, sermaye yoğun faaliyette bulunacak ve sermaye şirketi halinde yapılacak ise doğan vergisel yükümlülük kurumlar vergisine dahildir. Özel sağlık kuruluşlarının bu özellikleri sebebiyle KDV mükellefiyeti ve işyeri kirasından doğan stopaj uygulama yükümlülüğü bulunmaktadır.

Serbest meslek kazancının tespiti için, 193 sayılı kanun madde 66/5'te, bir diğer vergi kanunu olan 1961 tarihli 213 Sayılı Vergi Usul Kanunu'na⁵³ atıf yapmakta ve maddede geçen durumları taşıyan kişilerin muafiyet ve vergi kazancının tespitine yönelik açıklamalar bulunmaktadır.

193 sayılı kanun madde 66/5'e göre; 213 sayılı kanunun 155. maddesinde bahsedilen kıstasları sağlayan ebe, sünnetçi, sağlık memuru, arzuhalci, rehber gibi mesleki faaliyetlerde bulunanların (213 sayılı kanunun 155. maddesinde aktarılan şartlardan en az ikisini sağlamayanlar ile köylerde veya son nüfus sayımında 5.000 nüfusu aşmayan yerlerde faaliyette bulunanların bu faaliyetleri sonucu elde ettikleri kazanç, gelir vergisinden muaftır), bu faaliyetleri sonucu elde edecekleri kazançları serbest meslek kazancı olarak değerlendirilir ve serbest meslek erbabı olarak kabul edilirler.

⁵² 17/2/2009 tarihli ve 40 seri no'lu Vergi Usul Kanunu Sirküleri.

⁵³ 11/1/1961 tarihli ve 10705 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

193 sayılı kanunun 66/5. maddesi, 213 sayılı kanun madde 155'e atıf yaparak madde 155'te belirtilmiş şartlara göre dizayn edilmiştir. Bu kapsamı itibariyle ilgili şartlar şunlardır (213 S.K, m.155):

- Serbest meslek faaliyetinin yürütüleceği muayenehane, yazıhane ve atölye gibi özel iş yerleri açan,
- Açılacak olan özel iş yerine mesleki faaliyetin ne olduğunu ve mesleki faaliyeti sunmaya hazır olduğunu gösteren tabela veya levhalara sahip olan,
- Sürekli ve devamlı olarak mesleki faaliyette bulunduğunu gösteren yazı, ilan ve pankart gibi göstergelerde bulunan,
- Sunulacak serbest meslek faaliyetine göre gerekli meslek odalarına kayıt olan kişiler serbest meslek erbabı olarak değerlendirilir. Bu şartlardan herhangi birini yerine getirmek serbest meslek erbabı olarak işe başlamayı göstermektedir.

Özel sağlık kurumlarında bir sözleşme karşılığı faaliyette bulunan sağlık çalışanın elde ettiği gelir, ücret geliri olarak değerlendirilir. Elde edilen gelirin ücret geliri olarak sayılması için üç unsuru taşıması gerekmektedir. Bu üç unsur ise, belirli bir işverene bağlı olarak çalışmak, belirli bir işyerine bağlı olarak çalışmak ve bu çalışma karşılığında kazanç elde etmektir. Bu unsurlardan biri veya birkaçının bulunmaması halinde ücret gelirinden bahsedilmesi mümkün değildir (Hacı ve Teker, 2020:128). Nitekim 193 sayılı kanunu madde 62'de işvereni, hizmet erbabını emir ve talimatları doğrultusunda çalıştıranlar olarak tanımlamış ve tarif etmiştir. Bu nedenle, ücret geliri için belirli bir işyeri ve işverenin bulunması gerekir.

Bu durumlara ek olarak, hekimlerin kendi aralarında şirket kurmaları durumunda, bu hekimlerin ilgili özel hastanede çalışması karşılığında fatura düzenlemektedir. Bu şekilde faaliyete geçecek olan hekim, ilgili özel hastane ile sözleşme yapmaktadır. Hastane ile hekimler tarafından kurulan şirket arasında yapılan bu sözleşme, hizmet alımı sözleşmesi niteliğindedir. Bu sözleşme karşılığında çalışacak olan hekimler, SGK kapsamında 4/b'li olarak değerlendirilmektedir (Bozdemir, 2019:1-10).

Kendi nam ve hesabına yönelik faaliyetleri sonucu makbuz düzenleyenler, serbest meslek kazancı elde ederler. Şirket ortağı olarak faaliyette bulunan hekimlerin kazançları

ise, şirket gelirlerinden dağıtılarak tespit edilir. Bu noktada şirket ortağı bir hekimin net kazancının tespitinde dolaysız vergiler de devreye girecektir.

Çünkü hekim, aynı zamanda bir sermayedar ve bir şirket ortağıdır. Yaptığı faaliyetler, ortağı olduğu şirket adınadır. Kurumlar vergisi hesaplanır, yedek akçeler ayrılır ve ortaklara şirket net karından kar payları ayrılır. Ortaklara ayrılan kar paylarından gelir vergisi hesaplanır ve düşürülür. Ortaya çıkan tutar hekim için menkul sermaye iradı olacaktır. Kar paylarının yarısı gelir vergisinden istisnadır. Bu tutar hekimin net kazancıdır. Bu kazancı üzerinden ilgili vergi dairesine beyanname verilmesi zorunluluktur. Bu beyanname tutarından ilgili dönem içindeki indirimler ve yapılması gereken mahsuplar düşürülür ve sonucunda hekimin net kazancı ortaya çıkar (Bozdemir, 2019:1-10).

193 sayılı kanun madde 37/3'e göre özel hastane işletmeciliği, ticari faaliyettir ve bundan elde edilen kazanç, ticari kazançtır. Şahıs şirketleri halinde kurulan sağlık kuruluşlarından elde edilen kazançlar gerçek kişi ortaklar açısından ise gelir vergisi hükümlerine girmektedir. 193 sayılı kanun madde 37/7'de belirtilen hükme göre diş protezciliği faaliyetinden elde edilen kazanç da ticari kazanç olarak değerlendirilmektedir.

• Kurumlar Vergisi Açısından

5520 sayılı kanun madde 6'ya göre; bir hesap dönemi içinde kurumların elde ettikleri safi kurum kazancı, kurumlar vergisine tabidir. Üzerinden kurumlar vergisinin hesaplanacağı safi kurum kazancının tespitinde, 193 sayılı kanunda belirlenmiş olan ticari kazanç hükümleri geçerli olmaktadır. Bu kapsamı itibariyle ticari amaçla kurulan ve kurumlar vergisi şartlarını sağlayan sağlık kuruluşları, kurumlar vergisi kapsamı içinde değerlendirilecektir.

5520 sayılı kanun madde 1'de belirtildiği üzere, sermaye şirketi veya dernek ve vakıflara ait bir işletme halinde kurulan sağlık kuruluşlarından elde edilen kazançların, kurumlar vergisi mükellefiyeti doğuracağı açıktır.

- **Katma Değer Vergisi Açısından**

2007 tarihli 13033 karar sayılı Mal ve Hizmetlere Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Bakanlar Kurulu kararı⁵⁴ ile uygulanacak olan KDV oranları tespit edilmiştir.

13033 sayılı Bakanlar Kurulu kararı madde 1/1'e göre;

- 13033 sayılı kararda yer alan (I) sayılı listedeki teslim ve hizmetler için %1,
- 13033 sayılı kararda yer alan (II) sayılı listedeki teslim ve hizmetler için %8,
- 13033 sayılı listelerde yer almayan mal ve hizmetler için ise %18 olarak KDV oranları belirlenmiştir.

13033 sayılı kararın (II) sayılı listesinin “Diğer Mal ve Hizmetler” başlıklı bölümünün 21. maddesine göre; insan ve hayvan sağlığına yönelik her türlü koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri ve ambulans hizmetlerinin sunumuna ilgili bakanlıklar ya da kanunlar tarafından izin verilen gerçek veya tüzel kişiler aracılığıyla gerçekleştirilmesinde uygulanacak olan KDV oranı %8'tir.

3065 sayılı kanunun, “Araçlar, Petrol Aramaları ve Teşvik Belgeli Yatırımlarda İstisna Araçlar, kıymetli maden ve petrol aramaları ile ulusal güvenlik harcamaları ve yatırımlarda istisna” başlıklı ikinci bölümünde yer alan madde 13/1'ye göre, Sağlık Bakanlığınca izin verilen gerçek veya tüzel kişiler tarafından, Türkiye’de yerleşmiş olmayan yabancı uyruklu gerçek kişilere verilen sağlık hizmetleri KDV istisnası kapsamına dahildir. Ancak bu istisnanın uygulanabilmesi için bu hizmetin koruyucu sağlık hizmeti, teşhis, tedavi ile rehabilitasyon sağlık hizmeti olması gerekmektedir. Bu sebeple daha zaruri olmayan estetik, saç ekimi ve cilt bakımı gibi sağlık hizmetleri bu istisna kapsamında değerlendirilmeyecektir.

Hekimin sözleşme karşılığında ve fatura düzenleyerek faaliyette bulunması esnasında sunulan hizmetlerde KDV ortaya çıkmaktadır. Nitekim oluşan bu KDV, hekimin kendi nam ve hesabına yani serbest meslek olarak faaliyette bulunması ve buna yönelik makbuz düzenlemesi sonucunda da çıkacaktır. Şirket ortağı hekimin, fatura

⁵⁴ 30/12/2007 tarihli ve 26742 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

karşılığı hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmasında oluşacak olan KDV, 2016/9542 Bazı Mal ve Hizmetlere Uygulanan Katma Değer Vergisi Oranları ile Özel Tüketim Vergisi Oranlarının Yeniden Belirlenmesi Hakkında Karar ile %8 olarak tespit edilmiştir. Bu kapsamda, özel sağlık kuruluşlarında hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri için KDV oranı kesinleşmiş olmaktadır (Bozdemir, 2019:1-10).

- **Harç Açısından**

492 sayılı kanunun, imityazname, ruhsatname ve diploma harçlarını kapsayan (8) Sayılı Tarife listesine göre tıbbi ilaçların satışa çıkarılması için Sağlık Bakanlığınca ruhsat verilmesi, harçlara dahildir. Bu kapsamı itibariyle 2021 yılı için, özel sağlık kuruluşlarında tıbbi ilaçların satışa çıkarılması amacıyla gerekli ruhsatnamenin verilmesi için, ülke içinde imal olunan ilaçlardan 1.269,80 TL, ülke dışında imal edilip ithal edilenlerden ise 2.543,00 TL olarak harç kapsamı içindedir.

492 sayılı kanunun, imityazname, ruhsatname ve diploma harçlarını kapsayan (8) Sayılı Tarife listesine göre zehirli ve kimyevi maddelerin toptan satışına yönelik açılacak eczane ve ticarethaneler için Sağlık Bakanlığınca verilecek olan ruhsatnameler, harçlar kapsamına girmektedir. Bu kapsamı itibariyle 2021 yılı için, başta özel sağlık kuruluşları olmak üzere zehirli ve kimyevi maddeleri satışa sunanlar için; son nüfusu 30.000'e kadar olan mahallerde 1.269,80 TL, son nüfusu 30.000 ile 50.000 arasında olan mahallerde 2.543,00 TL, son nüfusu 50.000 ile 100.000 arasında olan mahallerde 3.816,60 TL, son nüfusu 100.000 ile 400.000 arasında olan mahallerde 6.363,90 TL, son nüfusu 400.000 ve daha yukarı olan mahallerde ise 12.729,30 TL harç kanun kapsamında uygun görülmüştür.

492 sayılı kanunun, imityazname, ruhsatname ve diploma harçlarını kapsayan (8) Sayılı Tarife listesine göre ebe, hemşire ve sünnetçi gibi çeşitli sağlık hizmetini sunan kişilere verilecek ruhsatnameler, harçlar kapsamındadır. Buna göre 2021 yılı için; kurs ve sınav sonu başarılı olan hemşire, ebe ve sünnetçilere verilecek olan ruhsatnamelerde 378.00 TL, yurtdışında hemşire, ebe, sağlık memuru ve laborantlık üzerine eğitim gören Türk vatandaşlarının Türkiye'de çalışmaları için verilecek olan ruhsatnameden 378.00 TL ile sağlık okullarından mezun olanlara verilecek olan diploma ve sertifikalar için 378.00 TL harç kesilmektedir.

492 sayılı kanunun, imityazname, ruhsatname ve diploma harçlarını kapsayan (8) Sayılı Tarife listesine göre özel hastaneler açmak için gerekli ruhsatnameler, harçlar

kapsamı içindedir. Buna göre 2021 yılı için; 20 yataklıya kadar olanlar 2.542,20 TL, 20-50 yataklıya kadar olanlar 3.816,60 TL, 50-100 yataklıya kadar olanlar 6.363,90 TL ve 100 yatak veya daha yukarı olanlar için ise 10.182,90 TL harç bulunmaktadır. Radyoloji, radyo ve elektrikle teşhis ve tedavi ile diğer fizyoterapi müesseseleri açmak için verilen ruhsatnamelerden 2.543,00 TL harç kesilmektedir.

492 sayılı kanunun, imityazname, ruhsatname ve diploma harçlarını kapsayan (8) Sayılı Tarife listesine göre 2021 yılı için, bakteriyoloji ve kimya üzerine tahliller yapan özel laboratuvar açmak için verilecek olan ruhsatnameler üzerinden 1.269,80 TL harç kesilmektedir.



BÖLÜM IV

TOPLUM SAĞLIĞININ KORUNMASI AÇISINDAN BAZI MAL VE HİZMETLERİN VERGİLENDİRİLMESİ

Çalışmanın bu bölümünde ise toplumun genel sağlığını korumak amacıyla bazı mal ve hizmetlerin tesliminde uygulanan vergi uygulamalarına ilişkin değerlendirmeler yapılacaktır. Böylelikle Türkiye’de sağlık hizmeti; sunan kuruluşlar, sunan personeller ve toplumsal düzeyde sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkileyen mal ve hizmetlerle birlikte geniş kapsamda ele alınmıştır.

4.1. Toplum Sağlığı Açısından Bazı Mal Teslimi Ve Hizmetlerin Arzında Vergilendirme

4.1.1. Alışkanlık Verici Maddelerin Vergilendirilmesi

- **Sigara**

Sigara, diğer sağlığa zararlı ürünler gibi erdemsiz mallardan birisidir. Bu tarz bir ürünün sadece tüketene karşı bir etkisi bulunmamaktadır. Sigara yapısı gereği yaydığı dumanı ve izmaritiyle gerek sigara kullanmayan diğer insanlara gerekse de çevreye zarar vermektedir. Bu sebeple ortaya bir negatif dışsallık çıkmaktadır. Dışsallık parasal değerler ile ifade edilememektedir, bu sebeple sigaranın yaydığı negatif dışsallığın topluma zararını ölçmek oldukça zordur. Ancak sigara kullanımı nedeniyle artan hastalıklar, bu hastalıklar için katlanılan maliyetler, tedavi için ayrılan zaman ve tedavi için kullanılan malzemelerin maliyeti gibi kriterler sigaranın verdiği zararın maliyetini ölçmede bir etken olabilir.

Sigaranın bu zararlı etkilerini önlemek amacıyla devletler birçok yöntem uygulamaktadır. Bu uygulamaların başında, kapalı ortamlarda sigara kullanımına izin vermemek, sigara satışı ile alakalı reklamlara yasaklar koymak, sigara paketleri üzerinde zararlı etkilerini gösteren uyarılara yer vermek ve sigaranın zararları ile alakalı medya araçlarında yayınlar yapmak gibi toplumu bilgilendirici faaliyetler gelmektedir. En nihayetinde de tüm bu uyarıların yanında vergi kullanılmaktadır (Uğur ve Kömürcüler, 2015:329).

Devletler sigarayı önlemek amacıyla sadece ulusal faaliyetlerde bulunmamaktadır. 2003 yılında DSÖ üye ülkeleri tarafından Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi imzalanmıştır. Türkiye de bu sözleşmeyi imzalayan ülkeler arasında yer almaktadır. İmzalanan bu sözleşme ile Türkiye tütün kullanımı ile ilgili çeşitli önlemleri ele alacaktır. Bu önlemler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2008:10-11):

- Tütüne var olan talebin azaltılması için fiyat ve vergi uygulamaları ile müdahale etmek
- Toplumu ve çevreyi tütünün yaydığı dumandan korumak
- Tütün içeren ürünlere yönelik yeni düzenlemelerde bulunmak
- Tütün içeren ürünlerin tanıtımı ve reklamı ile ilgili engellemeler getirmek
- Tütün içeren ürünlerin zararlı olduğu yönünde toplumu bilinçlendirmek
- Tütün içeren ürünlerin yasa dışı ticaret faaliyetleri ile mücadele etmek
- İkame ürünleri ile mücadele etmek.

2008 yılında ise DSÖ tarafından Mpower Paketi yayımlanmıştır. Bu raporda DSÖ, tütün kullanımını küresel bir salgın olarak değerlendirmektedir. Sadece 20. yy'da tütün kullanımına bağlı olarak 100 milyon insanın öldüğü belirtilmektedir. Bu sayının 21. yy'da ise 1 milyara bulacağını öngörmektedir. Bu raporda DSÖ, tütün kullanımını engellemek amacıyla "MPOWER" adı altında altı önlem politikası sunmaktadır. Bu altı önlem politikası ise şunlardır (WHO, 2008:23):

- Tütün kullanımını izlemek ve buna yönelik önleyici politikalar üretmek
- Toplumu tütünün yaydığı dumandan korumak
- İnsanların tütün kullanımını bırakmasını sağlayacak desteklerde bulunmak
- Toplumu tütünün tehlikesi ile ilgili uyarmak
- Tütün ile ilgili reklamları engellemek
- Tütün üzerindeki vergileri artırmak

Gerek ulusal gerekse de uluslar arası çalışmalardan görüleceği üzere, bir tütün ürünü olan sigara ile mücadele kapsamında alınması gereken önlemler arasında vergi, önemli bir araç olarak dikkat çekmektedir. Sigara üzerine verginin konulması ve/veya var olan verginin artırılması ile devletin gelirinde önemli bir artış yaşanacak, verginin artması sebebiyle gençler arasında tüketimi zorlaştıracak, tüketen bireyler artan maliyete katlanmaktan vazgeçip sigarayı bırakmayı tercih edecek ve alınan bu vergi sigara

içenlerin içmeyenlere verdiği zararın transferi olacağı öngörülmektedir (Emery vd., 2001:278).

Türkiye’de sigara üzerinden alınan vergilerde, ÖTV ve KDV etkin olarak görülmektedir. ÖTV, nispi vergi oranı ve maktu vergi oranı olarak birlikte ele alınmaktadır. KDV ise, sigara üzerine hesaplanan verginin hesabında dahil edilerek bulunmaktadır.

Tablo 9.

ÖTV (III) Sayılı Liste (B) Cetveli

G.T.İ.P NO	Mal İsmi	Vergi Oranı (%)	Asgari Maktu Vergi Tutarı (TL)	Maktu Vergi Tutarı (TL)
2402.10.00.00.11	Tütün içeren purolar	80	0,4386	0,5863
2402.10.00.00.12	Uçları açık purolar	80	0,4386	0,5863
2402.10.00.00.19	Sigarillolar	80	0,4386	0,5863
2402.20	Tütün içeren sigaralar	63	0,4883	0,4851
2402.90.00.00.00	Diğerleri (Tütün yerine geçen maddelerden yapılmış purolar, uçları açık purolar, sigarillolar ve sigaralar)			
	-Tütün yerine geçen maddelerden yapılmış purolar, uçları açık purolar ve sigarillolar	80	0,4386	0,5863
	-Tütün yerine geçen maddelerden yapılmış sigaralar	63	0,4883	0,4851
24.03	Diğer mamul tütün ve mamul tütün yerine geçen maddeler; "homojenize" veya yeniden tertip edilmiş tütün; tütün hülasa ve esansları (2403.11.00.00.00, 2403.19.10.00.19, 2403.19.90.00.19, 2403.91.00.00.00, 2403.99.10.00.00, 2403.99.90.00.00 hariç)	63	0,4883	0,4851
2403.11.00.00.00	Bu faslın 1 nolu alt pozisyon notunda belirtilen nargile tütünleri	63	0,0984	0,5679

2403.19.10.00.19	Diğerleri (Net muhtevası 500 gr.1 geçmeyen ambalajlarda olanlar)	40	0,0625	0,5679
2403.19.90.00.19	Diğerleri (Net muhtevası 500 gr.1 geçen ambalajlarda olanlar)	40	0,0625	0,5679
2403.99.10.00.00	Enfiye ve çiğnemeye mahsus tütün	63	0,4883	0,4851
4813.10.00.80.00	Diğerleri (Makaron)	0	0,0675	-

Kaynak: ÖTV (III) Sayılı Liste (B) Cetveli

Tablodan görüleceği üzere tütün içeren sigaralara uygulanan vergi oranı %63, asgari maktu vergi tutarı 0,4883 TL, maktu vergi tutarı ise 0,4851 TL olduğu anlaşılmaktadır.

Bir sigaranın üzerinde bulunan vergi yükünün hesabının formülü şu şekilde belirtilebilir (Korlu, 2017:683):

$$V_y: ((f.vo)+mv+kdv/f).100$$

Vy: sigara üzerindeki vergi yükü

Vo: vergi oranı

Amv: asgari maktu vergi tutarı

Mv: maktu vergi tutarı

F: satış fiyatı

Kdv: katma değer vergisi

Bu formüle göre örneğin satış fiyatı 10 TL olan bir sigaranın güncel vergi oranları ile vergi yükü hesaplanabilecektir.

$$V_y: [((10.0,63)+0,4851+(10.0,1525))/10].100 = \%83,2 \text{ olarak çıkacaktır.}$$

İç iskonto oranı ile perakende satış bedelinin %15,25'i KDV'den kaynaklandığı için, KDV oranı %15,25 olarak değerlendirilmektedir. Bu formül, $f.vo \geq amv$ şartını sağlamak zorundadır. Eğer, şart sağlanmıyorsa asgari maktu vergi tutarının sonucu esas alınır. Örneğin 20 adet sigaradan oluşan satış fiyatı 7 TL olan bir sigara paketinin nispi vergi tutarı 4,41 çıkmaktadır ($7.0,63=4,41$). Paket içinde bulunacak her sigara için asgari maktu vergi hesaplanması gerektiğinden, $amv: 0,4883.20 = 9,766$ çıkmaktadır. Görüleceği üzere nispi tutar (4,41), asgari maktu tutarın (9,766) altında kalmakta ve ilgili

şart sağlanmamaktadır. Bu durumda asgari maktu tutar esas alınır ve bu fiyat üzerine hesaplanan sigaradaki nispi vergi yükü artmış olmaktadır. Sigara paket fiyatı yükseldikçe, bir paket sigara üzerindeki vergi yükü düşüş göstermektedir. Bu adaletsiz bir görüntü çizmektedir. DSÖ, nispi oranın düşürülüp, maktu değerlerin yükseltildiği bir yöntemi önermektedir. (Aykın, <https://vergidosyasi.com/2017/04/08/sigarada-vergi-orani-bir-paket-sigaraya-odenen-vergi-sigara-vergisinin-hesaplanmasi/>, Erişim Tarihi: 3.6.2021).

Tablo 10.

Paket Sigaraya (ucuz- pahalı sigara) Ödenen Vergi Miktarı (2019 Yılı)

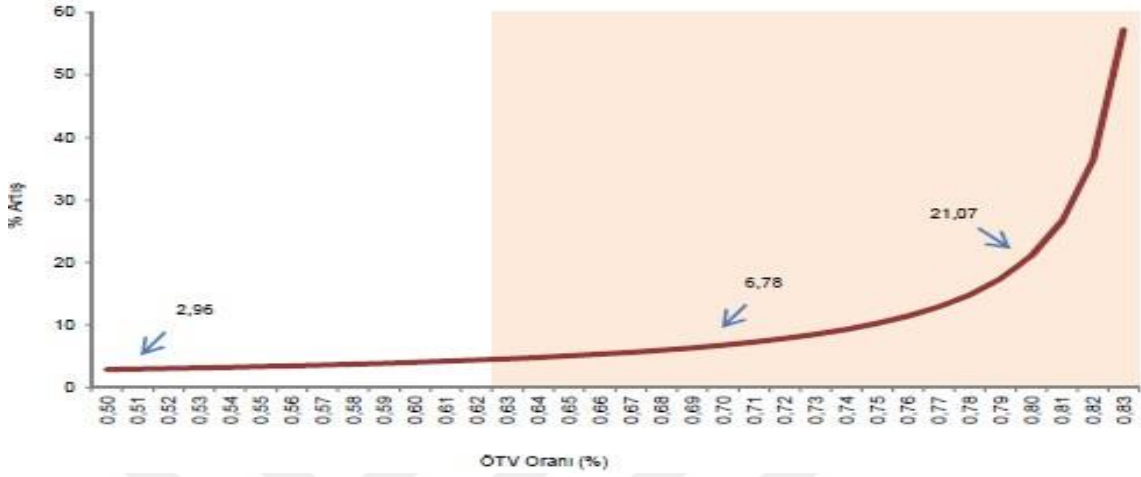
Sigaranın Perakende Fiyatı (TL)	8	8,5	9	9,5	10	12	13
Toplam Vergi Yüğü %	90,500%	86,074%	82,917%	82,671%	82,450%	81,750%	81,481%
Nispi Vergi (%65,25)	63,00%	63,00%	63,00%	63,00%	63,00%	63,00%	63,00%
Maktu vergi	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42	0,42
Katma Değer Vergisi %	15,25%	15,25%	15,25%	15,25%	15,25%	15,25%	15,25%
Bir Paket Sigaradaki Vergi Tutarı (TL)	7,24	7,31625	7,4625	7,85375	8,245	9,81	10,5925

Kaynak: Aykın, <https://vergidosyasi.com/2017/04/08/sigarada-vergi-orani-bir-paket-sigaraya-odenen-vergi-sigara-vergisinin-hesaplanmasi/>, Erişim Tarihi: 3.6.2021

Tablo 11'deki verilere bakıldığında 8 TL'ye satışı yapılan sigaradaki vergi yükü %90,5 olarak görülmektedir. Bu sigaranın 7,24 TL'si ise vergiden meydana gelmektedir. Yine tablodan da görüldüğü üzere 13 TL'ye satışı yapılan sigarada vergi yükü ise %81,4 olarak tespit edilmiştir. Pahalı ile ucuz sigara arasındaki vergi yükü farkı %10 seviyelerindedir. Tablodan anlaşılabacağı üzere sigara fiyatı arttıkça vergi yükü düşmekte, sigara fiyatı düştükçe vergi yükü artmaktadır (Beşer ve Aşkan, 2019:72).

Tütün ürünlerinin ülkemizde vergilendirilmesindeki başlıca sorunu vergi yükünün yüksek olması ile birlikte nispi vergilemenin ağırlıkta kullanılmış olmasıdır. Nispi vergileme yönteminde, üretici fiyatı ile KDV oranı sabit kalmakla birlikte, ÖTV'de var olan bir artış satılacak olan nihai malın satış fiyatını doğrudan etkilemektedir (Uğur ve Kömürcüler, 2015:339).

Şekil 4’de görüleceği üzere ÖTV oranının %50’den %51’e yükseldiğinde nihai tütün ürününün fiyatında %2,96, ÖTV’nin %69’dan %70’e yükselmesi durumunda fiyatta %6,78, ÖTV’de %79’dan %80’e çıkması durumunda ise malın nihai fiyatında %21,07 artış yaşanmaktadır.



Şekil 4. Tütün ürünleri fiyatlarının ÖTV’ye olan duyarlılığı (% değişim)

Kaynak: Atuk, Çebi ve Özmen, 2011:4

Bu ve bunun gibi sorunlar tüketicilerin tercihlerini değiştirmekte ve kaçak yollarla elde edilen tütün ve ürünlerine yönelmektedir.

2013 yılında İstanbul’da 1018 kişi ile yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %70,5’i tütün ürünleri üzerindeki yüksek vergilerin kaçak ürünlerin tüketimini arttırdığını beyan etmiştir. Aynı çalışmada tütün üzerindeki vergilerin artmaya devam etmesi halinde tütün tükettiğini beyan edenlerin %65,6’sı kaçak yollarla temin edilen ürünleri kullanabileceğini dile getirmişlerdir. Aynı çalışmaya katılan bireylerin %58’si tütünlü ürünler kullanmaktadırlar. Bu bireylerin %47’si devletin sağlık ve toplumsal nedenlere dayandırarak tütün ürünleri üzerinden vergileri artırmasının, tütün ürünlerinin kullanımını düşürmeyeceğini belirtmektedirler. Çalışmaya katılan bireylerin %66,8’i sigara üzerine konulan verginin %100 oranında arttırılması durumunda bile sigara kullanımını bırakmayacağını belirtmişlerdir (Gergerlioğlu, 2013: 180-189).

Sonuç olarak sigara, bir bağımlılık olması nedeniyle vergi gibi yöntemlerle giderilmesi oldukça zor bir sorundur. Artan vergiler ile belirli seviyelerde düşüşler gözlenebilir. Ancak bu düşüşün nedeni, bireylerin tüketimi bıraktıkları anlamına gelmeyecektir. Çünkü kaçak yollar ile tüketim, gün geçtikçe artan bir grafik göstermektedir. Bu sebeple sigara üzerinden yüksek vergi alınması ve/veya yeni

vergilerin düzenlenmesi istenilen toplumsal faydayı doğurmayacaktır. Bu sebeple, sigaranın bireyler nezdinde bağımlılığı ile mücadele etmek, doğurduğu kötü sonuçların neler olduğu ile ilgili olarak yayınlar yapmak, toplumu bilinçlendirmek ve sigarayı özendirici faaliyetleri engellemek daha etkili çözüm yöntemlerindendir. Ancak verginin, bağımlılık seviyesinde olmayan sigara kullanıcıları üzerinde bir etkisi mümkün olabilir. Bu noktada sigara üzerinden alınan vergilerin doğru ve etkin olması elzemdir. Ülkemizde tütün ürünleri, ÖTV kapsamı içinde değerlendirilmektedir. Alınan verginin adaletsiz bir şekilde alınması, daha pahalı sigaranın vergi yükünün daha düşük olması ve nispi vergileme yönteminin daha çok tercih edilmesi, vergileme yönünde sorunlara neden olmakta, tüketicileri kaçak yollara sevk etmektedir. Bu noktada devletin, vergileme yöntemini yeniden ele alması, adaletli davranması ve DSÖ gibi uluslararası örgütlerin kriterlerini dikkate alması gerekmektedir. Çünkü DSÖ, nispi vergileme yerine maktu tutarlarda vergilemeyi önermektedir. Nitekim gelişmiş ülkelerde maktu tutar üzerinden vergileme ülkemize kıyasla daha yüksektir.

- **Alkol**

Alkol, sağlığa zarar veren erdemsiz mallardandır. Sigaranın dumanı, sigara kullanmayan kişilere de zarar verebilirken, alkol tüketen birey, sadece alkolü tüketmesi ile başkasına zarar verebilme ihtimali bulunmamaktadır. Alkolün doğurduğu ve sebep olduğu hastalıklar, alkolden kaynaklanan trafik kazaları, alkolün yarattığı yaşam kalitesindeki düşüklük ve aile içi şiddet gibi sorunlara alkol tüketimi, neden olabilmektedir. Alkol tüketimine bağlı olarak oluşan hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisi için harcanan maliyetler ve hayat kalitesinde düşüşe neden olmasıyla iş yaşamında verimlilik kaybının getirdiği maliyetler alkolün neden olduğu maliyetlere örnek verilebilir.

Yukarıda sayılanlara göre devletin alkole müdahalesinin temel sebepleri sosyal sebeplerdir. Aşırı alkol tüketen birey kendisi, yakınları ve toplumun geri kalanı için olumsuz sonuçlar doğurmaya başlaması durumunda ortaya maliyetler çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu maliyetleri, en aza indirmek alkole müdahil olmanın temel gayesidir. Müdahale sonucunda aşırı alkol tüketimini azaltan bireyin hayat kalitesi ve iş yaşamında verimliliği artar, ortaya çıkacak sağlık ve adalet harcamaları azalır ve bunların devlete olan mali yükü düşer (Koç ve Koç, 2020:214).

Devlet diğer erdemsiz mallara müdahalede uyguladığı gibi alkol tüketimi için de iki ana yol izler. Bu yollardan birisi sosyal yöntemlerdir. Diğer ise mali yöntemlerdir. Mali yöntemlerde vergi uygulamaları, piyasa düzenlemeleri ve piyasayı etkileyecek hukuki kaynaklar yer almaktadır. Bunlar arasında en etkili güç, vergidir. Verginin doğası gereği zoraki olması, insanlar üzerinde bir baskı kurması ve etkin kullanımda caydırıcı olması alkol tüketimi üzerinde olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir. Ancak devlet alkole sadece vergi ile ya da mali araçları ile müdahale etmemektedir. Sosyal yöntemler olarak sınıflandırabileceğimiz bu yöntemlerde devlet, diğer topluma zararlı erdemsiz mallarda da uyguladığı gibi sosyal içerikli kararlar almaktadır. Örneğin, 18 yaş altına alkol satışının yasaklanması, alkol özendirici yayınlara kısıtlamalar getirilmesi, alkol ile ilgili reklam gibi faaliyetlerin engellenmesi sosyal yöntemler arasında görülebilir (Uğur, Akdemir ve Gürsel, 2010:5).

Alkol kullanımına yönelik uygulanacak politikaları üç temel başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar (<http://www.tapp.org.tr/alkol-politikalari/>, Erişim Tarihi: 4/6/2021):

- Alkollü içkilere fiziksel olarak ulaşımı kısıtlama
- Fiyatlandırma ve vergilendirme politikaları
- Reklam faaliyetlerini engelleme

Sayılan bu üç yolu, gelişmiş ülkeler alkol tüketimini en aza indirmek için kullanmaktadır. Örneğin, İtalya’da içkilerin hastane, okul ve huzurevi gibi yerlerin yakınlarında satışı yasaklanmıştır. Fransa’da birçok kentte saat 21.00’den itibaren sabah 05.00’a kadar kamuya açık alanlarda alkol tüketimi yasaktır. Amerika’da Pazar günleri alkol satışı yapılmamaktadır. Norveç’te 18 yaşından küçüklere alkol satışı yapılmamaktadır. İrlanda, Finlandiya, Macaristan gibi ülkelerde alkol ile ilgili reklamlara engellemeler getirilmektedir (<http://www.tapp.org.tr/alkol-politikalari/>, Erişim Tarihi: 4/6/2021).

2018 DSÖ raporuna göre alkol tüketimi konusunda Türkiye, oldukça düşük seviyelerde görülmektedir. Rapora göre kişi başına düşen (15 yaş ve üstü) alkol tüketim oranı 2016 yılı için %2.0 olarak tespit edilmiştir. Bu oran Avrupa Bölgesi içindeki en düşük orandır. %2’lik kullanımın %1.3’ü kayıtlı (yasal), %0.7’si ise kayıtlı olmayan (yasadışı) olarak belirtilmiştir (WHO, 2018:295). Alkol tüketiminde var olan bu düşük göstergeler yanıltıcı olabilir. Çünkü gerek dünyada gerekse de ülkemizde yasal olmayan

yollarla üretilen, tüketilen ve satışı yapılan alkol oranı gün geçtikçe artmaktadır. Kişilerin bu yollara başvurmadaki en büyük etken alkol üzerindeki vergi oranlarıdır.

DSÖ raporlarına göre dünya genelinde yaklaşık 2 milyar insan alkollü içki kullanıcısıdır. Alkollü içki tüketen bu insanların yaklaşık %76,3'ü ise tükettikleri ürünlere bağımlı konumundadır. Alkolün kayıt dışı tüketimi, toplam alkol tüketim oranı içindeki payı ise %25'tir (<http://www.tapp.org.tr/alkol-politikalari/>, Erişim Tarihi: 4/6/2021). Görüleceği üzere kayıt dışı alkol kullanımı toplam alkol tüketiminin dörtte birine denk gelmektedir ve bu oran gün geçtikçe artan bir seyir izlemektedir.

Nitekim Türkiye'de Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele 2019 raporuna göre, 2019 yılında ülkemizde alkollü içki kaçakçılığı/sahteciliği kapsamında 2.112 operasyon yapılmıştır. Yapılan operasyonlar nezdinde 422.741 adet şişe ve 796.320 litre sahte alkollü içki ele geçirilmiş ve 3.317 şüpheli gözaltına alınmıştır. Bir önceki yıla kıyasla olay sayısında %57, yakalanan şüpheli sayısında ise %58 artış gözlemlenmiştir. Bir önceki yıla göre ele geçirilen şişe sayısında %41, litre bazında alkol oranında ise %24'lük düşüş yaşanmıştır. Rapor, şişe ve litre bazında yaşanan bu düşüşün sebebini 2019 yılında İzmir ve Antalya'da yapılan bir operasyonda tek seferde çok sayıda şişenin ve litrenin ele geçirilmesine bağlamaktadır (Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu 2019:55-56). Rapordan da görüleceği üzere sahte/kaçak içki üretim ve tüketim faaliyeti bir önceki yıla göre artış göstermektedir. Ele geçirilen şişe ve litre bazındaki düşüş ise 2019 yılında yapılmış münferit bir olaya bağlanmaktadır. Bu oranlar yalnızca emniyetin takibine takılıp yakalananların sayısını bizlere sunması sebebiyle oldukça iyimser bir tablo çizmektedir.

Türkiye'de alkollü içkilere yönelik etkin olarak kullanılan vergi türü ÖTV'dir. Alkollü içkilerin ithalatı veya imal edenler tarafından teslimleri durumunda ÖTV alınmaktadır. Alınan ÖTV oranı, içkinin içeriğindeki alkol oranına göre değişiklik göstermektedir. ÖTV'ye ek olarak alkollü içeceklerden ayrıca KDV de alınmaktadır. Ancak KDV matrahına daha önceden tahsil edilmiş olan ÖTV de eklenerek hesaplanmaktadır. Nihayetinde alkollü içeceklerden ÖTV hesaplanarak fiyata eklenmekte ve bu fiyat KDV matrahı olarak işlem görmektedir (Varol, 2011:82). 2009 yılına kadar alkol üzerinden alınan ÖTV'de hem nispi hem de maktu vergileme söz konusuyken, 2009 yılında Avrupa Birliği'ne uyum kapsamında çıkarılan bir Bakanlar Kurulu kararı ile nispi vergileme sonlanmıştır. Bu kapsamda alkollü içecekler üzerinde yalnızca maktu vergileme yöntemi bulunmaktadır. Nitekim ilgili ÖTV cetvelinden de

görülebileceği üzere nispi vergi oranları sıfır olarak belirtilmektedir. Alkol üzerinde nispi vergilemenin kaldırılması özellikle 2008 ve 2009 yıllarında alkollü içeceklerin fiyatlarını düşürmüştür ve tüketim ve satışını artırmıştır. Bu durum da alkol tüketimi üzerinde, verginin önemli bir etken olduğunun göstergesidir. Maktu verginin yıllar içinde sürekli artış göstermesine rağmen alkol tüketiminde ciddi bir düşüş gözlenmemiştir. Bu durum, alkolün bağımlılık gücünün yüksek olduğunu ve tüketim azaltmak konusunda verginin birincil etken olmayacağını göstermektedir (Sandalcı ve Sandalcı, 2018:10-11). Türkiye için, vergi düşüşünde tüketim ciddi bir oranda artarken, vergi artışında ise tüketim ciddi bir oranda düşmemektedir.

Tablo 11.

ÖTV (III) Sayılı Liste (A) Cetveli

G.T.İ.P NO	Mal İsmi	Vergi Oranı (%)	Asgari Maktu Vergi Tutarı (TL)
2203.00	Malttan üretilen biralar	63	2,3933
22.04	Taze üzüm şarabı (kuvvetlendirilmiş şaraplar dahil); üzüm şırası (20.09 pozisyonunda yer alanlar hariç) (2204.10 köpüklü şaraplar ve 2204.30 diğer üzüm şıraları hariç)	0	11,7678
2204.10	Köpüklü şaraplar	0	79,5059
22.05	Vermut ve diğer taze üzüm şarapları (bitkiler veya kokulu maddelerle aromalandırılmış) (2205.10.10.00.00, 2205.10.90.00.12 hariç)	0	119,9941
2205.10.10.00.00	Alkol derecesi hacim itibarıyla % 18 veya daha az olanlar	0	95,2890
2205.10.90.00.12	Alkol derecesi hacim itibarıyla % 22 ve fazla olanlar	0	326,9929
2206.00	Fermente edilmiş diğer içecekler (elma şarabı, armut şarabı, bal şarabı, sake gibi), tarifinin başka yerinde belirtilmeyen veya yer almayan fermente edilmiş içeceklerin karışımları ve fermente edilmiş içeceklerle alkolsüz içeceklerin karışımları	0	11,7678
2207.20	Alkol derecesi ne olursa olsun tağyir (denatüre) edilmiş etil alkol ve damıtım yoluyla elde edilen diğer alkollü içkiler [Alkol derecesi ne olursa olsun tağyir (denatüre) edilmiş etil alkol hariç]	0	326,9929
22.08	Alkol derecesi hacim itibarıyla % 80'den az olan tağyir (denatüre) edilmemiş etil alkol; damıtım yoluyla elde edilen alkollü içkiler, likörler ve diğer alkollü içecekler	0	326,9929

	[(2208.90.91; 2208.90.99) Alkol derecesi hacim itibariyle % 80'den az olan tağyir (denatüre) edilmemiş etil alkol hariç, (2208.20; 2208.50; 2208.60; 2208.70 ve 2208.90 hariç)]		
2208.20	Üzüm şarabı veya üzüm cıbresinin damıtılması yolu ile elde edilen alkollü içkiler	0	326,9929
2208.50	Cin ve Geneva	0	326,9929
2208.60	Votka (2208.60.91.00.00, 2208.60.99.00.00 hariç)	0	326,9929
2208.60.91.00.00	Muhtevası 2 litreyi geçmeyen kaplarda olanlar (Alkol derecesi hacim itibariyle % 45.4'den fazla olanlar)	0	326,9929
2208.60.99.00.00	Muhtevası 2 litreyi geçen kaplarda olanlar (Alkol derecesi hacim itibariyle % 45.4'den fazla olanlar)	0	326,9929
2208.70	Likörler	0	326,9929
2208.90	Diğerleri (2208.90.48.00.11, 2208.90.71.00.11 hariç)	0	326,9929
2208.90.48.00.11	Rakı (Muhtevası 2 litreyi geçmeyen kaplarda olanlar)	0	326,9929
2208.90.71.00.11	Rakı (Muhtevası 2 litreyi geçen kaplarda olanlar)	0	326,9929

Kaynak: ÖTV (III) Sayılı Liste (A) Cetveli

4760 sayılı kanun madde 12'sinin fıkra 3'üne göre; (III) sayılı listede yer alan mallara uygulanan maktu vergi oranları, TÜİK'in yayınladığı üretici fiyat endeksine bağlı olarak altı ayda bir değişime uğramaktadır. Bu durumda üretici fiyat endeksinde son altı ayda yaşanan bir artış, doğal olarak alkollü içkilerin maktu vergilerine de yansımaktadır. Alkollü içeceklerde yalnızca maktu vergilerin kullanılması, yüksek düzeyde vergilemeye sebep olmaktadır. Nitekim son 10 yılda rakı üzerine uygulanan ÖTV miktarı %443, birada ise %365 artış göstermiştir. 2006 yılında elde edilen her 100 liralık ÖTV'nin 5 lirası alkollü içecekler üzerinden alınmışken, 2019 yılında ise her 100 liralık ÖTV'nin 10 lirası alkollü içeceklerden sağlanmaktadır. Alkollü içecekler üzerindeki vergiden elde edilen vergi kazancında görüleceği üzere %100 oranında artış yaşanmıştır. Bu durumun alkollü içecekler üzerindeki verginin alınış amacının birey ve toplum sağlığını korumanın ötesine geçtiğinin, mali amaçlar güdüldüğünü göstermektedir. Çünkü artan vergiler, bağımlılık düzeyi yüksek olan bu ürünlerde ciddi bir tüketim düşüşü yaşatmamakta aksine tüketiciler, kaçak yollara başvurmaktadır. Bu sebeple, alkol üzerindeki yüksek vergiler aslında kaçak tüketimi teşvik etmektedir (Bingöl, 2021).

<https://vergiyedair.com/2021/01/04/son-otv-zammi-sonrasi-alkollu-iceceklerde-vergi-yuku/>, Erişim Tarihi: 4/6/2021).

2018 yılında 208 kişi ile Trakya Bölgesinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %25,5'i ayda bir gün, %22,1'i ayda dört gün alkol tükettiklerini beyan etmişlerdir. Katılımcıların %58,7'si alkollü içki tüketimi için aylık 0-200 TL arasında harcama yaptıklarını ve çalışmaya katılanların %59,1'i bu harcamanın diğer tüketim harcamalarını etkiledikleri yönünde fikirlerini sunmuşlardır. Çalışmaya katılan bireylerin %39,4'ü alkollü içeceklerin tüketimini azaltılmasına yönelik en etkili yöntemin okullarda verilecek eğitimlerden geçtiğini belirtmişlerdir. Çalışmaya katılanların %67,8'si alkollü içkiler üzerindeki vergi oranlarını doğru bulmadığını, %87,5'i ise alkollü içkiler için ödedikleri verginin ağır olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan 208 kişinin %61,1'i alkollü içecekler üzerindeki vergide artış yaşandığında tüketim eğilimlerinin değişmeyeceğini dile getirmişlerdir (Çetin ve Özkan, 2018:7-11).

2013 yılında 1018 kişi ile İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %67,2'sinin alkollü içecekler üzerindeki verginin artması durumunda kaçak yollara başvurabileceklerini beyan etmişlerdir. Çalışmaya katılan bireylerin %48,3'ü alkollü içecekler üzerindeki verginin sağlık veya toplumsal nedenlere dayandırılarak alınmasının/arttırılmasının alkol tüketim miktarını azaltmayacağını ortaya koymuşlardır. Çalışmaya katılan bireylerin %71,2'si alkollü içecekler üzerindeki verginin %100 oranında artması durumunda bile tüketimini bırakmayacağını belirtmişlerdir (Gergerlioğlu, 2013:169-171).

Sonuç olarak alkol başlı başına birer bağımlılık yaratması sebebiyle, hastalık olarak değerlendirilmesi gerekeceği açıktır. Bu nedenle zoraki olarak alınan vergilerin alkol tüketimini düşüreceği yönündeki söylemler gerçeği yansıtmamaktadır. Bağımlılık ile ancak sağlık yöntemleri mücadele edilebilir. Vergi yöntemleri, bağımlılık seviyesine ulaşmamış bireyler üzerinde etkili olabilir. Yapılan çalışmalardan görüleceği üzere alkol tüketen bireyler bile, alkol üzerinden verginin alınması hatta yüksek verginin alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bunun yanında bireyler, sosyal yöntemleri kullanmanın daha etkin sonuçlar vereceğini belirtmektedirler. Bu sebeple alkol üzerine yeni bir verginin konulması veya var olan verginin artırılmasının, sürekli alkol tüketen bireylerin tüketim alışkanlıklarını büyük oranda değiştirmeyecek ve alternatif yolları tercih edecekleri çıkarımı yapılabilir. Bu nedenle devletin sosyal bir amaçla üstlendiği alkolle mücadelesinde sosyal yöntemleri daha sık kullanması, yaygınlaştırması ve öğretici

faaliyetlerde bulunması öncelik politikası olması gerekir. Ancak bunun yanında verginin caydırıcı, adaletli ve etkin olarak kullanılması gerekmektedir.

4.1.2. Obezite Vergileri

Obezite, Fransızca “obésité” kelimesinin Türkçe karşılığı olarak dilimizde yer almaktadır. Türk Dil Kurumu (TDK) obeziteyi “çok, aşırı şişmanlık” olarak tanımlamaktadır. DSÖ ise aşırı kilolu olmayı (overweight) ve obeziteyi aynı şekilde tanımlamaktadır. DSÖ’nün yaptığı tanıma göre aşırı kiloluluk ve obezite, vücutta anormal bir şekilde yağ birikmesinin insan sağlığını olumsuz yönde etkilemesidir. Yağ ve şeker gibi enerjisi yüksek ürünlerin tüketiminde artış olması, iş ve çalışma koşullarında masa başı faaliyetlerin artması ve kentleşme ile bireysel ve toplu ulaşım imkanlarının artması, DSÖ tarafından obeziteye neden olabilecek faktörler arasında görülmektedir (WHO, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim Tarihi: 10/6/2021).

Kişinin aşırı kilolu ve obezite durumu Beden Kütle İndeksi (Body Mass Index – BMI) ile ölçülerek tespit edilmektedir. Bu indekste kişinin kilosu, boy uzunluğuna bölünmektedir (kg/m^2). Çıkan sonuç 25 ile 30 arasında ise aşırı kilolu, 30 ve üstü ise obezite yorumu yapılmaktadır.

Tablo 12.

Türkiye 15 Yaş Üstü Kişilerin Beden Kütle İndeksinin Yıllara ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yıl	Cinsiyet	Düşük Kilolu	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
2008	Erkek	2,7	48,1	36,9	12,3
	Kadın	5,9	48,2	27,4	18,5
2010	Erkek	3,5	46,1	37,3	13,2
	Kadın	5,9	44,7	28,4	21,0
2012	Erkek	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın	5,1	43,6	30,4	20,9
2014	Erkek	2,8	43,7	38,2	24,5
	Kadın	5,5	40,7	29,3	19,6
2016	Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	5,6	40,4	30,1	23,9
2019	Erkek	2,7	40,3	39,7	17,3
	Kadın	4,9	40,0	30,4	24,8

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması 2019.

Yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere Türkiye’de obezite artış gösteren bir eğilim içindedir. Obezitenin kendi başına bir hastalık olmasının yanında, kalp rahatsızlıkları gibi çeşitli ciddi sorunlara da neden olması sebebiyle obezitenin üzerine yoğunlaşılması gerektiği açıktır. Tabloda verilen veriler 2008 ile 2019 yılları arasında kapsamaktadır. Bu kadar kısa bir süre aralığında obezite oranlarında artışların yaşanması, obezitenin Türkiye’nin geleceğini etkileyebilecek bir sağlık problemine dönüşme ihtimalini bulundurmaktadır.

Obezitenin önlenmesi amacıyla obeziteye neden olan ürünlere özellikle vergi uygulaması yaygın bir politika aracıdır. Ancak buradaki kriter, sağlıklı ile sağlıksız ürünü tespit etmekten geçmektedir. Sağlıklı-sağlıksız ayrımı yapmaksızın tüm gıdalara verginin uygulanması olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Bu nedenle kola, şeker, hamburger gibi obeziteye neden olan gıdalar üzerine vergi politikasına başvurmak obeziteyle mücadele noktasında daha etkin sonuçlar verecektir (Sandalcı ve Tuncer, 2018:748). DSÖ, obeziteye neden olacak gıda ürünlerini yağ ve şeker oranı yüksek olanlar olarak belirtmektedir. Bu nedenle yağ ve şeker oranı yüksek olan gıdaları “sağlıksız ürünler” veya “obeziteye neden olan ürünler” olarak sınıflandırmamız mümkündür. Elbette sadece yağ ve şeker oranı yüksek olan ürünler obeziteye neden olmamaktadır. Tuz oranı yüksek olan ürünler ile hareketsiz yaşam da bu soruna neden olabilecek etkenlerdendir. Bu ürünlere doğrudan vergi ve/veya ek verginin uygulanması toplum sağlığı açısından gereklidir.

Nitekim Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun 2013’te yayımladığı Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında, az miktarda tüketilmesi gereken gıdaların vergilerinde artış yapılması gerekliliği, obezitenin önlenmesinde alınması gereken öneriler arasında yer almaktadır. Bu kapsamı itibarıyla tuz, şeker ve yağ oranı açısından yüksek olan ürünlerde vergilerin artırılması ve bu ürünleri içeriğinde daha az barındıran gıdaların üretilmesinin teşvik edilmesi programda değerlendirilen stratejiler arasında görülmektedir. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013:65).

Türkiye’de doğrudan obeziteyi hedefleyen bir vergi türü olmamakla birlikte, ÖTV içerisinde obeziteye neden olabilecek ürünlere karşı vergilerin alınması, bu duruma yönelik alınmış bir önlem olarak görülmektedir. Örneğin, ÖTV’ye ait (III) sayılı listenin (A) cetvelinde yer alan kolalı gazozlardan %35 oranında vergi alınmaktadır. Bu vergi görüleceği üzere doğrudan obeziteyi hedeflemese de obeziteye neden olabilecek şeker

yoğun olan ürüne yönelik olması sebebiyle önleyici bir politika olarak değerlendirilmektedir (Çukur ve Erdem, 2017:131).

Bu duruma ek olarak, obez olan bireylere karşı bazı vergilerde kolaylıklar tanınmaktadır. Bu kolaylıklar da bireyin kişisel sağlığı ve toplum sağlığı açısından önemlidir. Obezite, başka diğer ciddi hastalıklara sebep olması sebebiyle kişinin diğer bu hastalıklarından dolayı özürlülük oranına göre engellilik indiriminden faydalanabilmektedir. 2013 tarihli ve 28603 sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında yönetmelikte⁵⁵ beden kütle indeksi 40 ile 50 arasında olanlara özür oranı %20, beden kütle indeksi 50 ve üstü olanlara ise %30 olmak üzere özürlülük belgesi verilebilmektedir. Obeziteye eşlik eden hastalıklardan bazılarının özür derecesi %50 ve üstüne çıkması durumunda ücret, basit usul ve serbest meslek erbabı olan hastalar ve hasta yakınları engellilik indiriminden yararlanabilmektedir (Eroğlu ve Koyuncu, 2018:188).

Obezitenin beraberinde getirdiği diğer hastalıkların sebep olduğu özür durumlarında alınan engellilik raporunun %90 ve daha fazla olması durumunda kişinin adına kayıtlı taşıtlar, 23/2/1963 tarihli ve 197 sayılı Motorlu Taşıtlar Vergisi Kanunu'nun⁵⁶ 4 üncü maddesinin (c) fıkrasına göre istisna kapsamına dahil edilebilmektedir. Görüleceği üzere doğrudan obeziteye yönelik bir politika olmasa da obeziteye eşlik eden diğer hastalıkların getirdiği özürlülük durumlarından kişiler bu imkanlardan yararlanabilmektedir (Eroğlu ve Koyuncu, 2018:191).

ÖTV'ye dahil (III) sayılı listenin (A) cetvelinde yer alan bilgilere göre;

- Fermante edilmemiş ve alkol katılmamış meyva ve sebze sularından %10
- Mineral suları, gazlı sular ve alkolsüz diğer içeceklerden %10
- Sade gazozlardan %10
- Meyvalı gazozlardan %10
- Kolalı gazozlardan %35
- Alkolsüz biralardan %10
- Malttan üretilen biralardan %63 ve 2,3933 TL asgari maktu vergi miktarı bulunmaktadır.

⁵⁵ 30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁶ 23/2/1963 tarihli ve 11342 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

(III) sayılı listenin (A) cetvelinde alkollü ürünler ise içeriklerinde barındırdıkları alkol oranlarına göre farklı miktarlarda maktu vergiye tabi tutulmaktadır. Ancak tüketim yoğunluğu bakımından daha öne çıkan rakı ve şarap gibi alkollü ürünlerden alınan maktu vergi tutarı 326,9929 TL'dir.

KDV, bilindiği üzere ekli (I) sayılı listesinde yer alan mal ve hizmet teslimlerinde %1, (II) sayılı listesinde yer alan mal ve hizmet teslimleri için %8 ve ekli listelerde yer almayan vergiye tabi işlemler için ise %18 olarak uygulanmaktadır. Ekli (I) sayılı listede nohut, patates, buğday, buğdaydan yapılan ekmekler, mısır, arpa, kepek, yulaf, fasulye ile fıstık, leblebi ve ayçiçeği gibi ürünler yer almaktadır. Ekli (II) sayılı listede ise hayvansal ve bitkisel yağlar, hazır yemek katkı yağları, şeker ve şeker ürünleri, süt ve süt ürünleri, meyveler ile sade, kolalı ve meyveli gazozlar bulunmaktadır.

Görüleceği üzere ülkemizde sağlıksız ürünlere karşı uygulanan en büyük güç ÖTV ve KDV gibi dolaylı vergilerdir. Ancak ne ÖTV ne de KDV doğrudan obeziteyi hedefleyen vergiler olmamakla birlikte, obeziteyi önlemek amacıyla da uygulanmamaktadır. Örneğin, ekli (II) sayılı listede yer alan ve %8 vergi oranına dahil olan obeziteye sebebiyet verebilen gıdalar (katkı yağları, şeker ürünleri vb.) için liste haricinde vergi oranı %8'den daha yüksek olabilir. Yine ekli (II) sayılı listede yer alan, %8 vergiye dahil olan ve daha sağlıklı olarak nitelenen süt ve süt ürünleri üzerindeki vergi, teşvik etmek amacıyla düşürülebilir. Buna ek olarak ekli (I) sayılı listede yer alan kepek gibi daha sağlıklı olduğu bilinen ürünlerden daha az vergi alınabilir.

Ayrı bir şekilde obeziteyi içeren bir verginin oluşturulması durumunda, vergi konusu kolalı içecekler, alkollü içecekler ve şeker ile sınırlı tutulmamalı, cips ve bisküvi gibi hazır gıdalar ile tuz oranı yüksek olan gıdaları da içermelidir. Ancak yeni bir vergi oluşturmak ve oluşturulan bu verginin kamuoyu tarafından benimsenmesi sağlamak zor ve sancılı bir süreçtir. Obezite vergisinde amaçlanan şey toplum sağlığını artırmak olsa da bu verginin başarısını, etkinliğini ve verimliliğini belirleyecek olan o vergiye olan uyumdur. Bu sebeple bu verginin başarısı, kamuoyunun benimseme seviyesi ile doğru orantılı olacaktır (Sandalcı ve Tuncer, 2018:761).

Türkiye'de bu konuya ilişkin 20 farklı il merkezinde ve 1126 kişiyle yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan bireylerin üçte biri kendisini kilolu olarak tanımlamıştır. Bu kişiler, obezite ile mücadelenin devletin görevlerinden biri olduğunu ancak bu mücadelede vergi yöntemlerinin kullanılmaması gerektiğini vurgulamıştır. Vergi

yöntemini tercih edilmemesinin nedeni sorulduğunda ise bireyler diğer vergilerin yükünün ağır olması olarak cevaplamıştır (Ayyıldız ve Demirli, 2015:74). Yapılan bu araştırmada obezite ile mücadele konusunda toplum, devlete görev yüklemektedir. Ancak var olan diğer vergisel yükümlülüklerin ağır olduğunu dile getiren bireyler, ekstra bir verginin gelmesiyle yükümlülüklerin artacağını düşünmektedir. Bu durum da getirilebilecek olan yeni vergiye tepkinin şiddetli olacağını göstermektedir.

2013 yılında İstanbul’da 1018 kişi ile yapılan başka bir çalışmada ise, çalışmaya katılan kişilerin %56,8’i obezite sorununun kamuoyunda yeterince tartışılmadığını ve bu nedenle vergilerin sağlık sorunlarını ve harcamalarını etkilemeyeceği yönünde görüş beyan etmiştir. Aynı çalışmaya katılan bireylerin %81,8’i sağlığı korumak amacıyla vergilerin kullanılması yerine yeme-içme alışkanlıklarının değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmaya katılan bireylerin %43,9’u obeziteye neden olabilecek ürünlerin yüksek düzeyde vergilendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (Gergerlioğlu, 2014:215-219). Yapılan bu çalışmada bireyler obeziteye neden olan ürünlere yönelik verginin alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak, obezitenin bir sorun olarak toplum içinde konuşulmadığını ve önemsenmediğini dile getirmekte ve bu sorunun çözümü için vergilerden önce yeme-içme alışkanlığının değişmesi gerektiğini beyan etmektedirler. Bu sebeple, devletin toplumu obezite ile ilgili bilgilendirici yayınlar ve teşvikler sunması gerekmektedir.

Sonuç olarak obezite dünyada ve ülkemizde yükselen bir sorundur. Bu sorunun çözümü için ülkemizde uygulanan vergi politikaları yetersiz kalmaktadır. Çünkü doğrudan bu soruna yönelik bir uygulama mevcut değildir. Toplumun obezite ile ilgili bilinçlenmesinin sağlanması, daha fazla hareketli bir hayat sunmalarının teşvik edilmesi ve yeme-içme alışkanlıklarının sağlıklı olması yönünde devletin bilgilendirici politikaları sunması gerekmektedir. Bunun yanında sağlıksız ürünlere yönelik ayrı bir vergi uygulaması düşünülebilir. Ancak yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere, ekstra bir verginin uygulanması durumunda toplumun tepkisi dikkate alınmalıdır. Yeni bir vergi uygulaması tercih edilmemesi durumunda ise mevcut ÖTV ve KDV içinde değerlendirilen sağlıksız ürünlerin vergi oranları artırılabilir, sağlıklı ürünlerin vergi oranları düşürülerek sağlıklı ürünler daha cazip hale getirilebilir.

4.1.3. Çevre Sorunlarının Önlenmesinde Vergiler

Çevrenin ne olduğu konusunda birçok tanım mevcuttur. TDK çevreyi; hayatın gelişiminde etkili olan doğal, toplumsal, kültürel dış faktörler bütünlüğü olarak tanımlamaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 7/6/2021).

11/8/1983 tarihli ve 2872 sayılı Çevre Kanunu⁵⁷ madde 2’de çevre; canlıların yaşam süreleri boyunca ilişki ve faaliyetlerini sürdürdükleri ve faaliyetleri dolayısıyla karşılıklı olarak etkileşim içinde oldukları biyolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik ve kültürel ortam, olarak tanımlanmaktadır.

Bu tanımlardan yola çıkıldığında biyolojik açıdan çevre, canlı ve cansız olan tüm varlıkları ele almaktadır. Canlı ve cansız varlıkların biyolojik olarak birbirlerine etkileri, bu çevresel tanıma uygun düşmektedir. Örneğin, ormanların bilinçli veya bilinçsizce aşırı kullanımı, yanlış toprak kullanımı ve atmosfere salınan sera gazlarının artması iklim değişikliklerine neden olmaktadır (Ünlütürk, 2006:6-7). Fiziki çevreyi ise doğal etkenlerden var olan yani insan katkısı ile oluşmamış dağ, deniz, okyanus gibi, doğal çevre ve insan eliyle meydana getirilmiş şehir, köy, baraj gibi yapılardan oluşan yapay çevre olarak sınıflandırmak mümkündür. İnsanların başka insan veya başka canlılar ile etkileşim içine girdiği ve bu etkileşimin gerçekleştiği ortam sosyal çevre olarak tanımlanabilmektedir. Kültürel çevre ise, insanın uygarlık tarihinin başından itibaren geliştirdiği inanç, gelenek, ekonomik, sosyal ve kültürel ilişkilere dayanan çevre olarak ele alınabilmektedir (Uzel, 2017:22-23).

Çalışmaya konu olan ve vergilendirme politikasına dahil edilenler ise biyolojik çevre ve doğal çevredir. Bu çevreler, içerikleri gereği dünya yeryüzü üzerindeki doğal kaynakları (hava, su, toprak, flora⁵⁸ ve fauna⁵⁹, yeraltı kaynakları vb.) ele alması nedeniyle gerek insan gerekse de dünya yaşamının devamı için oldukça önem arz etmektedir. Bu çevrelerde var olan sorunlar çevre sorunu, sorunun kirlilik olması durumunda ise var olan sorun çevre kirliliği olarak tanımlanabilmektedir.

Bahse konu olan çevreyi meydana getiren hava, su ve toprak gibi unsurların zaman içinde kirlenmesi ve bu durumun sonucunda nitelik ve değerlerini yitirmesi, çevre

⁵⁷ 11/8/1983 tarihli ve 18132 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁸ Belirli bir bölgede yaşayan bitki topluluğunun tamamı (<https://ecodiurnal.com/flora-fauna-nedir/>, Erişim Tarihi: 8/6/2021).

⁵⁹ Belirli bir bölgede yaşayan hayvan topluluğunun tamamı (<https://ecodiurnal.com/flora-fauna-nedir/>, Erişim Tarihi: 8/6/2021).

sorunu olarak tanımlanmaktadır. Nüfusta yaşanan hızlı artış, kentleşmenin plansız ve düzensiz yapılması, sanayileşmenin artışı, tarımda kimyasal ürünlerin kullanılması, atmosfere salınan gazların etkisi gibi etkenler bu kirlilik sorununa neden olabilecek örneklerdendir. Bu kirlilik sorunu, doğanın kendi içinde var olan yenileme gücü etkisi sayesinde ilk zamanlarda fark edilmemiş veya önemsenmeyecek düzeyde seyretmiş olması sebebiyle çözülmesi gereken bir konu olarak değerlendirilmemiştir. Ancak doğanın kendi içindeki yenileme gücünün artan kirliliğe karşı gelemeyeceği raddeye ulaşması ile çevre kirliliği sorunu, dünyanın geleceğini etkileyebilen ve etkileyebilecek bir problem halini almıştır. Bu durum da tüm insanoğluna çevre kirliliği sorunun birdenbire aniden oluşmadığını aksine zamanla büyüyerek günümüze geldiğini göstermektedir. Bu sebeple çevre kirliliği ile mücadele noktasında herhangi bir sorunun ortaya çıkmasını beklemek veya var olan sorunun ciddi bir boyuta ulaşmasını beklemek büyük bir hata olacaktır. Çevre kirliliği ile mücadele bu nedenle önlenemez ve ertelenemezdir, ertelenmesi durumunda sorun yarın için daha büyük bir hal almaktadır (Yaman ve Gül, 2018:201).

Nitekim 2872 sayılı kanun madde 2’de; çevrede oluşan ve çevrede yaşamını sürdüren canlıların sağlığını, çevresel değerleri ve doğal dengeyi bozup, olumsuz yönde etkileyebilecek her türlü sorun, çevre kirliliği olarak tanımlanmaktadır. Bu doğal dengeyi oluşturan unsurlar, hava, su, toprak gibi doğal kaynaklardır. Bunların varlığı ve kalitesi insan yaşamını doğrudan etkilemektedir. Su ve hava insan için hayatın kaynağıdır. Toprak, insanın beslenmesini sağlayacak ürünlerin yetiştirildiği alandır. Bu sebeple bu kaynaklarda var olan bir sorun doğrudan insan sağlığını ve insanın geleceğini etkilemektedir.

Düzensiz ve plansız şehirleşme, artan sanayileşme, yoğun turizm trafiği, tarımsal faaliyetlerle toprak dengesinin bozuluşu, çevre sağlığı duyarlılığının yaygınlaşmamış olması, artan üretme ve tüketme eğilimleri ve bunun sonucunda çevreye duyarsız üretimlerin yapılması gibi nedenler çevre kirliliğini artıracaklar arasında sayılmaktadır. Sayılan bu nedenler çevre kirliliğine neden olmakta ve artırmaktadır. Bu nedenlere önlem alınmaması durumunda doğal çevre olumsuz etkilenmektedir. Hava, su ve toprak gibi unsurların kalitesinde ve verimliliğinde düşüş, doğrudan insan sağlığını etkilediği gibi ekonomik faaliyetleri de etkilemektedir. Örneğin kuraklığın artması su kaynaklarını olumsuz etkiler ve bu sektörde faaliyette bulunanların faaliyet alanları daralır. Toprağın olumsuz etkilenmesi, besin ve gıda sektörünü doğrudan etkileyeceği

açıktır. Görüleceği üzere çevrenin kirlenmemesi, çevre kirliliği ile mücadele edilmesi ve bu kapsamda politikalar üretilmesi insanın her faaliyet alanı ile doğrudan ilişkilidir (Tanrıvermiş, 1997:303).

Çevre kirliliği ile mücadele konusunda ekonomik ve sosyal yöntemler uygulanmaktadır. Sosyal yöntemler, diğer toplum sağlığına zararlı ürünlerde olduğu gibi toplumu bilinçlendirmek üzerine kuruludur. Ekonomik yöntemler ise vergiler üzerine yoğunlaşmaktadır. Ülkemizde çevreyi doğrudan esas alan çevre temizlik vergisi, 26/5/1981 tarihli ve 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanunu⁶⁰ kapsamında yer almaktadır. Buna ek olarak doğrudan olmasa da dolaylı olarak çevreyi etkileyen, ÖTV ve MTV bulunmaktadır.

MTV, anlaşılabacağı üzere motorlu taşıtları kapsayan bir servet vergisidir. Yalnızca kanunda aktarılan motorlu taşıtları esas alması sebebiyle özel bir vergi türüdür. Kanunda aktarılan araçların ilk alınışında mükellefler, ÖTV ve KDV ödemekle yükümlü olmaktadır. Sonraki dönemlerde ise araç sahibi, aracın kriterlerine göre belirlenen MTV'yi ödemekle yükümlüdür.

MTV'nin belirlenmesinde anlaşılabacağı üzere, belirli kriterler esas alınmaktadır. Bunlar aracın tipi (otomobil, kamyon, otobüs vb.), aracın yaşı ve motorun silindir hacmidir (<https://www.verginet.net/dtt/MtvHesaplama.aspx>, Erişim Tarihi: 7/6/2021). MTV'nin çevresel etkeni, yaydığı gaz ve havaya karıştırdığı duman ile ele alınmaktadır. MTV'nin bu etkenler çerçevesinde birer çevre vergisi olup olmadığı veya ne kadar dikkate alınarak kullanıldığı tartışmalı bir konudur. Çünkü kanuna göre aracın yaşı arttıkça, ödenen vergi düşmektedir. Bu durum da daha yaşlı ve iç malzemeleri daha eskimiş araçların daha sık kullanılmasına neden olmaktadır.

Aracın yaşı arttıkça, zaman içerisinde CO₂ salınımı yapan iç dizaynı eskiyecek ve kötüleşecek, yaş olarak daha genç olan araçlara kıyasla daha fazla CO₂ salınımı yaparak çevre kirliliğine sebebiyet verecektir. Bu nedenle MTV'nin belirlenmesinde araç yaşının bu şekilde değerlendirilmesinin önemli bir etken olması çevresel amaçlara uymamakta aksine zıt düşmektedir. CO₂ salınımının esas alınması MTV'nin çevresel etkinliği açısından gerekmektedir. Kanuna göre motor silindir hacmi ile ödenen vergi arasında doğru bir orantı vardır. Motor silindir hacmi yüksek olan araçlardan daha fazla vergi alınmaktadır. Motor silindir hacmi yüksek olan araçlar, iç dizaynı olarak daha güçlü ve

⁶⁰ 29/5/1981 tarihli ve 17354 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

yeni teknoloji ile üretilmiş araçlar olduğu varsayıldığında bu araçlar daha yüksek CO₂ salınımına sebep olacaktır. Bu sebeple motor silindir hacmi yüksek olan araçlar, çevreye daha fazla zarar verebilmektedir. Bu nedenle motor silindir hacminin çevresel açıdan verginin belirlenmesinde bir etken olması doğru bir yöntemdir.

ÖTV, araçların ilk alınışında araç sahibi tarafından alınmaktadır. ÖTV (II) sayılı listede aracın türlerine ve motor güçlerine göre belirlenmiş vergi oranlarına ulaşmak mümkündür.

ÖTV (II) sayılı listeye göre motor silindir hacmi 1600 cm³'ü geçmeyen araçlarda;

- ÖTV matrahı 85.000 TL aşmayanlar için %45,
- ÖTV matrahı 85.000 TL ile 130.000 TL arasında olanlar için %50,
- Daha fazla matraha sahip olanlar için ise %80 olarak belirlenmiştir.

ÖTV (II) sayılı listeye göre motor silindir hacmi 1600 cm³'ü geçen ancak 2000 cm³'ü geçmeyen araçlarda;

- ÖTV matrahı 85.000 TL aşmayanlar için %45,
- ÖTV matrahı 85.000 TL ile 130.000 TL arasında olanlar için %50,
- Daha fazla matraha sahip olanlar için ise %80 olarak belirlenmiştir.

ÖTV (II) sayılı listeye göre motor silindir hacmi 2000 cm³'ü geçen araçlarda;

- ÖTV matrahı 170.000 TL'yi aşmayanlar için %130,
- Daha fazla matraha sahip olanlar için ise %150 olarak belirlenmiştir.

Motor silindir hacminin verginin belirlenmesinde bir etken olması çevre sağlığı açısından önemlidir. Yüksek motor silindir hacimli araçlar çevreye daha fazla zararlı gaz salmaktadır. Bu nedenle bu araçlardan daha fazla verginin alınması doğru yöntemlerdendir. Bu şekilde bireyleri, zararlı gaz salınımı daha zayıf olan motorlu araçlara yönlendirilmektedir. MTV'nin belirlenmesinde ayrıca verginin uygulanacağı araçların yaydığı gürültü de dikkate alınmalı, gürültü kirliliği ile de bu şekilde mücadele edilmelidir. Bu noktada hava kirliliğinin yüksek olduğu ve kayıtlı motorlu aracın sayısı olarak fazla olduğu illerde hem gürültü kirliliğini hem de çok sayıdaki aracın toplu olarak trafikte yaydığı hava kirliliğini önlemek amacıyla bu illerde özel kriterler dikkate alınabilir, trafik yoğunluğunu azaltacak uygulamalar tercih edilebilir, alınacak vergide bu hususlar öncelikli tutulabilir ve direkt sorunla mücadele edilebilir.

Motorlu taşıtların neden olduğu hava kirliliğini önlemek amacıyla, araç sahipleri düzenli olarak araçlarının egzoz emisyon ölçümlerini yaptırmak durumundadırlar. Belirli istasyonlarca araçların bu hususa yönelik ölçüm ve testleri yapılır, standartlara göre yeterli bulunan araçlara ruhsat verilir. Araç sahipleri bu işlemi yaptırmak için belirli bir bedel ödemek zorundadır. Bu bedel 2021 yılı için KDV dahil 90 TL olup, bu bedelin 60 TL'si bakanlık payı, 30 TL'si ise ölçümü yapan istasyona ayrılmaktadır. Yapılan ölçümler sonucunda yeterli bulunmayan araç sahipleri çeşitli cezalara maruz kalmaktadır. Bu yöntemle araçlarının bakımını iyi yapmayan ve bu şekilde daha fazla emisyon yaparak çevreyi daha fazla kirleten kullanıcılar cezalandırılmaktadır. Bu şekilde emisyon oranı daha düşük olan araçlar daha cazip kılınmakta ve teşvik edilmektedir (Canpolat, 2009:164). Kriterlere uymayanların cezalandırılması başlı başına etkin olmamakla birlikte, kriterlere uyanların ödüllendirilmesiyle bir ayrıcalık tanınması emisyon oranı düşük olan araç kullanımını tam anlamıyla teşvik edecektir. Çünkü toplumda bu hususa uyanlara yönelik bir ayrılacağın tanındığı hissi ve fikri uyanırsa motorlu araç sahipleri, bu ayrıcalıktan yararlanmak için kullanım yöntemlerini değiştirecektir. Bu noktada kriterlere uyanların maruz kaldıkları ölçüm ücretleri daha düşük olabilir veya doğrudan ödeyeceği MTV miktarına olumlu katkısı olabilir. Bu yöntemler ile zararlı gaz salınımına dikkat eden, önemseyen ve bu amaçla faaliyette bulunan motorlu araç kullanıcıları ödüllendirilmiş olmakta, çevre sağlığına da katkı sağlamaktadır.

ÖTV (II) sayılı listede yer alan bilgilere göre sadece elektrikli motorlu olanlar için;

- Motor gücü 85 kW'ı geçmeyen araçlar için %10,
- Motor gücü 85 kW'ı geçen fakat 120 kW'ı geçmeyen araçlar için %25,
- Motor gücü 120 kW'ı geçen araçlar için %60 oranında vergi uygulaması bulunmaktadır.

Buna göre elektrikli motor gücüne sahip araçlar da ÖTV kapsamı içinde dahil edilmektedir.

ÖTV (I) sayılı listede akaryakıtlar üzerine belirlenmiş olunan oranlar yer almaktadır. Motorlu araçlardan salınan gaz ve dumana akaryakıtın sebep olduğu bilinmektedir. Bu sebeple akaryakıt üzerine bu şekilde bir vergi uygulamasına gitmek çevresel amaçlara uygundur. Ancak ülkemizde alınan bu verginin çevresel amaçla alınmadığı ortadadır. Çünkü listede vergi oranları akaryakıtın kullanım miktarı ile

ölçülmektedir, mali amaçlar ön planda tutulmaktadır. Bu sebeple bu verginin belirlenmesinde akaryakıtın çevreye vereceği zararın etken olması gerekmektedir. Ancak bu amaç güdülmemiş olsa da dolaylı olarak çevre sağlığına katkı sağlayacağı açıktır.

Ülkemizde çevre sağlığına yönelik doğrudan alınan tek vergi çevre temizlik vergisidir. 2464 sayılı kanunun mükerrer madde 44 ile belediye gelirleri arasında sayılmaktadır. Belediye sınırları içinde ve belediye sınırları dışına olması ile belediyenin imar ve kontrolünde olan alanlar içinde bulunan ve bu alanlarda belediyenin sunmuş olduğu çevre temizlik faaliyetlerinden yararlanan konut ve iş yeri olarak değerlendirilen binalar çevre temizlik vergisi kapsamı içindedir. Buna karşın genel ve katma bütçeli idareler, il özel idareleri, belediyeler, köyler ve bunların kurmuş oldukları birlikler, darülaceze ve benzeri kuruluşlar, üniversite tarafından kullanılan binalar, Kızılay'a ait binalar, kamuya ait öğrenci yurtları, kamuya açık ibadet yerleri, elçilerin kullandıkları binalar, uluslararası kuruluşlara ait binalar kanun nezdinde çevre temizlik vergisinden muaf tutulmaktadır. Çevre temizlik vergisinin mükellefi binaları kullananlardır ve mükellefiyet, binanın kullanıma açılması ile başlamaktadır. Çevre temizlik vergisi su tüketimini esas alarak hesaplanmaktadır. Hesaplanan tutar, mükellefe giden su faturasının içinde ayrıca belirtilmekte ve su faturası kapsamında tahsil edilmektedir (2464 S.K., md.44).

Konutlara ait çevre temizlik vergisi büyükşehir belediyelerinde 50 kuruş, normal belediyelerde 38 kuruş olarak hesaplanmaktadır. Bu tutarlar 2019 yılında 47 kuruş ve 35 kuruş olarak işlem görmüştür (TÜRMOB, 2020:3). Çevre temizlik vergisi ülkemizde çevre sağlığına yönelik alınan tek vergi olmasına rağmen, çevresel bir amaç güdüp gütmmediği tartışmalı bir konudur. Konutlar üzerinden alınan çevre temizlik vergisinin büyükşehir belediye ve normal şehir belediyelerinde sabit bir oranla değerlendiriliyor olması adaletsiz bir uygulamadır. Çünkü herhangi bir konut sahibi bir birey, çevre sağlığına zarar verici bir faaliyette bulunmasa veya bu faaliyetini azaltsa bile aynı sabit vergi miktarı ile karşı karşıya kalmaktadır. Çevre vergilerindeki amaç, bireyleri çevre sağlığına karşı duyarlı ve bilinçli hale getirmektir. Ancak alınan çevre temizlik vergisi, bireyin ne kadar duyarlı olduğunu dikkate almamaktadır. Bu sebeple konutlar üzerine hesaplanan çevre temizlik vergisi çevre sağlığından öte mali amaçlarla alınmaktadır. Çevresel amaçlar güdülmesi için bireylerin çevreye verdiği zararın ve maliyetin dikkate alınması önem arz etmektedir.

İşyeri olarak kullanılan binalara ait çevre temizlik vergisi, büyükşehir belediyelerinde ve normal belediyelerde binaların gruplarına göre vergiye tabi tutulmaktadır. 13/12/2005 tarihli ve 9817 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı⁶¹ ile bu bina grupları tespit edilmiştir.

Tablo 13.

İşyeri Olarak Kullanılan Bina Grupları

Bina Grupları	1- Öğrenci Sayısı	2-Yatak Kapasitesi	3-Kullanılan Alan (m²)		Koltuk Sayısı	Personel Sayısı
	(Okul, yurt, kreş, dersane, kurs, eğitim merkezi, anaokulu, yuva vb. eğitim ve öğretim faaliyetleri yapılan binalar)	(Konaklama tesisleri ile hastaneler ve diğer yataklı sağlık tesislerine ait binalar.)	a) Her türlü yeme, içme ve eğlence yerleri.	b) Daimi surette faaliyet gösteren lunapark, panayır, fuar, stadyum, hipodrum, spor salonu gibi yerler ile eşya depolamaya mahsus olan yerler.	(Sinema, tiyatro, opera, bale vb. biletle girilen koltuklu eğlence yerleri.	(1, 2, 3 ve 4 üncü sıradakiler hariç, ticari, sınai, zirai ve mesleki faaliyetler için kullanılan binalar ile bunlar dışında kalan faaliyetlere mahsus binalar.)
1. Grup	750’den fazla	500’den fazla	1000’den fazla	5000’den fazla	2000’den fazla	300’den fazla
2. Grup	750-500	500-300	1000-500	5000-4000	2000-1500	300-200
3. Grup	499-250	299-150	499-250	3999-3000	1499-1000	199-100
4. Grup	249-100	149-50	249-100	2999-2000	999-500	99-50
5. Grup	99-50	49-20	99-50	1999-1000	499-250	49-10
6. Grup	49-20	20’den az	50’den az	999-500	249-100	9-4
7. Grup	20’den az	-	-	500’den az	100’den az	3 ve daha az

Kaynak: 9817 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, 13/12/2005.

⁶¹ 13/12/2005 tarihli ve 9817 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı

Bina grupları, büyükşehir ve normal şehir belediyelerinde farklı vergilendirilmeye tabi olmaktadır. Bu vergilendirme ile ilgili bilgilere 29/12/2020 tarihli ve 53 numaralı Belediye Gelirleri Kanunu Genel Tebliğinden⁶² ulaşılmaktadır. Büyükşehirlerde çevre temizlik vergisi, diğer belediyelerde uygulanan tutarın %25 artırılarak değerlendirilmektedir.

Tablo 14.

Büyükşehirlerdeki Binalara Uygulanan Verginin Derecelerine Göre Durumu

Bina Grupları	Bina Dereceleri ve Yıllık Vergi Tutarları (TL)				
	1. Derece	2. Derece	3. Derece	4. Derece	5. Derece
1. Grup	5625	4500	3500	3125	2625
2. Grup	3500	2625	2125	1750	1625
3. Grup	2625	1750	1625	1125	875
4. Grup	1125	875	662	562	450
5. Grup	662	562	387	375	312
6. Grup	375	312	200	175	136
7. Grup	136	107	75	62	47

Kaynak: 53 Numaralı Belediye Gelirler Kanunu Genel Tebliğ, 2020.

Tablo 15.

Büyükşehir Olmayan Belediyelerdeki Bina Vergisi Durumu

Bina Grupları	Bina Dereceleri ve Yıllık Vergi Tutarları (TL)				
	1. Derece	2. Derece	3. Derece	4. Derece	5. Derece
1. Grup	4500	3600	2800	2500	2100
2. Grup	2800	2100	1700	1400	1300
3. Grup	2100	1400	1300	900	700
4. Grup	900	700	530	450	360
5. Grup	530	450	310	300	250
6. Grup	300	250	160	140	109
7. Grup	109	86	60	50	38

Kaynak: 53 Numaralı Belediye Gelirler Kanunu Genel Tebliğ, 2020.

Yukarıdaki tablolardan da görüleceği üzere koyulan verginin tespitinde çevresel etkenler dikkate alınmamakta, verginin alınımında mali amaçlar güdülmektedir. Ancak bu durumun istisnası olarak 9817 sayılı Bakanlar Kurulu kararının madde 4'ünde, bina

⁶² 29/12/2020 tarihli ve 31349 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

kullanıcılarının faaliyetleri sonucu ortaya çıkan atıklarının arıtma, geri kazandırma veya imha etme gibi tesisleri, mevcut bina içerisinde barındırıyor olması bu tesislerin faaliyette bulunması ve mükellefin bu işlemleri belgelendirmesiyle ortaya çıkacak vergi mükellefiyeti, iki alt bina grubunda değerlendirileceği belirtilmiştir. Bu binaların altıncı ve yedinci grupta olması durumunda ise en alt kademede dikkate alınıp vergilendirme yapılacaktır. Bu durum, bina kullanıcılarının kendi atıklarını imha etme, arıtma ya da geri kazandırma faaliyetlerini ödüllendirmekte, bu faaliyetlerinin belgelendirilmesi durumunda daha az vergiye tabi tutulmakta ve mükellefler bu konuda teşvik edilmektedir.

Çevre temizlik vergisi kapsamında değerlendirilmeyen, atıksuların toplanması ve işletilmesi faaliyeti ise ayrı bir bedelle yine su faturasına yansıtılarak tespit edilmektedir. Bu kapsamda atıksuları toplayan ve biriktiren kanalizasyon sistemleri, toplanan bu atıksuların arıtılması ve bertaraf edilmesi, faaliyette bulunan kanalizasyonların bakımı, onarımı ve yönetilmesi işlemleri 2872 sayılı kanun kapsamında değerlendirilmektedir. Sayılan bu faaliyetlerden büyükşehir belediyeleri, büyükşehir olmayan belediyeler ile belediye sınırları dışında kalan alanlar için valilik sorumlu ve yükümlü tutulmaktadır (2872 S.K., m.11/4).

Sayılan bu hizmetlerden yararlananlar, ilgili kanalizasyon bağlantı sistemlerinin sağlanıp sağlanmadığı dikkate alınmaksızın, bu hizmetleri sunmakla yetkili kılınmışların yaptığı tüm yatırım, işletme, bakım, onarım, ıslah ve temizleme harcamalarının tamamına kirlilik yükü ve yapılan atıksu miktarı düzeyinde katılım göstermek durumundadır. Belediye meclisi veya belediye meclisi tarafından sorumlu kılınan idare, tespit edilmiş olunan tarifeye göre, sayılan hizmetlerden yararlananlardan atıksu toplama, arıtma ve bertaraf etme ücreti almaktadır (2872 S.K, m.11/6). Anlaşılacağı üzere, ilgili yerel yönetimin meclisi veya ilgili bölgedeki su ve kanalizasyondan sorumlu idare, daha önce belirlenmiş olunan tarife uyarınca atıksu kapsamında değerlendirilen ayrı bir bedel toplamaktadır. Toplanan bu bedel, su faturasında belirtilerek yansıtılmaktadır. Ayrıca, kişilerin bu hizmetten yararlanıp yararlanmaması da bu bedelden sorumluluğunu etkilemeyecektir. Çünkü ilgili kanalizasyon sistemine bağlantı olup olmadığı kanun nezdinde, sorumluluğu etkilemeyeceği belirtilmiştir. Yani herhangi bir birey, yerel yönetimin sunmuş olduğu şebeke suyu hizmetinden yararlanmasa ve bu sebeple şebeke suyundan dolayı atıksu yaratmasa bile, su faturası kapsamında bu bedeli ödemek durumunda kalmaktadır.

Günümüzde, Kullanılmış Su Uzaklaştırma Bedeli (KSUB) olarak değerlendirilen bu bedel, su faturalarına yansımaktadır. Adana ili esas alındığında, şebeke suyu kullanarak atıksu oluşturanlardan meskenler için KSUB, 1,2942 TL olarak değer görmektedir (<https://www.adana-aski.gov.tr/web/fiyattarifesi.aspx>, Erişim Tarihi: 27/7/2021). Ayrıca bilineceği üzere, sunulan bu hizmet sonucunda bireylere giden faturalarda KDV de hesaplanmaktadır. Ödenmesi gereken toplam su bedeline (su + ksub) %8 KDV dahil edilerek toplam ödenecek tutar tespit edilmektedir.

Sayılan bu vergiler haricinde, 10/12/2018 tarihli ve 7153 sayılı Çevre Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un⁶³ madde 8'inde belirtilen "geri kazanım katılım payı", 2872 sayılı kanuna ek madde 11 olarak eklenmiş ve ülkemizde kullanıma girmiştir. Geri kazanım katılım payı olarak ülkemizde taşıma amaçlı kullanılan plastik poşetlerin vergilendirilmesi esas alınmıştır.

9/1/2019 tarihinde Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından yayımlanan Plastik Poşetlerin Ücretlendirilmesine İlişkin Usul ve Esaslar⁶⁴ bu konunun işleyişi hakkında bilgileri sunmaktadır. Bu kapsamı itibarıyla yapmış olduğu faaliyetin türü fark etmeksizin tüm satış yerlerinde; tekstil, gıda, oyuncak, unlu mamul, elektronik eşyalar ve temizlik malzemelerinin satışında taşıma amacı ile plastik poşet kullanımı bu mevzuat kapsamında değerlendirilmektedir. Yapılan bu mevzuatlardan sonra sayılan satış noktaları tüketicilere plastik poşetleri adet başına asgari 25 kuruştan (%18 KDV dahil) satmaktadır. Bu noktada plastik poşetlerin bu şekilde satılarak tüketiciye ulaşmasındaki temel sebep ticari olmamakta çevresel faktörler gözetilmektedir. Çünkü plastik poşetlerin petrol gibi fosil yakıtlarından üretildiği bilinmektedir. Savurganca plastik poşet kullanımının, doğal çevreye zarar vereceği açıktır. Konulan bu yükümlülük ile plastik poşetin kullanımının azalacağı ve çevresel olumlu etki yaratacağı düşünülmektedir (Kısacık, 2019:186).

1/1/2021 ile 31/12/2021 tarihleri arasında plastik poşetlerde (plastik alışveriş torbaları) uygulanacak olan geri kazanım katılım payı adet başına 19 kuruş olmuştur. Bu kapsamda tüketicilere adet başına poşetler 25 kuruştan satılmakta, 25 kuruşun 19 kuruşu geri kazanım katılım payı olarak değerlendirilmekte ve bu 19 kuruşu satış yapanlar, bağlı bulundukları vergi dairesine beyan etmek ve ödemek durumundadırlar. Geri kazanım katılım payının, e-beyanname yöntemi ile elektronik ortamdan işlemleri yürütülmektedir.

⁶³ 10/12/2018 tarihli ve 30621 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

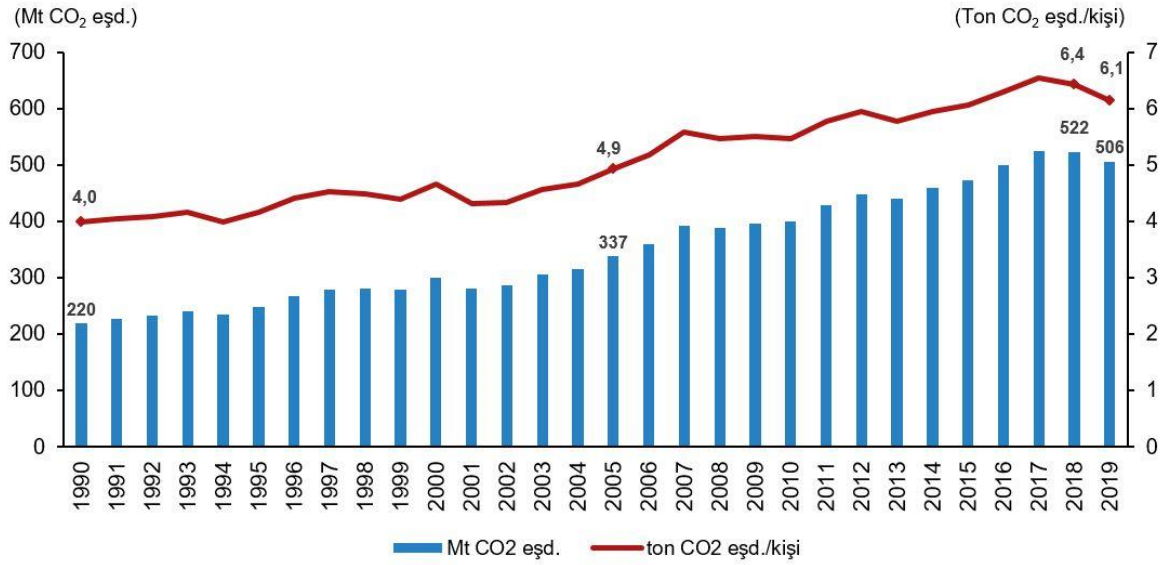
⁶⁴ 9/1/2019 tarihli ve 66745475-145.07-6267 sayılı usul ve esaslar.

Hesaplanan geri kazanım katılım payı, gider olarak kayda geçmekte, katılım payı için verilen bu beyanname damga vergisinden muaf tutulmakta ve ilgili cezai işlemler VUK kapsamı dışında tutulmaktadır (İSMMMO, 2020:5-6).

Poşetlerin ücretlendirilmesine ilişkin usul ve esasların madde 2'sinde belirtildiği üzere, sebze, meyve, peynir, zeytin ve hayvansal gıdalar gibi açık olarak satış bulunan, çift kat kalınlığı 15 mikronun altında olan ve 500x350 mm çapından daha küçük olan plastik poşetler istisna edilmiş ve vergi kapsamı dışında tutulmuştur. Kapsam dışı tutulan bu poşetlerin kullanım alanı, yoğunlukla halka açık olan pazar yerleridir. Pazar yerlerinde kullanılan poşet sayısının miktar olarak çok olduğu dikkate alındığında, düzenlemenin istisna tuttuğu bu alan, çevresel amacın önünde büyük bir engel taşıdığı görülmektedir. Canlı su hayvanlarının satışında, yumrulu ve tohumlu bitkilerin satışında verilen plastik poşetler, kargo teslimi esnasında kullanılan poşetler ile eczanelerde çift kat kalınlığı 15 mikron ve altında ve 200x350 mm çapından daha küçük olup ilaç satışı amacıyla tercih edilen plastik poşetler de vergi kapsamı dışında ele alınmıştır. Görüleceği üzere vergi istisna kapsamı oldukça geniş tutulmuş ve geniş istisna kapsamı alandaki alanlar, toplum içinde sıkça kullanılan alanlar olması sebebiyle, verginin konulmasındaki ana hedef olan poşet kullanımı azaltmaya engel olacağı düşünülebilir (Ertekin ve Dam, 2020:78).

Sera gazları dünyadaki ısıнын uzaya kaçmasını engelleyen ve bu şekilde dünyayı canlılar için yaşanabilir hale getirilmesini sağlayan gazlardır. Bu gazların başında karbondioksit (CO₂), su buharı, metan (CH₄), azot oksit (nitrojen oksit) ve ozon gazı gelmektedir. Sera gazları dünyanın ısınıنى belirlemektedir. Sera gazı eksikliği dünyayı daha soğuk, fazlalığı daha sıcak bir yer haline dönüştürmektedir. Sanayi devriminin artması ile yaşanan hızlı fabrikalaşma, atmosfere bırakılan sera gazlarının artmasına neden olmuştur. Bu durum dünyayı daha sıcak ve daha kurak bir yer haline dönüştürmüş ve dönüştürmeye de devam etmektedir (<http://climatechange.boun.edu.tr/sera-etkisi-nedir/>, Erişim Tarihi: 7/6/2021).

Toplam ve kişi başı sera gazı emisyonu, 1990-2019



Şekil 5. Toplam ve kişi başı sera gazı emisyonu, 1990-2019

Kaynak: TÜİK Sera Gazı Emisyon İstatistikleri, 1990-2019

Şekilden görüleceği ülkemizdeki sera gazı emisyonu (salınımı) her geçen yıl artış gösteren bir eğilim içindedir. 2019 yılında var olan düşüşün nedenini aynı yılda başlayan salgın dönemi ile uygulanan kapanma politikalarının etkisi ile yaşandığı düşünülebilir. Bu nedenle salgın süreci içinde elde edilen veriler tam anlamıyla gerçeği yansıtmayacaktır. Ancak 2019’da var olan bu düşüş, insan yoğunluğunun azalmasının çevre sağlığı açısından olumlu bir etki doğuracağının da bir kanıtıdır.

Her geçen yıl yaşanan bu artışın ve artışın etkilerinin gün geçtikçe belirginleşmesi (kuraklık, buzulların erimesi vb.) uluslararası kuruluşların bu soruna yönelik politikalar üretmesine neden olmuştur. Bu politikalardan en önemlisi “Kyoto Protokolü” olmuştur. Bu protokol, Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi’nin faaliyetlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla her yıl toplanan Taraflar Konferansı ile imzalanarak tanıtılmıştır (Hayrulloğlu, 2012:3). Bu protokolün daha sonra yürürlüğe girmesindeki sebep, protokole katılımın ön koşulu olarak 55 ülkenin aranması ve protokole dahil olan ülkelerin toplam sera gazı emisyon oranının dünyadaki toplam sera gazı emisyonunun %55’ine denk gelmesidir. Bu şartlar ancak 2004 yılında Rusya’nın da protokole dahil olmasıyla sağlanmıştır (Güneş, 2010:61). Bu protokolün en temel görevi sera gazı salınımını en aza indirmek ve bunu sağlamak için gerekli önlemleri almaktır.

Daha önce İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi'ne taraf olan Türkiye, 30 Mayıs 2008'de bu protokolü imzalayacağını duyurmuştur. Protokolle ilgili kanun tasarısı 2009 yılında TBMM Genel Kurulu'nda kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Türkiye, 26 Ağustos 2009 tarihi itibarıyla bu protokole taraf olmuştur (Güneş, 2010:84). Bu konferansların son ayağı 2015 yılında yazılıp, 2016 yılında yürürlüğe giren Paris Anlaşması'dır. Bu anlaşma, iklim değişikliği çerçeve sözleşmesine taraf olan 175 ülke tarafından imzalanmıştır. Anlaşmanın ana hedefi küresel olarak sıcaklık artışı ve gaz salınımı ile mücadele etmektir. Bu kapsamda taraf olan ülkelere görevler yüklenmiştir. Bu görevler, Birleşmiş Milletler Sekretaryasına sunulan ulusal katkı niyet beyanında belirtilmektedir. Türkiye vermiş olduğu bu beyanda, 2030 yılına kadar sera gaz emisyon oranını %18 ile %21 değerinde azaltmayı hedeflemektedir.

Bu gelişmeler ışığında karbon vergileri gündeme gelmiştir. Karbon vergisi, kullanılan fosil yakıtın sebebiyet verdiği küresel ısınma sorununu yaratan sera gazı salınımının neden olduğu ekonomik dışsallıkların içselleştirilmesini savunmakta ve negatif dışsallıkların piyasa mekanizması aracılığıyla fiyatlandırma yoluyla içselleştirilmesini destekleyen Pigocu vergi kapsamında yer almaktadır (Kovancılar, 2001:12). Bu kapsamı itibarıyla tüketilen fosil yakıtın içeriğinde barındırdığı karbon miktarına bağlı olarak belirlenen bir satış ve emisyon vergisidir. Bu vergi türünde yaşanacak sorun ise fosil yakıtın sebep olduğu zararın ölçülmesidir. Bu nedenle karbon vergisi alınırken farklı yöntemler uygulayan (fosil yakıt başına, ton başına vb.) ülkeler mevcuttur.

Türkiye gerek mevcut karbon salınım oranı gerek mevcut konumu gereğince küresel ısınmadan, kuraklıktan ve sera gazı etkisinden oldukça etkilenmektedir. Bu nedenle soruna yönelik politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Türkiye'de çevre temizlik vergisi dışında doğrudan çevresel amaçla alınan bir vergi bulunmamaktadır. Nitekim çevre temizlik vergisinin de asıl amacının çevre sağlığı olmadığı, amacının mali olduğu aşıkardır. Bu nedenle Türkiye'de çevre sağlığını ve karbon emisyonunu önceleyen, hedefleyen ve amaçlayan başlı başına spesifik bir vergi bulunmamaktadır. Türkiye'nin bu noktada böyle bir vergiye ihtiyaç duyduğu açıktır. Şekil 2'den anlaşılacağı üzere Türkiye'nin sera gazı emisyon oranı gün geçtikçe artış göstermekte ve bu sorun ülkemiz için daha ciddi bir hal almaktadır. Bu nedenle çevresel sağlığı amaçlayan, karbon salınımını azaltmayı hedefleyen fosil yakıtlarının kullanıldığı ve satışının yapıldığı alanlarda böyle bir verginin olması toplum sağlığı açısından ihtiyacını korumaktadır.

Böyle bir verginin oluşturulması durumunda çevresel yararın yanında, gelir elde edici olması sebebiyle devlete mali anlamda da katkı sağlayacağı ortadadır (Uzel, 2017:41). Bununla birlikte dolaylı olarak çevreyi etkileyen vergilerin daha adil, karbon salınımını önceleyen ve amaçlayan bir şekilde ele alınması çevre ve toplum açısından önem arz etmektedir.

4.1.4. Teknoloji ürünleri üzerinde vergiler

Değişen dünya, artan bilimsel çalışmalar ve yükselen teknoloji her alanı etkilediği gibi etkileşim dünyamızı da etkilemekte ve etkilemeye de devam etmektedir. Bilişim, dijital ya da internet diyebileceğimiz bu ortamlar hayatımızın her alanında önemli yer edinmiştir. Sadece bireysel faaliyetlerimizde değil, devletler de artık bu imkanlardan oldukça yararlanmaktadır. Ülkemizde faaliyete başlayan çeşitli resmi e-uygulamalar (E-devlet, HES vb.) bu duruma en iyi örneklerdir. Sadece devlet uygulamaları değil, artık birçok banka işlemleri de bu ortamlar aracılığıyla görülmektedir. Görüleceği üzere bu ortamlar artık hayatımızın önemli bir parçası halini almakta ve giderek etkisini artırmaktadır.

Bu alanlarda yeni ilgi alanları, yeni sosyal yaşam alanları, yeni meslekler, yeni içerikler ve bu içerikleri tüketenler her geçen gün artmaktadır. Çünkü bu ortamların getirdiği özgürlük hissi, insanların daha aktif olmasını sağlamıştır. Aynı içerikleri bulunduran yüzlerce sosyal medya mecrası, tek bir mecrada aynı içeriği üreten binlerce üretici ve yine aynı mecrada tek bir içeriği takip eden binlerce tüketici bulunmaktadır. Bu alanları tüketen sayısı her geçen gün artmaktadır. Çünkü, insan nüfusu sürekli artış içindedir. Her yeni nesil bu alanlara daha hakim ve alışık olarak büyümekte ve bu ortamlar haricinde başka bir dünya bilmemektedir.

Sadece yukarıda yazılanlardan bile görüleceği üzere, bu alanlar hayatımızı her alandan kuşatmıştır. Bu alanların getirdiği olumlu yönlerin etkisi, yaşanan bu kuşatmanın göz ardı edilmesine sebep olmuştur. Ancak, bu alanların kullanımının giderek artması, bu alanların her insanın hiçbir ciddi bedel ödemediği kolaylıkla ulaşımına açık olması ve bu alanların insanlara anonim bir şekilde etkileşim imkanı tanınması ciddi sorunlara neden olmaya başlamıştır. Bu sorunlar ruhsal, fiziksel, mali ve hukuki olabilmektedir.

Bu alanların kullanım kolaylığı dolandırıcıları cezbetmekte ve onlar için yoğun olarak faaliyet alanı haline getirmektedir. Bu durum, mali açıdan sorunlara neden olmaktadır. Elektronik ortamın verdiği özgürlük hissi ve anonim olabilme imkanı, “siber

zorbalık” olarak adlandırılan olumsuz durumlara neden olmaktadır. Kişiler çeşitli rumuz veya sahte isimler ardına saklanarak başkalarına hakaretler edebilmekte, küçümseyebilmekte ve rencide edici tavırlar sergileyebilmektedir. Bu durumların sebep olduğu hukuki sorunlar giderek artış göstermektedir. Bu alanların aşırı ve dengesiz kullanımında çeşitli ruhsal sorunlara sebep olduğu bilinmektedir. Sosyal dünyadan uzaklaşma, özgüvensizlik ve kendini ifade etmede zorluklar bu sorunlara örnek verilebilir.

Tüm bu sorunların yanında bu alanların fiziksel dünyamıza da zararları bulunmaktadır. Uzun süreli kullanımda görme sorunları, ortopedik sorunlar ve uykusuzluk bu sorunların başında gelmektedir. Yine uzun süreli kullanımlarda sağlıksız beslenme ve obeziteye de neden olabilmektedir. Bu aygıtların yaydığı radyasyon ve manyetik alan gerek insanlara gerekse de çevreye zarar verebilmektedir. Tüm bu sorunlar görüleceği üzere aslında bireyler ve toplum için sağlık sorunlarıdır. Bu sorunların herhangi birini yaşayan bireyin hayatı olumsuz etkilenir ve yaşam kalitesi ve işlerindeki verimliliği düşer. Bilişim aygıtlarının ve ortamlarının aşırı ve düzensiz kullanımında sağlık sorunlarına sebebiyet vermesi, toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Sosyal bir devletin bu konuda önleyici ve korumacı politikalar geliştirmesi gerekmektedir.

Ülkemizde elektronik cihazlar üzerinde KDV uygulaması mevcuttur. 19 Aralık 2018 tarihli ve 475 sayılı Mal ve Hizmetlerde Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Cumhurbaşkanı Kararı⁶⁵ ile KDV oranları tespit edilmiştir. Bu karara göre, gazete ve dergilerin sanal ortamlarda ticareti, elektronik gazete ve dergi okuyucu, tablet ve benzerlerinin teslimi, elektronik kitap ve benzeri yayınların elektronik ortamlarda satışı, elektronik kitap okuyucu, tablet ve benzerlerinin tesliminde %18 KDV uygulanmaktadır.

Bilindiği üzere KDV, %1, %8 ve %18 olmak üzere üç farklı oranla tespit edilmektedir. Bu oranlar listelere göre değerlendirilmektedir. Bilgisayar, laptop, monitör, klavye, mouse, harddisk, tablet ve ekran kartı gibi elektronik cihaz ve aygıtlarda da %18 KDV uygulaması bulunmaktadır. Ayrıca televizyonda %16, cep telefonunda %10, bilgisayar ve tabletlerde %2 olmak üzere TRT bandrol ücreti yer almaktadır (Vergi

⁶⁵ 19/12/2018 tarihli ve 30630 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

Dosyası, <https://vergidosyasi.com/2020/09/07/bilgisayarda-otv-var-mi/>, Erişim Tarihi: 16/7/2021).

Ancak buna karşın bilişim aygıtlarına yönelik ayrıca ÖTV uygulaması bulunmamaktadır. ÖTV, bilineceği üzere çeşitli cetvel ve listelere göre dizayn edilmiş ürünlere yönelik uygulanmaktadır. Oluşturulan bu liste ve cetvellerde adı geçen cihazlara yönelik bir vergileme söz konusu değildir. İnsan, toplum ve çevre sağlığı açısından bu aygıtların ciddi sorunlara neden olduğu düşünüldüğünde, ÖTV kapsamında bu ürünlere yönelik bir vergileme uygulaması düşünülmeli gerekmektedir.

7/12/2019 tarihli ve 7194 sayılı Dijital Hizmet Vergisi ile Bazı Kanunlarda ve 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'a⁶⁶ göre ülkemizde dijital ortamlarda çeşitli yollardan gelir elde edenler, dijital hizmet vergisi kapsamında vergiye dahil edilmiştir.

Dijital hizmet vergisi; dijital ortamlarda sunulan her türlü reklam hizmetini, dijital ortamlarda sesli, görsel veya dijital herhangi bir içeriğin satışını, tüketicilerin birbirleriyle kolaylıkla etkileşime geçebilecekleri dijital ortamın sunulmasını ve sayılan bu hizmetlerin araçlar vasıtasıyla görülmesini kapsamaktadır (7194 S.K., m.1).

Sayılan bu hizmetleri tüketicilere sunanlar, dijital hizmet vergisini ödemekle yükümlü olanlardır. Bu yükümlülük, mükellefin tam veya dar mükellefiyet durumlarının ne olduğu ve söz konusu hizmetin Türkiye'de bir işyeri veya temsilcisi vasıtasıyla gerçekleştirilip gerçekleştirilmemesi durumlarından etkilenmez (7194 S.K., m.3).

7194 sayılı kanunun ilk maddesinde sayılan hizmetler karşılığında Türkiye'de elde ettiği hasılatı 20 milyon TL veya dünya çapında elde edilen hasılatı 750 milyon avrodan veya muadili yabancı para karşılığı Türk lirasından az olanlar, kanuna konu olan dijital hizmet vergisinden muaf tutulmaktadır (7194 S.K., m.4).

İlgili dönem içinde sayılan hizmetlerden elde edilen kazanç, dijital hizmet vergisinin matrahını tespit etmektedir. Bu kazancın döviz ile tespit edilmesi durumunda Türk lirasına çevrilmesi gerekmektedir. Verginin matrahında gider, maliyet ve vergi adı altında herhangi bir indirim söz konusu değildir. Dijital hizmet vergisinin oranı ise %7,5'tir (7194 S.K., m.5).

⁶⁶ 7/12/2019 tarihli ve 30971 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

Dijital hizmet vergisi görüleceği üzere, bilişim ürünlerinin kullanımına yönelik çıkarılmış bir vergidir. Bu ürünlerde yapılan çeşitli faaliyetler kanun nezdinde vergilenmektedir. Her ne kadar kanunun amacı, bu ürünlerin kullanımının sağlığa yönelik zararlarını esas almasa da, bu ürünlerin kullanımını bir şekilde bedele bağlamaktadır. Özellikle kanun kapsamı içinde dijital ortamlarda sesli, görsel ve her türlü dijital içeriğin satışının da değerlendirilmesi, bilişim ürünlerinin tüketimini etkileyecektir. Her ne kadar bu vergi, sayılan bu hizmetleri sunanları mükellef olarak değerlendirirse de, vergi dolayısıyla o hizmetin fiyatı etkilenecektir. Artan fiyatlar doğrudan tüketicilerin kullanım alışkanlıklarını belirlemede önemli bir etkidir.

23/7/1956 tarihli ve 6802 sayılı Gider Vergileri Kanunu'nun⁶⁷ üçüncü bölümünde yer alan Özel İletişim Vergisi (ÖİV), elektronik ortam ve cihazlarda karşımıza çıkan bir diğer vergi türüdür.

ÖİV; her türlü mobil elektronik haberleşme işletmeciliği içinde değerlendirilen tesis, devir, nakil ve haberleşme hizmetlerini, radyo ve televizyon yayınlarının sunumu için gerekli uydu ve kablo ortamından sunulması hizmetlerini, kablolu ve kablosuz mobil internet sağlama hizmetlerini, sayılan bu hizmetler dışında kalan diğer tüm elektronik haberleşme hizmetlerini kapsamaktadır. Bu kapsam nezdinde sayılan tüm bu hizmetlere yönelik ÖİV, %7,5 olarak değerlendirilmektedir (6802 S.K., m.39).

Görüleceği üzere ÖİV, haberleşme alanında elektronik cihazlara uygulanan bir vergi türüdür. Mobil telefon ve internet hizmetleri bu kapsamda değerlendirilir. ÖİV'in mükellefi sayılan bu hizmetleri sunanlardır. Ancak nihayetinde vergi, tüketiciye yansımaktadır. Her ne kadar verginin amacı, elektronik cihazların neden olduğu sağlık sorunlarının vergilendirilmesi olmasa da, bu ürünlere yönelik bir verginin uygulanması tüketimi etkileyeceği tahmin edilmektedir.

Görüleceği üzere ülkemizde bu aygıtların insan ve çevre sağlığına yönelik zararlarını esas alan bir vergi ve vergi politikası olmamakla birlikte, var olan vergiler mali amaçlarla değerlendirilmektedir. Bu kapsamda bu ürünlerin kullanımında insan, toplum ve çevre sağlığına verdiği zararı dikkate alacak bir vergileme politikasının uygulanması, bu çalışmanın konusu gereğince uygun düşecektir.

⁶⁷ 23/7/1956 tarihli ve 9362 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır.

4.2. Diğer Muafiyet, İstisna ve İndirimler

193 sayılı kanun madde 31’de, belirtilen derecelerde engeli bulunan mükellefler, derecelerine göre tespit edilmiş tutarları indirim olarak değerlendirebilmektedir. 193 sayılı kanun madde 31’e göre; çalışma gücünün asgari %80’ini kaybetmiş olan hizmet erbabı birinci derece engelli, asgari %60’ını kaybetmiş olan hizmet erbabı ikinci derece engelli, asgari %40’ını kaybetmiş olan hizmet erbabı ise üçüncü derece engelli sayılır. Aynı maddede belirtilen engellilik indirim tutarları hizmet erbabının ücretinden indirilmektedir.

- Birinci derece engelliler için 440.000.000 lira (1.500 TL),
- İkinci derece engelliler için 220.000.000 lira (860 TL),
- Üçüncü derece engelliler için 110.000.000 lira (380 TL) dır.

193 sayılı kanun madde 89/2’de sağlık harcamalarının beyan edilmesi durumunda tespit edilen matrahtan indirim olarak değerlendirilmesi söz konusu olmaktadır. 193 sayılı kanun madde 89/2’ye göre; gelir ve kurumlar vergisi mükellefiyeti olan gerçek veya tüzel kişilerin beyan ettiği gelirin %10’unu aşmaması ve Türkiye’de yapılması durumunda mükellefin kendisi, eşi ve çocukları için yapacağı sağlık harcamaları tespit edilecek matrahta indirim konusudur.

193 sayılı kanun madde 89/5’te genel ve özel bütçeli kamu idarelerine, il özel idarelerine, belediyelere ve köylere yapılacak olan sağlık tesisi, huzurevi, bakım ve rehabilitasyon merkezinin inşası dolayısıyla yapılacak harcamalar ve bu merkezlerin inşası için yapılacak her türlü bağış ve yardımlar ile bu merkezlerin faaliyetlerini sürdürebilmesi için yapılacak nakdi ve ayni bağış ve yardımların tamamı, bağış ve yardımda bulunan mükellefin matrahında indirime neden olmaktadır.

193 sayılı kanun madde 89/13’te, Türkiye’de yerleşimi bulunmayan, işyeri, kanuni ve iş merkezi yurt dışında bulunan kişilere yönelik verilmiş olunan sağlık hizmetleri faaliyeti, bu hizmetleri sunan işletmelerin bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50’sini matrahta indirim olabilmektedir.

5520 sayılı kanun madde 10/ç’de, sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan her türlü nakdi ve ayni yardım ve bağışların tamamı vergide indirime söz konusu olmaktadır. 5520 sayılı kanun madde 10/ç’ye göre; genel ve özel bütçeli kamu idarelerine,

il özel idarelerine, belediyelere ve köylere yapılacak olan sağlık tesisi, huzurevi, bakım ve rehabilitasyon merkezinin inşası dolayısıyla yapılacak harcamalar ve bu merkezlerin inşası için yapılacak her türlü bağış ve yardımlar ile bu merkezlerin faaliyetlerini sürdürebilmesi için yapılacak nakdi ve ayni bağış ve yardımların tamamı, bağış ve yardımda bulunan mükellefin matrahında indirimine neden olmaktadır.

3065 sayılı kanun, “Araçlar, Petrol Aramaları ve Teşvik Belgeli Yatırımlarda İstisna Araçlar, kıymetli maden ve petrol aramaları ile ulusal güvenlik harcamaları ve yatırımlarda istisna” başlıklı ikinci bölümünde yer alan madde 13/h’ye göre; ulusal ve uluslararası hizmetlerde bulunan Kızılay hareketi faaliyetleri, savaş veya olağanüstü durumlardaki görevleri ile kan, sağlık, göç ve mülteci hizmetleri kapsamında yapılan tüm teslim ve hizmetler KDV kapsamından istisna edilmiştir.

3065 sayılı kanunun, “Araçlar, Petrol Aramaları ve Teşvik Belgeli Yatırımlarda İstisna Araçlar, kıymetli maden ve petrol aramaları ile ulusal güvenlik harcamaları ve yatırımlarda istisna” başlıklı ikinci bölümünde yer alan madde 13/k’ye göre, genel ve özel bütçeli kamu idarelerine, il özel idarelerine, belediyelere ve köylere bağışlanmak üzere yapılan sağlık tesis ve binaları KDV istisnası kapsamı içindedir.

1970 tarihli ve 1319 sayılı Emlak Vergisi Kanunu⁶⁸ madde 4/f ile, kazanç gayesi güdülmeyen ve kiraya verilmeyen hastane, sağlık, rehabilitasyon, teşhis ve tedavi merkezleri, sanatoryum, prevantoryum, revirler ve dispanser gibi sağlık kuruluşları bina vergisi kapsamı dışında bırakılıp, daimi olarak muaf tutulmuştur.

1319 sayılı kanun madde 8’de Cumhurbaşkanı, bazı olumsuz durumlarla karşı karşıya kalmış vatandaşların bina vergisi oranını sıfıra kadar indirmeye yetkili kılınmıştır. Bu madde ile birlikte fiziksel ve ruhsal olarak zarara uğramış olan bu vatandaşların, gerek bireysel sağlıklarının gerekse de toplum sağlığının devamı açısından ilgili vergiden muaf tutulması önem arz etmektedir. Buna göre Cumhurbaşkanı hiçbir geliri olmadığını belgeleyenlerin, sadece geliri sosyal güvenlik kurumlarından elde ettikleri aylık olan, gazilerin, engellilerin, şehitlerin, dul ve yetimlerinin Türkiye sınırları kapsamı içinde brüt 200 m²’yi geçmeyen tek meskeni olması durumunda bu meskene ait vergileri sıfıra kadar indirebilmektedir.

⁶⁸ 11/8/1970 tarihli ve 13576 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Yabancı uyruklulara, turistlere veya yurtdışında çalışan Türk vatandaşlarının ülkemizde döviz karşılığında sağlık hizmetinden faydalanma taleplerini karşılayan işletmelerin bu faaliyetleri, 488 sayılı kanunun ek madde 2/ğ'ye göre damga vergisinden müstesna edilmiştir.

Resmi daireler aracılığıyla yurtdışına gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin bedellerine ilişkin düzenlenen kağıtlar, 488 sayılı kanunun istisnaları ele alan (2) Sayılı tablosunda yer alan “Öğrenciler ve askerlerle ilgili kağıtlar” bölümüne göre vergiden istisna edilmiştir.

Ülkemizde ikameti bulunmayan, yabancı uyruklulara, turistlere veya yurt dışında çalışan Türk vatandaşlarına ülkemiz sınırları içinde döviz karşılığında edindikleri sağlık hizmetleri, 492 sayılı kanunun ek madde 1/2'ye göre müstesna edilmiştir.

BÖLÜM V

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİNİN VERGİLENDİRİLMESİNİN

DEĞERLENDİRİLMESİ: SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sağlık Hizmeti Veren Kurum Ve Kuruluşların Vergilendirilmesinin Değerlendirilmesi

Sağlık hizmeti sunumu, fiziki ve beşeri olarak altyapıya ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyacın karşılanması, uzun süreli ve maliyetli olabilmektedir. Örneğin, bir doktor uzun süreli bir eğitimden geçmek ve uzmanlaşmak zorunda, sağlık personellerinin çalışacağı binalar kanunlarda belirtilen kriterlere göre dizayn edilmekte ve hizmetin sunumu için gerekli medikal cihaz ve gereçler ise yüksek maliyetli olabilmektedir. Bu ve bunun gibi sebepler, sunulan hizmetin bir bedelle yapılması gerektiği sonucuna ulaştırmaktadır.

Sunulan bu hizmet, toplumun tamamını ilişkilendirmesi sebebiyle büyük kitleleri kapsamaktadır. Çünkü her vatandaşın bir şekilde sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara ihtiyacı olacaktır. Bu kadar geniş bir kesime yayılmış olan bu faaliyetin, vergi geliri elde etme açısından büyük bir fırsat yarattığı açıktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında ortaya çıkan vergiler, devletin bütçesine büyük katkı sağlayacaktır.

Ülkemizde sağlık hizmeti kamu, özel ve kamu-özel ortaklığı şeklinde sunulmaktadır. Kamuya ait sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, resmi daire sıfatında olması sebebiyle birçok gelir elde edici faaliyeti sınırlanmıştır. Nitekim, devlet memuru olan sağlık personeli de devlet memuru olması sebebiyle, birçok ticari faaliyeti sınırlandırılmıştır. Bu yönden düşünüldüğü takdirde, özel sektörde faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşları, kamuya ait olan sağlık kuruluşlarına kıyasla avantajlı konumdadır. Özel sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesi artırılabilen, medikal cihaz ve gereçler satın alınabilmekte ve kuruluşlar kendi reklamlarını yapabilmektedir. Bu ve bunun gibi sebepler nedeniyle özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmeti sunumu açısından daha cazip görünmektedir. Ortada özel sağlık kuruluşları için var olan bu avantajlı durum, piyasa rekabet koşulları nezdinde kamuya ait sağlık kuruluşları için dezavantajlı bir durumdur. Çünkü kamuya ait sağlık kuruluşları, kanunlarla hareket eder, hareket ve faaliyet sınırları mevzuatla tespit edilmiş ve çizilmiştir. Bu nedenle bu dezavantajlı durumu dengelemek için sağlık hizmetleri sunan özel kuruluşlara kurumlar vergisi başta

olmak üzere yönelik vergi uygulanmaktadır. Bilindiği üzere kamuya ait sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda kurumlar vergisi mükellefiyeti bulunmamaktadır.

Ülkemizde toplumun tümünü kapsayan bir GSS bulunmaktadır. GSS'nin bu kadar büyük ve geniş bir kitleyi içinde barındırması, büyük bir bütçeye ihtiyaç duyacağını göstermektedir. Sosyal devletin toplumun tümünü ele alan bir sigorta yönetimi benimsemesi oldukça önemlidir. Ancak bu hizmetin karşılanması için gerekli olan maddi imkanların da sağlanması gerekmektedir. Nitekim ülkemizde sağlık hizmeti sunan kuruluşların vergilendirilmesindeki bir diğer neden de bu ihtiyacı karşılamak için finansman kaynağı oluşturmaktır. SGK kapsamında elde edilen prim ödemeleri birden fazla kişiyi kapsamaktadır. Prim ödemeleri haricinde yapılan ödemeler daha maliyetli olmaktadır. Toplumda birçok muafiyet, istisna ve indirimden yararlanan bireyler bulunmakta ve bu vergi harcamaları, bu bireylere aynı bütçeden sağlanmaktadır. Görüleceği üzere sağlık hizmetlerinde vergi uygulaması, gelir elde edici yönünün yanında aynı zamanda da bir finansman yöntemidir.

2007 tarihli 13033 karar sayılı Mal ve Hizmetlere Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık hizmetlerinde uygulanacak olan KDV oranları tespit edilmiştir.

13033 sayılı Bakanlar Kurulu kararı madde 1/1'e göre;

- 13033 sayılı kararda yer alan (I) sayılı listedeki teslim ve hizmetler için %1,
- 13033 sayılı kararda yer alan (II) sayılı listedeki teslim ve hizmetler için %8,
- 13033 sayılı listelerde yer almayan mal ve hizmetler için ise %18 olarak KDV oranları belirlenmiştir.

13033 sayılı kararın (II) sayılı listesinin “Diğer Mal ve Hizmetler” başlıklı bölümünün 21. maddesine göre; insan ve hayvan sağlığına yönelik her türlü koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri ve ambulans hizmetlerinin sunumuna ilgili bakanlıklar ya da kanunlar tarafından izin verilen gerçek veya tüzel kişiler aracılığıyla gerçekleştirilmesinde uygulanacak olan KDV oranı %8'tir.

Alınan bu karardan da görüleceği üzere, her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sağlık hizmetinde KDV %8 olarak değerlendirilmektedir. Estetik hizmeti gibi sayılanlar dışında kalan sağlık hizmetlerinde uygulanacak olan KDV oranı ise %18 olarak uygulanmaktadır.

Sağlık hizmetleri pozitif dışsallık yaratabilen ve toplumsal fayda oluşturan bir mal ve hizmettir. Bu özelliği bölgesel veya yerel olarak sınırlı kalmamakta aynı zamanda küresel bir etki de yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinden en az maliyetle yararlanma ve sağlık hizmetlerini en az maliyetle sunma önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri üzerindeki %8’lik olan bu KDV oranı, 13033 sayılı bakanlar kurulu kararının (I) sayılı listesinde dahil edilip, %1 oranında indirilmiş olarak değerlendirilmelidir. Bu şekilde hizmetin hem arzı hem de tüketimi esnasında katlanılan maliyet ve yükümlülük düşecektir. Katlanılan maliyetin düşürülmesi ülkemizi, sağlık hizmetleri turizmi kapsamında da daha cazip bir konuma taşıyacaktır.

1319 sayılı kanun madde 4/f ile, kazanç gayesi güdülmeyen ve kiraya verilmeyen hastane, sağlık, rehabilitasyon, teşhis ve tedavi merkezleri, sanatoryum, prevantoryum, revirler ve dispanser gibi sağlık kuruluşları bina vergisi kapsamı dışında bırakılıp, daimi olarak muaf tutulmuştur. Bu vergisel avantaj ile bireyler veya tüzel kişiler, sayılan sağlık kuruluşlarını açmaya teşvik edilmektedir.

193 sayılı kanun madde 89/13’te, Türkiye’de yerleşimi bulunmayan, işyeri, kanuni ve iş merkezi yurt dışında bulunan kişilere yönelik verilmiş olunan sağlık hizmetleri faaliyeti, bu hizmetleri sunan işletmelerin bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50’sini matrahta indirim olabilmektedir. Bu şekilde ilgili sağlık kuruluşları, yurtdışını hedefleyecek faaliyetlerde bulunması yönünde teşvik edilmektedir. Bu teşvik, sağlık turizmine katkı sağlamaktadır. Nitekim bu faaliyet aynı zamanda, döviz sağlayıcı bir faaliyettir.

3065 sayılı kanunun, “Araçlar, Petrol Aramaları ve Teşvik Belgeli Yatırımlarda İstisna Araçlar, kıymetli maden ve petrol aramaları ile ulusal güvenlik harcamaları ve yatırımlarda istisna” başlıklı ikinci bölümünde yer alan madde 13/k’ye göre, genel ve özel bütçeli kamu idarelerine, il özel idarelerine, belediyelere ve köylere bağışlanmak üzere yapılan sağlık tesis ve binalarının inşası KDV istisnası kapsamı içindedir. Bu şekilde var olan bir teşvik ile; sağlık hizmeti yönüyle geri kalmış bölgelerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetinin tüm ülke topraklarına yayılması hedeflenmektedir. Böyle bir teşviğin yalnızca

kamuya ait sağlık kuruluşlarıyla sınırlı kalmamalı, özel sağlık kuruluşlarına da bu şekilde yapılacak bir yardımın da istisna kapsamında değerlendirilmesi, sağlık hizmetine ulaşım aısından önem arz etmektedir.

Sayılan vergisel teşvikler ile sağlık hizmetleri sunumu toplumun tüm kesim ve bölgelerine yayılmaya, yatırım yönüyle cazip konumda tutulmaya ve yabancıları hedefleyici faaliyetlerde bulunmaya çalışılmaktadır. Bu şekilde var olan teşviklerin geliştirilip detaylandırılması dikkate değer olmalıdır.

5.2. Mal ve Hizmetlerin Tesliminde Vergilendirme

Obezite ile mücadele konusunda toplumu yeterince bilinçlendirecek yayınlar yapılmalı, bireyler obezitenin doğurduğu kötü sonuçlardan haberdar edilmelidir. Obezite ile mücadele konusunda sağlıksız ürünlerin satışına ve tüketimine yönelik reklam ve yayınlara kısıtlamalar getirilmelidir. Obezite sorununu önlemek amacıyla bireylerin hareketli bir yaşam sürmeleri konusunda teşvikler yapılmalı, özellikle uzun saat masa başı çalışanlara bu konuda özel fırsatlar sunulmalıdır. Sağlıksız ürünler üzerinden alınan ÖTV ve KDV, doğrudan bu amaçla alınmamaktadır. Bu amaçla ÖTV kapsamında sağlıksız gıda ürünlerinden oluşan ayrı bir cetvel veya liste oluşturulmalı, ürünlerin içerdikleri yağ, tuz ve şeker miktarına göre vergi yükümlölükleri tespit edilmelidir. KDV kapsamında sağlıksız ürünlerin üzerindeki vergi oranı artırılmalı, sağlıklı ürünler üzerindeki oran ise düşürölerek, sağlıklı ürünler daha cazip hale getirilmelidir. Bu konuda obeziteyi hedefleyen “obezite vergisi” adı altında ayrı bir verginin oluşturulması, bireylerin tepkilerine neden olacaktır. Bu sebeple böyle bir verginin oluşturulması hedeflenecekse, kamuoyu bu konuda ikna edilmeli, oluşturulacak vergi adil bir şekilde yürütölmemelidir. Sağlıksız ürünler olan yağ, şeker ve tuzun hazır ve paket olarak kullanımı yaygınlaşmıştır. Obezite kapsamında hazır ve paket olarak tüketilen bu ürünlere yönelik vergilemenin artırılması bu çalışma gereğince önerilmektedir. Ancak sayılan bu gıdalar (yağ, şeker ve tuz) insanların beslenmesi aısından mecburi olarak ihtiyaç duyacağı gıdalardır. Bu nedenle bu ürünlerin kapalı ve hazır şekilde satışını, teslimini ve tüketimini cezalandırırken, bu işlemlerin açık ve sağlıklı bir şekilde sunulması da teşvik edilmeli, bu şekilde faaliyette bulunanlara vergisel imkanlar ve kolaylıklar tanınmalıdır.

Sigara içeriğindeki tütün ürünü nedeniyle bağımlılık oranı oldukça yüksek bir üründür. Bu sebeple sigara ile mücadele etmek aslında tütün ile mücadele etmek anlamına gelecektir. Tütün ile mücadele için, öncelikle toplum bu konuda bilinçlendirilmelidir. Tütün içeren ürünlerin satışını ve tüketimini özendirici reklam, afiş ve yayınlar

engellenmeli, tütün içeren ürünlerin kullanılabilecek alanları daha da sınırlandırılmalı ve bu kurala uymayanlara yönelik denetim ve yaptırımlar daha caydırıcı olmalıdır. Sigara tüketen birey sadece sigarayı tüketerek hem başka bireylere hem de çevreye zarar vermektedir. Bu nedenle oluşan bu zararın bedelini kullanıcı karşılamak zorundadır. Bunun karşılığı da sigarayı alırken ödeyeceği vergi miktarından geçmektedir. Sigara üzerindeki verginin yükü, alınan sigaranın içeriğindeki zararlı katkıların cinsine, miktarına ve zarar oranına göre tespit edilmelidir. İçeriği gereği vereceği zarar yüksek olan sigaralar, daha yüksek bir vergiyle karşı karşıya kalmalıdır. Ülkemizde sigara ÖTV kapsamında olmakla birlikte KDV de hesaplanmaktadır. ÖTV'nin kullanım esasında nispi oranın öncelenmesi, fiyatı yüksek olan sigara paketlerinin üzerindeki vergi yükünün daha düşük, fiyatı düşük olan sigara paketlerinin üzerindeki vergi yükünün ise daha yüksek olduğu bir düzeni oluşturmuştur. Düşük fiyatlı sigaralar, içerdikleri katkı ürünleri gereği daha kalitesiz ve yan ürünleri barındırma ihtimalini bulundurması sebebiyle daha fazla vergilendirmeye tutulmaktadır. Ancak, düşük fiyatlı sigarayı tüketenler düşük gelirli bireyler olacağından, bu yöntem adaletsiz bir görüntü çizmektedir. Bu adaletsiz görüntüyü ortadan kaldıracak yöntemler tercih edilmelidir. Yapılan araştırmalardan anlaşılacağı üzere sigara tüketen bireylerin büyük kısmı, sigara üzerindeki verginin %100 artışında bile sigara tüketimini bırakmayacaklarını beyan etmişlerdir. Bu nedenle sigara ile mücadele konusunda vergi önemli bir araç olmakla birlikte, ana yöntemin sosyal yöntemler olması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle devlet, sigarayı bırakmaya yönelik bireyleri teşvik etmeli ve bırakanları ödüllendirecek sistemler geliştirmelidir.

Alkol, başlı başına birer bağımlılık yaratması sebebiyle hastalık olarak değerlendirilmelidir. Diğer sağlığa zararlı ürünlerde de yapıldığı gibi alkol ile mücadele konusunda sosyal yöntemler öncelik olarak tercih edilmelidir. Alkolün satışını ve tüketimini özendirecek reklam, afiş ve yayınlara engellemeler getirilmelidir. Uymayanlar için denetim ve yaptırım caydırıcı olmalıdır. Alkol ülkemizde ÖTV kapsamında değerlendirilmektedir. ÖTV'nin tespiti esnasında ürünün içerdiği alkol oranı dikkate alınmaktadır. Alkol oranının dikkate alınması önemli ve doğru bir uygulamadır. Bu uygulamanın derinleştirilip, daha da detaylandırılması gerekmektedir. Çünkü, her geçen gün farklı yöntemlerle elde edilen alkoller üretilmektedir. Her geçen gün artan alkol üzerinden alınan vergi miktarı, yasal tüketimi düşürmekte etkili olabilmektedir. Ancak aynı zamanda yasal olmayan yolları da teşvik etmektedir. Yasal olmayan yolların ölümcül sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Bu nedenle alınan bu verginin, yasadışı yolları teşvik etmeyecek düzeyde yeniden ele alınması gerekmektedir. Alkol kaçak yollarla üretimi

oldukça kolay bir üründür. İnsanlar kendi ikamet ettikleri evlerde kendi içkilerini üretebilmektedirler. Bunun sayısı, emniyet tarafından yakalananların veya kaçak alkol yüzünden sağlık sorunu yaşayanların sayısından çok daha fazla olduğu açıktır. Çünkü alkollü içki üretmek için bu konuda derin bir bilgi sahibi olmaya gerek yoktur. Bu nedenle ülkemizdeki alkol tüketimi uluslar arası kuruluşların yaptığı çalışmalarda belirtildiği gibi oldukça düşük seviyelerde değildir. Bu nedenle evde alkollü içki üretimi için kullanılan gereçlerin ve ürünlerin satışı ve üretimi sıkı denetlenmelidir.

Çevre sorunları ülkemiz, dünya ve tüm insanlık için mevcut olan en ciddi problemlerdendir. Çünkü çevre kirliliği tüm çevreyi yani tüm dünyayı, dünya üzerinde yaşayan tüm canlıları ve bu canlıların oluşturduğu tüm düzenleri etkilemektedir. Bu nedenle çevre kirliliği ile mücadele etmek hayati önem taşımaktadır. Bu konunun önemi ve hassasiyeti topluma sürekli ve ciddi olarak aktarılmalı, yayınlar yapılmalı ve bu sorunları önemseyecek bir kamuoyu oluşturulmalıdır. Nüfus politikaları, kentleşme ve şehir planlama politikaları, sanayi politikaları, tarım ve turizm politikaları çevre kirliliğini önlemeyi önceleyen bir bakış açısı ile değerlendirilmeli ve uygulanmalıdır. Ülkemizde çevre kirliliği ile mücadele konusunda çeşitli vergi uygulamaları göze çarpmaktadır. Bunların başında MTV gelmektedir. Bilindiği üzere kanunen MTV'nin tespitinde, aracın yaşı bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Aracın yaşı arttıkça iç dizaynı eskiyecek ve kötüleşecek bu durum çevreye bırakacağı dumanın daha sağlıksız olmasına neden olacaktır. Bu noktada yaşı artan aracın daha fazla vergiye maruz kalması gerekmektedir. Ancak kanun, yaşı artan aracı daha az vergiye maruz bırakmaktadır. Bu çevre kirliliği ile mücadele konusunda tamamen zıt bir uygulamadır. Bu noktada MTV'nin tespitinde araç yaşı çevre kirliliğini önlemeye yönelik yeniden ele alınmalıdır. Motor silindir hacmi yüksek araçlar, yeni teknoloji ile üretilmiş olmaları ve gelişmiş iç dizaynları sebebiyle çevreye salacağı zararlı gaz miktarı yüksek olacaktır. Bu noktada bireyler, daha zayıf motor silindir hacmi olan araçları kullanmalarına yönelik teşvik edilmelidir. MTV'nin tespitinde aracın yaydığı ses de dikkate alınmalı, gürültü kirliliği ile de mücadele edilmelidir. Yine bu noktada yerel kriterler esas alınmalıdır. Örneğin, kayıtlı araç sayısı yüksek olan ve sürekli uzun trafik sorunları yaşanan şehirlerde bu durumların sebep olduğu hava ve gürültü kirliliği ile mücadele etmek amacıyla, o şehirdeki araçlara yönelik alınan MTV miktarı diğer şehirlere göre farklılık gösterebilmelidir. Bu noktada sorun olması durumunda MTV haricinde ekstra gelirler ile (köprü geçiş ücretleri vb.) yayılan kirliliğin bedeli karşılanmalıdır. Motorlu araç sahipleri sürekli olarak egzoz emisyon ölçümü yaptırmak durumundadırlar. Bu işlem için araç sahipleri ölçümün yapıldığı

istasyona belirli bir ücreti ödemek zorundadır. Ölçüm sonucunda yeterli bulunmayan araç sahipleri cezalara maruz kalmaktadır. Bu şekilde aracın bakımını düzenli yapmayan ve bu nedenle çevreye daha fazla zararı olanlar cezalandırılmaktadır. Ancak, ölçüm sonucu yeterli bulunanların da ödüllendirilmesi gerekmektedir. Çünkü araç bakımını yapıp çevreyi daha az kirleten ile araç bakımını yapmayıp çevreyi daha çok kirleten aynı ücreti ödemektedir. Bu adaletsiz bir görüntü çizmektedir. Ölçüm sonucu yeterli bulunan daha az ücret ödemelidir. ÖTV (I) sayılı listede akaryakıtlar vergilendirilmektedir. Bilindiği üzere motorlu araçların yakıtı, akaryakıttır. Salınan gaz ve dumana da akaryakıt sebep olmaktadır. Bu nedenle akaryakıt üzerinden bu şekilde bir vergi uygulaması çevresel amaçlara uygundur. Ancak verginin belirlenmesinde, kullanılan akaryakıtın miktarının ölçüt olması tam anlamıyla çevresel amaçlara uygun düşmemektedir. Bu noktada çevreye daha az zararlı gaz ve duman salan akaryakıtlar daha az vergiye, daha fazla salanlar ise daha fazla vergiye maruz kalmalı, zararlı akaryakıtı kullananlar cezalandırılmalı, daha az zararlı akaryakıtı kullananlar ödüllendirilip teşvik edilmelidir. Elektrikli motorlu araçlar bilindiği üzere akaryakıt tüketmemektedir. Bu nedenle akaryakıtla çalışan araçlara kıyasla çevre sağlığı açısından daha sağlıklı olduğu öngörülmektedir. Bu nedenle, bu araçların kullanımını yaygınlaştırmak amacıyla çeşitli imtiyazlar ve avantajlar sağlanabileceği gibi, bu araçlar üzerinden alınan ÖTV oranları düşürülebilir.

Ülkemizde çevre kirliliği yani çevre temizliği ile ilgili doğrudan alınan tek vergi çevre temizlik vergisidir. Çevre temizlik vergisi, belediye gelirleri kapsamında değerlendirilir ve su faturasına dahil edilerek tahsil edilir. Konutlar ve işyerleri için büyükşehir ve şehir belediyelerinde ayrı vergi oranları bulunmaktadır. Konutlardan sabit bir vergi oranı ile alınmaktadır. Bu durum verginin çevre kirliliği ile mücadele konusunu dikkate almadığı, verginin mali amaçlarla alındığını göstermektedir. Çünkü herhangi bir konut sahibi bir birey, çevreyi hiç kirletmese veya azaltsa bile aynı vergi oranını ödemek zorundadır. Bu nedenle vergi, herkesten aynı oranda toplanması sebebiyle mali amaçla alınmaktadır. Konutlardan alınan verginin tespitinde, bireylerin çevreye verdiği zararın ve maliyetin dikkate alınarak hesaplanması gerekmektedir. İşyeri olarak kullanılan binalar, gruplara ayrılarak tespit edilmektedir. Binaların gruplandırma ölçütlerinde çevresel faktörler bulunmamaktadır. Binada çalışacak personel sayısı ve bina içinde bulunacak koltuk sayısı gibi kıstasların ölçüt olması, alınan bu verginin çevresel amaçla alınmadığının veya önemsenmediğinin göstergesidir. Çevre temizliği başlığı altında yola çıkan bu verginin, verginin tespitindeki ana ölçütü çevre kirliliği ile mücadele olmalıdır. Bu noktada çevre temizlik vergisi bu hususlar nezdinde yeniden ele alınmalıdır.

Ülkemizde 2018 yılından itibaren poşetler, tüketicilere satılmakta ve vergiye tabi olmaktadır. Poşetlerin üretimi için plastik ve petrol gibi çevreye zarar verici etkenlerin kullanılıyor olması, poşetlerin kullanımını azaltacak uygulamaların yaygınlaşmasına sebep olmuştur. Bu amaçla çıkarılan bu uygulama çevre temizliği açısından doğru bir uygulamadır. Ancak pazar yerlerinde, eczanelerde, canlı su hayvanların satışında, yumrulu ve tohumlu bitkilerin satışında ve kargo tesliminde kullanılan poşetler kapsam dışında tutulmuştur. Kapsam dışı tutulan alanlar (özellikle pazar yeri) toplumun sık ve kalabalık olarak kullandığı alanlar olması sebebiyle, poşet kullanımı konusunda olumsuz etkileri olacağı açıktır. Bu durumun yeniden ele alınması ve kapsam dışı tutulan alanların daraltılması gerekmektedir. Türkiye’de her geçen gün karbon salınım oranı artış eğilimi göstermektedir. Bu soruna yönelik doğrudan bir vergi politikamız bulunmamaktadır. Hatta Türkiye’nin çevre sorunlarını önceleyen bir vergisi de bulunmamaktadır. Çevre temizlik vergisinin mali amaçlar güttüğü ortadadır. Bu nedenle Türkiye zararlı gaz salınımını önlemeyi önceleyen, hedefleyen ve amaçlayan başlı başına ayrı spesifik bir vergiye ihtiyaç duymaktadır. Bu verginin oluşturulması esnasında güdülecek tek amacın çevre kirliliği ile mücadele olması gerekmektedir.

Bilişim aygıt ve ortamlarında uygulanan vergiler, mali amaçlarla uygulanmaktadır. Bu ürünlerin neden olduğu sağlık sorunları dikkate alınmamaktadır. Toplum, bu ürünlerin neden olduğu sağlık sorunlarından yeterince haberdar olmamakla birlikte, bu konuda toplumu bilinçlendirecek yeterli uyarıcı yayınlar da yapılmamaktadır. Bu nedenle öncelikle toplum bu konuda bilinçlendirilmelidir. Sayılan bu teknolojik ürünler, ÖTV kapsamında değerlendirilmemektedir. Teknolojik ürünlerin bireylere, topluma ve çevreye verdiği zararları dikkate alan ÖTV kapsamında, ayrı bir cetvel veya liste oluşturulabilir. Bilişim vergisi adı altında bir vergi oluşturulacaksa bu verginin, ana hat ve kapsamı bu ürünlerin neden olduğu sağlık sorunları olmalıdır. Ancak ortada bir ikilem söz konusudur. Bu ürünler artık tüm bireylerin ve toplumun vazgeçilmez bir parçası halini almıştır. Bir bağımlılığın yanında aynı zamanda artık toplumda barınmak için de bir gerekliliktir. Bugün birçok faaliyetler bu aygıtlar ve ortamlarda yürütülmekte ve bu durum teşvik edilmektedir. Bu nedenle bu ürünler üzerine konulan vergi her ne olursa olsun, bedeli karşılanması gereken ürünlere dönüşmüştür. Herhangi bir birey, temel gıda ürünlerinde var olan bedeli ödemeye hazırdır. Astımı olan birinin astım spreyinde var olan her türlü bedeli ödemeye hazır durumundadır. Teknolojik ürünler de bireylerin topluma katılmaları ve toplumda varlığını sürdürmeleri için böyle temel bir

ürün haline dönüşmüştür. Bu nedenle bu ürünlerin neden olduğu sağlık sorunları ile mücadele eden bir devletin, alternatif yöntemler sunması gerekmektedir.

Yukarıda sayılan ürünler gerek bireysel gerekse de toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bu konulara yönelik uygulanacak olan vergi ve önleme politikaları, koruyucu bir hizmet teşkil etmektedir. Sosyal bir devletin, vatandaşlarını, toplumunu ve çevresini koruması ve bu amaçla koruyucu politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Ülkemizde obezite, sigara, alkol, bilişim ve çevre sorunlarına yönelik uygulanan vergi ve koruyucu politikalar yetersiz kalmaktadır. Yukarıda sayılan öneriler, bu yetersizliği gidermek amacıyla yapılmıştır.

5.3. Teşvik Edici Uygulamalarda Vergiler

Bir devletin vatandaşlarını, toplumunu ve çevresini koruması için bu bilinçte ve eğitim düzeyinde nüfusuna ihtiyacı vardır. Bu amaçla, nüfus politikası, dolaylı olarak birey ve toplum sağlığı ile ilişkilidir. Herhangi bir sektöre ya da alana yönelik yetişmiş insan gücü ihtiyacının oluşması, bu sorunu giderici nüfus politikasını etkileyecektir. Buna karşın yükselen nüfusu önlemek amacıyla da nüfus azaltma politikası izlenebilmektedir. Günümüzde halen Çin gibi çeşitli sebeplerden dolayı nüfus kısıtlayıcı politikalar geliştirmiş ve uygulamakta olan ülkeler mevcuttur.

Ülkemizde, cumhuriyetin ilk yıllarında bu durumun tersi şeklinde bir politika uygulanmaya çalışılmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında 1920-21 tarihlerinde, mecliste farklı vekiller aracılığıyla bekarlardan vergiler alınması gerektiği önerilmiş ve tartışma konusu olmuştur. Bekarlık vergisi olarak adlandırılan bu vergiye göre; asker, mahkum ve sağlık açısından evliliğe elverişli olmayan ve 25 yaşını doldurmuş herkes, her yıl yıllık gelirinin dörtte biri kadar bekarlık vergisi kapsamında değerlendirilmektedir (Özer, 2013:175-176). Bu öneri sadece bir vekilin önerisidir. Başka vekiller aracılığıyla farklı kriterleri içeren, ancak aynı amaca hizmet eden öneriler olmuştur. Fakat bu önerilerden hiçbirisi kanunlaşmamıştır. Bu tasarıların asıl amacı, yaşanan kurtuluş mücadelesinde kaybedilen beşeri gücü yeniden sağlamaktır.

Güncel mevcut durumda böyle bir vergileme Türkiye’de mevcut değildir. Mevcut olabilmesi için çeşitli ciddi kanuni değişiklikler gerekecektir. 1982 Anayasası madde 20, özel hayatın gizliliği ile ilgilidir. Madde 20’de ülkenin tüm vatandaşlarına kendi bireysel özel hayatlarına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğu belirtilmektedir. Bundan dolayı bireylerin medeni durumuyla ilgili zorlayıcı bir politika özel hayatın

gizliliğine ters düşecektir. Nitekim değişiklik gerektiren durum vergileme için de geçerli olacaktır. Çünkü ülkemizdeki tüm mükellefler, 1982 Anayasası madde 73’de belirtildiği üzere mali gücüne göre vergilenmektedir. Yani medeni duruma göre bir vergileme doğrudan Anayasa’ya aykırılıklar teşkil edecektir.

Ancak günümüzde, böyle bir vergi olmamasına karşın, nüfus artışını teşvik edici uygulamalar mevcuttur. Bu uygulamalardan en barizi asgari geçim indiriminde (AGİ) karşımıza çıkmaktadır. AGİ, bilineceği üzere çalışanın kendisiyle birlikte bakmak mecburiyetinde olduğu kişileri de hesaba katarak, çalışan kişiye yaşamlarını idame ettirmeleri için gereken minimum tutarı ifade etmektedir. Bu tutar işvereni tarafından ödenmektedir. AGİ’nin hesaplanışında kişinin evliliği, çocuk sahibi olup olmadığı hatta kaç çocuğa sahip olduğu önem arz etmektedir. AGİ o dönem için belirlenmiş olan asgari ücretin brüt tutarı üzerinden hesaplanmaktadır. Mükellefin kendisi için %50, çalışmayan ve geliri olmayan eşi için %10, ilk iki çocuk için %15(%7,5+%7,5), üçüncü çocuk için %10 ve diğer çocuklar için ise %5 olarak değerlendirilir.

Bekar için 268,31TL, evli eşi çalışmayan için 321,98 TL, evli eşi çalışmayan 1 çocuklu için 362,22 TL, evli eşi çalışmayan 2 çocuklu için 402,47 TL, evli eşi çalışmayan 3 çocuklu için 456,13 TL, evli eşi çalışmayan 4 çocuklu için 456,13 TL, evli eşi çalışmayan 5 çocuklu için 456,13 TL, evli eşi çalışan için 268,31 TL, evli eşi çalışan 1 çocuklu için 308,55 TL, evli eşi çalışan 2 çocuklu için 348,80 TL, evli eşi çalışan 3 çocuklu için 402,47 TL, evli eşi çalışan 4 çocuklu için 429,30 TL ve evli eşi çalışan 5 çocuklu için 456,13 TL olarak işlem görmektedir (<https://www.trthaber.com/haber/guncel/2021-agi-ucreti-ne-kadar-2021-asgari-gecim-indirimi-594175.html>, Erişim Tarihi: 25/7/2021).

Görüleceği üzere kişi için hesaplanan AGİ tutarında evli olması, eşinin çalışması ve çocuk sayısı belirleyici olmaktadır. Artan çocukta ve evlilikte kişiye ödenen AGİ de artmaktadır. Bu durum nüfus artışını teşvik edici bir uygulama olarak değerlendirilebilir.

Ancak, plansız ve düzensiz olarak artan nüfus, doğrudan ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini de etkileyecektir. Her vatandaş, doğrudan sağlık hizmeti talep edicisidir. Bu nedenle düzensiz artışlar, sağlık hizmet sunumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Artan talebi karşılamak için artan hizmet üretiminde kalite düşüşü ve artan maliyetler bu durumda yaşanacak en bariz sorunlar olacaktır. Bu duruma ek olarak, günümüzde de bir problem olarak mevcudiyetini sürdüren ve giderek etkisini hissettiren göç ve göçmen politikaları da çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Özellikle salgın sürecinde hızlı artan düzensiz nüfus, bulaşıcı hastalığın yayılmasını hızlandırabileceği gibi farklı bulaşıcı

hastalıkların yayılmasına da neden olabilmektedir. Toplum ve vatandaşlarının sağlığını önceleyen bir devletin; nüfus politikası ve göç politikasında koruyucu politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Yaşanan bu göç sadece mülteciler açısından düşünülmemelidir. Tarihsel süreçte ülkemizde ciddi oranda köyden kente göç yaşanmıştır. Bugün bu durum, az nüfuslu küçük şehirlerden çok nüfuslu büyükşehirlerle yönelik olmaktadır. Büyükşehirlerde yaşanan bu nüfus artışı sonucunda o şehrin, hem sağlık hizmetinde kalite düşüşü olabileceği gibi, artan nüfustan dolayı çevre kirliliği sorunlarında da artışlar olacaktır. İşsizlik gibi çeşitli sosyal sorunların da bu durumlara eşlik etmesiyle o şehirde ciddi problemler baş göstermektedir. Bu noktada büyükhşehire göçü engelleyici kısıtlar veya vergisel yükümlölükler getirilmesi gerekmektedir. Vergisel yükümlölük kapsamında yüksek nüfusun sorun olduğu büyükhşehirlerde emlak vergileri daha yüksek olabilir. Bu noktada düşük nüfuslu şehirlerin konut ve işyeri açısından gelişmesi için vergisel uygulamalarla teşvik edici politikalar geliştirilmelidir.

Ülkemizde organ nakli ve kan bağışı hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Kişiler organ nakli işlemi için, işlem sırasında ve sonrasında herhangi bir ücrete tabi olmamaktadır. Bu durum sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tarafından tüm illere yollanan 10/1/2017 tarihli ve 23642684-010.99 sayılı yazıda belirtilmiştir. Bu yazıda organ naklinin SUT’un “1.9.3 İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri” başlıklı maddesinin ilk fıkrasında “*Aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri için hiçbir ilave ücret alınamaz*” olarak belirttiği ve bu sayılanlar arasında, e) bendinde “Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri” sayılmaktadır. Bu kapsamda organ nakli sırasında ve sonrasında hiçbir ilave ücret süre kısıtı olmaksızın talep edilmeyecektir. Nitekim benzer durum kan bağışı için de geçerlidir. Kızılay’a kan bağışında bulunulması durumunda hasta ve hasta yakınlarından herhangi bir ücret talep edilmez. Kızılay’ın herhangi bir ihtiyaç anında bir hastaneye kan nakli yapması durumunda da hiçbir hastadan ücret istenmez. Birçok kez bağıšta bulunan bireylere Kızılay, çeşitli madalyalardan oluşan ödüller vermektedir. Bu nakil ve bağış hizmetleri esnasında oluşan maliyetler Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından tespit edilmektedir. Vergilerle ayakta duran SGK, bu hizmetleri kendi bütçesinden karşılamaktadır. Hiçbir maliyet hastalara yansıtılmamaktadır. Yansıtılması durumunda ilgili sağlık kuruluşun il sağlık müdürlüğüne şikayet edilmesi gerekecektir.

Görüleceği üzere çeşitli uygulamalar, doğrudan veya dolaylı olarak sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Bu uygulamaların koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında

değerlendirilmesi ve bu sağlığı önceleyen politikalarla idare edilmesi önem arz etmektedir.

5.4. Sonuç

Türkiye’de sağlık sisteminin anlaşılır olması için öncelikle sağlık kavramını, ekonomisinin düzeni olan piyasayı ve piyasadaki arz ve talep dengelerini anlamak gerekir. Piyasada var olan talep, sağlık hizmeti talebi iken, arz ise sağlık hizmeti arzıdır. Çalışmada da anlatıldığı üzere sağlık hizmeti talebi ile sağlık hizmeti arzının genel arz ve talep kanunu özelliklerinden çeşitli farkları vardır. Sağlık piyasası, devletin mutlak müdahil olduğu bir piyasa olması sebebi ile piyasa açısından başarısızlıkların olacağı bir düzendir. Ancak sağlık ihtiyacı, aynen yeme, uyuma ve barınma gibi temel ihtiyaçlardan olması sebebi ile insanların sürekli talep etmesi ve yararlanması mecburi bir ihtiyaç olması özelliği taşır. Bu özellikler sağlık hizmetinin tamamen serbest piyasaya bırakılmasını önler.

Çalışmada görüldüğü üzere Türkiye’deki sağlık sisteminin gelişim süreci, dönemlere ayrılır. Her dönem için önemli şahıslar göze çarpmaktadır. Her şahıs kendi düşünce ve fikir yapısına göre sağlık sistemini değiştirmeye ve geliştirmeye çalışmıştır. Günümüze gelindiğinde ise 2003 yılında uygulamaya konulan SDP ile birlikte önemli değişiklikler meydana gelmiştir. SDP ile birlikte başlayan süreçte, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda, sağlık finansmanında ve sağlık hizmetini sunan kuruluşlarda değişiklikler yaşanmış ve bu değişiklikler günümüze kadar süregelmiştir.

SDP ile hayatımıza giren ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aile hekimliği uygulaması, vatandaşlara yakın olması ve kolaylıkla hekimlere ulaşabilir olması sebebiyle olumlu bir uygulama olarak görülmektedir. Ancak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolay olması, aile hekimliği uygulamasının etkinliğini azalttığı yönde eleştiriler mevcuttur. Genel sağlık sigortası ile birlikte sosyal güvenliğin tek bir çatıda buluşması, bu programın olumlu uygulamalarındandır. Genel sağlık sigortası ile çok başlı ve karmaşık olan sosyal güvenlik, tek düzene indirgenmiştir.

SDP ile hayat bulan elektronik sağlık uygulamaları, vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte bazı işlemlerin elektronik ortamdan yürütmesi, maliyet azaltıcı bir etki de yaratmaktadır. Kamu Özel Ortaklığı uygulaması ile sağlık sektöründe özelleştirme politikaları hız kazanmıştır. Sağlık kamusal yönünün bu uygulama ile zayıflaması, eleştiriye açık hale getirmektedir. Yine

bu uygulama ile faaliyete geçirilecek olan sağlık kuruluşların bütçe garantili olması, ülke ve devlet ekonomisini olumsuz yönde etkileyebilecektir.

Yapılan araştırmalar sonucunda bireysel ve toplum sağlığının korunmasında koruyucu sağlık hizmeti sunan kuruluşların önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı, kendisine bağlı kuruluşların ve bu kuruluşlarda çalışan personellerin değerlendirilmesini her yıl faaliyet raporunda yaparak okuyuculara açık bir şekilde sunmaktadır. En son yayınlanan faaliyet raporunun “Kurumsal Kabiliyet ve Kapasitenin Değerlendirilmesi” başlıklı dördüncü bölümü konuyla ilgili açıklamalara yer vermektedir.

Bu açıklamalara göre Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşların ve çalışan personellerin üstünlüklerinden bazılarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2020:206):

- Ahlaki değerlere sahip, iyi yetişmiş alanında uzman nitelikli personellerin mevcut olması
- Sağlık hizmeti sunumunun tarihsel açıdan kurumsallaşmış güçlü ve köklü bir geçmişe sahip olunması
- Sağlık hizmetinin kamu ve özel sektörün iş birliği içinde çalışarak sunuluyor olması
- Aile sağlık merkezlerinin, toplum sağlığı merkezlerinin ve aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşmasıyla birinci basamak sağlık hizmetinin ülke genelinde uygulanabiliyor olması
- Teknolojik ilerleme ile birçok sağlık hizmetinin maliyete katlanmadan artık elektronik ortamdan sağlanabiliyor olması
- Teknoloji transferini mümkün kılan yeterli yasal mevzuatın mevcudiyeti (yerli aşı üretimi gibi)
- Altyapı ve hizmetlerin süregelmesi ve korunması için yeteri kadar finansmanın ayrılıyor olması.

Buna karşın Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşların ve çalışan personellerin zayıf yönlerinden bazılarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2020:207):

- Pandemi dönemiyle sağlık çalışan sayısına yönelik artan sağlık hizmeti talebin ve kurumsal ihtiyacın yeteri kadar karşılanamaması
- Çalışan sağlık personellerinin moral seviyesini artıracak faaliyetlerin yetersiz kalması ve personele ait çalışma ve sosyal faaliyet alanların yeterli düzeyde olmaması
- Koruyucu sağlık hizmetinin ve bu hizmeti sunan sağlık personel ve kurumların öneminin toplum gözünde anlaşılamaması ve sağlık okuryazarlığının yetersizliği
- Sağlık hizmeti ile ilgili yeterli bilimsel araştırma faaliyetinde bulunulmaması
- Mesleki açıdan görev tanım ve kavramların açık ve anlaşılır olmaması
- Sağlık hizmet sunumunun coğrafi dağılım olarak dengeli ve düzenli dağılmamış olması
- Uluslararası sağlık kuruluşlarında çalışan Türk personel sayısının kısıtlı olması.

Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı bu sorunların çözümleri ve genel toplum sağlığının sağlanması için önerdiği tedbirlerden bazıları şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2020:209):

- Mevcut çalışan sağlık personelinin memnuniyetini artıracak sosyal faaliyet imkanları geliştirilmelidir.
- Koruyucu sağlık hizmetinin kalitesi artırılarak sunulmaya devam edilmeli, koruyucu sağlık hizmetinin ve bu hizmeti sunan personelin önemi topluma daha etkili bir şekilde aktarılmalıdır.
- Toplum sağlığının sağlanması ve korunması amacıyla tütün ve alkol tüketimi, obezite ve kronik hastalıklarla ilgili toplumu bilinçlendirici uygulamalara devam edilmelidir.
- Merkez ve taşra sağlık teşkilatlarının koordine içinde çalışması ve bu koordinasyonun sağlanması için gerekli adımların atılması gerekmektedir.
- Sağlık personelinin yeterli bilgi ve beceriye sahip bir şekilde yetiştirilmesi ve personellerin bilimsel araştırma faaliyetlerinde bulunması desteklenmelidir.

- Uluslararası sağlık ve ilaç sektöründe markalaşma faaliyetinde bulunanlar desteklenmelidir.
- Özellikle pandemi döneminde hayata geçmiş olan çeşitli uygulamaların (r: Hayat Eve Sığar – HES) getirdiği imkanlar nedeniyle sağlık sektöründe özel yazılım ve uygulama geliştiricileri desteklenmelidir.

Ülkemizde sağlık hizmeti kamu, özel ve kamu-özel ortaklığı vasıtaları ile sunulmaktadır. Bu üç ayrı türün kendi içinde ayrı sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Her sağlık kuruluşunun işleyişi ve yapısı diğerlerinden farklıdır. Kamu-zel ortaklığı çerçevesinde kurulan bir sağlık tesisinin, normal bir kamu hastanesi ya da özel hastaneden farklı bir işleyişi olduğu ortadadır. Her kuruluş bu anlamda, farklı bir tarihsel süreçten geçip günümüze gelmekte ve farklı kanuni ykmllklere sahip olmaktadır. Bu nedenle ülkemizdeki mevcut sağlık kuruluşları çok başlı ve karmaşıktır. Bu karmaşık düzen, işleyişin anlaşılmasını ve takip edilmesini zorlaştırmaktadır. Sunulan sağlık hizmetinin tüm bireyler ve toplum tarafından değerlendirilebilmesi için mevcut yapının anlaşılır olması veya mevcut yapının ortaya konması gerekecektir. Her sağlık kuruluşunun kendi içinde sorunları bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin çok başlı olması, bu sorunları kuruluşlara özgü kılmaktadır. Sorunları tespit etmek için ise öncelikle kuruluşları ve mevcut durumlarını anlamak gerekir.

Görüleceği üzere ülkemizde sağlık hizmeti ve sunum şekilleri, her dönem değişerek ve güncellenerek günümüze gelmiştir. Günümüzde bile bu değişim görülmektedir. Örneğin, salgın süreci ile çeşitli hastaneler pandemi hastaneleri ilan edilmiştir. Yaşanan bu gelişmeler, sağlık hizmetini sunan kuruluşların hukuki altyapılarını da değiştirmektedir. Değişimin sürekli olması, hukuki kaynakların giderek çoğalması ve tek bir alandan ulaşımın zorluğu bu kuruluşların işleyişini anlamayı zorlaştırmıştır. Bu alışma, ülkemizde sağlık hizmeti sunmakla yetkili bu kuruluşların tarihsel süreçte geçirdikleri değişimi ve bu değişimin hukuki ve vergisel boyutunu ele alarak değerlendirmiş ve bu kuruluşları tek bir çalışmada buluşturmuştur.

Değişen dünya; yeni olgular, yeni hastalıklar ve yeni meslekler yarattığı gibi yeni sorunlar da yaratmaktadır. Obezite, sigara kullanımı, alkol tüketimi, teknolojik ürünlerin kullanımı ve evre kirliliği bu sorunlardandır. Görüleceği üzere bu sorunlar, tüm vatandaşları, tüm toplumu hatta tüm dünyayı etkilemektedir. Bu nedenle bu sorunlar başta bireysel olduğu kadar toplumsal bir sorundur. Bu nedenle toplum sağlığını

gerçekleştirmek, sayılan bu sorunlarla m¼cadeleden ge¼ecektir. Bu m¼cadele kapsamında uygulanan vergi politikaları, ¼lkemiz a¼ısından yeterli seviyede değildir. ¼¼nk¼ bu sorunların neden olduğu sağlık sorunlarını ¼nceleyen herhangi bir mali ve vergi uygulamaları mevcut değildir. Bu nedenle ¼lkemizde bu sorunlar i¼in uygulanan vergi uygulamalarında ama¼, koruyucu olmamakla birlikte, mali a¼ıdan gelir sağlamaktır. Birçok verginin alınış kriterlerinde sağlık ile ilgili kıstaslar mevcut değildir. Sayılan bu nedenlerden dolayı, toplum sağlığını ¼nceleyen bir devletin, bu sorunlara yönelik koruyucu politikalar geliştirmesi gerekmekte ve bu kapsamda uygulanan vergilerin alınış kriterleri bu y¼nde değişime uğramalıdır.

Dolaylı olarak toplum sağlığımızı etkileyen ¼eřitli teşvik edici uygulamalar ¼lkemizde mevcuttur. Bu teşvikler arasında; n¼fus politikası, g¼¼ ve g¼¼men politikası, AGİ, kan bağışı ve organ nakli gibi konular yer almaktadır. Bu teşviklerin toplum sağlığını ¼nceleyen bir g¼zle ele alınması gerekmektedir. Bu teşviklerin yaygınlaşması ve t¼m vatandaşlara ulaşması toplum sağlığını koruma y¼n¼nden ¼nem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Aggleton, P. (1990). *Health*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
https://books.google.com.tr/books?id=1oVuOQfiHq0C&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Erişim Tarihi: 11.12.2019.
- Akalın, G. (1986). *Kamu ekonomisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Akalın, G. (2000). Piyasa ekonomisi nedir?. *Liberal Düşünce*, 19, 40-52.
- Akbelen, M. M. (2007). Sağlık hizmetlerinde özelleştirme ve Isparta ili üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>. Erişim Tarihi: 09.12.2019.
- Akdağ, Y. (2012). Sağlık harcamalarının hayatın kalitesine yaptığı etkinin ölçülmesi: Denizli örneği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık sektörü temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>. Erişim Tarihi: 11.12.2019.
- Alp, M. (2016). Sağlık ekonomisi ve etkileri Aydın örneği. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 1-4, 133-160.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 18(64), 33-58.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973.

- Arslantaş, D. (2013). *Temel sağlık hizmetleri*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
<https://docplayer.biz.tr/2004580-Temel-saglik-hizmetleri.html>. Erişim Tarihi: 13.12.2019.
- Ataay, F. (2008). Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, 41(3), 169–184.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını No: 983.
- Atasever, M., İlhan, M. N. ve Örnek, M. (2017). *Üniversite hastaneleri sorunlarının analizi (Yapısal, İşletme, Finansal, Çalışan)*. Ankara: SASAM Yayınları.
- Atasever, M., Gözlü, M., Özaydın, M. M., Güler, H., Örnek, M., Barkan. vd. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü. Ankara: EVOS Basım ve Yayın.
- Atuk, O., Çebi, C. ve Özmen, M. U. (2011). *Tütün ürünlerinde özel tüketim vergisi uygulaması*. Merkez Bankası Ekonomi Notları, 1-8, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/d9ba3b69-e587-4535-9b0c-cb8ebffbe2c7/EN1116eng.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d9ba3b69-e587-4535-9b0c-cb8ebffbe2c7-m3fw4-A>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- Aydın, O. (2012). Türkiye'de alternatif bir turizm; Sağlık turizmi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(23), 91-96.
- Aykın, H. (2019). Bir paket sigaranın yüzde kaç vergi? Sigaradaki vergi yükü nasıl hesaplanır?. <https://vergidosyasi.com/2017/04/08/sigarada-vergi-orani-bir-paket-sigaraya-odenen-vergi-sigara-vergisinin-hesaplanmasi/>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- Ayyıldız, Y. ve Demirli, Y. (2015). Obezite vergisine ilişkin halkın düşünceleri: Türkiye'de bir alan araştırması. *Business and Economics Research Journal*, 6(2), 59-78.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ. ve Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.
- Batırel, Ö. F. (1986). Sağlık hizmetleri ve devlet politikası. *Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi*, 1(2), 171-180.
- Beşer, B. H. ve Aşkan, H. (2019). Türkiye'de sigara bağımlılığını azaltmada sigara vergilerinin etkisi. *Strategic Public Management Journal*, 9, 65-78.

- Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 11 (2) , 201-228.
- Bingöl, O. (2021). Son ÖTV zammı sonrası alkollü içeceklerde vergi yükü. *Vergiye Dair*. <https://vergiyedair.com/2021/01/04/son-otv-zammi-sonrasi-alkollu-iceceklerde-vergi-yuku/>, Erişim Tarihi: 4/6/2021.
- Burgess, R., & Stern, N. (2013). Taxation and development. *Journal of Economic Literature*, 31(2), 762–830.
- Boğaziçi Üniversitesi İklim Değişikliği ve Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi. Sera etkisi nedir?. <http://climatechange.boun.edu.tr/sera-etkisi-nedir/>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- Boz, S. (2013). Kamu özel işbirliği (PPP) modeli. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 277-332.
- Bozdemir, E. (2019). Özel hastanelerde hekimlik hizmet alımı uygulamasının mali açıdan analizi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(1), 87-96.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of “Health”. *The Hastings Center*, 77–87.
- Canpolat, S. (2009). Çevre vergileri ve Türkiye uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Ceyhan, A. ve Gündüz, T. (2018). Aile hekimliği müessesesinin vergi mevzuatı yönünden değerlendirilmesi. *Vergi Raporu Dergisi*, 230, 9-22.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29–50.
- Çavdar, N., ve Karcı, E. (2014). XIX. Yüzyıl Osmanlı sağlık teşkilatlanması’na dair bibliyografik bir deneme. *Journal of Turkish Studies*, 9(4), 255–255.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çetin, M. ve Özkan, E. (2018). Alkollü içecekler tüketimine yönelik bir saha araştırması: Trakya bölgesi örneği. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(1-2), 1-16.
- Çınar, N. F., Türkoğlu, Ç. ve Tütünsatar, A. (2017). Kamu özel ortaklığı/işbirliği modeli ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetinin ölçülmesi: Entegre sağlık kampüsleri (şehir hastaneleri) için bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29, 215-232.

- Çoban, H. (2009). Sağlık hizmetleri ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çolak, M. N. (2019). Sağlıkta dönüşüm programının kamu sağlık hizmetlerinin mali sürdürülebilirliğine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Çukur, A. ve Erdem, İ. A. (2017). Obezite vergilerinin obezite ile mücadelede yeri: Türkiye için bir değerlendirme. *Sayıştay Dergisi*, 106, 122-146.
- Dinler, Z. (2014). *İktisada giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Doğruer, B. (2020). Üniversite hastaneleri döner sermaye işletmelerinin sürdürülebilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Avrasya Üniversitesi, Trabzon.
- Emery, S., Ake, C., Navarro, A. and Kaplan, R. M. (2001). Simulated effect of tobacco tax variation on Latino health in California. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4), 278-283.
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2019). *Kaçakçılık ve organize suçlarla mücadele raporu 2019*. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Dairesi Başkanlığı. <https://www.egm.gov.tr/kurumlar/egm.gov.tr/IcSite/kom/YAYINLARIMIZ/T%C3%9CRK%C3%87E/2019-RAPORU-TR.pdf>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- Eroğlu, O. ve Koyuncu, C. (2018). Obezite vergisi ve Türk vergi sisteminde obeziteye yönelik uygulamalar. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İİBF Dergisi*, 11(2), 178-194.
- Ertekin, Ş. ve Dam, M. M. (2020). Türkiye'de çevre vergilerinin çevresel etkileri üzerine bir değerlendirme. Special Issue on 3rd International EUREFE Congress, 66-87.
- Fişek, N. (1982). Sağlık hizmetleri ve işçi sağlığı ailelerinin sağlık sorunları. *Türk-İş Yayınları*. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#_ftn1. Erişim Tarihi: 07.12.2019.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk sağlığı'na giriş*. Ankara: Çağ Matbaacılık.
- Gergerlioğlu, U. (2014). Davranışları etkilemeye yönelik özel tüketim vergilerinin tutum ve davranışlar üzerindeki etkilerinin ampirik analizi (İstanbul ili örneği). Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Gökkaya, D., Eroymak, S. ve İzgüden, D. (2018). Kamu özel ortaklığı bağlamında şehir hastanelerinin değerlendirilmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 4(19), 2235-2243.

- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Gümüş, M. (2006). Üniversite hastaneleri ve döner sermaye sistemlerinin işleyişi: sorunlar ve çözüm önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Güneş, A. M. (2010). İklim değişikliği çerçeve sözleşmesinden Kyoto Protokolü'ne küresel ısınmaya karşı uluslararası alandaki hukuki gelişmeler. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 87, 43-89.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., ve Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 80–94.
- Hacı, B. ve Teker, S. (2020). Özel sağlık kurumlarında çalışan personelin vergisel boyutu. *Press Academia Procedia*, 11(1), 127-131.
- Hayrulloğlu, B. (2012). Çevresel sorunlarla mücadelede karbon vergisi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 4(2), 1-11.
- Işık, A. (1997). Sağlık ekonomisi: Finansmanı ve ekonometrik bir analiz çerçevesi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- İSMMMÖ. (2020). *Geri kazanım katılım payı (Gekap) uygulama rehberi*. İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası. <https://www.ismmmo.org.tr/dosya/1738/Mevzuat-Dosya/01072020-gekap-rehberi.pdf>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2(85), 86–99.
- Kalkınma Bakanlığı (2012). *Dünyada ve Türkiye'de kamu-özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Kamu-%C3%96zel-%C4%B0%C5%9Fbirli%C4%9Fi-Uygulamalar%C4%B1na-%C4%B0li%C5%9Fkin-Geli%C5%9Fmeler-2012.pdf>. Erişim Tarihi: 13.12.2019.
- Karakılçık, Y. (1997). Üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi. Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Karasu, K. (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.

- Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., ve Eke, E. (2012). Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1–23.
- Kılıç, B. ve Aksakoğlu, G. (1994). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar. *Toplum ve Hekim*, 9(64-65), 4-13.
- Kısa, A. (2015). Sağlık ekonomisine giriş, sağlık kurumları işletmeciliği master programları ders notları. Başkent Üniversitesi, Uluslararası Ahmet Yesevi Türk-Kazak Üniversitesi, Gazi Üniversitesi. https://www.researchgate.net/publication/314240115_FINANCING_HEALTH_SERVICES-SAGLIK_HIZMETLERININ_FINANSMANI. Erişim Tarihi: 07.12.2019.
- Kısacık, H. (2019). Depozito ve plastik poşet ücreti uygulamaları: *Muhasebe süreci. Business & Mangement Studies: An International Journal*, 7(3), 183-199.
- Kıvanç, M. (2015). Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye'de sağlık reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 162-166.
- Kocasoy, A. (2014). Türkiye'de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ve finansmanı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Koç, Ö. E. ve Koç, N. (2020). Alkol tüketimi ile alkol üzerinden alınan özel tüketim vergisi ilişkisinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18(3), 212-226.
- Korlu, R. K. (2017). Türkiye'de sigaranın vergilendirme yapısının analizi: Harmancık örneği. *Akademik Bakış Dergisi*, 64, 679-702.
- Kovancılar, B. (2001). Küresel ısınma sorunun çözümünde karbon vergisi ve etkinliği. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Dergisi*, 8(2), 7-19.
- Küçükilhan, M. ve Lamba, M. (2007). Üniversite hastanelerinde örgütsel yapıdan kaynaklanan sorunlar (hasta hakları örnek olayı). *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(11), 111-138.
- Lağarlı, T., Eser, E., Akdeniz, M., Aydoğdu, B., Baklaya, Ü., Fıra, C. vd. (2011). Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 16–32.
- Larson, J. (1991). *The Measurement of Health*. New York. Greenwood Press. <https://books.google.com.tr/books?id=LxVpxE8u0GgC&printsec=frontcover&h>

- l=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Erişim Tarihi: 04.12.2019.
- Loş, N. (2016). Sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi: OECD ülkeleri ve Türkiye örneği. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- McCarthy, M. (2002). A brief history of the World Health Organization. *The Lancet*, 360(9340), 1111-1112.
- Mossialos, E. & Dixon, A. (2002). Funding health care: An introduction. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Ed.), *Funding health care: options for Europe* (2002) (pp. 1-31). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Mushkin, S. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports* (1896-1970), 73(9), 785-793.
- Mutlu, A. (2006). Küresel kamusal mallar bağlamında sağlık hizmetleri ve çevre kirlenmesi: Üretim, finansman ve yönetim sorunları. *Maliye Dergisi*, 150, 195–216.
- Mutlu, A., ve Işık, A. (2012). *Sağlık ekonomisine giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Normand, C., & Busse, R. (2002). Social health insurance financing. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Ed.), *Funding health care: options for Europe* (2002) (pp. 59-80). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- OECD. (2020). *Health at a glance: Europe 2020*. Paris: OECD. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1623921808&id=id&accname=guest&checksum=360568734D546CFA6A21F736681B314C>. Erişim Tarihi: 02.11.2021.
- Oğuz, N.Y. (1997). Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 5(2), 50-55.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1–22.
- Önder, Ö. R. (2017). Sağlık hizmetleri tanımı, sınıflandırılması, evrensel boyut (2). Halk sağlığı dersi notları. Ankara Üniversitesi. <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=13807>. Erişim Tarihi: 04.12.2019.
- Özer, S. (2013). Cumhuriyet’in ilk yıllarında bekarlık vergisi’ne ilişkin tartışmalar. *Akademik Bakış*, 6(12), 173-191.

- Özkara, Y. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Öztekin, Z. (1992). Nusret Fişek ile söyleşi. *Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi yayını*. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/38.html. Erişim Tarihi: 05.12.2019.
- Öztürk, Y. E. (2009). Türk sağlık sektörü ve üniversite hastaneleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 12(1-2), 119-145.
- Öztürk, N. (2011). *Kamu ekonomisi*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Pehlivan, O. (2014). *Kamu maliyesi*. Trabzon: Celepler Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (1997). *Dünya sağlık örgütü ve Türkiye ilişkileri*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf>. Erişim Tarihi: 10.12.2019.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). *80. yılda tedavi hizmetleri (1923-2003)*. <https://saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1l20kitap-sonpdf.pdf?> Erişim Tarihi: 14.12.2019.
- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi*. Ankara: Klasmat Matbaacılık. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t20.pdf>. Erişim Tarihi: 15.6.2021.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/438>. Erişim Tarihi: 07.12.2019.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlık Kurumu. (2013). *Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 73. <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programi>. Erişim Tarihi: 15.6.2021.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık bakanlığının tarihçesi*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>. Erişim Tarihi: 10.12.2019.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık istatistikleri yıllık 2018*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 4/6/2021.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *T.C. Sağlık Bakanlığı 2020 faaliyet raporu*. <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/40174/0/2020-faaliyet-raporupdf.pdf>. Erişim Tarihi: 4/6/2021.
- Saltık, A. (1995). Sağlık ekonomisinde yeni kavramlar. *Toplum ve Hekim*, 10(68), 38-44.

- Sandalcı, U. ve Sandalcı, İ. (2018). Türkiye'de günah vergileri kapsamında özel tüketim vergisi uygulaması ve etkinliği. *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 4(4), 1-14.
- Sandalcı, U. ve Tuncer, G. (2018). Obezite vergisi teorisine ilişkin bir inceleme. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(4), 742-764.
- Sargutan, E. A. (2006). Türkiyede sağlık Sektörü, sağlık sistemi ve mali yapıları. <http://www.sargutan.com/page17.html>. Erişim Tarihi: 03.12.2019.
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the birth of health economics. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 139-140.
- Sayım, F. (2009). *Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı, Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık piyasası ve etik*. Bursa: MKM Yayıncılık.
- Schulz, E. (2005). *The influence of supply and demand factors on aggregate health care expenditure with a specific focus on age composition*. ENEPRI Research Reports No. 16. https://www.researchgate.net/publication/256013416_The_Influence_of_Supply_and_Demand_Factors_on_Aggregate_Health_Care_Expenditure_with_a_Specific_Focus_on_Age_Composition. Erişim Tarihi: 15.12.2019.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- Seedhouse, D. (2001). London: *Health The Foundations for Achievement*. London: John Wiley & Sons LTD. https://books.google.com.tr/books?id=RvGXLf3uxd0C&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Erişim Tarihi: 03.12.2019.
- Söyler, S. (2017). Geçmişten günümüze uluslararası sağlık kuruluşları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 58-66.
- Stiglitz, J. (1994). *Kamu kesimi ekonomisi* (Ö. F. Batırel, Çev.). İstanbul: Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi. (Orijinal çalışma 1988 yılında yayımlanmıştır)
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2018). *Kamu-özel işbirliği raporu 2018*. Ankara: Strateji ve Bütçe Başkanlığı Yayın No: 0005. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/05/Kamu-Ozel_Isbirligi_Raporu-2018.pdf. Erişim Tarihi: 13.12.2019.

- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye 'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414. Ankara: Hermes Matbaacılık.
- enatalar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 25(4), 25–30.
- Tanrıvermi, H. (1997). evre kirliliğinin vergilendirilmesi: İlkeler, uygulamaları ve Türkiye açısından genel değerlendirme. *Ekonomik Yaklaşım*, 8(27), 303-329.
- Tatar, M. (2009). Teorik erevesiyle sağlık ekonomisi ve Türkiye'ye ilişkin genel bir değerlendirme. *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, 1, 1-6.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri : Sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103–133.
- Temel, T. (2003). *zel hastaneler sektör profili*. İstanbul Ticaret Odası. <http://docplayer.biz.tr/1440871-Istanbul-ticaret-odasi-ozel-hastaneler-sektor-profil.html>. Erişim Tarihi: 14.12.2019.
- Tıra, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125–152.
- Tokala, S. (2006). Kamu sağlık hizmetlerinin satın alınması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi ve WHO. (2007). *Sağlık ve insan hakları üzerine 25 soru 25 cevap*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42526/9241545690_tur.pdf;jsessionid=DA6E887EABB4D7F46511BB9FF2652070?sequence=10. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- Tosun, C. (2018). *Türkiye'de sağlık harcamalarının belirleyicileri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Türkiye Alkol Politikaları Platformu. <http://www.tapp.org.tr/alkol-politikalari/>, Erişim Tarihi: 4.6.2021.
- TRKMOB. (2020). *2021 yılı evre temizlik vergisi tutarları*. <https://www.turmob.org.tr/ekutuphane/Read/d8e47c89-a4e3-4fb9-8f76-6f30ccb03ae7>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- Uğur, A.A., Akdemir, E. ve Grsel, E. (2010). Sigara ve alkol üzerindeki dolaylı vergilerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-14.

- Uğur, A. ve Kömürcüler, E. (2015). Türkiye'de sigaranın vergilendirilmesinin etkinliği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, 20(4), 327-346.
- Uysal, Y. (2019). Kamu-özel işbirliği (Yap-Kirala-Devret) modeli ve şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm üzerine etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14(3), 877-898.
- Uzel, Ç. (2017). Çevresel sorunları önleme kapsamında kullanılan vergi politikası ve Türkiye'deki güncel durumun analizi. Uzmanlık Tezi, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Ankara.
- Ünal, F. (2018). Üniversite döner sermaye işletmelerinin kurumlar vergisi mükellefiyeti. *Selçuk Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 1(1), 81-106.
- Ünlütürk, Ç. (2006). Sendikal hareket ve çevre sorunları: Türkiye'de sendikaların çevre politikaları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Varol, M. (2011). *Alkol raporu*. Türkiye Yeşilay Cemiyeti. <http://www.muharrembalci.com/hukukdunyasi/raporlar/336.pdf>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- WMA. (1981). *WMA declaration of Lisbon on the rights of the patient*. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-1981.pdf>. Erişim Tarihi: 07.12.2019.
- White, M. (2009). Health, hygiene and the rise of 'Mother Gin' in the 18th century. <https://www.bl.uk/georgian-britain/articles/health-hygiene-and-the-rise-of-mother-gin-in-the-18th-century>. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- WHO. (1958). *The first ten years of the world health organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- WHO. (1997). Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. World Health Organization. https://www.who.int/healthpromotion/milestones_ch4_20090916_en.pdf. Erişim Tarihi: 09.12.2019.
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. World Health Organization. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Erişim Tarihi: 11.12.2019.

- WHO. (2000). *The world health report 2000*. World Health Organization. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- WHO. (2005). *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 09.12.2019.
- WHO. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008, the MPOWER package*. World health organization. https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Erişim Tarihi: 15.6.2021.
- WHO. (2014). *Twelfth general programme of work 2014–2019*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/105524>. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World health organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Erişim Tarihi: 3.6.2021.
- WHO. (2020). *Basic documents*. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf. Erişim Tarihi: 11.04.2021
- WHO. (2021). *Obesity and overweight*. World health organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi: 10.6.2021.
- World Bank. (2006). *Health financing revisited*. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7094/370910Health0f101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Erişim Tarihi: 08.12.2019.
- Yaman, K. ve Gül, M. (2018). Kuruluşundan günümüze Avrupa Birliği'nin çevre politikası. *Ekonomi, İşletme ve Yönetim Dergisi*, 2(2), 198-217.
- Yaşar, G. Y. (2007). Sağlık finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Yavuz, Y. (1988). Batılılaşma döneminde Osmanlı sağlık kuruluşları. *Orta Doğu Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 8(2), 123–142.
- Yıldırım, H. H. (1999). Piyasa, sağlık bakımı ve piyasa başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1), 1-11.
- Yıldız, H. ve Turan, M. (2010). Küreselleşme ve sağlık. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 39-41.

- Yurdadoğ, V. (2006). Sağlık karma malının tahsisinde etkinlik sorunu ve Türkiye'de sağlık reformu. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.
- 40 No'lu Vergi Usul Kanunu Sirküleri, 17.2.2009.
- 53 No'lu Belediye Gelirleri Kanunu Genel Tebliği, R.G. 31349, 29.12.2020.
- 117 Seri Nolu Katma Değer Vergisi Genel Tebliği, R.G. 28264, 14.4.2012.
- 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu, R.G. 10700, 6.1.1961.
- 197 Sayılı Motorlu Taşıtlar Vergisi Kanunu, R.G. 11342, 23.2.1963.
- 213 Sayılı Vergi Usul Kanunu, R.G. 10705, 11.1.1961.
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G. 10705, 12.1.1961.
- 275 Seri Nolu Gelir Vergisi Genel Tebliği, R.G. 27864, 26.8.2010.
- 351 Sayılı Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurt Hizmetleri Kanunu, R.G. 10887, 22.8.1961.
- 475 Sayılı Mal ve Hizmetlerde Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Cumhurbaşkanı Kararı, R.G. 30630, 19.12.2018.
- 488 Sayılı Damga Vergisi Kanunu, R.G. 11751, 11.7.1964.
- 492 Sayılı Harçlar Kanunu, R.G. 11756, 17.7.1964.
- 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, R.G. 11976, 10.4.1964.
- 652 Sayılı Millî Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R.G. 28054, 14.9.2011.
- 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, R.G. 12056, 23.7.1965.
- 663 Sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, R.G. 28103, 2.11.2011.
- 992 Sayılı Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, R.G. 580, 30.3.1927.
- 1219 Sayılı Tababati ve Şuabati San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, R.G. 863, 14.4.1928.
- 1319 Sayılı Emlak Vergisi Kanunu, R.G. 13576, 11.8.1970.
- 2025 Sayılı Menafii Umumiyyeye Müteallik İmtiyazat Hakkında Kanunu, R.G. 576, 24.7.1910.
- 2162 Sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun, R.G. 16341, 9.7.1978.

- 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu, R.G. 2419, 5.6.1933.
- 2368 Sayılı Sağlık Personellerinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, R.G. 17207, 31.12.1980.
- 2464 Sayılı Belediye Gelirleri Kanunu, R.G. 17354, 29.5.1981.
- 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu, R.G. 17506, 6.11.1981.
- 2872 Sayılı Çevre Kanunu, R.G. 18132, 11.8.1983.
- 2886 Sayılı Devlet İhale Kanunu, R.G. 18161, 10.9.1983.
- 3065 Sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu, R.G. 18563, 2.11.1984.
- 3153 Sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektirle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun, R.G. 3591, 28.4.1937.
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, R.G. 19461, 15.5.1987.
- 3628 Sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanunu, R.G. 20508, 4.5.1990.
- 3996 Sayılı Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli ile Yaptırılması Hakkında Kanun, R.G. 21959, 13.6.1994.
- 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, R.G. 24607, 8.12.2001.
- 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu, R.G. 24648, 22.1.2002.
- 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu, R.G. 24783, 12.6.2002.
- 5072 Sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları İle İlişkilerine Dair Kanun, R.G. 25361, 29.1.2004.
- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu, R.G. 25665, 9.12.2004.
- 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunua Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, R.G. 25876, 15.8.2005.
- 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, R.G. 26173, 20.5.2006.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, R.G. 16200, 16.6.2006.
- 5520 Sayılı Kurumlar Vergisi Kanunu, R.G. 26205, 21.6.2006.
- 6091 Sayılı Sağlık Kabinlerinin Açılışı ve İşleyişi Hakkındaki Genelge, 25.3.1997.
- 6282 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği, R.G. 28995, 9.5.2014.
- 6428 Sayılı Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, R.G. 28582, 9.3.2013.
- 6802 Sayılı Gider Vergileri Kanunu, R.G. 9362, 23.7.1956.

- 7061 Sayılı Bazı Vergi Kanunları ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, R.G. 30261, 5.12.2017.
- 7153 Sayılı Çevre Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, R.G. 30621, 10.12.2018.
- 7194 Sayılı Dijital Hizmet Vergisi İle Bazı Kanunlarda Ve 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, R.G. 30971, 5.12.2019.
- 9817 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı, 13.12.2005.
- 13033 Sayılı Mal ve Hizmetlere Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Bakanlar Kurulu Kararı, R.G. 26742, 30.12.2007.
- 17924 Sayılı Özel Hastaneler Tüzüğü, R.G. 17924, 10.1.1983.
- 17927 Sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, R.G. 17927, 13.1.1983.
- 24708 Sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği, R.G. 24708, 27.3.2002.
- 25123 Sayılı Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ, R.G. 25123, 30.5.2013.
- 26236 Sayılı Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik, R.G. 26236, 22.7.2006.
- 26788 Sayılı Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, R.G. 26788, 15.2.2008.
- 27047 Sayılı E.2005/10, K.2008/63, T.21.2.2008, Anayasa Mahkemesi Kararı, RG. 7.11.2008.
- 27801 Sayılı Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, R.G. 27801, 30.12.2010.
- 28603 Sayılı Özür lülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özür lülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik, R.G. 28603, 30.3.2013.
- 29451 Sayılı Özel Tüketim Vergisi (IV) Sayılı Liste Uygulama Genel Tebliği, R.G. 29451, 20.8.2015.
- 31039 Sayılı 30 Seri No'lu Katma Değer Vergisi Genel Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, R.G. 31039, 14.2.2020.
- 31159 Sayılı Yükseköğretim Kurumları Döner Sermaye İşletmelerinin Kurulmasına İlişkin Yönetmelik, R.G. 31159, 18.7.2020.
- 14500235-403.99 Sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 20.03.2020.
- 54567092/045/ Sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelgesi, 10.2019.
- 66745475-145.07-6267 Sayılı Plastik Poşetlerin Ücretlendirilmesine İlişkin Usul ve Esaslar, 9.1.2019.

85373914-155[62.01.250]-E.46358 Sayılı Şehir Hastanesi Döner Sermayesinin Damga Vergisi Muafiyeti Özelgesi, 30.04.2020.

