

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TÜRKİYE'DE KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN
SOSYAL GÜVENLİK KESİMİ ÜZERİNDEKİ
EKONOMİK ETKİLERİ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN **HAZIRLAYAN**
Prof. Dr. Ali KOÇYİĞİT **Hasan Furkan KAPLAN**

MALATYA-2025

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI İKTİSAT PROGRAMI

**TÜRKİYE'DE KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN SOSYAL GÜVENLİK
KESİMİ ÜZERİNDEKİ EKONOMİK ETKİLERİ**

Hasan Furkan KAPLAN

Danışman

Prof. Dr. Ali KOÇYİĞİT

MALATYA – 2025

ONUR SÖZÜ

Prof. Dr. Ali KOÇYİĞİT'in danışmanlığında doktora tezi olarak hazırladığım "TÜRKİYE'DE KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN SOSYAL GÜVENLİK KESİMİ ÜZERİNDEKİ EKONOMİK ETKİLERİ" başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde hem de kaynakçada yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.

Hasan Furkan KAPLAN



ÖNSÖZ

“Türkiye’de Kamu ve Özel Hastanelerin Sosyal Güvenlik Kesimi Üzerindeki Ekonomik Etkileri” başlıklı çalışma İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD Doktora Programında Prof. Dr. Ali KOÇYİĞİT’in danışmanlığında hazırlanmış doktora tezidir. Bu çalışma kamu ve özel hastanelerinin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki ekonomik etkileri araştırılmıştır.

Doktora tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde çok emeği geçen, bilimsel destekleriyle beni her daim yönlendiren, yardımlarını, kıymetli vaktini ve akademik hayatımda desteğini hiç esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ali KOÇYİĞİT’e, tez izleme komitemde yer alan Sayın Prof. Dr. Tayfur BAYAT’a ve Sayın Prof. Dr. Yunus BULUT’a süreç boyunca gösterdikleri ilgi, verdikleri değerli geri bildirimler ve akademik katkılar için teşekkür ederim.

Tez savunma sınavında jüri üyesi olarak yer alarak değerli vakitlerini ayıran Sayın Prof. Dr. İzzet TAŞAR’a ve Sayın Doç. Dr. Yunus GÜLCÜ’ye teşekkürlerimi sunarım. Tezime yönelik kıymetli değerlendirmeleri, eleştirileri ve önerileri, çalışmamın daha nitelikli hale gelmesine önemli katkı sağlamıştır.

Her zaman yanımda olan desteğini esirgemeyen, hayatım boyunca maddi ve manevi her türlü desteklerini yanımda hissettiğim, bugünlere ulaşmamda sonsuz katkıları olan eşim Özge KAPLAN’a ve her zaman yanımda varlığını hissettiren annem Zeynep KAPLAN’a çok teşekkür ederim.

Hasan Furkan KAPLAN

ÖZET

Bu çalışma, Türkiye’de kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik kesimi üzerindeki ekonomik etkilerini 2014–2024 dönemi aylık veriler üzerinden incelemektedir. Çalışmada kamu, özel ve üniversite hastanelerine ilişkin vaka başı maliyetler, reçete başı maliyetler ve sağlık ödemeleri karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Ekonometrik yöntemler kapsamında ADF, PP ve RALS-ADF birim kök testleri ile değişkenlerin durağanlığı sınanmış; uzun dönemli ilişkiler Engle-Granger ve RALS-EG eşbütünleşme analizleriyle değerlendirilmiştir. Ayrıca, uzun dönem katsayı tahminleri FMOLS, DOLS ve CCR yöntemleriyle yapılmıştır. Bulgular hem kamu hem de özel hastanelerde maliyetlerin yıllar içinde artış eğiliminde olduğunu, ancak özel hastanelerin hasta başı maliyetlerinin belirgin şekilde daha yüksek seyrettiğini göstermektedir. Sosyal güvenlik kesiminin kamu hastanelerine yaptığı toplam sağlık ödemeleri mutlak olarak daha yüksek olmakla birlikte, özel sektördeki maliyet yükü birim başına daha ağırdır. COVID-19 pandemisi döneminde mali göstergelerde dikkat çekici dalgalanmalar yaşanmıştır. Çalışma, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir finansmanı için maliyet-etkililik temelli ödeme modellerinin benimsenmesi, kamu hastanelerinin kapasite ve hizmet kalitesinin artırılması, özel hastanelerle yapılan sözleşmelerde şeffaflık ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi gibi politika önerileri sunmaktadır. Sonuç olarak, sosyal güvenlik kesiminin mali dengelerinin korunabilmesi için hem kamu hem de özel sektörün rolünü dikkate alan bütüncül sağlık politikalarına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Güvenlik Kesimi, Kamu Hastaneleri, Özel Hastaneler, Sağlık Ödemeleri

ABSTRACT

This study examines the economic effects of public and private hospitals on the social security sector in Turkey using monthly data from the 2014–2024 period. The study comparatively analyzes per-case costs, per-prescription costs, and health payments for public, private, and university hospitals. Within the scope of econometric methods, the stationarity of the variables was tested using ADF, PP, and RALS-ADF unit root tests; long-term relationships were evaluated using Engle-Granger and RALS-EG cointegration analyses. In addition, long-term coefficient estimates were made using FMOLS, DOLS and CCR methods. The findings show that costs have tended to increase over the years in both public and private hospitals, but that per-patient costs in private hospitals have been significantly higher. Although total health payments made by the social security sector to public hospitals are higher in absolute terms, the cost burden per unit is heavier in the private sector. Notable fluctuations in financial indicators were observed during the COVID-19 pandemic. The study proposes policy recommendations for the sustainable financing of healthcare services, including the adoption of cost-effectiveness-based payment models, increasing the capacity and service quality of public hospitals, and strengthening transparency and oversight mechanisms in contracts with private hospitals. In conclusion, it is emphasized that comprehensive health policies that take into account the role of both the public and private sectors are needed to maintain the financial balance of the social security sector.

Keywords: Social Security Sector, Public Hospitals, Private Hospitals, Health Payments

İÇİNDEKİLER

ONUR SÖZÜ.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
GRAFİKLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİKLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Sosyal Güvenlik Kavramı.....	3
1.2. Sosyal Güvenliğin Amacı.....	3
1.3. Sosyal Güvenliğin Araçları.....	4
1.3.1. Sosyal Sigortalar.....	4
1.3.2. Sosyal Yardımlar.....	5
1.3.3. Sosyal Hizmetler.....	5
1.4. Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri.....	6
1.4.1. Fon Biriktirme (Kapitalizasyon) Yöntemi.....	6
1.4.2. Dağıtım Yöntemi.....	6
1.4.3. Karma Yöntem.....	7
1.5. Sosyal Güvenliğin Modelleri.....	7
1.5.1. Bismarck (İşçi Sigortası) Modeli.....	8
1.5.2. Beveridge (Halk Sigortası) Modeli.....	9
1.5.3. Karma Modeli.....	9
1.6. Sosyal Güvenliğin Finansman Kaynakları.....	10
1.6.1. İşçi ve İşverenden Alınan Primler.....	10
1.6.2. Devlet Katkısı.....	11
1.6.3. Vergiler.....	11
1.7. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi.....	12
1.8. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumları.....	14

1.8.1.Emekli Sandığı	14
1.8.2.Sosyal Sigortalar Kurumu	15
1.8.3.Bağ-Kur	15

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTALARI

2.1. Sağlık Sigortası Tanımı ve Amacı	16
2.2. Sağlık Sigortasının Türleri	16
2.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Kapsamı.....	16
2.2.1.1. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları.....	17
2.2.1.2. Genel Sağlık Sigortası Primle İlgili Hususlar.....	18
2.2.1.2.1. Prime esas kazançlar	18
2.2.1.2.2. Prim Oranları.....	18
2.2.1.2.3. Prim ödeme yükümlüsü.....	19
2.2.1.3. Genel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	19
2.2.1.4. Genel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Dezavantajları.....	20
2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Tanımı ve Kapsamı.....	23
2.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası Türleri	24
2.2.2.1.1. İkame Edici Özel Sağlık Sigortası	24
2.2.2.1.2. Destekleyici Özel Sağlık Sigortası.....	24
2.2.2.1.3. Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası	24
2.2.2.1.4. Seyahat Sağlık Sigortası.....	25
2.2.2.2. Özel Sağlık Sigortasının Yönetmeliğine Göre Türler.....	25
2.2.2.3. Özel Sağlık Sigortasının Teminatları	26
2.2.2.3.1. Yatarak Tedavi Teminatları.....	26
2.2.2.3.2. Ayakta Tedavi Teminatları.....	26
2.2.2.3.3. İlave Teminatlar.....	27
2.2.2.4. Özel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Dezavantajları.....	27
2.2.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	28
2.2.3.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı	28
2.2.3.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Avantaj ve Dezavantajları	29
2.2.3.3. Tamamlayıcı Sağlık ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

2014–2024 DÖNEMİNDE KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE ETKİSİ

3.1. Kamu ve Özel Hastanelerin Karşılaştırmalı Analizi (2014-2024)	31
3.2. Türkiye’de Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinde Müracaat ve Maliyet	44
Dinamikleri: 2014–2024 Dönemi Eğilimleri ve Politika Çıkarımları.....	44

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMETRİK METODOLOJİ

4.1.Literatür Taraması	62
4.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	69
4.3.Araştırmanın Veri ve Yöntemi	70
4.4. RALS Birim Kök Testi ve RALS-EG Eş bütünleşme Testi.....	72
4.5. Genişletilmiş Dickey Fuller (ADF) Testi ve Philips Perron Testi.....	75
4.6. FMOLS, DOLS ve CCR Uzun Dönem Katsayı Tahminleri	78
4.7. Bulgular.....	80
SONUÇ ve POLİTİKA ÖNERİLERİ.....	94
KAYNAKÇA	101

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Kamu ve Özel Hastane Sayılarının Bölgesel Dağılımı (2023).....	31
Tablo 2: SGK'nın Gelir-Gider Tablosu Reel değerler (2014-2024, 2014 sabit fiyatlarıyla)	33
Tablo 3: Sosyal Güvenlik Kesiminin 2014-2024 Yılına Ait Göstergeler (Nominal Değerler)	36
Tablo 4: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar TL, 2024 Sabit Fiyatlarıyla)	39
Tablo 5: Yıllara Göre Yatak Doluluk Oranları (%), Ortalama Yatış Süreleri (%) ve Müracaat Sayıları	41
Tablo 6: Kamu Hastanelerini %100 Baz Alınarak Kamu ve Özel Hastanelerinin Hasta Başına Maliyet Karşılaştırma Tablosu	49
Tablo 7: RALS-ADF Birim Kök Testleri.....	81
Tablo 8: ADF ve PP Birim Kök Testleri	82
Tablo 9: RALS-EG Eş Bütünleşme Test Sonuçları	83
Tablo 10: DOLS, FMOLS ve CCR Test Sonuçları.....	84

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Kamu ve Özel Hastaneleri Yatak Doluluk Oranları	Hata!	Yer	işareti
tanımlanmamış.			
Grafik 2: Kamu ve Özel Hastaneler Ortalama Yatış Süreleri	Hata!	Yer	işareti
tanımlanmamış.			
Grafik 3: Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinin Müracaat Sayıları			45
Grafik 4: Reçete Sayısı			47
Grafik 5: Reçete Başlı Maliyet (Reel Değerler)			47
Grafik 6: Kamu ve Özel Hastane Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler)			49
Grafik 7: 2.Basamak Devlet Hastanesi Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler).....			52
Grafik 8: 2.Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı			52
Grafik 9: 3.Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı			54
Grafik 10: 3.Basamak Devlet Hastanesi Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler).....			54
Grafik 11: Üniversite Hastaneleri Müracaat Sayısı			56
Grafik 12: Üniversite Hastaneleri Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler).....			56
Grafik 13: Özel Hastane Müracaat Sayısı.....			58
Grafik 14: Özel Hastane Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler).....			58

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADF	: Genişletilmiş Dickey-Fuller Birim Kök Testi (Augmented Dickey-Fuller)
AR	: Autoregressive
ARIMA	: AutoRegressive Integrated Moving Average
CCR	: Canonical Cointegrating Regression
CRITIC	: Criteria Importance Through Intercriteria Correlation
DF	: Dickey-Fuller
DOLS	: Dynamic Ordinary Least Squares
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EG	: Engle-Granger
ELECTRE	: Elemination and Choice Translating Reality English
ENTROPI	: Entropy Method
FMOLS	: Fully Modified Ordinary Least Squares
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi
GVK	: Gelir Vergisi Kanunu
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OLS	: En Küçük Kareler
ÖSS	: Özel Sağlık Sigortası
PP	: Phillips-Perron Birim Kök Testi
RALS-ADF	: Residual Augmented Least Squares Augmented Dickey-Fuller Birim Kök Testi
RALS-EG	: Residual Augmented Least Squares - Engle-Granger
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigorta Kurumu

SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
SVAR	: Structural Vector Autoregression
T.C.M.B	: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası
TOPSIS	: Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution
TSB	: Türkiye Sigorta Birliği
TSS	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VAR	: Vector Autoregression
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
yy	: yüzyıl

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, toplumsal refahın temel belirleyicilerinden biri olmasının yanı sıra, kamu bütçesi üzerinde önemli bir yük oluşturan alanlardan biridir. Bu kapsamda sosyal güvenlik kurumları, sağlık hizmetlerinin finansmanında hem bireylerin erişimini garanti altına almakta hem de hizmet sağlayıcı kurumlarla yürüttüğü sözleşmeli yapılar aracılığıyla sistemin işleyişini yönlendirmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu, kamu ve özel sektör eliyle gerçekleştirilmektedir. Her iki sektörün de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile olan ilişkisi hem finansal hem de yapısal açıdan dikkatle incelenmesi gereken bir alan oluşturmaktadır.

Son yıllarda sağlık harcamalarında yaşanan hızlı artış, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği açısından çeşitli tartışmaları beraberinde getirmiştir. Özel hastanelerin sağlık hizmeti sunumundaki payının artması, SGK’dan tahsil edilen maliyetlerin de yükselmesine yol açmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kamu bütçesine olan etkisini daha da görünür kılmıştır. Kamu hastaneleri ise geniş kapsayıcılıkları ve daha düşük maliyetli hizmet sunumlarıyla sistemin yükünü taşıyan başlıca yapı olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle kamu ve özel hastanelerin sundukları sağlık hizmetlerinin SGK üzerindeki etkilerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, Türkiye’de kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemine olan etkileri, vaka başı maliyetler ile reçete başı harcamalar çerçevesinde değerlendirilmektedir. Sağlık ödemeleri ile kamu ve özel hastanelerin sunduğu hizmetlerin uzun dönemli ilişkileri ekonometrik yöntemlerle analiz edilmiş; özellikle devlet hastaneleri maliyetleri, özel hastaneler maliyetleri ve reçete başı maliyetler ile SGK sağlık harcamaları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Çalışmada zaman serisi analizlerinden yararlanılmıştır. Öncelikle değişkenlerin durağanlık düzeyleri ADF, PP ve RALS-ADF testleriyle incelenmiş, ardından eş bütünleşme ilişkileri Engle-Granger ve RALS-EG testleriyle araştırılmıştır. Uzun dönemli katsayı tahminleri ise FMOLS, DOLS ve CCR yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemine olan etkileri karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş, sağlık politikaları açısından taşıdığı anlamlar sonuç ve politika önerileri bölümlerinde tartışılmıştır.

Çalışma, kamu ve özel sektörün sağlık sistemi içindeki yerini ve SGK üzerindeki yükünü bütüncül olarak ele almayı amaçlamaktadır. Ayrıca, elde edilen ampirik bulgular

ışığında sağlık hizmetlerinin sŸrdŸrŸlebilirliđi için politika yapıcılara yol gŸsterici ōneriler sunmaktadır.

Bu tez toplam beş bŸlŸmden oluşmaktadır. İlk olarak çalışmanın amacı, ōnemi, yŸntemi ve kapsamı açıklanarak konunun erevesi çizilmiştir. Birinci bŸlŸmde, TŸrkiye’de sosyal gŸvenlik sistemi ile sağlık hizmetlerinin finansman yapısı ve kamu-ōzel hastanelerin yapısal ōzellikleri kuramsal çerçevede ele alınmıştır. İkinci bŸlŸmde TŸrkiye’de sağlık sigortaları ele alınmıştır. ŸŸncŸ bŸlŸmde, TŸrkiye’de kamu ve ōzel hastanelere ilişkin sağlık harcamaları, hizmet sunumu ve maliyet gŸstergeleri veriye dayalı olarak incelenmiştir. DŸrdŸncŸ bŸlŸmde, zaman serisi analizleri kapsamında uygulanan ADF, PP, RALS ADF, EG, RALS-EG, FMOLS, DOLS ve CCR testlerinin bulguları sunulmuş ve yorumlanmıştır. Beşinci ve son bŸlŸmde ise çalışmanın genel sonuçları ōzetlenmiř, elde edilen bulgular değerlendirilmiş ve politika yapıcılara yŸnelik ōneriler geliştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİKLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

Çalışmanın bu bölümünde, Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi ile sağlık hizmetlerinin finansman yapısı ve kamu-özel hastanelerin yapısal özellikleri kuramsal çerçevede ele alınmıştır.

1.1. Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik, gelir düzeyinden bağımsız olarak bireyleri toplumsal tehlikelerin yol açtığı zararlardan korumayı amaçlayan bir sistemdir. Bu amaç, primli ve primsiz uygulamalarla hem birey hem de devlet tarafından güvence altına alınmaktadır.

Başka bir tanıma göre, toplumun sağlık ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılayan ve sorunları çözebilen geniş kapsamlı ekonomik bir güvence sistemi olarak tanımlanabilir (Eroğlu, 2023:90). Uluslararası Çalışma Örgütü’ne (ILO) göre sosyal güvenlik kavramı, bireylerin, yaşadığı iş kazaları, işsiz kalmaları, yaşlanmaları gibi nedenlerden dolayı kazancının tamamen veya büyük bir kısmının kesilmesi sonucu ortaya çıkacak ekonomik ve sosyal problemlere karşı, kanunlarla sağlanan koruma, sağlık hizmetleri ve çocuk sahibi olan ailelere sağlanan yardımlar olarak tanımlar (ILO, 2023).

1935 yılında ABD’nde kabul edilen Sosyal Güvenlik Yasası’nda ilk kez sosyal güvenlik kavramı kullanılmıştır. Bu yasada hastalara, işsizlere ve yaşlılara sosyal güvenlik temini edilmesini sağlamıştır. O dönemki ABD Başkanı F.D. Roosevelt 1929 Dünya Buhranı’nın neden olduğu olumsuzluklara karşı halkı korumak amacıyla bu yasayı yürürlüğe sokmuştur (Tuncay ve Ekmekçi, 2015:1).

Anayasamızın 48. maddesinde belirtilen “*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir*” ibaresi, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde devletimizin sosyal güvenliğe verdiği yeri ve önemi ortaya koymaktadır.

İnsanların temel ihtiyaçlarından biri olan sosyal güvenlik, insanların doğumdan ölüme kadar geçirdiği zamanı güvence altına almakla birlikte, tüm insanlığı ilgilendiren ve kamu idarelerinin de her daim ön planda tuttuğu hayati önem taşıyan bir kavramdır.

1.2. Sosyal Güvenliğin Amacı

Toplumda eşitsizliği ortadan kaldırmak amacıyla, devlet tarafından idare edilen sosyal güvenlik ve sosyal yardım programları, işsiz kalmak, hasta olmak, emekliye

ayrılmak gibi durumlarda gelir düzeylerini korumak amacı gütmektedir (Dedeoğlu, 2009:42).

Sosyal güvenliğin amaçlarından biri, hastanelerde yapılan ameliyat ve tedavi masraflarının ücretsiz veya düşük maliyetle karşılanmasıdır. Ayrıca, hayatını kaybeden sigortalıların yakınlarının korunması da sosyal güvenliğin kapsamındadır (Göktaş, 2011:31-32).

İnsanlar hastalanma, sakat kalma veya hayatını kaybetme gibi durumların oluşmasıyla fiziksel ve maddi anlamda zarara uğrayabilirler. Bu durumlarla başa çıkması imkânsız ve zor bir hal alabilir. Sosyal güvenlik sisteminin amacı bu durumdaki insanların gelir düzeyinde oluşabilecek kayıpları korumak ve toplumda tekrardan yer edinmesi sağlamaktır. Böylece sosyal güvenlik hakkı, toplum içerisinde düzeni sağlamaktadır.

Kısaca sosyal güvenliğin amacı, yaşam boyu karşılaşılan veya karşılaşılabilecek olan risklere karşı, insanları ayırt etmeden ekonomik ve sosyal durumlarını güvence altına alan, maddi yetersizliği sahip olan bireylere asgari bir yaşam düzeyi sağlamaktır (Tuncay ve Ekmekci, 2009:3).

1.3. Sosyal Güvenliğin Araçları

Sosyal güvenliğin araçları 3'e ayrılır. Bunlar;

- Sosyal Sigortalar
- Sosyal Yardımlar
- Sosyal Hizmetler

1.3.1. Sosyal Sigortalar

Sosyal sigorta, insanların karşılaştığı veya karşılaşılabileceği risklere karşı oluşturulan bir önlemdir. Günümüzde sosyal güvenlik sistemlerinin büyük bir kısmı sosyal sigortalar yöntemine dayanmaktadır. Bu yöntem hem bireylerin katılmasını hem de devlet tarafından sağlanacak olan kaynakların, bireylerin ihtiyaçlarını karşılama noktasında yardımcı olan bir yöntemdir (Arıcı ve Alper, 2012:8).

Sosyal sigortalar, iki kola ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi kısa vadeli sigorta kollarıdır. Bunlar; iş ve meslek kazaları, hastalık ve işsizliktir. İkincisi ise uzun vadeli sigorta kollarıdır. Bunlar; yaşlılık, ölüm ve malullüktür (Küçükşahin, 2022:77).

Sosyal sigortaların bazı ilkeleri mevcuttur. Bu ilkeler;

-Finansmana Dışarıdan Katkı İlkesi; işçiler ve işverenler arasında oluşan katkıların finanse edilmesidir (Demir, 2013:8).

-*Sosyal Denkleştirme İlkesi*; sosyal adaletin ve sosyal dengenin sağlandığı ilkedir. Bu ilkede; çok kazanan bireylerden çok, az kazanan bireylerden az prim alınması amaçlanmıştır (Bilis, 2016:42).

-*Sosyal Koruma İlkesi*; bağımlı çalışanlar ile bağımsız çalışanların sosyo-ekonomik açıdan korumak için oluşturulan bir ilkedir. Sosyal risklerin sürekli artması, bu risklerden korunmanın daha da önemini arttığı için sosyal sigortalar, sosyal güvenlik sisteminde önemli bir yere sahiptir (Akgün,2015:9).

-*Kendi Kendine Yardım İlkesi*; sigortalıların kendisine düşen primlerinin kendisinin ödemesidir.

-*Dayanışma İlkesi*; insanların başka toplumdaki insanlara yardım etmeyi, dayanışma içerisinde olmayı ve sosyal adaletin gerçekleşmesini amaçlamaktadır (Şenocak, 2009: 434).

-*Zorunluluk İlkesi*; sosyal sigortalara katılımın, devlet tarafından kanunlarla zorunlu hale getirmiştir.

1.3.2. Sosyal Yardımlar

Sosyal yardım; insanlar hem kendilerine hem de bakmakla yükümlü olduğu bireylere, kendi elinde olmayan sebeplerden dolayı, asgari düzeyde dahi bakma yeteneği olmayan ve kendilerine yetebilecek düzeye gelmelerini amaçlayan maddi ya da karşılıksız yardımlardan oluşan yöntemdir (Kızılkıuş ve Yılmaz, 2009: 1).

Sosyal yardım 3'e ayrılır (Lindert, akt. Deniz, 2020:16). Bunlar;

-*Genel Yardımlar*; geliri belirli bir düzeyin altında olan bireylere sağlanan yardımlardır.

-*Kategorik Yardımlar*; geliri belirli bir düzeyde olan bireylere yapılan yardımlardır.

-*Şartlı Yardımlar*; Okul yemeği, barınma vb. gibi durumlara karşılıksız yardım sağlanmasıdır.

1.3.3.Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler, toplumda yaşayan ve iradesi dışında yoksul durumuna düşen veya psikolojik ve fiziksel açıdan noksanlığa uğrayan bireylere, devlet tarafından ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını sağlamak amacıyla yapılan hizmetlerdir (Güzel vd., 2010:824-825).

Uluslararası tanımlı ise; insanların sağlığının korunmasında, başkalarına muhtaç olmadan, birey, aile ve toplumun sosyal bütününe sosyal hizmet uzmanlarıyla sağlanan hizmetlerdir (DPT, 2001:11). Yasada sosyal hizmetin amacı; gelir düzeyi iyi olmayan

birey, çocuk, yaşı ve engellilere hizmet vermek için kurulan kuruluşların görev ve yetkilerini düzenleyen sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.4. Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri

Finansman yöntemleri, kurumların belirlediği hedefleri gerçekleştirmesi için sosyal güvenlik programlarının gelir-gider dengesini sağlanmasında kullanılmaktadır.

Yöntem, 3'e ayrılır. Bunlar;

1.4.1.Fon Biriktirme (Kapitalizasyon) Yöntemi

Fon biriktirme yöntemi, insanların ilerleyen dönemlerde karşılaşılabilecekleri sosyal ve mesleki risklerden doğacak ödemeleri karşılamak amacıyla fon kurulmasına dayanan bir yöntemdir (Güzel ve Okur, 1999:68). İki şekilde gerçekleşmektedir, bunlardan birincisi;

-Bireysel fon biriktirme yöntemi; şahıslar kendi ve işverenin ödediği primleri, bir hesapta toplayarak ileride karşılaşılabileceği herhangi bir risk durumunda ödemeleri bu fondan sağlanmaktadır. Bu yönetime modern sosyal güvenlik sisteminde fazla yer verilmemiştir. Daha çok özel sigortalar içerisinde yer bulunmaktadır. Çünkü bu yöntem, sosyal dayanışma ilkesine ve oluşan sosyal risk yükünün kişiler arasında dağılımı eşit olmadığından sistem içerisinde yer almaktadır. İkincisi ise;

-Kollektif fon biriktirme yöntemi; insanların özellikleri dikkate alınmadan insanlardan alınan primlerle ihtiyacı olanlara eşit bir şekilde dağıtılan bir yöntemdir (Yurdadoğ, 2000:87). Bu yöntemde primlerin ve aylıkların belirlenmesinde alt ve üst sınırlar uygulanması sosyal güvenliğin hedeflerine kolay ulaşmasını sağlayacaktır (Arıcı ve Alper, 2015:141).

1.4.2. Dağıtım Yöntemi

Dağıtım yöntemi, belirli bir süreç içerisinde elde edilen gelirlerle, o süreç içerisindeki giderleri karşılamak için uygulanan yöntemdir (Dilik, 1991: 42). Bu yöntem, gelir-gider dengesi esasına dayanmaktadır. Böylece prim yükümlülüğünü de belirlenmiş olur.

Çalışanlar ile emeklilerin giderleri karşılanmasında SGK aktif-pasif dengesini sağlanmasında devamlılığı çok önemlidir. Denge bozulursa elde edilen gelirlerin yeniden dağıtıcı etkisi bozulabilir ve yoksulluğa neden olabilir (Okumuş, 2020:134). Dengenin bozulması durumu, çalışan sigortaların primlerinde meydana gelen artış ya da emeklilerin sigortaların sosyal yardımlarında meydana gelen azalışla sonuçlanmaktadır. Geri dengeye

gelmesini sağlamak için vergiler ve devlet katkıları kullanılmaktadır (Gerek ve Oral, 2004:14).

Dağıtım yönteminin bazı yararları söz konusudur (Koç, 2005:151). Bunlar;

- Yöntem basittir.

- Fonlar birikmeden kullanılmasıyla çok büyük problemler yoktur. Böylece sosyal güvenlik sistemine hız ve kolaylık sağlar.

- Bu yöntem ile hiç prim ödemiş emekliler ve emeklilik yaşı gelmiş kişilerin hemen faydalandığı yöntemdir.

- Hayat pahalılığına hemen uyum sağlayan bir yöntemdir.

Dağıtım yönteminin bazı zararları da söz konusudur (Koç, 2005:151). Bunlar;

- Dağıtım yönteminin maliyeti ilk yıllarda ucuz iken ileriki yıllarda daha da pahalı olacaktır.

- Yönetimin işleyebilmesi için sürekliliği arz etmektedir. Bu süreklilik, farklı meselelerle, yani, prim ödeyenlerin yavaş yavaş azalmasıyla tehlike arz edecektir.

Yasamızda 5502 ve 5510 sayılı kanunların yürürlüğe girmeden önce, SGK farklı yöntemler uygulamıştır. 506 sayılı kanunda, dağıtım yönteminde kısa vadeli sigorta kolları uygulanırken, kapitalizasyon yönteminde ise uzun vadeli sigorta kolları uygulanmıştır. 1479 sayılı kanunda, kapitalizasyon yöntemini bağ-kurda uygularken, 5434 sayılı kanunda hem kapitalizasyon hem de dağıtım yöntemini emekli sandığı uygulamıştır (Korkusuz ve Uğur, 2009: 56).

1.4.3. Karma Yöntem

İki yöntemin, ihtiyaçlar doğrultusunda beraber kullanılması verimliliği artırma konusunda büyük önem arz etmektedir. Fon biriktirme yönteminde, fonlar üzerine yapılan sosyal güvenlik harcamalarıyla ileride yapılabilecek olan harcamaların prim karşılığı elde edilmektedir. Eğer denge bozulursa fon biriktirme yöntemini dile getirmek doğru olmayacaktır. Böylece sistem, her iki yöntemi harmanlayarak karma sistemi ortaya çıkartmaktadır (Gürbüz, 2009: 69-70).

1.5. Sosyal Güvenliğin Modelleri

Sosyal güvenlik modelleri 3'e ayrılır. Bunlar;

- Bismarck (İşçi Sigortası) Modeli

- Beveridge (Halk Sigortası) Modeli

- Karma Modeli

1.5.1. Bismarck (İşçi Sigortası) Modeli

Bu modeli, ilk kez kullanan, yürürlüğe sokan ve kamulaştıran ülke Almanya'dır. Bismarck döneminde hazırlandığı ve uygulandığı için bu modele Bismarck modeli denmektedir (Özmert Koçer, 2014: 3). Bu model işçilerin çalışma şartlarını korumak ve iyileştirmek için sosyal güvenlik sistemi içerisinde oluşturulmuştur (Korkusuz ve Uğur, 2009: 69).

Model başlangıçta ücreti belirli seviye altında kalan sanayi işçilerini kapsarken, daha sonra diğer ücretleri de kapsamı alanına girmiş ve özel sigorta ilkesi geçerli olmuştur (Günay, 2004:554). 1883 yılında hastalık sigortası, 1884 tarihinde iş kazası sigortası ve 1889 yılında ise yaşlılık ve engelli sigortaları kabul edilmiştir (Korkusuz ve Uğur, 2010: 69).

Bismarck tarafından geliştirilen bu model ile sanayi devriminden sonra oluşan sosyal risklerin bir kısmı giderilmiştir. Bu model, Almanya sanayisine yük olan ek maliyetleri, sosyal sigorta primlerinin hem işçi hem de işverenler tarafından ödenmesiyle az da olsa maliyetlerin düşürülmesi sağlanmıştır. Bismarck modelinin özellikleri söz konusudur (Uğur, 2004: 61). Bunlar;

- Bu modelde işçiler tek sigorta sistemi olan sosyal sigorta kapsamı içerisindedir. Yıllık 2000 Mark'a kadar maaş alan işçiler için ödeyecekleri primler maaşa dayalı prim sistemi olarak uygulanmaktadır.

- İşverenler açısından da prim ödeme zorunluluğu mevcuttur. Böylece işverenler fon kullanımını ve idareyi kontrol etme gücüne sahiptir. Her iki kesimde bordro kesintisinden finansman sağlanmaktadır.

- Her iki kesimde prim ödemede yetersiz kalması durumunda devlet tarafından eksik kısmı tamamlamaktadır.

- İşçilerin zorlu çalışma koşulları dikkate alınarak, işverenlerin sahip olduğu sorumluluklarını düzenleyecek sendikalar kurulmuştur. Böylece prim üzerinde çalışan işçilerin zorunlu sigortalı olmasını sağlamıştır. Sosyal güvenliğin modern anlamda ilk adımının atılmasını sağlamıştır.

Bu model birçok ülkede ve Türkiye'de benimsenmiş ve ilk dönemlerde kullanılmıştır. Bismarck modeli Beveridge modelinden ayıran en temel özellik finansman yöntemi olmasıdır (Çiray, 2023:12).

1.5.2. Beveridge (Halk Sigortası) Modeli

W.H. Beveridge tarafından hazırladığı rapor içerisinde ortaya çıkan bir modeldir. 1 Aralık 1942 tarihinde Beveridge raporuyla Sanayi Devriminden sonra ortaya çıkan risklerin çözümüne ilişkin rapor hazırlanmıştır. Bu raporda genellikle ilkelere ve yoksulluğa değinilmiştir (Tepekule, 2008:19-20).

Beveridge modelinde yeni oluşacak sosyal güvenlik sistemi için şu önerilerde bulunulmuştur (Uşun, 2004:19):

- *Yönetim Birlik İlkesi*; düzenli bir şekilde bulunmayan sosyal sigorta kurumlarını Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlayarak, hizmetlerin kalitesinin artmasını ve maliyetlerin azalmasını sağlaması,

- *Genellik İlkesi*; hizmetin, gelir düzeyine bakılmaksızın herkesi kapsamaması,

- *Sigorta Yardımlarında Teklik İlkesi*; sigorta yardımlarının, kişilerin sosyal ve mesleki durumuna bakılmaksızın, yaşam standardı seviyesinin altında düşmeyecek şekilde belirlenmesi,

- *Primde Teklik İlkesi*; insanların sigorta primlerini ödemesinde, mecburi olarak prim alınması, yapılacak işlemlerde kolaylık ve ucuzluk sağlanması,

- *Ödemede Zorunluluk İlkesi*; işçi ve işverenlerin zorunlu bir şekilde prim ödemesi,

- *Kişisel Sorumluluk İlkesi ve Vergilerle Katkı Sağlama İlkesi*; vergi gelirleri ile sosyal güvenlik gelirlerinin kişilere mali destek olması,

- Sosyal güvenliğin finansmanına devletin katkısı büyük ölçüde olması gerekmektedir.

1.5.3.Karma Modeli

Bismarck ve Beveridge modellerinin birlikte uygulanması, işçilere ödenen maaşların belirli bir kısmının işverenler tarafından karşılanmasını içermektedir. Karma modeli, II. Dünya Savaşı'ndan sonra meydana gelen 1980 krizi, bireyselleşme ve insanların rolleri değişmesiyle yeniden düzenlenmiştir. İşsizlik, sakatlık gibi sigortaların ödenekleri çalışma süreleri ve yaşa bağlı şekilde sınırlandırma getirilmiştir. Bu ödenekleri elde etmek için düz oranlı ödeneklerin devreye girmesi vb. durumlara karşı önlemler alınmıştır (Özdemir, 2007: 160).

Bu modelde özel sağlık sigortası kullanılmaktadır. Diğer modellere göre daha kolay yönetilmesi, pazarlama veya kâr amacı güdemediği için daha ucuz bir modeldir. Kanada

bu modeli uygulayan en bilindik ülkedir. Güney Kore ve Tayvan ülkeleri de bu modeli kullanmaktadır (Woolhandler, Campbell vd., 2003: 773).

1.6.Sosyal Güvenliğin Finansman Kaynakları

Finansman kaynağının oluşmasında, ülkelerin siyasi, sosyal, iktisadi, politik gibi birçok yapısı etkilemektedir. SGK'nın faaliyetlerini sürdürebilmesi için güçlü ekonomik kaynaklarına sahip olması ve bu kaynakların herhangi bir krize sebep olmayacak şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Akbulak ve Akbulak, 2004:148). Bu sebeple uygulanacak finansman politikaların ülkenin yapısına uygun bir şekilde yapılması zorunludur.

Finansman kaynaklarından en önemlisi ve en çok kullanılanı çalışanlardan ve işverenlerden alınan primlerdir. Finansman kaynaklarına ek olarak, devlet bütçesinden sağlanan katkılar, sosyal güvenlik kesimlerinin sahip olduğu fonlardan elde ettiği gelirler, kira gelirleri, faiz gelirleri veya vergiler sosyal güvenlik kesimlerinin finansman kaynağını oluşturmaktadır (Demir, 2013:14).

Finansman kaynakları 3'e ayrılmaktadır. Bunlar;

- İşçi ve işverenden alınan primler
- Devlet katkısı
- Vergiler

1.6.1. İşçi ve İşverenden Alınan Primler

Primler, hizmetlerden yararlanabilmek için çalışanlardan, işverenlerden ve devletten alınan bir ödeme türüdür. Diğer bir ifadeyle prim, kanunlarla güvence altına alınan, risklerden biriyle karşı karşıya gelmesi durumunda, kurumun masraflarını karşılayacak, çalışanların prime elde ettikleri gelir üzerinden hesaplanarak kuruma devredilen yüzdesel orandır. İşçilerin finansmana katılma nedeni, ihtiyaçlarının karşılanması, kişisel tasarruf ve sorumluluğa dayanmaktadır. İşçiler elde ettikleri geliri üzerinden kesilen paraların, kendisi ve ailesini güvence altına aldığını bildiği için, katlandığı maliyetleri olumlu karşılamaktadır (Güzel vd., 2010:69).

İşverenlerin finansmana katılma nedeni ise, çalışanların karşılaştığı risklerden direkt olarak işverenin sorumlu olması sonucu yardım alabilmektir. Diğer bir sebep olarak ise, çalışanın verimliliğinin artması, çalışma düzeninin sağlanması, çalışanın moralinin artması ve işin kalitesini yükseltmesi işveren açısından kazançlı hal almaktadır (Oral, 2002:15).

Çalışanların kazandıkları ile ilgili primler nispi ve mutlak diye ikiye ayrılmaktadır. Nispi primler, çalışanlar üzerindeki prim yükünü eşit oranda dağıtmak için gelirleri üzerinden alınan primlerdir. Mutlak primlerse, çalışanların elde ettikleri gelirlerinin belli belirsiz olduğu sektörler için uygulanmaktadır (Yazgan, 1992: 144-145). Kısaca, işçilerin doğrudan doğruya hizmetten faydalanırken, işverenler ise işçilerin daha verimli çalışmasını, karın artmasını ve işletmenin devamlılığı için finansmana katılmaktadırlar.

1.6.2.Devlet Katkısı

Devletin sosyal güvenliğe katkısı günden güne artmaktadır. Son dönemlerde yaşanan finansal problemler, dünya genelinde sosyal güvenliğin finansmanına devlet katkısı olması önem arz etmektedir. Devletin finansmana katkıları şu şekilde olmaktadır (Gürbüz, 2009: 46):

- Primlerle aynı şekilde belli bir oranda ödemeler yapmak,
- SGK'nın genel yönetim giderlerini kapatmak,
- Yıl içerisinde oluşan açıkları kapatmak için yapılan ödemeler,
- Karşılıksız yapılacak harcamaların kolaylığını sağlamak.

Gelişmiş ülkelerde, sosyal güvenlik kesiminin finansmanını sağlamak için devlet, üçüncü taraf olarak prim ödeyip katkıda bulunmaktadır. II. Dünya Savaşı'nda sonra, gelişmiş ülkelerin finansmana katılmasıyla sosyal yardım ve hizmetlerinin harcamalarında artış meydana gelmiştir. Böylece, nüfusun sosyal güvenliği garanti altına alması ve fakirliğin azalmasına yardımcı olacak politikalar oluşması önemli bir parça olmuştur (Alper, 2000:135).

1.6.3.Vergiler

Devletin kamu giderlerini karşılamak için toplumu oluşturan tüzel ve gerçek kişilerin iktisadi güçlerine göre zorunlu ve karşılıksız olarak alınan paralara denir.

Finansman sağlamlasında vergiler, gelir dağılımının düzenlenmesine yönelik olarak gelir vergisi ağırlıklı olarak kullanılmıştır. Fakat, bazı ülkelerde finansmanın sağlanması için alkol, tütün ve akaryakıt gibi ürünlerin üzerinden alınan dolaylı vergilerle sağlanmaktadır (Alper, 2000:135).

Sosyal güvenlik sisteminde vergi gelirleri, kaynakların hangi yönde sağlanacağı ve hangi kesimin çoğunluklu olarak katılacağını belirlemektedir. Yani, vergiler ağırlıklı olarak yüksek gelire sahip olanlardan alınıyorsa, yüksek gelirlilerden düşük gelirlilere

doğru bir gelir sağlanmaktadır (Deniz, 2020:40). Tam tersi durumda, herhangi bir gelir transferi söz konusu olmamaktadır.

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin finansmanı, çoğunluklu olarak dolaylı vergiler üzerinde sağlanırken ağırlıklı olarak alt gelir gruplarından toplanmaktadır. Böylece bu sistem ile alt gelir gruplarından elde edilen kaynaklar, diğer gelir gruplarına dağıtılmakta ve böylece ülkede tersine gelir dağılımı görölmektedir (Okumuş, 2020:129). Bu yanlış uygulamadan dolayı ülkede gelir dağılımı asli görevini yerine getirememekte ve temel hedeflerinden uzaklaşmaktadır (Yüksel Arabacı, 2007:62).

Sosyal güvenliğin finansmanı, bazı ülkelerde vergilerle karşılanırken bazı ülkelerde ise genel bütçeden karşılanmaktadır. Bu finansmanda üç önemli nokta söz konusudur. Bunlar; hangi vergilerle finansmanın sağlanacağı, maliyetlerin yükselmesi durumunda ne olacağı ve hükümetlerin bu süreçteki rolü olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylece, finansmanda kullanılacak olan vergi türleri ülkelere göre farklılık göstermektedir (Alper ve Arıcı, 2015:143-144).

1.7. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi

İnsanlar hayatlarının her döneminde ölüm, sakatlık, hastalık gibi durumlarla karşı karşıya gelmektedir. Bu olumsuz durumlarla karşı karşıya gelen insanlar sonuçları azaltmak veya ortadan kaldırmak için gerekli tedbirleri almaktadır. Bu tedbirlerdeki amaç, sorunlarla karşılaşan insanların başkalarına muhtaç olmadan yaşamlarını idame etmelerini sağlamaktadır. Böylece sosyal güvenlik kavramı ortaya çıkmaktadır (Uğur, 2002:131).

1935 yılında ABD’de çıkarılan Sosyal Güvenlik Kanun’unda ilk defa kullanılan sosyal güvenlik kavramının temelleri sanayi devrimine dayanmaktadır. Sanayi devrimiyle birlikte insanların yaşamlarında sosyal ve iktisadi yönden değişmeler meydana geldiğinden dolayı sosyal hayat üzerinde yenilikler yapılmasına gerek duyulmuştur. Böylece, sanayi devrimi sosyal güvenlik kavramının ortaya çıkmasında önemli bir etken olmuştur. 1948 yılında çıkarılan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’yle sosyal güvenlik kavramı evrensel bir terim haline gelmiştir (Eroğlu, 2023:111).

Sanayileşme öncesi dönemde ekonomik hayat kırsalda işgücü ve tarıma dayanmaktadır. Bu dönemde sosyal güvenliğin işlevi daha çok sosyal tehlikelerin zararlarının tazmini ve geleneksel anlamda sosyal korumayı amaçlamıştır.

Benzeri sosyal yapılarda birkaç nesil bir arada yaşamaktadırlar. Aile hasta, yaşlı, dul, yetim gibi muhtaç kişiler için bakımın yapıldığı bir ortam sağlamaktadır. Bu nedenle sosyal güvenliğe ihtiyaç duyulmamaktadır.

Tarımın baskın olduğu ekonomik yapıda, nüfustaki artış ve kıt kaynakların ihtiyaçları karşılayamaması neticesinde yetersizlikler baş göstermeye başlamıştır. İnsanlar yaşamlarını idame ettirebilmek için emeklerini paraya çevirmekten başka çare bulamaz hale gelmişlerdir. 18. Yüzyılda İngiltere’de başlayan ve sonra hızla dünyaya yayılan sanayi devrimi ekonomik yapıya olduğu kadar sosyal yapıya da etki etmiştir (Şakar, 2011: 15).

18.yy’da İngiltere’de başlayan sanayileşme büyük bir hızla dünyaya yayılmıştır. Sanayileşmeyle birlikte çalışma hayatında meydana gelen iş kazaları, ölümler, hastalıklar gibi birçok sosyal riskler meydana gelmektedir. Bu sosyal risklerle birlikte sosyal güvenliğe daha da fazla ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır (Çiray, 2023:6).

İkinci dünya savaşından sonra W. Beveridge tarafından yayınlanan Beveridge raporunda bireylere yapılacak ücretler ve ödenecek vergileri destekleyecek yeni primli sistem oluşturulmuştur. Bu sistem, sosyal güvenlik sisteminin gelişmesine ve ülkelerin sosyal sisteminin yenilenmesine önemli katkıda bulunmuştur. Sanayi devriminin gerçekleşmesi ve bu raporun yayınlanması modern sosyal güvenlik sistemlerinin ulusal düzeyden uluslararası düzeye yönelmesine önemli derecede katkıda bulunmuştur (Çiray, 2023:8).

1980’li yıllarda sosyal güvenlik sisteminde istihdam üzerinde iki önemli konu mevcuttur. Bunlardan birincisi; işgücü piyasasına kayıtlı olan çalışanların azalmaya başlaması ve kayıt dışı istihdamın artması, ikincisi ise; ülkelerin sosyal devlet anlayışının değişmesiyle oluşan bir erozyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu iki konu aynı anda gerçekleşmesiyle çalışma hayatındaki maaşların güvencesi ve sosyal hakların istenilen düzeyde gerçekleşmemesine sebep olurken, vergi ve devletin diğer gelir kaynaklarını elde edilmemesine neden olmaktadır (Fidan ve Genç, 2013: 138).

Sosyal güvenlik, işçilerin ve toplumun elde ettikleri gelirlerin sürekliliği, sağlık yardımlarının kesintisiz bir şekilde devam etmesi, çalışanların kazalara ve hastalıklara karşı güvence altına alınması, işsizlik sigortasının oluşturulması ile sanayi devriminden sonra sosyal güvenlik sistemi gelişmiştir.

Günümüzde sosyal güvenlik sisteminde, uygulanan politikaların hayata geçirilmesinde bireylerden daha çok kamu dairelerinin sorumluluğunda olduğu bilinci oluşmaya başlamıştır. Böylece, insanların en temel ihtiyaçlarını sosyal güvenlikle birlikte ekonomik ve sosyal açıdan ülkelerin anayasalarıyla uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınmıştır (Gökbayrak, 2010:142). Günümüzde Türkiye, Fransa Almanya gibi ülkeler Bismarck modelini kullanırken, İngiltere, İsveç, Danimarka gibi ülkelerde Beveridge modelini kullanmakta olup, İspanya, İtalya, Yunanistan ve Portekiz ise karma modelini kullanmaktadır (Erdoğan, 2018:26-27).

1.8.Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumları

SGK, çalışanlarla ilgili geçmişten günümüze sosyal politikaları uygulayan kurum olarak faaliyet göstermektedir. Sosyal güvenlik kurumları şunlardır:

- Emekli Sandığı
- Sosyal Sigortalar Kurumu
- Bağ-Kur

1.8.1.Emekli Sandığı

En geniş tanımayla Emekli Sandığı, memurların sosyal güvenliğini sağlayan bir kamu kurumudur. 1886 yılında “Askeri Personel Sandığı” olarak kurulan daha sonraları, 1880 yılında “Mülki İdare Sandığı”, 1909 yılında “Askeri ve Mülki Amirler Sandığı” olarak faaliyetini sürdürerek çalışanların sosyal güvenliğini sağlamıştır (Duygulu ve Pehlivan, 2004: 50). 1949 yılında 5434 sayılı kanunla Emekli Sandığı kurulmuştur. Memurların geleceğini, emekliliğini ve sosyal güvencesini garanti altına alan Emekli Sandığı KİT olarak yapılanmıştır. 1984 yılında ise 2046 sayılı kanunla Maliye Bakanlığı’na bağlanmıştır (Alper, 2004: 42).

Emekli Sandığı’nın finansman gelirleri şu şekildedir (Akbulak ve Akbulak, 2004:27,28):

• *Kesenekler*; ilk aylıktan %25, daha sonraki aylıklardan %16 ve artış keseneğinden ise maaş artışları kadar alınarak, fiili hizmet zammının %10’nun yarısı kadar toplanmaktadır.

• *Karşılıklar*; ortaklardan alınan aylık kesintilerin karşılığında çalıştığı kurumlardan %20 alınır.

• *Hazine Katkısı*; bazı aylarda kurumun yapmış olduğu ödemeler karşılığında Hazine’den fatura karşılığında alınmasıdır.

- *Diğer Gelirler*; bağış, yardım, para cezaları vb. diğer gelirleri oluşturmaktadır.

1.8.2.Sosyal Sigortalar Kurumu

İşçilerin sosyal güvenliğini sağlamak için 1936 tarihinde 3008 sayılı kanun çıkarılmıştır. Daha sonra 4792 sayılı kanun 1945 yılında yasallaştırılarak İşçi Sigortalar Kurumu kurulmuştur (Duygulu ve Pehlivan, 2004: 10). Bu kurum ile SSK'nın temeli oluşturulmuştur. 1945 yılında çıkarılan kanunda işçilerin iş kazası, annelik sigortası vb. durumları kapsarken, 1950 yılında çıkarılan 5417 sayılı kanunla yaşlılık sigortası, 1951 yılında ise 5502 sayılı kanunla hastalık sigortası eklenmiştir. Daha sonra SSK 2006 yılında SGK'na bağlanmıştır (Akbulak, 2004: 62).

Bu kurumun en temel amacı, yasa içerisinde bulunan sözleşmeye dayanarak işverenler tarafından çalıştırılan sigortalıların çalışma şartlarının da oluşacak risklere karşı korumak ve sosyal güvenliğini sağlamaktır. Kurum bu amacı gerçekleştirmek için çalışanların yaşayacakları iş kazaları, hastalık, yaşlılık gibi durumlarda yardım etmek, mevzuatı uygulamak ve giderlerini karşılamak gibi faaliyetlerde bulunmaktadır (Egeli, 2009: 85).

1.8.3.Bağ-Kur

1971 yılında sigortalılar tarafından statüsüne göre ödediği primle finanse edilen Bağ-Kur kurumu kurulmuştur. Bu kurumda herhangi bir işverene bağlı kalmadan kendi adına yaptığı ödemelerdir. 1985 tarihinde sağlık sigortası sistemi getirilmiştir. 1984 yılında çıkarılan kanunla tarımda çalışanlarında bu kurumdan yararlanılması sağlanılmıştır. Bunlara ek olarak isteğe bağlı sigorta sistemi de mevcuttur (Şen, 2010:34).

2006 yılında dağınık yapıda bulunan sosyal güvenlik sistemini 5502 sayılı yasayla Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur'u tek çatıda altında toplayarak Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur (Akgün, 2015:23).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTALARI

Bu bölümde, Türkiye'de bulunan sağlık sigortalarının amacı, türleri ve bu türlerin yapısı, finansman kaynakları, avantaj ve dezavantajları ele alınmıştır.

2.1. Sağlık Sigortası Tanımı ve Amacı

Sağlık sigortası, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan ve sağlık risklerine karşı koruma sunan bir sistemdir. Ek olarak bireylerin karşılaşacağı hastalıklarda doktor, acil yardım gibi giderlerin karşılanmasında imkân tanımaktadır (Akyol, 2024:11).

Başka bir deyişle sağlık sigortası, bireylerin hastalık durumunda ortaya çıkan tedavi, ilaç ve benzeri giderlerini karşılayan bir sigorta türüdür. Bu sigortayla birlikte ilerleyen süreçte oluşabilecek durumlara karşı koruma sağlanmaktadır. Sağlık sigortası, bireyin karşılaştığı hastalık durumunda gerekli görülen ödemeleri yapmakla birlikte bu süreçte birey için bir nevi koruma durumudur (Değirmenciöglü, 2021: 23).

Sağlık sigortasının temel işlevi, şahısların sağlık ile ilgili her türlü problemine çözüm bulmak ve olası bir hastalık ya da meydana gelebilecek kazalarda masrafların karşılanmasını amaçlayan şahsın gelirin de aksama olmasını önleyen sistemdir (Orhaner, 2018:176).

2.2. Sağlık Sigortasının Türleri

Sağlık sigortaları 3'e ayrılır. Bunlar:

- Genel sağlık sigortaları
- Özel sağlık sigortaları
- Tamamlayıcı sağlık sigortaları

2.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Kapsamı

Genel sağlık sigortası, bireylerin maddi gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerini eşit şekilde sunan bir sistemdir (SGK, 2013). Diğer bir deyişle, hastalıklara karşı toplumdaki kişilere verilen sağlık hizmetlerinin finansmanını oluşturabilmek ve bu hizmetlerden faydalanan bireylerden alınan primlerle sağlanmakta olan sağlık sigortaları olarak tanımlanmaktadır (Şahin, 2024:28).

Genel sağlık sigortası, bireylerin sağlığını korumayı amaçlayan; sağlık sorunları ortaya çıktığında ise giderlerini karşılayan ve ülkedeki tüm bireyleri kapsayan bir sigorta türüdür (Orhaner, 2018: 140-141).

Genel sağlık sigortasının belli başlı amaçları vardır. Bunlar (Er, 2011:182-183);

- Ülkede bulunan herkesi kapsamaktadır.
- Sistemde bulunan kişilerin prim ödemesi zorunludur.
- Verilen sağlık hizmetleri toplumdaki bireylerin ihtiyaçlarına göre aynı hizmetin alınması ve ulaşılabilir olmasıdır.

- Prim ödemelerine ilave olarak katkı payının ödenmesini sağlamaktadır.
- Şahısların genel sağlık sigortası içinde bulunmayan hastalıklara karşı ek prim ödenmesini sağlamaktadır.

- Sürekli bir şekilde sevk sisteminin işlenebilirliğini sağlamaktadır.

GSS, 2006 tarihinde 5510 sayılı kanunla çıkarılmıştır. Bu kanun 2012 tarihinde bir sosyal sağlık sigortası türü olarak uygulanmaya başlamıştır.

2.2.1.1. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları

Bireylerin sağlık sigortasından faydalanabilmesi ve sigortalı sayılabilmesi Türkiye’de ikametgahın bulunması şartı bulunmaktadır. Bunun için 4 önemli şart vardır. Bunlar (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006):

• *Prim Ödeme ve Prim Borcu Olmama Şartı*; GSS’nin bulunduğu bireyin ve bu bireyin bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin sigorta başvurusunu yapabilmesi için bir yıl içerisinde otuz günlük prim ödemesi gerekmektedir. Buna ilaveten 60 gün ve daha fazlası gün içinde herhangi bir prim borcunun olmaması gerekmektedir.

• *Kimlik Tespitinin Yapılması Şartı*; sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin gittikleri sağlık kuruluşunda nüfus cüzdanı, ehliyet gibi belgeleri mecburi olarak göstermek durumundadırlar. Bununla birlikte başvuruyu gerçekleştiren kişinin belgelerin kendisine ait olduğunu kanıtlaması gerekmektedir.

• *Katılım Payının Alınması Koşulu*; sigortalının GSS’den yararlanabilmesi için ücretlerinden belli bir oranda katılım payı kesilmesi gerekmektedir.

• *Sevk Zinciri Kuralına Uyulması Şartı*; 2006 yılında çıkarılan kanunda, GSS’nin bulunduğu bireyin ve bu bireyin bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin ilk başta birinci aşamada yer alan sağlık kuruluşuna müracaat etmesi gerekmektedir. Fakat bu sağlık kuruluşunda olması gereken tedavi yapılmaması durumunda bir sonraki aşamaya geçmesi gerekmektedir.

2.2.1.2. Genel Sağlık Sigortası Primle İlgili Hususlar

Genel sağlık sigortası primleri 3'e ayrılır. Bunlar:

2.2.1.2.1. Prime esas kazançlar

5510 sayılı yasada belirtildiği üzere sosyal sigorta primi, kişinin karşılaşılabileceği olumsuz durumların gerçekleşmesi sonucunda sigorta ve SGK'nın karşılayacağı maliyetlerini çalışan ve işverenin elde ettiği gelirlerden belli bir düzeyde alınan ücret anlamına gelmektedir (Okur ve Güzel, 2003: 156).

5510 sayılı kanunun 79. maddesinde; vadeli olan sigortalar ve GSS'nin, yasada görüldüğü gibi yapılan ödemelerle yönetim masraflarını gidermek için prim alınması gerekmektedir. Buna ilaveten kanunda, alınacak olan primler SGK bütçesinde GSS'nin kalemine yazılmaktadır (Açıkol, 2019 :10).

GSS'da alınan primin tutarı hesaplanırken, kapsamına göre prim alınması gerekmektedir. Sigortalar prim olarak alındığında bazı durumlarda kısa veya uzun vadeli olarak alınabilmektedir (Bedir, 2013: 242). 5510 sayılı yasada, yalnızca GSS'e tabi olanların primini belirlerken (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006):

- Yasanın 60'ıncı maddesinde, karşılıklı olarak dikkate alınması koşuluyla, oturma izni olan yabancı yurttaslardan sigortasız olan bireylerden, prim alımında günlük ücretlerin alt sınırının 2 katının 30 günlük tutarı,

- Yasanın 60'ıncı maddesinde, mülteciler, çeşitli yasalarla aylık alan bireyler, ücretsiz olarak rehabilitasyon ve bakım alan bireyler, gazi aylığı alanlar gibi ücret alan bireyler için asgari ücret,

- Yasanın 60'ıncı maddesinde, 4447 sayılı yasada işsizlik ücreti alan ve kısa süreli çalışma ücreti alanlardan prim alımında ücretlerin asgarisi esas alınmaktadır.

- Yasanın 60'ıncı maddesinde, GSS'den yararlanan kişilerin SGK tarafından prim hesaplanmasında günlük ücretlerde alt sınır olarak 30 günlük tutar esas alınmaktadır.

2.2.1.2.2. Prim Oranları

Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için çıkarılan kanunlarla belirlenen oranlardır. Genel sağlık sigortasında, kısa ve uzun vadeli sigortaya tabi olan bireylerin prim oranı kazançların %12,5 'dir. Bunun %7,5'lik bölümünü işveren karşılarken geriye kalan bölüm ise sigortalı tarafından ödenmektedir. Bazen prim oranı %12 olarak değişkenlik göstermektedir. GSS'de primler çoğunlukla işverenler tarafından ödenirken, bazı durumlarda sigortalı kendi primini öder. Buna örnek olarak; 4/a ve 4/c'ye tabi olanlar

prim ödemesini işverenler yaparken, 4/b'ye tabi olanlar ise prim ödemesini kendi karşılamaktadır. GSS'de 18 yaşından küçük bireylerin prim sorumluluğu tamamen ebeveynlerine aittir. Ancak ebeveynlerin GSS bağlantısı yoksa bu primler devlet tarafından karşılanmaktadır. GSS'nin genç bireylere sunduğu imkanlardan biri, lise mezuniyeti sonrası 20 yaşına kadar ve üniversite mezuniyeti sonrası 25 yaşına kadar olan dönem içerisinde yaklaşık olarak 2 yıl devlet tarafından prim ödemeleri yapılmaktadır (Şahin, 2024:36).

2.2.1.2.3. Prim ödeme yükümlüsü

5510 sayılı yasada prim ödemesi yükümlülüğü şu şekildedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006):

- 4/a'ya tabi olan çalışanlar, 4/c'ye tabi olan kamu görevlileri ve cezaevlerindeki atölye ve benzeri yerlerde çalışan hükümlü ve tutukluların işverenleridir.

- 4/b'ye tabi olan çalışanlar, kendi isteğiyle sigortalı olan bireyler, yabancı ülke vatandaşı olup sigortalı olmayan ve diğer ülkelerin sigortasından yararlanmayan yurttaşların kendisidir.

- Aylık geliri asgari ücretin 1/3' den az olan bireyler, 18 yaşının altında bulunan çocuklar, vatani bulunmayan bireyler, 65'lik maaş alanlar gibi hizmetten yararlanan bireylerle, esirgeme kurumlarında bulunan 18 yaşından küçük olan çocuklar, gazi aylığı olanlarla terörle mücadele kapsamı içerisinde yer alıp ücret alan bireylerin primleri merkezi yönetim tarafından ödenen kamu idareleridir.

- 4447 sayılı yasayla işsizlik maaşı, kısa süreli çalışanların yararlandığı, İŞKUR tarafından düzenlenen meslek edinme ve geliştirme kurslarından yararlanan bireyler için İŞKUR'dur.

- MEB, çıraklar, mesleki eğitimden faydalanan bireyler ve staj gören öğrenciler için bulunmaktadır. Kamu idareleri tarafından görevlendirilen burs alanlar, üniversiteler, kamu ve özel sektör, yüksek öğretimde staj ve eğitim görenler için yüksek öğretim kurumudur.

- Ülkemizle sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş gören, işverenler tarafından götürülün Türk işçilerin primlerini ödemedede yükümlüdür.

2.2.1.3. Genel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

GSS'nin finansmanı sadece primlerle değil, primlere ek olarak 4 şekilde finansman sağlanır. Bunlar;

• *Sosyal Sağlık Sigortacılığı*; bu finansman kaynağı ile devlet, işveren ve işçi tarafından ödenen primleri ortak bir yerde toplamaktadır. Bu sayede ilerleyen dönemlerde biriken primler sosyal dayanışma ilkesi çerçevesinde, sağlık açısından ihtiyaç duyulması halinde kullanılacaktır. Düzenli bir işleyiş, önemli avantajlar sağlamaktadır. Böylece sosyal ve ekonomik maliyetler en aza indirilebilmektedir. Sağlık hizmeti alanları ile bu hizmeti sunanlar arasında direkt bir ilişki söz konusu değildir (Değirmencioğlu, 2021: 12).

• *Vergilerle Finansman Yöntemi*: Devlet hazinesinden ve bütçesinden alınan vergilerle birlikte toplanan primler GSS'nin finansmanı yönünde önemli görülmektedir. Sağlık sigortası bulunan bireylerin gittikleri aile hekimliğinin ve yararlandığı önleyici sağlık hizmetlerinin ücretleri devlet bütçesinden ödenmektedir. İşsiz konumunda bulunan bireylerin ve gelir düzeyi G0 düzeyinde olan bireylerin primleri de devlet tarafından karşılanmaktadır (Gülay, 2021:65).

• *Özel Sağlık Sigortaları*: bu finansman kaynağı, işlevsel açıdan ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi, tamamlayıcı özel sağlık sigortası olup zorunlu sağlık sigortası ile bir arada kullanılmaktadır. İkincisi ise, ikame edici sağlık sigortasıdır, zorunlu sağlık sigortasının yerine kullanılmaktadır. Biçimsel açıdan da bireysel, grupsal ve toplumsal risk gruplarına ayrılmaktadır. Sigorta şirketleri bakımından kar yönüyle ikiye ayrılırken, bunlar kâr amacı güden ve kâr amacı gütmeyen şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Primler hesaplanırken genel olarak bireysel risklere göre hesaplanmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 91).

• *Cepten Ödemeler*: sigorta tarafından ödenmeyen ve SGK tarafından karşılanmayan finansman kaynağıdır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, ilave ücret, katkı payı ve enformel ödeme şeklinde gerçekleşmektedir. Özel sağlık hizmetlerinde SGK tarafından karşılanmayan, belirlenen üst limiti aşan ve cepten ödenen ücretlere ilave ücret denilmektedir. İlaç alımında ödenen, sağlık hizmetlerinin aşırı talebi azaltan ve gereksiz kullanımı engelleyen ödeme türüne katkı payı denilmektedir. Buna ilaveten eczanelerden reçetesiz direkt alımlarda ve sağlık çalışanlarını etkileyen ayni veya nakdi ödemeler cepten ödeme çeşitlerinden diğerleridir (Gülay, 2021:67).

2.2.1.4. Genel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Dezavantajları

Genel sağlık sigortasının bireylere sağladığı avantajlar ve dezavantajlar mevcuttur. Avantajlar şu şekildedir (Orhaner 2018: 133):

- Toplumun genel bir bölümünü sağlık sigortası içerisinde bulunması, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmasında kolaylık sağlamıştır.
- Sigortalı bireylerin giderek artması sebebiyle prim miktarının artmasıyla sağlık harcamaları için kullanılan gelirden artış meydana gelmiştir.
- Genel sağlık sigortasının hizmete girmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve etkinliğinde artış gözlemlenmiştir.
- Aile hekimliği sisteminin kurulmasıyla birlikte bireylerin sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşması sağlanmıştır.
- I. Basamak sağlık hizmetleri ücretsiz bir şekilde sunulmasını sağlamıştır.
- Bireylerden alınan primlerin sadece sağlık harcamaları ve yardımları için kullanılmasını sağlamak suretiyle ayrı bir hesapta toplanılmasını sağlamaktadır.
- Genel sağlık sigortası yalnızca kamu hastaneleri için değil, aynı zamanda özel hastanelerde tedavi görülmesini sağlamaktadır. Ancak, GSS özel hastanelerin giderlerinin belli bir kısmını karşılamaktadır.
- Sigortalı kişileri tek bir yerde toplanılmasıyla birlikte oluşan ilaç talebini tek bir yerde olmasını sağlamıştır.
- GSS ile özel sağlık kuruluşlarıyla yapılan mutabakat sonucunda kuruluşların sayılarında bir artış meydana gelerek bireylerin alternatif çeşitliliğinde yükselme meydana gelmiştir.
- Sigorta sisteminin tek çatı altında toplanılmasıyla karışıklığın önüne geçilmesini sağlamıştır.
- Sigorta sisteminin tek çatı altında toplanılması bir düzen içerisinde olmasını sağlamıştır.
- Kamu hastanelerinin gelir düzeylerinin azalmasını durdurmak için özerk hastane sistemi uygulanarak sağlık işletmeciliğinin önemi sağlanmıştır.
- GSS ile elde edilen sağlık gelirlerinin tek bir yerde toplanılması sağlanmıştır.
- Katılım payları sabit tutularak bireylere masraf çıkmasını engellemiştir.
- Bireylerin ilaç ödemelerinde payı düşürülüp, SGK'nın payı artırılmıştır.
- GSS, prim ve devlet katkısıyla gelir elde edilmesiyle kamu harcamalarındaki yük azaltılmıştır.
- Oluşturulan sevk sistemi sayesinde gereksiz maliyetlerde düşüş meydana gelmiştir.

- GSS'nin olması özel sektörde rekabet ortamının artmasıyla daha sağlıklı ve kaliteli sağlık hizmetinin verilmesini sağlamıştır.

- GSS'nin oluşturulmasıyla bürokrasideki, kurumlardaki ve hesaplamalarda ortaya çıkan karmaşıklık giderilmiştir.

- Devlet tarafından oluşturulan sigorta sistemi ülkedeki herkesin sağlık açısından güvence altına alınmasına, tedavilerin kalitesinin artmasına, sağlık hizmetlerinin koruyuculuğu amaçlanarak dünya standartları seviyesine ulaşmayı hedeflemiştir.

GSS'nin dezavantajları da söz konusudur. Şu şekildedir (Orhaner 2018: 159):

- GSS, bireylerin isteğini gözetmeksizin zorunlu kılınmıştır. Bu durum sonucunda şahısların sigortalı olmaması borçlanmaya ve oluşan borçların faizle artmasına neden olmaktadır.

- Sigorta borcunu karşılayamayan şahıslar sadece hastanelerde acil servisinden yaralanabilmektedir.

- Devlet bütçesinde ödenek yükü olarak görülen sigorta, sağlık sektöründe daha iyi hizmet amaçlandığı için ek bir ödenek olarak görülmektedir. Bu ek ödeneği karşılayabilmek için şahısların ödediği prim ücretlerini yükselterek, şahısların sigorta yükünü artırmaktadır.

- Sevk sistemi hakkında bilgi eksikliği bulunan bireylerin ödediği ekstra katkı payları, bireylerin ve devletin ödenek yükünü artırmaktadır.

- İlerleyen teknolojik sistemler ve yeni çıkan tedavi yöntemleri ile maliyetlerde yükselmeler meydana gelerek sağlık ödemelerinde artışlar olmuştur.

- Gelişmekte olan bir ülke olduğumuzdan dolayı, gelişmiş ülkelere oranla aile hekimliği sisteminde doktor başına hasta sayısı fazla olduğundan I. basamakta yer alan aile hekimleri yerine hastalar II. basamaktaki sağlık kuruluşlarına öncelik vermektedir. Önceliğin II. basamakta olması durumu sevk sistemini olumsuz etkileyerek maliyet artışına sebebiyet vermiştir.

- Nüfus artışıyla birlikte sağlık sistemine ihtiyaç oranı yükselmiş, bu durum ise sağlık ödemelerinde artış olarak ortaya çıkmıştır.

- Son dönemlerde göç alan bir ülke konumunda olmamız, bununla birlikte yükselen mülteci sayısı ve bu mültecilerin GSS' li olmama durumları devlete ekstra masraf olarak karşımıza çıkmaktadır.

- Bireylerden alınan primlerle, devletin yükünün hafifletilmesi hedeflenirken uzun vadede bu yük artarak devam etmiştir.

- Bağımsız sağlık kurum ve kuruluşlarının sağladığı hizmetleri faturalandırırken zamanında yapmaması durumunda bireylerin hastane kontrollerinde veya eczane ödemelerinde ekstra katılım payı ile karşılaşmasına neden olmaktadır.

- GSS içerisinde yer almayan kişilerin, ikinci ve üçüncü sağlık basamağından aldığı sağlık hizmeti sırasında karşısına çıkan ek masraflar sebebiyle sağlık hizmetini tam alamamaktadır.

- Bireylerde prim ödemesi hesaplanırken, yalnızca hanede bulunan kişilerin asgari ücret düzeyine bakılması prim ödemesinde zorluk meydana getirmektedir.

2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Tanımı ve Kapsamı

Özel sağlık sigortası, bireyin sigorta süresince hasta olması ya da herhangi bir kaza sonucu oluşacak tedavilerin masraflarının belirli oranda karşılayan bireysel sağlık sigortasıdır. Yasaya göre hayat ve hayat dışı sigorta içerisinde bulunmaktadır. ÖSS genel olarak bir yıllık yapılmaktadır. Şahıslar hayatta karşılaşacağı riskler ve prim ödemeleri içerisinde yaptıkları poliçenin hem yurt içinde hem de yurt dışında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Akyol, 2024:31). Temel özellikleri şu şekildedir (Arık, 2010:78):

- Tüm kişilerin özel sağlık sigorta yapması isteğe bağlıdır.
- Yapılan sözleşme içerisinde sigortanın zamana, oluşacak riskleri ve faydaları belirtilmiştir.

- Özel hukuk geçerlidir.
- Kişisel olarak faaliyet yapılmaktadır.
- Kişisel yararlar sağlamaktadır.
- Hizmet açısından karlılık söz konusudur.
- Riskin yüksek olduğu zamanlarda, prim ödemelerinde artış veya vazgeçme durumu oluşmaktadır.

- Prim ödemelerini yapabilen şahıslar sigorta hizmetinden yararlanabilecektir.
- ÖSS’de seçilme, üstünlük sağlama ve fonlardan yararlanılması ilkesi söz konusudur.

- Yapılan sözleşmede fayda ve katkı payı miktarı sözleşmedeki tarafların onayı alınarak oluşturulmaktadır.

- Sözleşme nesiller arası geçerliliği söz konusu değildir.

- Kişiler aynı zamanda birden fazla sigorta hizmeti alabilir.
- Prim ödemeleriyle sağlanana fayda arasında orantı söz konusudur.

2.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası Türleri

Özel sağlık sigortası 4'e ayrılır. Bunlar:

2.2.2.1.1. İkame Edici Özel Sağlık Sigortası

GSS'nin mecburi olmadığı ülkelerde, kişilerin sağlık sigortasını sağlayan ve oluşabilecek risklere karşı koyan özel sağlık sigortası türüdür (Orhaner ve Ekinci, 2019:35). Devletin sağlık sigortasına alternatif olarak sunulan sigortadır. Bu sigortayı kullanmak isteyenler devletin sağlık sigortası paketleriyle ilgili olarak prim ödemelerinden ya da vergilerden ayrıcalıklı olmayı istemektedirler (Mossialos ve Thomson, 2002: 53). Böylece, devletin sağlık sigortası hem kişiyi hem de aile fertlerini güvence altına alırken, ikame edici sigorta ise sadece kişinin kendisini güvence altına almaktadır. Ülkemizde GSS zorunlu olduğundan dolayı, ikame edici sigorta yasal olarak kullanılmaktadır (Doğukan, 2014:4).

2.2.2.1.2. Destekleyici Özel Sağlık Sigortası

Destekleyici sağlık sigortası, devletin sağlık sigortasının karşılamadığı ilave sağlık hizmetlerini kullanılmasını sağlayan sigorta türüdür. Sağlık hizmetini rahat ve hızlı bir şekilde kullanılmasından dolayı kişiler tarafından tercih edilmektedir. Özellikle İspanya, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılırken, Türkiye'de ise bu sigorta türü kullanılmamaktadır. Bu sağlık sigortasının amacı, bireylerin tercih seçeneklerini arttırmak ve lüks otelcilik hizmetinin kullanılmasını sağlamaktır. Devletin sağlık sigortasının içerisinde destekleyici sağlık sigortası da mevcuttur. Ancak bireylerin bu sigortaya ödediği ücretlerden muaf olmadığından çifte sigorta şeklindedir (Mossialos ve Thomson, 2002: 53).

2.2.2.1.3. Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı sağlık sigortası, devletin sağlık sigortası içerisinde yer almayan ve ilave ücret ödenerek sağlık hizmetlerinin masraflarının belli bir kısmını karşılayan sağlık sigortasıdır (Erkek vd., 2012:35). Başka bir ifadeyle, devlet tarafından belli bir kısmını karşılamayan ya da tamamen karşılamadığı bireyler tarafından ek ücret ödenerek sağlık hizmetlerinden yararlanan sigortadır.

TSS, genel sağlık sigortasının sağladığı sağlık hizmetlerinden daha iyi hizmet sunulmasını sağlayan ilave ücretleri direkt ödeme yerine alınacak sağlık hizmetlerini ve

oluşabilecek riskleri diğer bireylere yansıtarak ödemeyi kolaylaştırmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014: 14). TSS, dünya üzerinde başta ABD ve Almanya'da yaygın bir şekilde kullanılmakla birlikte bazı ülkelerde de kullanılmaktadır. Bu ülkelerde bu sağlık sigortası çoğunlukla kullanılırken, devlet tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerinin masraflarını karşılamak için kullanılmaktadır.

2.2.2.1.4. Seyahat Sağlık Sigortası

Bireylerin yapacakları yurtiçi ya da yurt dışı gezilerinde oluşabilecek hastalıklar ya da kazalar sonrasında yapılacak tedavilerin yapılmasını sağlayan sigortadır. Sigorta süresi, seyahate başlamasıyla başlayan seyahatten dönmesiyle biten sigorta türüdür. Bu sigortada bazı teminatlar söz konusudur. Bunlar (TSB, 2024):

- Bir anda ortaya çıkan hastalık ya da kazalar sonucu tedavilerin yapılması,
- Şahısların tedavileri için en yakın hastaneye gönderilmesi,
- Tedavi edildikten sonra kaldığı konuma gönderilmesi,
- Bireyin herhangi bir sebepten dolayı ölmesi sonucu nakil işlemlerin gerçekleşmesini sağlar.

2.2.2.2. Özel Sağlık Sigortasının Yönetmeliğine Göre Türler

Yönetmeliğe göre ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

Bireysel Özel Sağlık Sigortası; sigorta firmaları tarafından kişilerin ihtiyaçlarına göre planlanan, gerekli ödemeleri kişi tarafından yapılan, kendisi ile aile fertleriyle kullanabileceği sigorta poliçesidir. Sigorta firmaları kişilere poliçenin kapsamını, uygulama alanlarını ve istisna durumlarını sunmaktadır (Bitimli, 2019:79). Kendi içerisinde 5 tür bulunmaktadır. Bunlar (Yiğit, 2007: 26);

- Geniş kapsamlı
- Standart
- Bütçeye uygun
- Üst yaş grubu
- Uluslararası poliçelerdir.

Kurumsal Özel Sağlık Sigortası; işverenlerin yanında çalıştırdığı bireylere ve aile fertlerine yaptırdığı poliçedir. Poliçede oluşan masrafların karşılanması hem işveren hem de çalışan tarafından sağlanmaktadır (Ateş, 2016:30). Poliçenin kapsamı ve içerisinde olması gereken unsurları işveren belirlemektedir. İşyerinde sigortalanan birey sayısı

artıkça prim açısından bir büyüme söz konusu olarak bu da rekabetin artmasını sağlamaktadır. Türkiye’de bireysel sigortalara göre daha çok kullanılan sigorta türüdür.

2.2.2.3. Özel Sağlık Sigortasının Teminatları

ÖSS teminatları üçe ayrılmaktadır. Şu şekildedir:

- Yatarak tedavi teminatları
- Ayakta tedavi teminatları
- İlave teminatlar

2.2.2.3.1. Yatarak Tedavi Teminatları

Bu teminat, hastaların tedavilerinin ameliyatsız ya da ameliyatsız yapılması, doktor, hemşire, anestezi gibi hizmetlerin sigortalı bireyin tedavi olduğu dönem içerisinde oluşan giderlerin karşılanmasını sağlayan teminattır (Yıldırım vd., 2012:77-78). Gerçekleşen bir kaza ya da hastalık durumunda oluşan sağlık sorunlarının tedavi süresi bir gün ya da daha fazla gün yatış işlemi olur ise teminat kullanılmaktadır. Rehabilitasyon ile ilgili oluşan giderleri, fizik tedavi, yapılacak ameliyatlara, refakatçi masrafları gibi tedavi hizmetlerini sağlayan teminattır.

Teminatın bazı masrafları karşıladığı sağlık hizmetleri şunlardır (Gülay, 2021:88):

- Ameliyat masrafları,
- İlaç masrafları,
- Oda masrafları,
- Refakatçi masrafları,
- Tedavi masrafları,
- Yoğun bakım servisi masrafları,
- Kara ve hava ambulans masrafları,
- Annelik ve doğum masrafları,
- Doktor takibi masraflarıdır.

2.2.2.3.2. Ayakta Tedavi Teminatları

Bu teminat, hekimlerin yaptığı muayene, muayene sonrası tanı konulabilmesi için yapılacak tetkikler, ufak müdahaleler ve tedavi için kullanılan ilaç masraflarından oluşan teminattır. Bir günden daha az tedaviler için geçerliliği söz konusudur. Bu teminat, ÖSS’de yatarak tedavi ile kullanılmaktadır. Bir günden az süren tedavi sırasında kullanılan röntgen, emar gibi hizmetleri, kısa sürede yatış olması ve taburcu olunmasında bu teminat içerisinde yer almaktadır. Sigortalı bireylerin ayakta tedavinin masrafları

yatarak tedavinin masraflarına göre daha az olması nedeniyle ayakta tedavi teminatını daha çok tercih etmektedirler. Bu tercihler sonucunda ödenecek primlerin ve tedavi masraflarının artmasına neden olmaktadır. Bu masrafları azaltabilmek için muafiyet ya da katılım ücreti alınır. Teminatın bazı masrafları karşıladığı sağlık hizmetleri şunlardır (Gülay, 2021:87):

- Doktor muayenesi,
- İlaç masrafları,
- Kontrol ve servisler,
- Laboratuvar masrafları,
- Tedavi masrafları,
- Tahlil, röntgen, emar gibi hizmetler,
- Diğer teminatlardır.

2.2.2.3.3. İlave Teminatlar

Diğer teminatlara ilave olarak prim ödenmesiyle teminat daha da genişlemektedir. Bu teminat annelik durumu, diş tedavileri, gözlük gibi alınacak olan durumlarda, diyetisyen, psikiyatri, işitme cihazının alınmasıyla ilgili, yurt dışında yapılacak olan tedavilerde ilave teminatlar olarak kullanılmaktadır (Cihangiroğlu, 2019:94).

Ek teminatlar şu giderleri karşılamaktadır (Gülay, 2021:89):

- Tıbbi malzemeler,
- Vücut uzuvlarının malzemeleri,
- Ambulans hizmetleri,
- Evde bakım hizmeti,
- Hamilelik hizmetleri,
- Gözlük ve malzemeleri.

2.2.2.4. Özel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Dezavantajları

Özel sağlık sigortasının bireylere sağladığı avantajlar ve dezavantajlar mevcuttur. Avantajlar şu şekildedir (Değirmencioğlu, 2021:33):

• Geliri fazla olan kişilerin ÖSS’ni tercih ederken, geliri az olan kişilerin ÖSS’da yer almayarak, kişilerin kamu kaynaklarını ihtiyaçları doğrultusunda kullanılmasına imkân sağlamıştır.

• GSS içerisinde yer almayan ya da kısmen de olsa yer alan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

- Kişilerin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin sağlık hizmetleri için yaptıkları harcamalarını finanse etmekle birlikte, gereksiz sağlık hizmetlerine yapılan harcama kaynaklı oluşabilecek risklere karşı korumaktadır.

- Maaşlı bireyler tarafından ödenen ÖSS primleri GVK'na göre vergi indirimi yapılabilmektedir.

- Yapılan poliçelerde yurtdışında meydana gelebilecek hastalık ya da kaza masraflarını ÖSS tarafından karşılanabilmektedir. Böylece, yurtdışında sağlık hizmetlerine ödenen ücretlerin yüksek olması sonucu oluşacak riske karşı korumaktadır.

ÖSS'nin dezavantajları da söz konusudur. Şu şekildedir (Değirmencioğlu, 2021:34):

- Sosyal sigortalardan alınan prim miktarının farklı olması risk içerisinde bulunan kişilerin kullanamayıp hastalanma durumuna göre primlerin toplanılmasına karar verilmiştir.

- Kişilerin ödedikleri primlerin sigorta kuruluşlarında farklı fiyatlarının olması memnuniyetsizlik oluşturmaktadır.

- Sigortalı kişiler, sağlık hizmeti için ödenecek masrafları ödememesi durumunda sigorta kuruluşlarında maliyetlerinin yükselmesine neden olacaktır.

2.2.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Bu sağlık sigortası, SGK ile anlaşması bulunan sağlık kurumları tarafından alınan ilave ücretleri sayesinde hizmet alınmasını sağlayan sigortadır. Bu sigortanın geçerli olabilmesi için GSS'nin bulunması gerekmektedir. Bu sağlık sigortası, oluşacak hastalık ya da kaza durumlarında SGK ile anlaşması olmayan sağlık kuruluşlarında yapılacak her türlü tedavi masraflarını sigorta içerisinde bulunmasıdır (Pala, 2014: 201, 202).

Devlet tarafından sunulan sağlık sigortasında oluşan iki çeşit boşluğu dolduran sağlık sigortasıdır. Birincisi, devletin sunduğu sağlık sigortasının içeriğinde bulunmayan hizmetleri sunan sigortadır. İkincisi, devlet sağlık sigortasının içeriğinde sağlık hizmetlerini bireysel ödemelerini karşılayan sigortadır (Thomson vd., 2020:5).

2.2.3.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı

TSS, devlet tarafından tamamını karşılamayan veya bir kısmını karşılayan sağlık masraflarını içeren sigortadır. En geniş kapsamıyla (Değirmencioğlu, 2021: 40, 41);

- GSS tarafından karşılanmayan teşhis ve tedavi ücretlerini,

- GSS tarafından karşılanan teşhis ve tedavi ücretlerine ek olan masraflarını içermektedir.

Teminat olarak iki şekildedir; yatarak ve ayakta teminatlardır.

Yatakta teminat; bireylerin tedavi amaçlı olarak gittikleri hastanelerde yatma ile hastaneden çıkış sürecine kadar almış olduğu tüm müdahaleler, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerin uygulanma sürecinin planlaması, bireylerin karşılaşılabileceği komplikasyonları ve hastalığın seyriyle ilgili kontrolünde oluşan masraflar, bir günlük süre zarfında uygulanan tedavilerde ortaya çıkan ücretleri karşılayan bu teminat türüdür (Filiz, 2021:34).

Ayakta teminat; bireyin gün içerisinde yatış gerektirmeden hastaneden almış olduğu hizmeti karşılayan teminat türüdür. Bu teminat türünde; hekim kontrolü, kan alma, idrar tahlili gibi işlemlerden doğan giderleri karşılayan teminattır (Değirmencioğlu, 2021: 42).

Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında özel hastanelerde gerçekleştirilen yatış ve tahliller için SGK'nın doğrudan ekstra bir ödeme yükümlülüğü bulunmamaktadır. Ancak TSS'nin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırması ve talebi artırması, SGK'nın toplam sağlık harcamalarını dolaylı olarak yükselten bir mekanizma oluşturmaktadır. Bu çerçevede TSS, kısa vadede SGK için maliyet azaltıcı bir araç gibi görünse de, uzun vadede hizmet kullanım sıklığını artırarak sosyal güvenlik sistemi üzerinde örtük bir mali baskı yaratabilmektedir. Dolayısıyla TSS'nin SGK üzerindeki etkisi, ödeme tutarlarından ziyade hizmet hacmi ve kullanım davranışları üzerinden şekillenmektedir.

2.2.3.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Avantaj ve Dezavantajları

Tamamlayıcı sağlık sigortasının bireylere sağladığı avantajlar ve dezavantajlar mevcuttur. Avantajlar şu şekildedir (Şahin, 2024: 51-52):

- Oluşturulan kontrol sistemiyle kamu ve özel sektörde yapılacak ödemeleri kontrol ederek oluşabilecek risklere karşı korumaktadır.

- Bireylerin istediği hekimlere ve hastanelere gitmeleri yoğunluğun azalmasını sağlamaktadır. Böylece hekimler daha iyi tedavi ederken, bireyler fazla süre beklemeden tedavi olacaklardır.

- Bu sağlık sigortasının kullanımının artmasıyla bireylere sunulan hizmetlerde konfor artırılarak çeşitlilik artmıştır.

- Bu sağlık sigortasına artan talepler sigorta şirketlerinde rekabetin artmasına yol açmış ve ücretlerin daha uygun olmasını sağlamıştır.

TSS'nin dezavantajları da söz konusudur. Şu şekildedir:

- TSS'den yararlanabilmesi için SGK kapsamında olmak zorundadır. Böylece SGK'nın anlaşmalı hastanelerinde hizmet alabilir.

- GSS içerisinde yer almayan hallerde, TSS bünyesine konulmaya çalışılması bireylerin sosyal devlet zihniyetinden soğumasına sebep oluşturabilmektedir.

- Bireylerin ödedikleri katılım payının TSS'nin kapsamında olmaması bireyler için olumsuz bir durumdur.

2.2.3.3. Tamamlayıcı Sağlık ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması

- TSS sadece Türkiye'de geçerli iken, ÖSS hem Türkiye'de hem de diğer ülkelerde geçerlidir.

- TSS'den faydalanabilmek için sigortalı olmalıdır. Fakat, ÖSS'de sigortalı olma şartı aranmaz.

- ÖSS'de TSS'ye göre daha fazla hastane hizmetinden yararlanılmaktadır.

- Ödenen primler TSS'de düşükken, ÖSS'de daha yüksektir.

- ÖSS'de muayene konusunda limit yokken, TSS'de limit söz konusudur.

- ÖSS'ye kullanan bireyler GSS'na ait haklarından kullanamazken, TSS'nı kullanan bireyler ise bu haklardan yararlanabilmektedir (Özsarı ve Çelik, 2021:14).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

2014–2024 DÖNEMİNDE KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE ETKİSİ

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini belirleyen temel dinamiklerden biri olup, toplumun genel refah seviyesinin de belirleyicisi konumundadır. Modern devletler, vatandaşların bu hizmetlere adil, sürdürülebilir ve etkin bir şekilde erişmesini teminat altına almak için kapsamı geniş politika mekanizmaları geliştirmiştir. Bu mekanizmalardan en kritik olanı ise, şüphesiz, sosyal güvenlik sistemidir. Söz konusu sistem, sağlık hizmetlerinin finansmanını ve organizasyonunu düzenleyerek vatandaşlar arasındaki eşitsizlikleri minimize etmeyi amaçlamaktadır. Kamu ve özel hastaneler bu sistemin içinde birbirinden farklı roller üstlenerek, hizmetlerin etkin bir şekilde sunulmasında belirleyici bir rol oynar. Bu bağlamda, kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemine olan etkilerini detaylı bir şekilde incelemek gerekmektedir.

3.1. Kamu ve Özel Hastanelerin Karşılaştırmalı Analizi (2014-2024)

Türkiye sağlık sisteminde kamu ve özel sağlık harcamalarının dinamikleri, sağlık politikalarının şekillenmesinde kritik rol oynamaktadır. Bu çalışma, 2014-2024 döneminde Türkiye'deki kamu ve özel sağlık harcamalarını karşılaştırmalı olarak analiz etmektedir. Analiz, Sağlık Bakanlığı, SGK ve TÜİK verileri ile akademik çalışmalar ışığında gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1:Kamu ve Özel Hastane Sayılarının Bölgesel Dağılımı (2023)

Bölge	Kamu Hastanesi Sayısı	Özel Hastane Sayısı	Nüfus Başına Düşen Kamu Yatağı	Nüfus Başına Düşen Özel Yatak
Marmara	145	278	3.2	6.1
Ege	98	112	3.8	4.3
İç Anadolu	120	95	4.1	3.2
Akdeniz	85	78	3.9	3.6
Karadeniz	76	42	4.3	2.4
Doğu Anadolu	68	18	5.1	1.3
Güneydoğu Anadolu	62	24	4.8	1.8

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Hastane İstatistikleri (2024)

Kamu hastaneleri, özellikle Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu gibi az gelişmiş bölgelerde daha yaygındır. Özel hastaneler ise Marmara ve Ege gibi ekonomik olarak gelişmiş bölgelerde yoğunlaşmıştır. Kırsal bölgelerde yaşayanların %78'i en yakın sağlık kuruluşu olarak kamu hastanelerine başvurmaktadır (TÜİK, 2023). Büyükşehirlerde ise özel hastaneler, özellikle üst gelir grubundaki hastalar tarafından tercih edilmektedir. Kamu ve özel hastaneler, yönetim biçimleri, hizmet sunum prensipleri ve finansman yapıları açısından önemli farklılıklar barındırmaktadır. Kamu hastaneleri doğrudan Sağlık Bakanlığı'na veya bağlı kurumlara ait olup, kamu bütçesiyle finanse edilir. Hizmet sunumunda kamu yararı ve sosyal devlet ilkesi ön plandadır. Özel hastaneler ise özel sermaye ile kurulmuş, kâr amacı güden sağlık kuruluşlarıdır ve hizmet sunumlarını çoğunlukla doğrudan ücret ya da tamamlayıcı sağlık sigortaları aracılığıyla gerçekleştirirler.

Türkiye'de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu-özel dengesini değiştirmiş ve özel hastanelerin sistem içindeki payını artırmıştır. Bu süreçte özel hastanelerin SGK ile anlaşma yapması teşvik edilmiş ve hasta yönlendirme sistemi esnetilmiştir. Sonuç olarak, 2003 yılında özel hastanelerin toplam hastane sayısı içindeki payı %6 iken, bu oran 2020 itibarıyla %23'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022: 16).

Sağlık politikalarında kamu-özel iş birliği modeli olarak uygulanan şehir hastaneleri ise kamu hizmeti niteliği taşımasına rağmen özel sektör finansmanına dayalıdır. Bu model hizmet kalitesini artırmakla birlikte, kira bedelleri ve hizmet alım maliyetleri açısından kamu bütçesine uzun vadeli yükler oluşturmaktadır (OECD, 2021:75).

Kamu hastaneleri genellikle büyük ölçekli ve yüksek hasta yüküne sahip yapılardır. Örneğin 2021 yılı itibarıyla Türkiye'de kamu hastaneleri sağlık başvurularının yaklaşık %72'sini karşılamaktadır (TÜİK, 2022). Özel hastaneler ise düşük yoğunluklu, daha butik hizmet sunumu sağlayan, hasta seçme ve yönlendirme kapasitesine sahip kurumlardır. Ayrıca kamu hastanelerinde hizmet sunumu tüm yurttan yaygın iken, özel hastaneler büyük şehirlerde ve ekonomik düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaşmaktadır.

Tablo 2: SGK'nın Gelir-Gider Tablosu Reel değerler (2014-2024, 2014 sabit fiyatlarıyla)

YILLAR	GELİR (BİN ₺)	GİDER (BİN ₺)	AÇIK/FAZLA (BİN ₺)
2014	184.328.932	204.400.437	-20.071.505
2015	202.458.000	213.103.000	-10.645.000
2016	216.696.000	234.318.000	-17.622.000
2017	218.572.000	236.511.000	-17.939.000
2018	232.289.000	242.919.000	-10.630.000
2019	238.603.000	261.516.000	-22.913.000
2020	231.929.000	265.139.000	-33.210.000
2021	228.441.000	228.043.000	-7.735.000
2022	219.689.000	228.043.000	-8.354.000
2023	292.038.000	297.894.000	-5.856.000
2024	365.669.000	366.914.000	-1.245.000

Kaynak: SGK Veri Tabanı

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Türkiye’de sosyal refahın temel yapı taşlarından biri olup, emeklilik, sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlar gibi geniş bir hizmet alanını finanse etmektedir. SGK’nın gelirleri şu şekildedir:

a) Prim Gelirleri:

- İşverenlerden alınan sosyal güvenlik primleri
- Çalışanlardan (sigortalı işçiler, memurlar, bağımsız çalışanlar) kesilen primler
- Devletin bazı gruplar için ödediği primler (ör. tarım işçileri, işsizler, askerlik, doğum borçlanmaları vs.)

b) Devlet Katkısı

- SGK’nın finansman açığını kapatmak için merkezi bütçeden yapılan transferlerdir.

- Türkiye’de 2008 sonrası “%25 oranında devlet katkısı” sistemi getirilmişti.

c) Diğer Gelirler:

- İdari para cezaları (geç ödenen primlere faiz, usulsüzlük cezaları)
- Sağlık hizmeti sunumlarından elde edilen ek gelirler (özel hastanelerden alınan katkılar, protokol gelirleri)

- Faiz gelirleri ve çeşitli küçük kalemler

Giderler esasen SGK'nın yaptığı ödemelerden oluşur. Üç büyük grup vardır:

a) Emeklilik ve Sosyal Yardım Ödemeleri:

- Emekli maaşları (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı)
- Dul, yetim, malullük aylıkları
- Sosyal yardım ve destek ödemeleri
- 2023 sonrası EYT (Emeklilikte Yaşa Takılanlar) düzenlemesi ile bu kalemden ciddi

artış oldu.

b) Sağlık Harcamaları:

- Kamu ve özel hastanelere yapılan SGK geri ödemeleri
- İlaç harcamaları (eczanelere ödemeler)
- Tıbbi cihaz, sarf malzemeleri
- Aile hekimliği, koruyucu sağlık giderleri

c) İdari ve Cari Giderler:

- SGK'nın kendi personel maaşları, bina ve işletme giderleri
- Hizmet alımları (bilgi işlem, danışmanlık vb.)
- Diğer cari transferler

2014–2024 dönemi, gelir, gider ve bütçe açığı/fazlası açısından değerlendirildiğinde, mali yönetimde hem dalgalanmaların hem de uzun vadeli toparlanma eğiliminin gözlendiği bir süreç olarak öne çıkmaktadır. Gelirler, 2014'te 184,3 milyar ₺ seviyesinde iken, 2024'te 365,7 milyar ₺'ye ulaşmıştır. Bu neredeyse iki katlık artış, ekonomik büyüme, vergi ve diğer gelir toplama mekanizmalarının güçlenmesi ile kamu finansmanında etkinliğin artmasını göstermektedir. Giderler de paralel bir artış sergilemekle birlikte, özellikle 2020'de 265,1 milyar ₺'ye yükselmiş ve bu yıl bütçe açığının en yüksek seviyeye (-33,2 milyar ₺) ulaşmasına neden olmuştur. Bu durum, küresel pandemi ve acil sağlık harcamalarının yarattığı beklenmedik yüklerle ilişkilendirilebilir ve mali esnekliğin önemini vurgulamaktadır.

Bütçe açığı açısından bakıldığında, dönem boyunca sürekli negatif değerler gözlemlenmektedir. Ancak dikkat çekici bir gelişme, 2021'den itibaren açığın belirgin biçimde azalması ve 2024'te neredeyse dengelenmiş bir bütçe tablosu ortaya çıkmasıdır (-1,2 milyar ₺). Açığın giderlere oranı, ilk yıllarda yaklaşık %9–10 iken, 2024'te %0,3'e

düşmüştür. Bu düşüş, mali disiplinin güçlenmesi, gelir toplama etkinliğinin artması ve gider yönetiminde stratejik planlamanın başarılı uygulandığını göstermektedir.

Dönemsel dalgalanmalar, özellikle 2019–2021 yılları arasında, ekonomik ve toplumsal şoklara karşı mali sistemin kırılabilirliğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, gelir ve gider arasındaki dengenin 2024 itibarıyla büyük ölçüde sağlanmış olması, uzun vadeli mali sürdürülebilirliğin sağlanabileceğine işaret etmektedir. Bu bağlamda, söz konusu veriler, yalnızca ekonomik performansın bir göstergesi olarak değil, aynı zamanda kamu politikalarının etkinliği, kriz yönetimi ve kaynak tahsisindeki başarı açısından da değerli çıkarımlar sunmaktadır.

Bu dönemde SGK'nın sürekli açık vermesi, sistemin uzun vadeli sürdürülebilirliği açısından ciddi riskler barındırmaktadır. Nüfusun yaşlanması, emeklilik yaşının düşüklüğü, prim ödeme gün sayısındaki esneklik ve sağlık hizmetlerine olan talebin sürekli artması, giderleri yukarıya çekerken; kayıt dışı istihdam ve düşük prim tabanı gibi unsurlar gelir tarafını baskılamaktadır.

Gelecek dönemlerde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için:

- Aktüeryal denge gözetilerek emeklilik sistemi yeniden yapılandırılmalı,
- Kayıt dışılıkla mücadele güçlendirilmeli,
- Sağlık harcamalarının etkinliği artırılmalı ve israfın önüne geçilmelidir.
- Dijitalleşme ve veri analizliği hem tahsilat hem de harcama yönetiminde daha

etkin kullanılmalıdır.

Sonuç olarak, SGK'nın gelir-gider dengesi 2014–2024 döneminde sürekli açık yönlü bir seyir izlemiş, ancak 2024 yılı itibarıyla bu açığın görece olarak azaltıldığı görülmüştür. Ancak bu gelişme, yapısal reformlar olmaksızın kalıcı bir mali dengeye dönüşmeyeceğinden, sürdürülebilir politikalarla desteklenmesi elzemdir.

Tablo 3: 2014–2024 Yılları Arasında Türkiye’de Sağlık Kurumlarına Ait Müracaatlar, Fatura Tutarları ve Sağlık Ödemeleri (Nominal Değerler)

Gösterge/Yıllar	Devlet Hastanesi 2. Basamak Müracaat Sayısı (Bin Adet)	Devlet Hastanesi 3. Basamak Müracaat Sayısı (Bin Adet)	Özel hastane müracaat sayısı (Bin Adet)	Üniversite hastaneleri müracaat sayısı (Bin Adet)	Devlet Hastanesi Fatura Tutarı (Bin ₺)	Özel Hastane Fatura Tutarı (Bin ₺)	Üniversite Hastanesi Fatura Tutarı (Bin ₺)	Reçete Sayısı (Bin Adet)	Reçete Fatura Tutarı (Bin ₺)	Sağlık Ödemeleri (Bin ₺)
2014	242,331	77,548	88,687	38,454	7,218,596	7,671,542	6,942,300	337,403	16,354,118	54,602,538
2015	251,887	85,539	90,428	40,589	8,107,009	8,153,544	7,462,600	339,224	18,103,947	59,410,943
2016	270,402	96,640	83,995	41,451	9,542,520	8,409,883	8,273,930	349,749	21,289,822	68,048,370
2017	279,852	112,462	81,866	44,877	11,408,747	9,055,398	9,386,300	363,584	25,143,536	77,686,817
2018	303,204	126,272	81,845	49,009	13,201,645	9,426,962	10,805,200	386,589	30,950,378	91,565,808
2019	310,364	133,349	78,044	51,376	14,276,805	9,831,592	12,134,601	401,014	40,679,564	100,160,424
2020	182,498	89,713	64,303	35,146	15,018,784	11,666,067	12,601,561	341,731	48,285,452	135,704,157
2021	209,713	124,175	70,060	45,114	24,014,761	14,195,804	17,462,851	406,004	60,993,695	177,240,551
2022	268,938	162,560	75,617	53,035	38,317,397	20,258,297	26,916,191	460,015	102,734,517	283,552,417
2023	299,186	186,304	68,502	52,696	70,666,234	35,086,777	46,395,259	482,235	205,364,958	553,143,352
2024	311,796	225,094	65,982	57,172	150,887,600	61,627,395	88,613,074	504,226	330,042,398	980,869,814

Kaynak: SGK Veri Tabanı

Bu tabloda hastanelere ait veriler ayrı ayrı olarak ele alınmıştır. Bunun temel nedeni, her hastane grubunun farklı rol ve maliyet dinamiklerine sahip olmasıdır. Tek bir toplam sayı verilseydi, hangi kurumun daha fazla yük getirdiği veya hangi alanda harcamaların arttığı görülemezdi. Nedeni şu şekilde açıklayabiliriz:

1) Hizmet düzeyi farklılıkları;

• 2. basamak devlet hastaneleri (*Genel Devlet Hastaneleri*): Daha çok temel sağlık hizmetleri, poliklinik muayeneleri, doğum, küçük cerrahiler.

• 3. basamak devlet hastaneleri (*Eğitim ve Araştırma Hastaneleri*): Eğitim-araştırma ve ileri tedavi merkezleri, yoğun bakım ve kompleks cerrahi işlemler.

• *Üniversite hastaneleri*: Hem sağlık hizmeti hem de akademik/araştırma görevi. Genellikle en maliyetli tedavilerin yapıldığı kurumlar.

• *Özel hastaneler*: Farklı fiyat politikaları ve hizmet çeşitliliği var; SGK'nın ödeme yükü açısından ayrı değerlendirilir.

2) Maliyet yapıları farklıdır. Aynı tedavi, bir özel hastanede SGK'ya daha farklı bir maliyetle yansiyabilir. Üniversite hastanelerinde ileri teknoloji ve uzmanlık nedeniyle fatura tutarları genellikle daha yüksek olur. Devlet hastanelerinde ise maliyetler görece daha düşüktür.

3) Politika ve bütçe analizi için gereklidir. Sağlık Bakanlığı ve SGK, hangi kurumun bütçeden ne kadar pay aldığını görüp buna göre kaynak tahsisi, teşvik, yatırım ve reform planlaması yapar. Örneğin: 2014–2024 arasında özel hastanelerin payı düşerken devlet ve üniversite hastanelerinin payı hızla artmıştır. Bu, kamuya dayalı sağlık sisteminin yükünü gösterir.

4) Hizmet kullanım davranışlarını anlamak için, vatandaşlar daha çok özel hastaneleri mi tercih ediyor, yoksa devlet/üniversite hastanelerine yönelim mi artıyor? Bu ayırım yapılmazsa sağlık talebindeki yönelimler anlaşılabilir.

Tablo 3'teki veriler 2014–2024 dönemi için Türkiye'de sağlık hizmetlerine başvurular, fatura tutarları, reçete harcamaları ve toplam sağlık ödemelerinin gelişimini ayrıntılı biçimde göstermektedir. Genel olarak bakıldığında, on yıllık süreçte hem müracaat sayılarında hem de sağlık harcamalarında ciddi artışlar yaşanmıştır. 2014 yılında toplam müracaat sayısı yaklaşık 447 milyon iken 2024'te 660 milyon düzeyine çıkmıştır. Buna karşılık toplam sağlık ödemeleri aynı dönemde 54,6 milyar ₺'den 980,8 milyar ₺'ye yükselmiş ve yaklaşık on sekiz kat artmıştır. Bu artışın en dikkat çekici yanı ise başvurulardaki yükselişin görece sınırlı kalmasına rağmen maliyetlerin çok daha hızlı artmış olmasıdır.

Hastaneler ayrı ayrı incelendiğinde kullanım deseninin yıllar içinde önemli ölçüde değiştiği görülmektedir. Devlet hastanelerinin payı belirgin şekilde artmış, 2014'te müracaatların yüzde 71,6'sı kamuya yapılırken bu oran 2024'te yüzde 81,3'e yükselmiştir. Özel hastanelerin payı aynı dönemde yüzde 19,8'den yüzde 10'a gerilemiş, üniversite hastanelerinin payı ise görece sabit kalmıştır. Bu tablo, vatandaşların giderek daha fazla kamu hastanelerine yöneldiğini, özel sağlık hizmetlerinden ise kısmen uzaklaştığını ortaya koymaktadır.

Maliyet boyutuna bakıldığında, hastaneler arasında önemli farklılıklar vardır. Devlet hastanelerinde bir müracaatın maliyeti 2014 yılında ortalama 22,6 ₺ iken 2024'te 281 ₺'ye yükselmiş, yani yaklaşık on iki buçuk kat artmıştır. Özel hastanelerde aynı dönemde müracaat başına maliyet 86,5 ₺'den 934 ₺'ye çıkmış, üniversite hastanelerinde

ise 180 ₺'den 1550 ₺'ye kadar yükselmiştir. Üniversite hastaneleri birim maliyet açısından en yüksek düzeye sahip olmakla birlikte, artış hızı özellikle devlet hastanelerinde daha yüksektir. Hastaların ikinci basamak devlet hastanelerinde tedavi edilebilecekleri durumlarda üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunmaları, daha yüksek maliyetli hizmetlerin devreye girmesine yol açarak Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinde ilave bir mali yük oluşmasına neden olmaktadır. Bu da kamuya hem vaka yükü hem de maliyet açısından ciddi bir artış yansıtmaktadır.

İlaç harcamaları incelendiğinde tablo daha da dikkat çekici hale gelmektedir. Reçete sayısı 2014–2024 arasında sadece yüzde 50 civarında artarken, reçete fatura tutarları yaklaşık yirmi kat yükselmiştir. 2014'te bir reçetenin ortalama maliyeti 48,5 ₺ iken 2024'te bu rakam 654,6 ₺'ye çıkmıştır. Bu, reçete başına maliyetin on üç buçuk kat arttığını göstermektedir. İlaç harcamalarının toplam sağlık ödemeleri içindeki payı da aynı dönemde yüzde 30'dan yüzde 33,6'ya yükselmiştir. Buna karşılık hastane faturalarının toplam ödemeler içindeki payı yüzde 40'tan yüzde 30,7'ye gerilemiştir. Yani sağlık harcamaları içinde ilaçların ağırlığı giderek artarken, hastanelerin payı görece azalmaktadır.

Özellikle 2020 yılı dikkat çekici bir kırılma noktasıdır. COVID-19 pandemisi ile tüm hastane türlerinde müracaat sayıları belirgin biçimde düşmüş, ancak fatura tutarlarında artış yaşanmıştır. Bu durum daha kompleks ve maliyetli vakaların öne çıkmasından, yoğun bakım ve ileri tedavi harcamalarının yükselmesinden kaynaklanmıştır. 2021 sonrasında ise nominal artışlar olağanüstü hızlanmış, yüksek enflasyon ve sağlık hizmeti fiyatlandırmalarındaki güncellemeler harcama rakamlarını yukarı taşımıştır.

Sonuç olarak tablo, sağlık hizmetlerinde talebin büyük ölçüde kamuya kaydığını, özel hastanelerin sistemdeki payının azaldığını, üniversite hastanelerinin yüksek maliyetli ama görece stabil bir yük taşıdığını, ilaç harcamalarının ise toplam sağlık ödemelerinde giderek daha fazla yer tuttuğunu göstermektedir. Kamu hastanelerinin hem hasta yükünün hem de maliyetlerinin hızla artması sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından dikkatle izlenmesi gereken bir gelişmedir. Üniversite hastanelerinin yüksek maliyet yapısı, özel hastanelerin pay kaybı ve ilaç fiyatlarındaki yükseliş ise politika yapıcıların odaklanması gereken diğer önemli alanlar olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 4: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar ₺)

Yıl	Toplam Harcama	Kamu Payı (%)	Özel Payı (%)	GSYİH'ye Oranı (%)
2014	98.5	76.2	23.8	4.8
2016	121.3	75.6	24.4	5.1
2018	158.7	74.3	25.7	5.6
2020	214.2	78.1	21.9	6.3
2022	382.5	77.5	22.5	6.8
2024	458.3	76.8	23.2	7.1

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri (2014-2024).

2014–2024 dönemine ait sağlık harcama verileri incelendiğinde, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının sürekli artış eğiliminde olduğu açıkça görülmektedir. 2014 yılında 98,5 milyar ₺ olan toplam sağlık harcaması, 2024 tahmini itibarıyla 458,3 milyar ₺’ye ulaşarak yaklaşık 4,7 kat artmıştır. Bu artış nominal düzeyde olup hem sağlık hizmetlerine olan talebin hem de maliyetlerin arttığını göstermektedir.

Kamu ve özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki paylarına bakıldığında, kamu sektörünün payı genel olarak yüksek seyrini korumaktadır. 2014 yılında kamu payı %76,2 iken, 2024’te bu oran %76,8 olarak öngörülmektedir. Bu durum, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kamusal kaynaklarla finanse edildiğini ve sosyal devlet anlayışının devam ettirildiğini göstermektedir.

Özel sektörün payı ise aynı dönemde dalgalı bir seyir izlemiştir; 2018 yılında %25,7 ile zirveye ulaşmış, ancak 2020 sonrası tekrar azalma eğilimine girmiştir. 2020’de %21,9 olan özel sektör payı, 2024’te %23,2 olarak öngörülmektedir. Bu değişim, COVID-19 pandemisi döneminde kamu harcamalarının artırılmasının özel sektörün görece payını azaltması ile açıklanabilir.

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı da dikkat çekici biçimde artmıştır. 2014’te %4,8 olan oran, 2024’te %7,1’e yükselmiştir. Bu yükseliş, sağlık sektörünün ekonomik yapı içindeki ağırlığının arttığını ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımın makroekonomik düzeyde önem kazandığını göstermektedir. Aynı zamanda, bu oran

Türkiye'nin sağlık sistemine yaptığı harcamanın OECD ortalamalarına yakınlaştığına da işaret edebilir.

Kamu ve özel hastaneler kalite ve hasta memnuniyeti açısından farklılıklar göstermektedir. TÜİK'in 2020 Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre özel hastanelerden hizmet alan bireylerin %85'i aldıkları hizmetten memnunken, bu oran kamu hastanelerinde %70'tir (TÜİK, 2021). Özel hastanelerde randevu kolaylığı, bekleme süresinin azlığı, konfor düzeyinin yüksekliği ve bireysel hizmet ön plandadır.

Öte yandan kamu hastaneleri, ileri düzey teşhis-tedavi kapasitesi, kapsamlı acil servis sunumu ve bütünleşmiş hizmetler açısından güçlüdür. Özellikle pandemi gibi kriz dönemlerinde kamu hastaneleri ön safta yer almış, geniş yoğun bakım kapasitesi ve ücretsiz hizmet altyapısıyla topluma kritik destek sağlamıştır.

Kalite göstergeleri açısından özel hastanelerde hasta-hekim oranı, hasta başı muayene süresi gibi nicel parametreler daha iyidir. Ancak komplikasyon oranları, yeniden yatış oranları ve taburcu sonrası takip süreçleri kamu hastanelerinde daha sistematik bir şekilde yürütülmektedir.

Kamu hastanelerinde personel istihdamı kamu bütçesi kapsamında gerçekleşmekte ve hekimler kamu görevlisi statüsündedir. Bu durum istihdam güvenliği sağlamasına karşın, performans yönetimi ve ödüllendirme mekanizmalarının sınırlı kalmasına neden olabilmektedir. Özel hastanelerde ise hekimlerin ve sağlık çalışanlarının maaşları genellikle performansa ve hizmet yoğunluğuna bağlıdır. Bu sistemin motivasyonu artırdığı savunulsa da kimi zaman ticarileşmeye yol açabildiği eleştirisi yapılmaktadır.

Ayrıca kamu hastanelerinde istihdam edilen hekimlerin eğitim düzeyleri genellikle daha yüksektir ve bu hastaneler aynı zamanda eğitim-araştırma faaliyetleri de yürütmektedir. Üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleri bu bağlamda kamu hizmetinin sadece tedavi değil, aynı zamanda akademik gelişim açısından da temel taşı olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu, ayaktan tedavi ve poliklinik hizmetlerinin kamuda yaygınlaştığını ve vatandaşların ilk temas noktası olarak kamu hizmetlerini daha fazla tercih ettiğini gösterir. Buna karşın özel hastanelerde muayene hizmetlerinin payı düşmüştür. Bu değişim, özel hastanelerin daha çok ileri düzey tedavi ve operasyonlara odaklandığını gösterebilir. Her iki sektörde de “diğer” harcamalar sınırlı artış göstermiştir. Bu kalemler genellikle yönetim giderleri, destek hizmetleri, evde bakım, halk sağlığı faaliyetleri gibi dolaylı

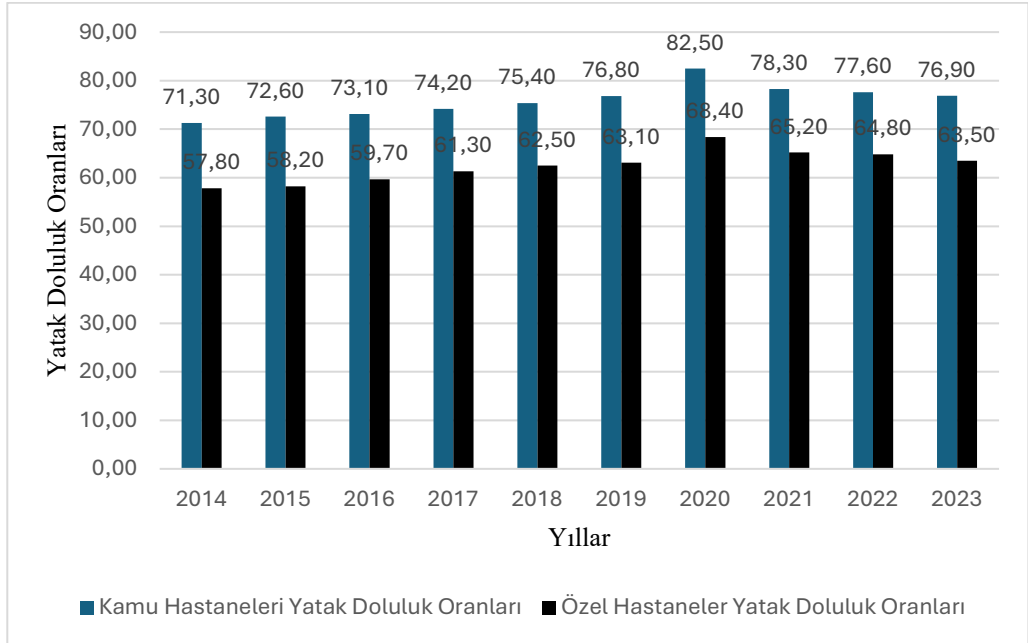
hizmetleri kapsar. Kamudaki artış, merkezi sistemin daha karmaşık ve kapsamlı bir yönetim altyapısına sahip olduğunu gösterebilir.

Tablo 5: Yıllara Göre Yatak Doluluk Oranları (%), Ortalama Yatış Süreleri (%) ve Müracaat Sayıları

Yıl	Kamu Hastaneleri Müracaat Sayıları	Değişim (%) (Bir önceki yıla göre)	Özel Hastane Müracaat Sayıları	Değişim (%) (Bir önceki yıla göre)	Kamu Hastaneleri Yatak Doluluk Oranları	Değişim (%) (Bir önceki yıla göre)	Özel Hastaneler Yatak Doluluk Oranları	Değişim (%) (Bir önceki yıla göre)	Kamu Hastaneleri Ortalama Yatış Süreleri	Değişim (%) (Bir önceki yıla göre)	Özel Hastaneler Ortalama Yatış Süreleri	Değişim (%) (Bir önceki yıla göre)
2014	380.000	-	83.587	-	71.3 ± 2.1	-	57.8 ± 3.4	-	4.3 ± 0.5	-	3.2 ± 0.4	-
2015	378.115	-0.5	93.500	+11.86	72.6 ± 1.9	+1.82	58.2 ± 3.1	+0.69	4.1 ± 0.4	-4.65	3.0 ± 0.3	-6.25
2016	447.703	+18.43	93.545	+0.05	73.1 ± 2.3	+0.69	59.7 ± 2.8	+2.58	3.9 ± 0.4	-4.88	2.9 ± 0.3	-3.33
2017	485.794	+8.51	91.066	-2.65	74.2 ± 1.8	+1.5	61.3 ± 3.2	+2.68	3.8 ± 0.3	-2.56	2.7 ± 0.3	-6.9
2018	484.295	-0.31	88.845	-2.44	75.4 ± 2.0	+1.62	62.5 ± 2.9	+1.96	3.6 ± 0.3	-5.26	2.6 ± 0.2	-3.7
2019	495.089	+2.23	78.044	-12.17	76.8 ± 1.7	+1.86	63.1 ± 2.7	+0.96	3.5 ± 0.3	-2.78	2.4 ± 0.2	-7.69
2020	307.357	-37.9	64.303	-17.62	82.5 ± 3.2*	+7.42	68.4 ± 4.1*	+8.40	4.1 ± 0.6*	+17.14	2.9 ± 0.4*	+20.83
2021	379.002	+23.3	70.060	+8.94	78.3 ± 2.4	-5.09	65.2 ± 3.3	-4.68	3.7 ± 0.4	-9.76	2.5 ± 0.3	-13.79
2022	484.533	+27.88	75.617	+7.93	77.6 ± 2.1	-0.89	64.8 ± 3.0	-0.61	3.4 ± 0.3	-8.11	2.3 ± 0.2	-8
2023	538.186	+11.07	68.502	-9.41	76.9 ± 1.9	-0.9	63.5 ± 2.8	-2	3.3 ± 0.3	-2.94	2.2 ± 0.2	-4.35

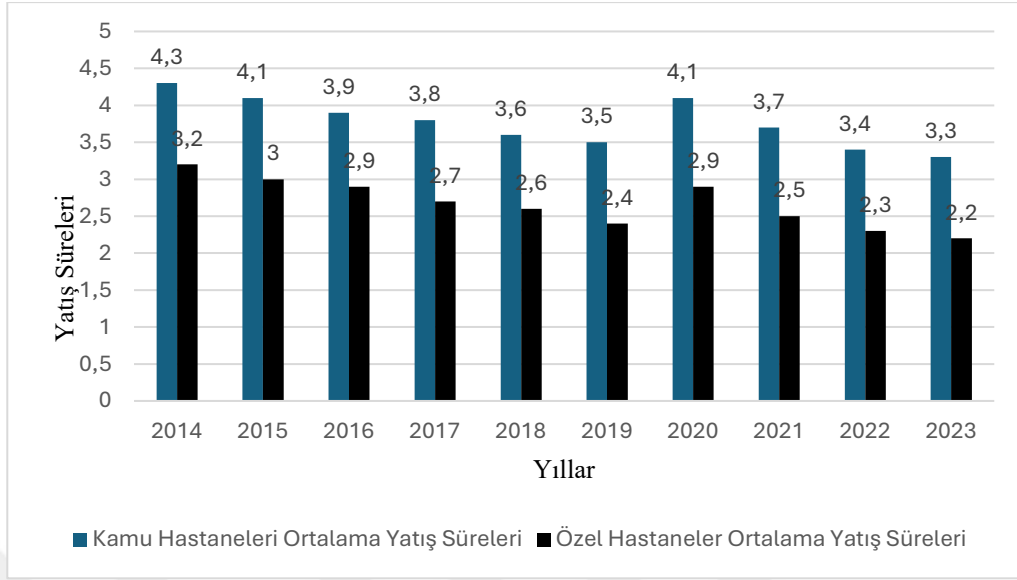
Kaynak: SB: Sağlık Bakanlığı Hastane İstatistik Yıllıkları (2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 ve 2024), SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği Raporları (2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023 ve 2024) ve SGK Veri Tabanı. *2020 verileri COVID-19 pandemisinin etkilerini yansıtmaktadır.

Grafik 1: Kamu ve Özel Hastaneleri Yatak Doluluk Oranları



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 2: Kamu ve Özel Hastaneler Ortalama Yatış Süreleri



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Kamu hastanelerinde, müracaat sayısı artarken, yatak doluluk oranı da genel olarak paralel bir artış göstermiştir (özellikle 2014–2019 arası). 2020 yılında müracaat sayısında dramatik bir düşüş (COVID-19 etkisi) olmasına rağmen yatak doluluk oranı artmıştır. Bu durum, yatan hasta oranının yükseldiğini veya uzun süreli yatışların arttığını göstermektedir. 2021 sonrasında hem müracaat sayısı hem de doluluk oranı normale dönmeye başlamıştır. 2023 yılında en yüksek müracaat sayısı (538 bin) görülmesine rağmen, yatak doluluk oranı 2019’a kıyasla biraz daha düşüktür (76.9 → 76.8). Bu, belki de hizmet kapasitesinin artırıldığını veya yatak sayısının arttığını düşündürebilir.

Özel hastanelerde ise, 2014–2016 arasında müracaatlar artarken doluluk oranı da ılımlı bir şekilde yükselmiştir. 2017’den sonra müracaat sayıları düşmeye başlarken, yatak doluluk oranları artmaya devam etmiştir. Bu, özel hastanelerde daha uzun süreli yatışların veya daha yoğun tedavilerin yapıldığını düşündürebilir. 2020’de kamu hastanelerine benzer şekilde, özel hastanelerde de doluluk oranı önemli ölçüde artmıştır (%68,4) ancak müracaat sayısı önemli ölçüde azalmıştır (pandemi nedeniyle). 2023’te özel hastanelerdeki müracaat sayısı yeniden azalarak 68 bin seviyesine düşmüştür; buna karşılık doluluk oranı yüksek kalmaya devam etmiştir (%63,5).

Kamu hastaneleri, yüksek müracaat sayılarıyla sağlık sisteminin ana yükünü taşımakta; buna rağmen yatak doluluk oranları dengeli seyretmektedir. Özel hastaneler daha az sayıda hasta kabul etmekte; buna karşın doluluk oranları da kamuya kıyasla belirgin şekilde daha düşük kalmaktadır (yaklaşık 13–14 puan fark). Bu veriler, kamu

hastanelerinin hem başvuru hem de hizmet sunumunda daha yaygın ve yoğun kullanıldığını, özel hastanelerin ise daha seçici ve sınırlı bir hizmet sunduğunu göstermektedir.

Kamu hastanelerinde müracaat sayısı artarken, ortalama yatış süresi düzenli olarak azalmaktadır. Bu durum:

- Hastane hizmet verimliliğinin arttığını,
- Tanı–tedavi sürecinin hızlandığını,
- Hasta devir hızının yükseldiğini göstermektedir.

2020 yılında pandemi nedeniyle başvuru sayısı düşerken yatış süresi artmıştır, bu da özellikle ağır COVID-19 vakalarının uzun süreli yatışlara yol açtığını göstermektedir. 2023 itibarıyla hem müracaat rekor seviyeye ulaşmış hem de yatış süresi en düşük düzeye (3,3 gün) inmiştir.

Özel hastanelerde de yatış süresi zamanla düşmüştür, ancak kamuya göre daha kısa kalmaya devam etmektedir. 2020’de kamuya benzer şekilde yatış süresi artmış (2,9 gün), bu da özel sektörde de pandeminin yatış sürelerini uzattığını göstermektedir. 2023’te ortalama yatış süresi 2.2 güne düşmüş, bu özel hastanelerin daha kısa süreli ve yoğun hasta devriyle çalıştığını göstermektedir. SGK, özel hastanelere hizmet başına ödeme modeliyle ödeme yapar. Ancak bu modelde, uzun yatış süresi olan hastalar için ekstra maliyet özel hastane tarafından karşılanır. SGK, birçok hastalık grubu için sabit yatış süresi ve ödeme limiti belirler. Bu nedenle, hastanın yatış süresi uzadıkça özel hastane için maliyet artar, gelir artmaz. Böylece, özel hastaneler, maliyet/fayda açısından hastayı daha kısa sürede taburcu etmeye çalışır. SGK’nın özel hastanelere ödeme sistemi, yatış süresi üzerinde doğrudan etkilidir. Sistemde:

- Yatış sürelerini sınırlandıran sabit ödemeler,
- Detaylı geri ödeme denetimleri ve
- Uzun yatışları dezavantajlı hale getiren maliyet yapısı özel hastaneleri daha kısa yatış süresine zorlamaktadır.

Kamu hastanelerinde müracaat sayısı belirgin şekilde daha fazla olup, ortalama yatış süresi yıllar içinde yaklaşık %23 oranında azalmıştır (4.3 → 3,3 gün). Özel hastaneler, kamuya göre daha kısa ortalama yatış sürelerine sahiptir ve bu durum özel hastanelerin:

- Daha seçici hasta kabulü yaptığına,

- Poliklinik ağırlıklı çalıştığına,
- Kaynak kullanımını hızlı döngüyle yürüttüğüne işaret eder.

2023 itibarıyla kamu hastanelerinde ortalama yatış süresi, özel hastanelerden %50 daha uzundur. Bu, kamu hastanelerinde daha ağır vakalar veya ileri düzey tedavi süreçlerinin daha yaygın olduğunu düşündürülebilir.

Kamu Hastanelerinde Erişim SGK anlaşmalı kamu hastaneleri, vatandaşlara ücretsiz veya düşük katılım payı ile hizmet sunmaktadır. 2023 verilerine göre, kamu hastanelerindeki hastaların %92'si SGK güvencesi ile tedavi olmaktadır. Özel Hastanelerde Erişim Özel hastaneler, SGK ile anlaşmalı olsalar bile katılım payı ve fark ücreti alabilmektedir.

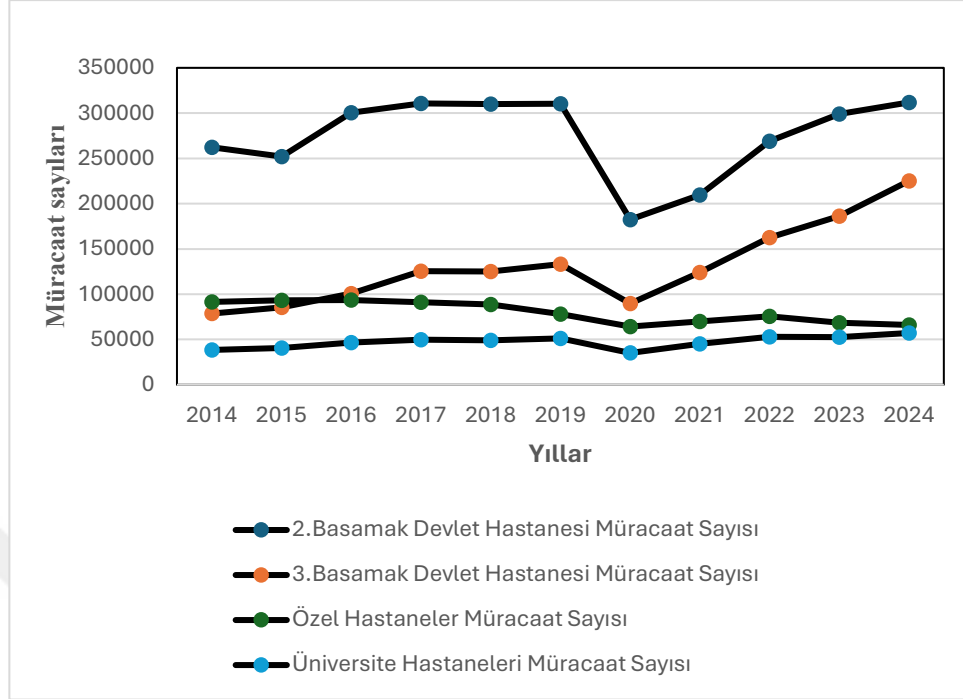
Verimlilik açısından özel hastaneler, düşük yatış süreleri ve yüksek hizmet devir hızları ile öne çıkmaktadır. Ortalama yatış süresi özel hastanelerde yaklaşık 3,2 gün iken kamu hastanelerinde bu süre 4.3 gündür. Bu fark, özel hastanelerin verimliliği artırma ve hasta sirkülasyonunu hızlandırma motivasyonu ile ilişkilidir. Ancak bu durum bazı durumlarda hizmet kalitesinde azalma ya da taburcu sonrası bakım eksikliği gibi sorunlara da yol açabilmektedir.

Sağlık sisteminin etkinliği, kamu ve özel hastaneler arasında dengeli bir işleyişin kurulmasıyla mümkün olabilir. Kamu hastanelerine yapılan yatırımlar artırılmalı, özel hastanelerle sosyal güvenlik sistemi arasındaki entegrasyon geliştirilmelidir. Uzun vadede, hibrit modeller ve kamu-özel ortaklıkları sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlayabilir

3.2. Türkiye’de Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinde Müracaat ve Maliyet Dinamikleri: 2014–2024 Dönemi Eğilimleri ve Politika Çıkarımları

Türkiye’de 2014–2024 dönemi, kamu, özel ve üniversite hastanelerinde hem müracaat eğilimlerinde hem de maliyet yapılarında dikkat çekici değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Bu dönemde sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılaşmalar ve maliyet artışları, hastane türleri arasındaki yapısal farklılıkları daha görünür hale getirmiştir. Özellikle hasta başı maliyetlerdeki ayrışma ve müracaat sayılarındaki dalgalanmalar, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sağlık harcamaları üzerinde doğrudan etkili olmuş ve politika yapıcılar açısından yeniden değerlendirilmesi gereken bir alan oluşturmuştur.

Grafik 3: Kamu, Özel ve Üniversite Hastanelerinin Müracaat Sayıları



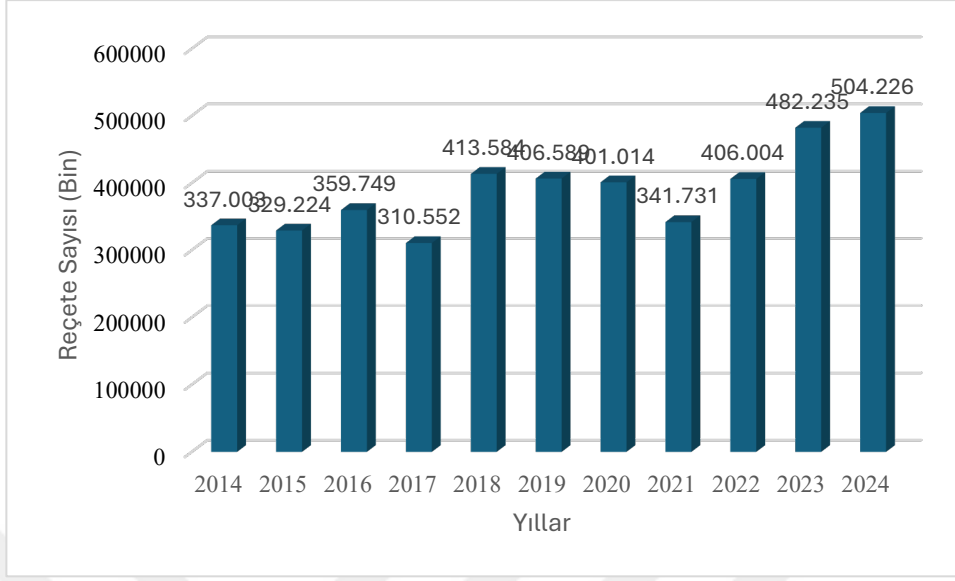
Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 3'te görüldüğü üzere, 2.basamak devlet hastanelerinde (Genel Devlet Hastaneleri) 2014–2019 yılları arasında: müracaatlar 260 bin civarında seyretmiş, 2016'da 300 binin üstüne çıkarak sistemin büyüdüğünü göstermiştir. 2020 yılında ise COVID-19 nedeniyle başvurular dramatik biçimde 182 bine düşmüştür. Bu, hem sağlık sisteminin pandemi dışı hasta kabul kapasitesinin kısıtlanması hem de vatandaşların hastaneye gitmekten kaçınmasıyla ilişkilidir. 2021–2024 tarihleri arasında artış trendi hızla devam etmiş ve 2024'te 311 bin ile tüm zamanların en yükseğine ulaşmıştır. 3. basamak devlet hastaneleri (Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) 2014 yılında 78 bin olan müracaat, 2024'te 225 bine ulaşmıştır, yaklaşık %187'lik bir artış söz konusudur. 2020 yılında Pandemi döneminde geçici düşüş olsa da toparlanma çok hızlı olmuştur. 2021–2024 yılları arasında: 3 yıl içinde neredeyse iki katına çıkmıştır. Özel hastanelerde ise, 2014–2016 yılları arasında 91 bin civarında sabit kalmış, 2017 sonrası düşüş eğilimine girmiştir. 2020–2024 tarihlerinde Pandemiyle başlayan düşüş kalıcı olmuş, 2024'te müracaat sayısı 66 bine kadar gerilemiştir. Üniversite hastanelerinde 2014–2024 yılları arasında, 38 binden 57 bine çıkmıştır. Artış istikrarlıdır fakat 3. basamak hastaneler kadar sert değildir. 2020 yılında Pandemide ciddi bir düşüş olmuş, ancak toparlanma sonrası eski ivmesini korumuştur. 2022-2024 yılları arasında, enflasyon ve döviz kurunun

artmasıyla birlikte ilaçlarının maliyetinin artmasına neden olmuştur. Devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine müracaat sayısı artmış, özel hastanelerde fiyat elastikiyetinden dolayı azalmıştır.

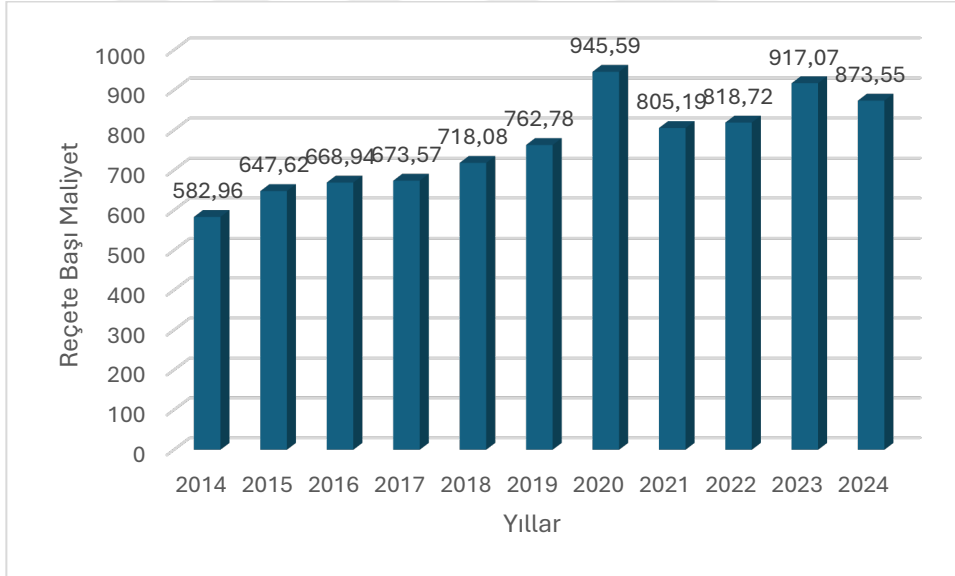
Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik müracaatlar 2024 itibarıyla tekrar pandemi öncesi seviyeleri aşmış durumdadır. Ancak bu artış büyük oranda kamu ve üniversite hastaneleri üzerinden gerçekleşmektedir. Özel sektörün payı azalmaktadır. 3. basamak hastanelere olan yüksek talep ise, sağlık hizmet zincirinde tıkanıklık, aile hekimliği sisteminin zayıflığı ve halkın daha uzmanlaşmış hizmet arayışı ile açıklanabilir. Kamu hastanelerinin en önemli özelliklerinden biri, sağlık hizmetlerine erişimi tüm vatandaşlar için mümkün kılmasıdır. Genel Sağlık Sigortası kapsamında kamu hastanelerinde verilen hizmetler büyük oranda ücretsizdir. Bu durum, özellikle düşük gelirli bireyler ve kırsal bölgelerde yaşayanlar için sağlık hizmetine erişimde hayati rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022: 16). Buna karşılık özel hastaneler genellikle belirli bir gelir düzeyinin üzerindeki bireylere hitap eder. Sigortasız hastalar için özel hastanelerde muayene, tetkik ve tedavi ücretleri yüksek düzeydedir. SGK ile anlaşmalı özel hastaneler bulunsa da bu hastanelerde sunulan hizmetlerin bir kısmı fark ücreti ile verilmekte ve bu da eşitlik ilkesine aykırılık yaratmaktadır. Özellikle acil servis hizmetlerinde kamu hastaneleri temel hizmet sağlayıcı konumundadır. Türkiye’de acil servis müracaatlarının %85’inden fazlası kamu hastanelerine yapılmaktadır (TÜİK, 2022). Bu veri, kamu hizmetlerinin toplumsal dayanışma açısından taşıdığı önemi vurgular.

Grafik 4: Reçete Sayısı



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 5: Reçete Başlı Maliyet (Reel Değerler)



Kaynak: SGK Veri Tabanı

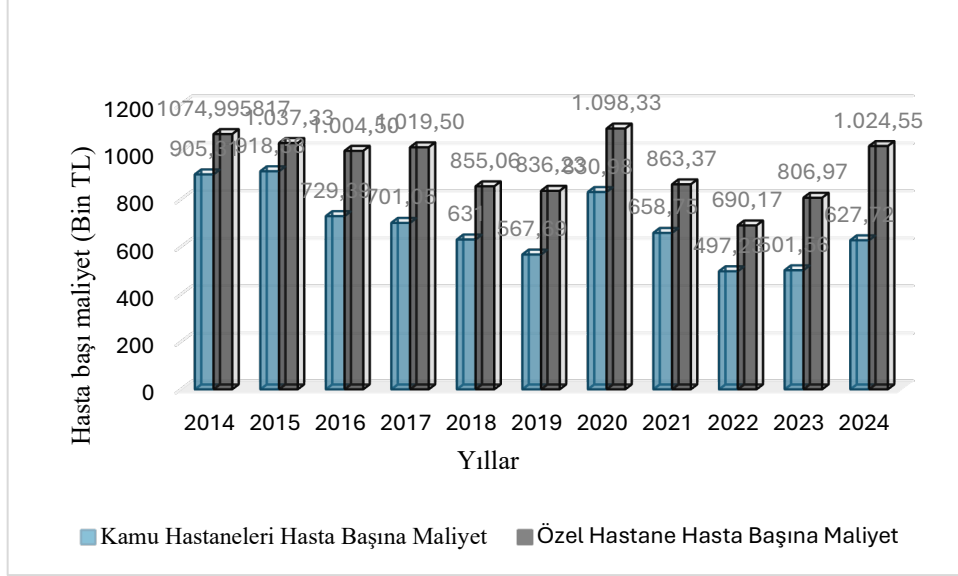
Grafik 4'te görüldüğü üzere reçete sayısı yıllar içinde 300-500 bin arasında dalgalanıyor. Ancak reçete başına maliyet çok daha hızlı artıyor. Bu da gösteriyor ki: Daha az reçeteye daha yüksek maliyet düşüyor. Bu durum hizmetin daha kompleks, belki de daha yoğun bakım, kanser gibi yüksek maliyetli alanlara kaydığını gösteriyor olabilir. Reçete sayısı görece sabit kalsa da reçete başı maliyet çarpıcı şekilde artmaktadır. Bu eğilim sürdürülebilir değildir ve bütçesel baskı, eşitsizlik ve sağlık hizmetlerine erişimde riskler doğurur. Sağlık politikalarında maliyet kontrolü, akılcı reçeteleme ve yerli üretim

odaklı dönüşümler kritik hale gelmiştir. Politika yapıcılar için, ilaç maliyetlerinin kontrol altına alınması ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği kritik öneme sahiptir.

Grafik 5’te reçete başı maliyet, 2014’te 582,96 ₺ olan reel maliyet, 2020’de 945,59 ₺ ile zirve yapmıştır. Pandemi döneminde ilaç ve tıbbi malzeme maliyetlerinin artması bu yükselişi açıklıyor. 2021’de 805,19 ₺’ye gerilemiş, 2023’te 917,07 ₺’ye tekrar yükselmiştir. 2024’te hafif bir düşüşle 873,55 ₺ seviyesindedir. Bu, fiyat baskısı ve SGK politikalarının maliyetleri kısmen sınırlamasıyla ilişkilendirilebilir.

Reçete sayısındaki artış (özellikle 2022–2024) ile maliyetlerdeki yükselişin paralel hareket etmediği dikkat çekiyor. 2024’te reçete sayısı tarihi zirvede olmasına rağmen reel maliyet 2020’nin altındadır. Bu durum, ilaç politikalarında fiyat regülasyonları, jenerik ilaç kullanımının artması ve tedavi protokollerindeki optimizasyonlar ile açıklanabilir. Pandemi etkisi 2020–2021 arasında hem reçete sayısında hem maliyetlerde belirgin dalgalanmalar yaratmıştır.

Grafik 6: Kamu ve Özel Hastane Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler)



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Tablo 6: Kamu Hastanelerini %100 Baz Alınarak Kamu ve Özel Hastanelerinin Hasta Başına Maliyet Karşılaştırma Tablosu

YIL	Kamu (₺)	Özel (₺)	Özel/Kamu (%)
2014	905,31	1074,99	%118,74
2015	918,38	1037,33	%112,95
2016	729,39	1004,5	%137,72
2017	701,05	1019,5	%145,42
2018	631	855,06	%135,17
2019	567,69	836,23	%147,30
2020	830,98	1098,33	%132,17
2021	658,75	863,37	%131,06
2022	497,23	690,17	%138,8
2023	501,56	806,97	%160,89
2024	627,72	1024,55	%163,22

Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 6’da 2014–2017 yılları arasında her iki hastane grubunun reel maliyetlerinde görece bir istikrar söz konusudur. Özel hastanelerdeki reel maliyet küçük dalgalanmalarla 1.000 ₺ bandında seyrederken, kamu hastaneleri 700–900 ₺ aralığında kalmıştır. Bu, ekonomik baskıların henüz sistemik düzeyde maliyetlere yansımadığını göstermektedir. 2018–2020 yıllarında ise; 2018’den itibaren Türkiye ekonomisinde yaşanan yüksek enflasyon, döviz şokları ve özellikle 2020 yılında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi, sağlık sektöründe ciddi maliyet artışlarına neden olmuştur. 2020 yılı her iki hastane türü

için de reel maliyetin zirveye ulaştığı dönemdir (Kamu: 830,98 ₺; Özel: 1.098,33 ₺). Bu durum, pandeminin hem tıbbi ekipman hem de personel giderlerinde yarattığı artışın doğrudan yansımasıdır. Aynı zamanda, kamu kaynaklarının pandemide yoğun kullanımına rağmen kamu hastanelerinin reel maliyetlerinin özel sektöre göre daha düşük kaldığı görülmektedir. 2021–2022 döneminde; Pandemi sonrası dönemde kamu hastanelerinde reel maliyetler düşüş trendine girmiş, 2022 yılında en düşük seviyeye (497,23 ₺) inmiştir. Özel hastanelerde de benzer bir eğilim gözlenmiş fakat düşüş daha sınırlı kalmıştır (690,17 ₺). Bu fark, özel sektörün maliyetleri hizmet bedellerine yansıtabilme esnekliğinden, kamu sektörünün ise maliyet baskılamaya yönelik politikalarından kaynaklanmaktadır. 2023 ve 2024 yıllarında her iki grupta da reel maliyetlerde yeniden artış gözlenmiştir. Özellikle özel hastanelerde bu artış daha belirgin olup, reel hasta başına maliyet 2024'te 1.024,55 ₺'ye ulaşmıştır. Buna karşın kamu hastanelerindeki artış daha ılımlı kalmış ve reel maliyet 627,72 ₺ olarak gerçekleşmiştir. Bu, özel hastanelerin ekonomik dalgalanmalara karşı daha hızlı fiyat ayarlayabilme kapasitesine işaret etmektedir.

Veriler, özel hastanelerde reel hasta başına maliyetin tüm dönem boyunca kamu hastanelerine göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. 2014 yılında özel hastanelerde reel maliyet 1.074,99 ₺ iken kamu hastanelerinde bu rakam 905,31 ₺ düzeyindedir. Bu, özel hastanelerin %18,7 daha yüksek reel maliyetle hizmet sunduğunu göstermektedir. İzleyen yıllarda bu fark artma eğilimindedir. 2024 yılına gelindiğinde ise özel hastanelerde reel hasta başına maliyet 1.024,55 ₺, kamu hastanelerinde ise 627,72 ₺'dir; bu da farkın yaklaşık %63'e ulaştığını göstermektedir.

Türkiye sağlık sisteminde kamu ve özel hastaneler arasında reel bazda hasta başına maliyet açısından artan bir makas oluştuğunu ortaya koymaktadır. Söz konusu farklılıklar, sağlık politikalarında şu başlıklarda dikkat gerektirmektedir:

- Kamu hastanelerinde maliyetin düşüklüğü, etkin yönetimin göstergesi olabileceği gibi, yetersiz kaynak tahsisi ve personel üzerindeki yükü de işaret ediyor olabilir. Bu nedenle sadece maliyet değil, çıktı ve kalite odaklı performans göstergeleri ile desteklenmelidir.
- Özel hastanelerdeki reel maliyet artışı, hizmetlerin finansal sürdürülebilirliğini zorlaştırabilir ve özel sağlık hizmetlerine erişimi sosyoekonomik olarak sınırlı bireyler için daha da güçleştirebilir. Bu bağlamda, tamamlayıcı sağlık sigortaları,

fiyat düzenleme mekanizmaları ve kamu-özel iş birlikleri daha sistematik olarak değerlendirilmeli, sosyal güvenlik kurumlarının özel sektördeki ödeme politikaları gözden geçirilmelidir.

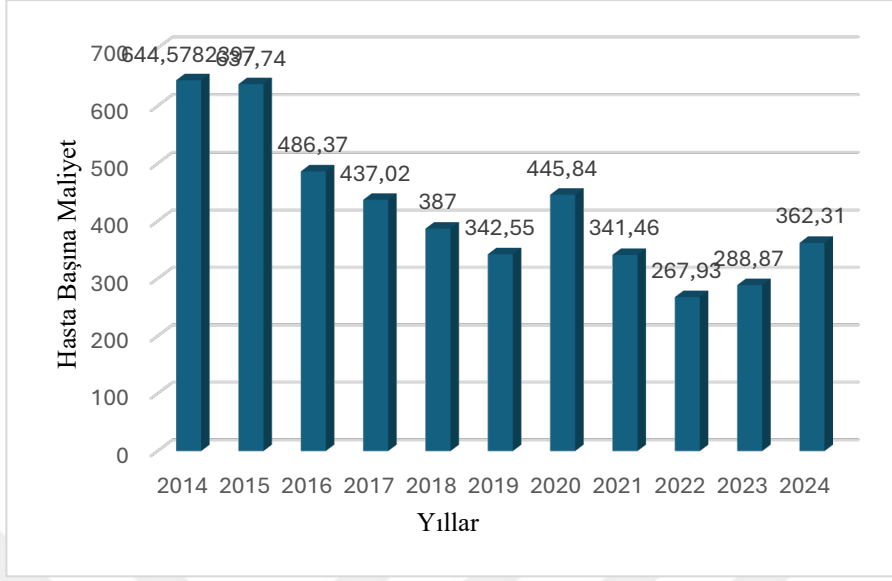
- Pandemi gibi sistemik şoklar, her iki sağlık hizmet sunucusunun da dayanıklılığını test etmektedir. Bu nedenle, uzun vadeli sağlık yatırımları, kriz dayanıklılığına öncelik verecek şekilde yapılandırılmalıdır.

Tablo 6'ya göre 2014-2024 dönemi verileri, kamu hastanelerinin hasta başına maliyetinin özel hastanelere kıyasla sürekli olarak daha düşük olduğunu göstermektedir. Kamu maliyetleri %100 olarak baz alındığında, özel hastanelerin maliyetleri 2015'te %112,95 ile en düşük farkı, 2024'te ise %163,22 ile en yüksek farkı ortaya koymuştur. Bu, son on yılda özel hastane maliyetlerinin kamu hastanelerine kıyasla daha hızlı arttığını ve 2020 sonrası farkın belirgin şekilde büyüdüğünü göstermektedir.

Ekonomik açıdan, kamu hastanelerinin daha düşük maliyetle hizmet sunabilmesi, kamu kaynaklarının ölçek ekonomisi, personel maaş politikaları ve merkezi tedarik gibi maliyet kontrol mekanizmaları sayesinde mümkün olabilir. Buna karşılık, özel hastanelerdeki maliyet artışları; yüksek işletme giderleri, kâr marjı beklentileri, marka değeri ve teknoloji yatırımları gibi faktörlerden kaynaklanabilir.

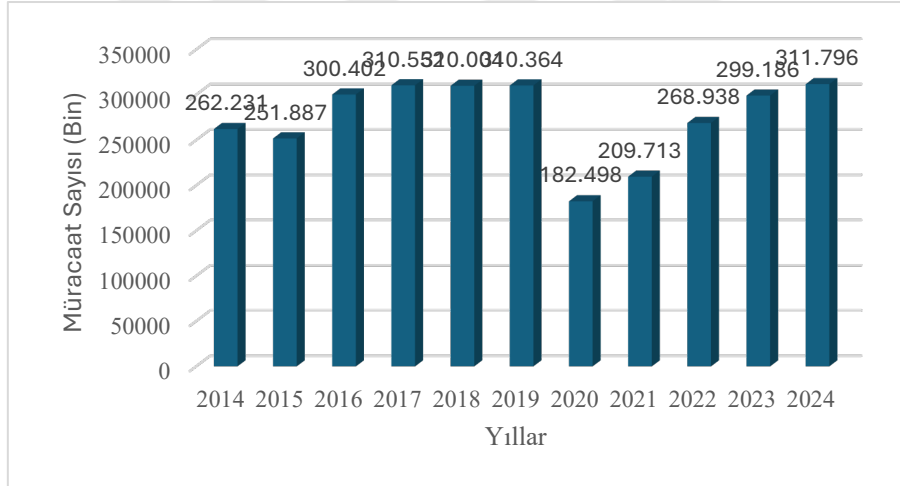
Sağlık politikası açısından, bu farkın hasta erişimi ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği üzerinde etkileri olabileceği açıktır. Özellikle düşük gelirli kesimler için özel hastanelerdeki yüksek maliyetler hizmete erişimi kısıtlayabilir. Bu nedenle, maliyet kontrolü ve kamu-özel dengesini gözeten politikalar geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Grafik 7: 2.Basamak Devlet Hastanesi Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler)



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 8: 2.Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 7’de hasta başına maliyet 2014 yılı reel baz alınarak yapılan düzeltmeler sonucunda, hasta başına reel maliyet 2014’te 644,58 ₺ iken, 2024 yılında 362,31 ₺’ye düşmüştür. Bu, reel bazda yaklaşık %44’lük bir maliyet daralmasına işaret etmektedir. En düşük reel maliyet değeri 2022 yılında 267,93 ₺ ile gerçekleşmiştir. Bu durum, kamu kaynaklarının etkinliğini artırma yönündeki çabaların bir sonucu olabilirken, diğer taraftan hizmet kalitesi, kapasite ve erişim imkanları açısından olumsuz etkiler yaratma riski de barındırmaktadır. Grafik 8’de ise müracaat sayılarının seyri 2014–2019 aralığında müracaat sayısı istikrarlı bir biçimde 300 bin düzeylerinde seyretmiştir. 2020 yılında COVID-19 pandemisinin etkisiyle müracaat sayısı 182.498’e kadar gerilemiş, bu kamu

hastanelerine olan erişimin sınırlanması veya bireylerin sağlık kurumlarından kaçınması ile açıklanabilir. 2021 sonrası dönemde müracaat sayıları tekrar artışa geçmiş, 2024 yılında 311.796 başvuru ile pandemi öncesi seviyelerin dahi üzerine çıkmıştır.

2014–2019 döneminde maliyetler düşerken müracaat sayısında genel bir artış veya denge söz konusudur. Bu durum, hastanelerin maliyetlerini aşağı çekerken aynı zamanda daha fazla hastaya hizmet sunduklarını göstermektedir. Ancak bu ikili eğilim, kamu hizmetlerinin verimliliği kadar hizmet başına kaynak kısıtlamasını da işaret ediyor olabilir. Yani düşen birim maliyetler, aynı düzeyde kalite ve erişilebilirliği sürdürebiliyor mu sorusu önem kazanır. Pandemi döneminde hem maliyet hem de başvuru sayısındaki ciddi düşüş, sistemik şokların hem arz hem de talep yönlü etkilerini yansıtmaktadır.

Hasta başı reel maliyetlerin uzun dönemli düşüşü, görünürde bir verimlilik artışı olarak değerlendirilebilir. Ancak bu düşüş:

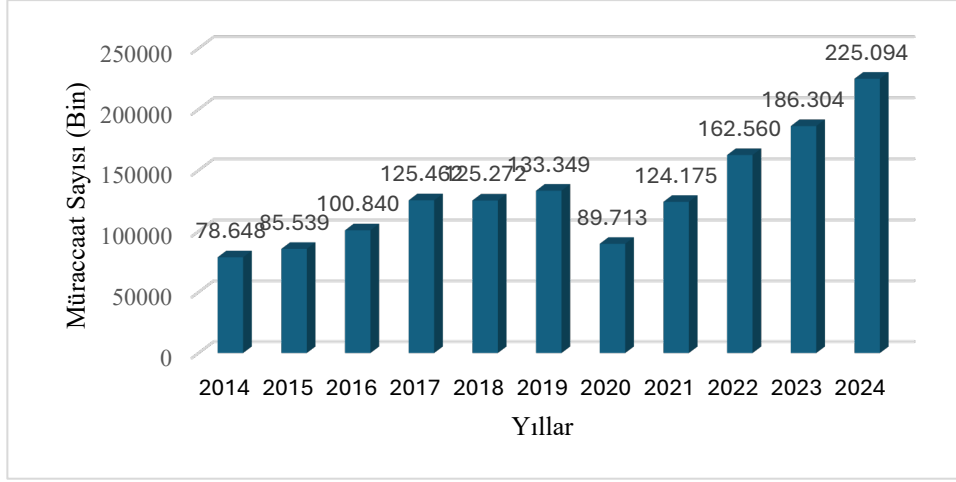
- Tıbbi malzeme ve insan kaynağı üzerindeki baskıyı artırabilir.
- Hizmet kalitesini, hasta başına ayrılan süreyi veya tanı/tedavi etkinliğini olumsuz etkileyebilir.

Özellikle 2021–2022 yıllarında reel maliyetlerin çok düşük seviyelere gerilemesi, enflasyonist ortamda kaynakların reel değer bazında yetersiz kaldığı anlamına gelebilir. 2023 ve 2024 yıllarında başvuru sayıları tekrar 300 binin üzerine çıkarken, maliyetlerin bu dönemde hâlâ sınırlı düzeyde kalması, sağlık hizmetlerinin üzerinde artan bir yük oluştuğunu gösterir. Artan hizmet talebiyle birlikte düşen maliyetler, sistemik yıpranmayı beraberinde getirebilir:

- Sağlık çalışanlarının tükenmişliği,
- Tıbbi hata oranlarında artış,
- Hizmet sunum sürelerinin kısalması gibi sorunlar.

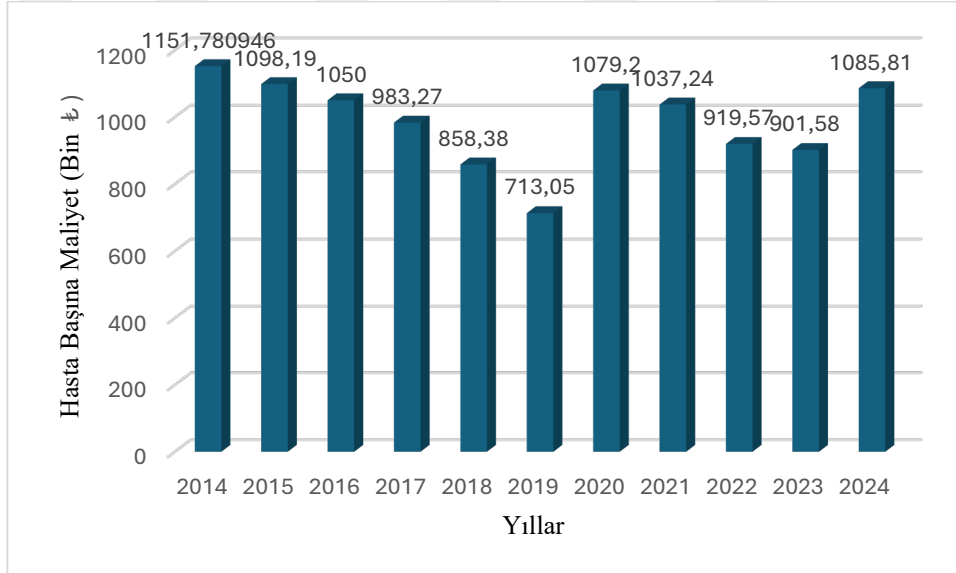
2.basamak devlet hastaneleri, aşırı düşük maliyetlerle artan sayıda başvuruyu uzun vadede sürdüremez. Bu, sistemin hem finansal hem de iş gücü açısından dayanıklılığını tehdit eder. Bu bağlamda, hasta başı reel maliyetin belirli bir eşğin altına düşmemesi; kalite, erişim ve çalışan refahı gibi boyutların korunması açısından kritik önemdedir.

Grafik 9: 3.Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 10: 3.Basamak Devlet Hastanesi Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler)



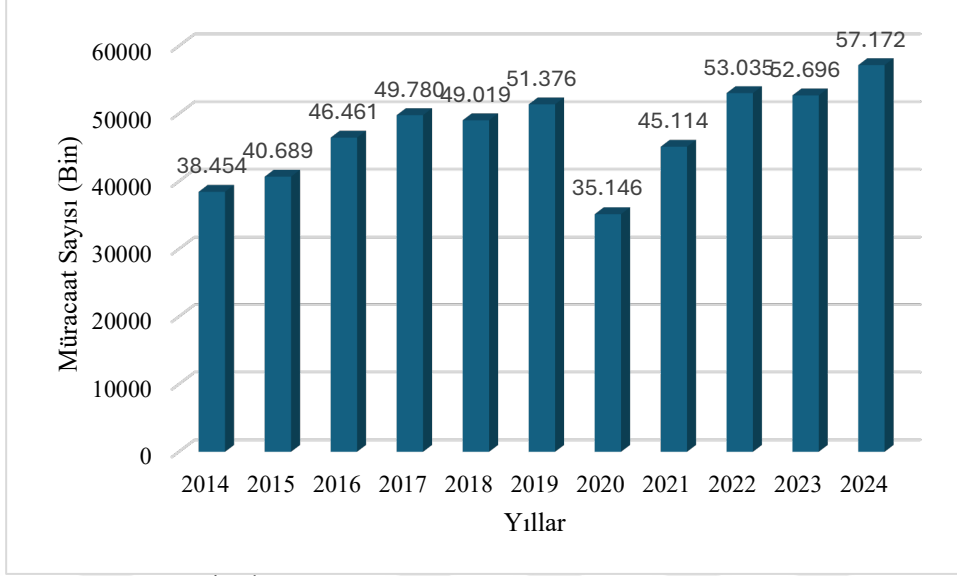
Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 9’da ve 10’da görüldüğü üzere, 2014–2019 öneminde 2014 yılında hasta başına maliyet 1151 ₺ iken 2019’a kadar istikrarlı bir şekilde azalarak 713 ₺’ye kadar düşmüştür. Aynı dönemde müracaat sayısı %69 artarak 78.648’den 133.349’a çıkmıştır. Bu eğilim, verimlilik artışı, hasta başına düşen hizmet miktarında azalma veya maliyetleri baskılayan politikaların etkisini göstermektedir. Ancak bu düşüş, sağlık hizmet kalitesi açısından potansiyel sorunlara da işaret edebilir. Çünkü reel maliyetin düşmesi, hizmetlerin niteliksel olarak zayıflaması riskini beraberinde getirebilir. 2020: Pandemi yılında ise müracaat sayısı ciddi şekilde düşerek 89.713’e inmiş, buna karşın reel maliyet 1079 ₺’ye fırlamıştır. Bu değişim, COVID-19 pandemisinin sağlık sistemine getirdiği

ekstra yük, koruyucu ekipman, yoğun bakım, izolasyon ve test harcamaları gibi maliyet artışlarıyla açıklanabilir. Pandemi döneminde azalan başvuru sayısı, hizmet alan hasta başına düşen sabit giderleri de artırmıştır. 2021–2024 döneminde ise 2021 sonrası müracaatlar her yıl ciddi şekilde artmış; 2024'te 225.094'e ulaşarak neredeyse 2014'e göre %186 artış göstermiştir. Reel maliyetler 900–1085 ₺ aralığında dalgalanmıştır. Bu durum, pandemi sonrası ertelenmiş sağlık taleplerinin karşılanmasıyla birlikte yoğun talep artışı olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda tedavi başına düşen kaynak tüketiminin de yeniden arttığını göstermektedir; bu durum ileri tetkik-tedavi yöntemlerinin artan kullanımı ya da sağlık sisteminde karmaşıklığın yükselmesiyle ilişkilendirilebilir. Talep artışıyla birlikte maliyetlerin artmaması için, hizmet sunumundaki verimlilik artışları, önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aşırı yönlendirme ve tekrar başvuruların önlenmesi büyük önem arz etmektedir.

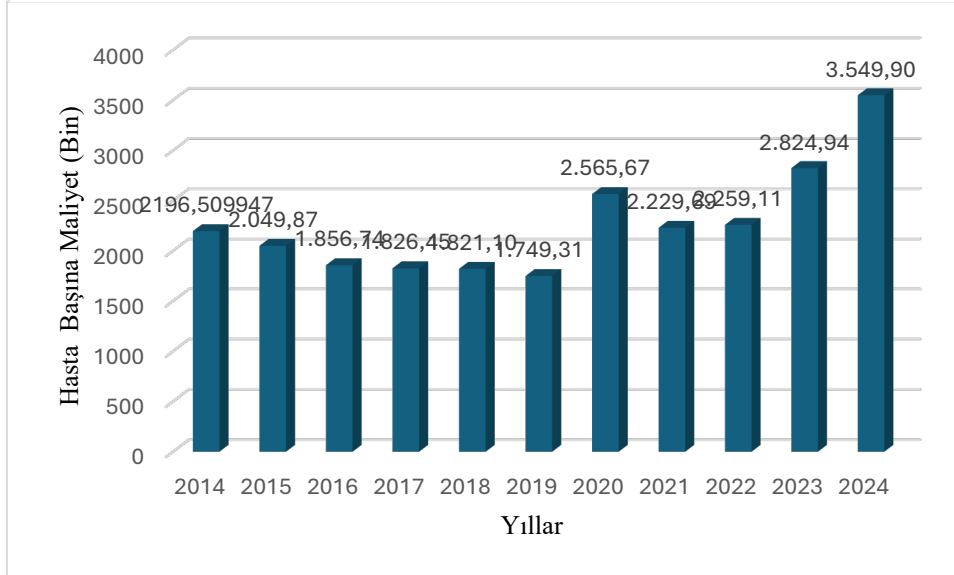
3.basamak devlet hastaneleri, artan talep karşısında uzun dönemli maliyet baskılamasına gitmiş olsa da pandemiyle birlikte bu denge bozulmuştur. 2020 sonrası dönemde hem müracaat hem de reel maliyetlerdeki artış, sistemin daha fazla kaynakla, daha karmaşık hastalara hizmet verdiğini göstermektedir. Bu gelişmeler, sağlık finansmanı politikalarının yeniden gözden geçirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Grafik 11: : Üniversite Hastaneleri Müracaat Sayısı



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 12: : Üniversite Hastaneleri Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler)



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 11’de ve 12’de görüldüğü üzere 2014–2019 Arasında bu dönemde hasta başına maliyetler düşüş eğilimindedir:

- 2014 yılında 2.196 ₺ olan maliyet, 2019’da 1.749 ₺’ye kadar düşmüştür (%20 azalma).

- Bu düşüş; teknolojik verimlilik artışları, sabit giderlerin daha fazla hasta üzerinden yayılması ve hizmet sunumundaki maliyet-etkin uygulamaların yaygınlaşması ile açıklanabilir.

- Sağlık Bakanlığı ve SGK politikaları bu dönemde maliyet baskılamaya yönelikti (örn. tavan fiyat uygulamaları, global bütçe disiplini).

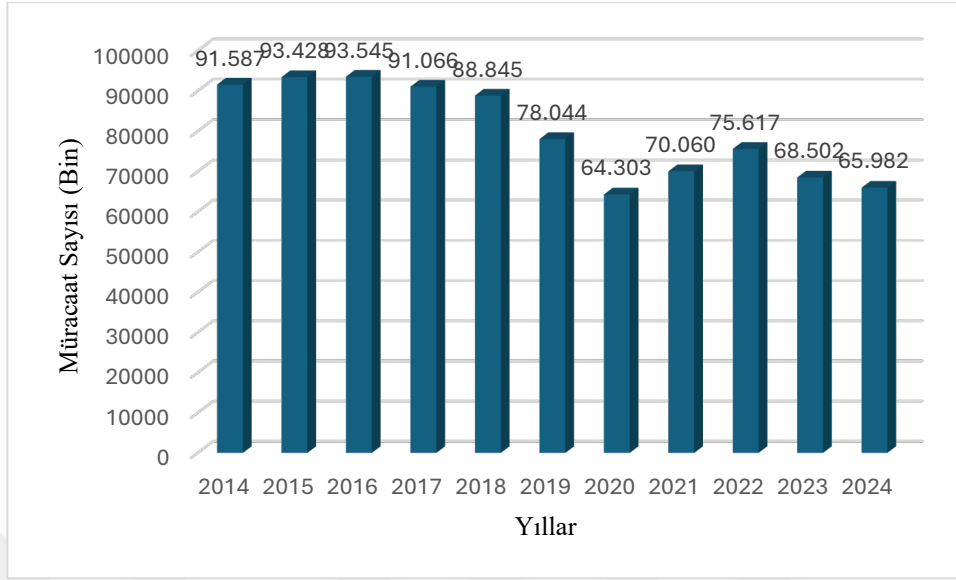
2020 Pandemi döneminde 2020 yılında maliyet 2.565 ₺'ye yükselmiştir (%47 artış). Pandeminin etkisiyle vaka sayılarında düşüş olurken (müracaat sayısı 35.146'ya indi), sabit giderler azalmadığı için hasta başı maliyet artışı kaçınılmaz hale gelmiştir. Ayrıca COVID-19'a yönelik koruyucu ekipman, izolasyon tedbirleri, test ve yoğun bakım maliyetleri artışı da bu tabloyu destekler. 2021–2022 döneminde ise maliyetlerde kısmi bir düşüş/görece durağanlık izlenmektedir (sırasıyla 2.229 ₺ ve 2.259 ₺). Pandemiden çıkış sürecinde hasta sayıları toparlanırken, hizmet sunum maliyetleri daha dengelenmiş görünmektedir. Bu dönem, kademeli normalleşme ve yeniden yapılanma süreci olarak değerlendirilebilir. 2023–2024 döneminde 2023: 2.824 ₺ ,2024: 3.549 ₺ (%25 artış). Bu dönemdeki artış:

- Artan enflasyon ve döviz kuru etkisiyle medikal malzeme ve hizmet maliyetlerinin yükselmesi,
- Nitelikli personel giderlerinin artması,
- Üniversite hastanelerinde ileri teknoloji yatırımlarına ve daha kompleks vaka yönetimine yönelim ile ilişkilendirilebilir.

Ayrıca, üniversite hastanelerinin 3. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar olması nedeniyle, daha karmaşık ve pahalı vakaların bu kuruma yönlendirilmiş olması da ortalama maliyeti yükseltmiştir.

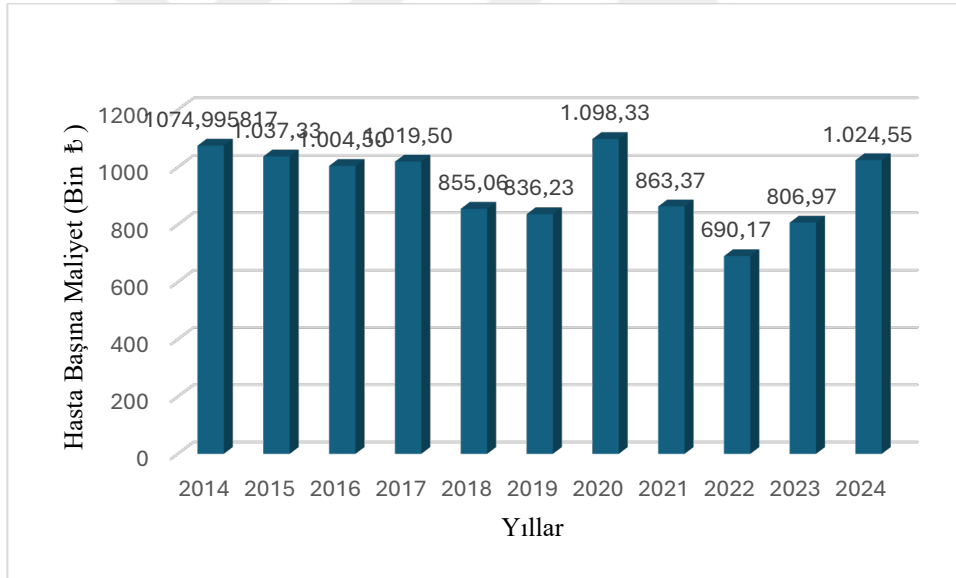
2014–2019 arasındaki düşüş, sağlık politikalarının maliyet baskısı yarattığını gösterirken; 2020 sonrası artışlar sistemin dışsal şoklara (örneğin pandemi) duyarlılığını göstermektedir. Üniversite hastanelerinin tıbbi ve akademik misyonu, diğer kamu veya özel hastanelere göre daha fazla maliyetli olmasına neden olmaktadır. Bu durum hasta başı maliyetleri doğal olarak yüksek kılmaktadır.

Grafik 13: Özel Hastane Müracaat Sayısı



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 14: Özel Hastane Hasta Başına Maliyet (Reel Değerler)



Kaynak: SGK Veri Tabanı

Grafik 13'te ve 14'te görüldüğü üzere, 2014–2017 arası dönemde hasta başına maliyet 1.074 ₺ → 1.019 ₺ seviyesine sınırlı bir düşüş göstermiştir. Müracaat sayıları da nispeten sabittir. Bu dönem, özel hastanelerin fiyat politikalarını dengelediği, SGK anlaşmalı hizmet sunumlarının yaygınlaştığı bir sürece işaret eder. Ayrıca verimlilik artışları ve sabit giderlerin hasta sayısına yayılması ile birim maliyetlerin kısmen kontrol altında tutulduğu görülür. 2018 ve 2019 yıllarında özel hastane hasta başı maliyeti sırasıyla 855 ₺ ve 836 ₺'ye gerilemiştir. Bu azalma:

- SGK'nın fiyat baskıları,
- Paket fiyat uygulamaları,
- Daha düşük maliyetli hizmetlere yönelim gibi politikalarından kaynaklanmış olabilir.

Ancak bu durum hizmet kalitesinde düşüş riskini beraberinde getirebilir (örneğin tetkiklerde kısıtlama, hızlı taburcu uygulamaları). 2020 yılında hasta başına maliyet 1.098 ₺'ye fırlamıştır (%31 artış). Pandemi nedeniyle: Müracaat sayısı ciddi oranda azalmış (64.303). Ancak sabit maliyetler (personel, bina, ekipman) sürdüğü için hasta başı maliyet yükselmiştir. Ayrıca, pandemi döneminde kullanılan koruyucu ekipmanlar ve enfeksiyon kontrol önlemleri maliyet artışına yol açmıştır. 2021'de maliyet 863 ₺'ye düşmüştür. 2022'de en düşük düzeye inerek 690 ₺ olmuştur. Bu, hasta sayısının artmasıyla sabit giderlerin dağılması ve hizmet sunumunun yeniden verimli hale gelmesiyle ilişkilendirilebilir. Ancak bu düşüş, özel hastaneler açısından sürdürülebilir olmayan bir fiyatlama anlamına da gelebilir. 2023'te hasta başı maliyet tekrar artışa geçerek 806,97 ₺, 2024'te ise 1.024,55 ₺ olmuştur. Bu artışta:

- Enflasyon etkisi, döviz kurundaki yükseliş,
- Artan personel ücretleri,
- Tıbbi malzeme ve ilaç fiyatlarındaki artışlar etkili olmuştur.

Türkiye'de özel hastanelerin gelir yapısı incelendiğinde, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) bu gelirler içindeki payının oldukça belirleyici olduğu görülmektedir. Özel hastaneler, sundukları sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü SGK ile yaptıkları sözleşmeler çerçevesinde gerçekleştirmekte ve bu hizmetler karşılığında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında belirlenen tutarları SGK'dan tahsil etmektedir. Mevcut ampirik çalışmalar ve sektör raporları, SGK ödemelerinin özel hastanelerin toplam gelirleri içinde yaklaşık olarak %50–70 aralığında bir paya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, SGK'nın ödediği tutar genellikle hizmetin toplam maliyetini karşılamadığından, özel hastaneler hastalardan alınan ilave ücretler, tamamlayıcı ve özel sağlık sigortası ödemeleri gibi ek gelir kaynaklarına da yönelmektedir. Dolayısıyla SGK, özel hastaneler için temel ve vazgeçilmez bir gelir kaynağı olmakla birlikte, tek başına gelirlerin tamamını oluşturmamakta; özel hastanelerin finansal sürdürülebilirliği SGK ödemeleri ile hasta katkıları ve özel sigorta gelirlerinin birlikte oluşturduğu karma bir yapı üzerinden şekillenmektedir.

Aynı zamanda, SGK kapsamındaki hizmetlerin dışında kalan özel sağlık hizmetlerine olan talep artışı da fiyatları yukarı çekmiş olabilir. Özel hastanelerde hasta başına maliyetler yıllar içinde dalgalanma göstermiştir. Bu volatilité, özel sektörün ekonomik koşullara daha duyarlı olduğunu ve kamuya kıyasla daha az finansal koruma altında olduğunu göstermektedir. Özel hastane müracaat sayıları, ekonomik kriz ve pandemi dönemlerinde önemli ölçüde azalmış, bu da sektörde arz fazlası – talep yetersizliği sorunlarını ortaya koymuştur. Özel hastanelerin düşük maliyetli hizmet üretme baskısı altında kâr marjları daralmıştır. Bu durum, özellikle SGK anlaşmalı hastaneler için hizmet kalitesi ve sürdürülebilirlik riski oluşturabilir. Özel hastane hizmetlerinin fiyatlandırılması üzerindeki devlet regülasyonlarının (SGK ödeme sınırlamaları, paket ücretler) etkisi, maliyetlerin doğal piyasa dinamiklerinden sapmasına neden olmuştur. Bu tablo, özel hastanelerin özellikle pandemi sonrası dönemde maliyet kontrolü ile hizmet sunumu arasında bir denge kurmakta zorlandığını göstermektedir. Artan enflasyon, teknolojik maliyetler ve personel giderleri özel hastanelerin üzerindeki yükü artırırken, hasta başına maliyetlerdeki değişimler bu dinamiklerin doğrudan yansımasıdır.

Özel hastaneler, esnek finansal yapıları sayesinde tıbbi teknolojilere hızlı yatırım yapma potansiyeline sahiptir. MR, BT gibi görüntüleme cihazlarında kapasite ve kalite açısından özel hastanelerin avantajlı olduğu görülmektedir. Ancak bu yüksek teknoloji kullanımı, maliyetleri artırmakta ve aşırı teşhis-tedavi gibi etik sorunlara da yol açabilmektedir (Culyer ve Newhouse, 2000: 449).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMETRİK METODOLOJİ

Bu çalışmada ekonometrik metodolojinin amacı, 2014–2024 döneminde kamu ve özel hastanelerin vaka başı maliyetleri ile reçete başı maliyelerinin, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) üzerindeki mali yüküyle olan ilişkisini hem kısa hem de uzun dönemli boyutta analiz etmektir. Sağlık harcamaları gibi makroekonomik göstergeler genellikle zaman içinde trend içerdiğinden, ilk aşamada kullanılan yöntemler serilerin istatistiksel özelliklerini belirlemeye yöneliktir.

Birim Kök Testleri (ADF, PP, RALS-ADF); Sağlık maliyetleri ve SGK ödemeleri gibi makroekonomik veriler genellikle trend içerir ve durağan olmayabilir. Çalışmada öncelikle serilerin durağanlık yapısını incelemek amacıyla ADF (Augmented Dickey-Fuller) ve PP (Phillips-Perron) testleri uygulanmıştır. Bunun nedeni, durağan olmayan serilerle yapılacak regresyonların sahte ilişkiler üretme riskidir. Daha sağlam sonuç elde edebilmek için klasik testlerin yanı sıra, hata terimlerindeki olası yapısal sorunlara karşı daha esnek olan RALS-ADF (Residual Augmented Least Squares-ADF) testi de kullanılmıştır. Böylece serilerin seviyede mi yoksa fark alındığında mı durağan hale geldikleri tespit edilmiştir.

Eşbütünleşme Testleri (Engle-Granger, RALS-EG); Serilerin aynı dereceden bütünlük oldukları görüldükten sonra, değişkenler arasında uzun dönemli denge ilişkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Bu amaçla Engle-Granger eş bütünlük testi ve RALS-EG testi kullanılmıştır. Bu testler sayesinde kamu hastanelerinin, özel hastanelerin ve reçete başı maliyet göstergelerinin SGK'nın sağlık harcamalarıyla uzun dönemde birlikte hareket edip etmediği belirlenmiştir. Elde edilen eş bütünlük ilişkisi, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kamu ve özel sektör dinamiklerinin birbirine bağlı olduğunu göstermektedir.

Uzun Dönem Katsayı Tahminleri (FMOLS, DOLS ve CCR); Eş bütünlük ilişkisi saptandıktan sonra, uzun dönem katsayılarının güvenilir bir şekilde tahmin edilmesi amacıyla FMOLS (Fully Modified Ordinary Least Squares), DOLS (Dynamic Ordinary Least Squares) ve CCR (Canonical Cointegrating Regression) yöntemlerinden yararlanılmıştır. Bu yöntemler, geleneksel tahmin tekniklerinde ortaya çıkabilecek otokorelasyon ve içsellik sorunlarını gidermekte ve daha tutarlı sonuçlar sunmaktadır. Böylece kamu hastaneleri ile özel hastanelerin vaka başı maliyetlerinin ve reçete başı

maliyetlerinin SGK harcamaları üzerindeki uzun vadeli etkileri nicel olarak ortaya konmuştur.

Bu yöntemler birlikte kullanıldığında, araştırmaya şu katkıları sağlamaktadır:

- Serilerin kısa vadeli dalgalanmaları ile uzun vadeli eğilimleri birbirinden ayırmış,
- Kamu ve özel hastanelerin SGK üzerindeki mali etkileri sayısal olarak ölçülmüş,
- Bulgular politika yapıcılar açısından mali sürdürülebilirlik ve sağlık harcamalarının etkinliği bağlamında yol gösterici hale getirilmiştir.

4.1.Literatür Taraması

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi ve sağlık hizmetleri üzerine yapılan çalışmalar, genel olarak finansman dengeleri, bütçe transferleri, mali sürdürülebilirlik ve hastanelerin etkinlik-performans analizleri etrafında yoğunlaşmaktadır. Özellikle 2000’li yıllardan itibaren artan sağlık harcamaları, sosyal güvenlik kurumunun finansal yapısı üzerinde belirleyici bir unsur haline gelmiş; bu durum hem ulusal hem de uluslararası literatürde farklı yöntemlerle incelenmiştir.

Akıncı vd. (2005), Ankara’da bulunan üç kamu ve bir özel hastanede hizmet gören hastaların hastane seçimini etkileyen unsurları araştırmıştır. Analizler sonucunda hastane seçimlerinde hastanenin imajı, fiziksel görünümü ve teknolojisi etkili olduğunu neticesine ulaşmıştır.

Alparslan vd. (2015), 2008-2012 tarihleri arasında 118 devlet hastanelerinin çalışma sermayeleriyle finansal performansları arasında ilişki olup olmadığını Ki-kare analizini kullanarak yapmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, iki faktör arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Altunöz (2017), 1990-2015 yılları arasında Türkiye’nin sosyal güvenlik sistemine yapılan bütçe transferlerinin makro etkisi için nedensellik analizini kullanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, bütçe transferlerinin sosyal güvenlik sistemine hem olumlu hem de olumsuz etkilemekle beraber bütçe dengesini de negatif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Arıkan (2023), 2013-2018 yılları arasında 30 şehirde hizmet veren 498 özel hastanelerine ait verileri Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksini kullanmıştır. Analizin sonucunda, özel hastanelerde faktör verimliliğinin yıllar içerisinde ortalamanın düştüğünü ve bu düşmenin nedeninin teknolojiden kaynaklandığı sonucuna varmıştır.

Atmaca vd. (2012), Ankara’da bulunan özel hastanelerin etkinliklerini VAR analizini kullanmıştır. Analize yatak sayısı, hekim sayısı, muayene sayısı, yatan hasta sayısı girdi değişkeni olarak, yatak doluluk oranı, taburcu olan hasta sayısı, ölen hasta sayısı, toplam yatılan gün ve ameliyat sayısının çıktığı olarak eklenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, etkin olmayan hastanelerin, etkin olan hastanelere göre etkinlik düzeyine ulaşabilmeleri için rekabet ortamının önemli olduğu vurgulanmıştır.

Balcı İzgi (2007), Türkiye’nin 1972-2003 yılları arasındaki sosyal güvenliğin özel tasarruflar üzerindeki etkisini regresyon modelini kullanarak analiz yapmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, Türkiye’de sosyal güvenlik primleri ile özel tasarruflar arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır.

Binay (2015), Ocak 2009-Aralık 2012 arasındaki döneme ait aylık olarak Türkiye’nin sosyal güvenlik kesiminin prim gelirleriyle prim oranları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yapılan analizler sonucunda, prim gelirleri ile Laffer eğrisine benzeyen prim oranları arasında önemli derecede parabolik ilişki sonucuna ulaşılmıştır.

Cural (2016), 1980-2015 yılları arasında Türkiye’de sosyal güvenlik sistemine uygulanan bütçe transferlerinin etkisini nedensellik analizini kullanarak yapmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, bütçe transferlerinin kamu giderlerine olumlu etkilerken, bütçe dengesini olumsuz yönde etkilemektedir, kamu sabit yatırımlarını her iki yönde etkileyip, iç borç stokunu arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Deniz (2020), Sosyal Güvenlik Kurumunun 2010-2018 yılları arasındaki finansman açıklarını ele almıştır. Elde edilen sonuçlara göre, bu finansman açıklarıyla mücadele edilebilmesi için yasal ve idari anlamda yapılan faaliyetlerin etkin politikalarla desteklenip, toplum tarafından desteklenmesi sonucuna ulaşılmış olup, bu bulgular alan açısından dikkat çekici bir nitelik taşımaktadır.

Duffy ve Friedman (1993), 1980-1984 yılları arasında hastanelerin finansal performanslarının analiz etmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, küçük ölçekli, maliyetleri yüksek, yatak doluluk oranı azaldığını ve sigortasız hasta oranlarının arttığı sonucuna ulaşılmış, bunun sonucunda yeni teknolojilere yapılan yatırımlar azalmıştır ve literatürde bu konuda önemli bir katkı sağlanmıştır.

Eroğlu (2023), Sosyal Güvenlik Kurumunun 2010-2021 yılları arasındaki finansal yapısını ele almıştır. Bu finansal yapıyı değerlendirebilmek için CRITIC, ENTROPI, ELECTRO ve TOPSIS yöntemlerini kullanmıştır. Analizler sonucunda, ELECTRO ve

TOPSIS yöntemlerine göre, SGK bülten ve faaliyet raporu kriterlerinin başarı sırası birbirine yakın iken, ILO kriterleri ise birbirinden uzaktır. CRITIC ve ENTROPI yöntemlerine göre ise, SGK bülten ve faaliyet raporunun en yüksek değerlerine sahip kriteri gelir/gider oranı, ILO kriterlerinin en yüksek değerine sahip kriter ise varlıkların fonlama, likidite ve güvenli varlıkların oranları sonucuna ulaşmıştır.

Folland vd. (2016), hastanelerde oluşan verimsizliğin tedavideki aksaklıkları nasıl düşüreceğine yönelik araştırma yapmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, hastanelerin verimliliğin artmasıyla kalite arasında ilişkisi sonucuna ulaşılmış ve literatürde bu konuda önemli bir katkı sağlanmıştır.

Jandaghi vd. (2010), kamu ve özel hastanelerinin etkinliklerini ve bunları etkileyen faktörleri karşılaştırmak için Veri Zarflama Analizini kullanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, etkisi az olan hastaneleri geliştirmek ve etkisi fazla olan hastanelerin maliyetlerinin azaltılması gerektiği bulgusuna ulaşmışlardır.

Javalgi vd. (1991), insanların hastane seçimlerinde nelere dikkat ettiğini analiz etmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre, insanların hastane seçiminde, hastanenin uzman doktorları, hastanenin imajı, sunulan hizmetin maliyeti ve teknoloji düzeyinin iyi düzeyde olması etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Leister ve Stausberg (2007), Almanya’da hastaların hastane seçimlerinde 6 sorulu ve 9 kriterlerli iki ortaklı analiz yapmıştır. Yapılan analizler sonucunda, hastaların doktor kalitesi, arkadaş tavsiyesi, sertifikalı kalite yönetim sistemi, hastaneye yakınlık, hastaneye yakın konaklamaların hastane seçiminde olumlu tercih sebebiyken, resepsiyon alanı tasarımı, personelin dost canlısı olması, web sitesi kalitesi ve yayınlanan kalite hastane seçiminde daha az tercih sebebi sonucuna ulaşmışlardır.

Memişoğlu (2021), Türkiye’nin 1980-2019 yılları arasındaki Sosyal Güvenlik Kurumu’na yapılan bütçe transferlerinin kamu yatırım ve faiz harcamaları arasındaki ilişkiyi analiz edebilmek için VAR ve SVAR analiz yöntemini kullanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, kamu yatırım harcamalarının ve faiz harcamalarının bütçe transferi üzerinde ilk başta negatif etki oluştururken, daha sonra pozitif bir etkisi söz konusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Numanoğlu (2011), SGK ile anlaşmalı olan özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve diğer hastanelerde yatan hastaların hastanede durma sürelerini etkileyen faktörlerini regresyon analizini kullanmıştır. Analiz sonucunda, hasta yatış süresiyle cinsiyet arasında

negatif ilişki söz konusuysen, hasta yatış süresi ile yaş arasında pozitif bir ilişki sonucuna ulaşılmıştır.

Nurdoğan (2019), 2009-2017 yılları arasındaki sosyal sigorta prim teşviklerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'nun primleri üzerindeki etkisini Granger nedensellik ve Engle Granger Eş bütünleşme analizini kullanarak yapmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular göstermektedir ki, prim teşviklerinden prim gelirlerine arasında hem eşbütünleşme hem de nedensellik bulgusuna ulaşılmıştır.

Organ ve Yavuz (2017), Türkiye'de 1998-2015 yılları arasındaki sosyal güvenlik sisteminin açıklarının ekonomik büyümeye etkisini görebilmek için Regresyon analizi yöntemini kullanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, sosyal güvenlik sistemi açıklarına yönelik yapılan bütçe transferlerinin milli gelire olumlu etkisi söz konusuysen, ekonomik büyümeye olumsuz etkisi sonucuna ulaşılmıştır.

Özdemir vd. (2010), Bursa'da yer alan kamu, üniversite ve özel hastanede ayakta tedavi gören 569 hasta ile hastane seçiminde demografik özelliklerin etkisini Ki-Kare Testi ile analiz etmiştir. Elde edilen bulgulara göre, yaş, eğitim ve medeni durum ile hastane seçimi arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Özgülbaş vd. (2008), 1994-2005 tarihleri arasında T.C.M.B.'na kayıtlı olan 797 özel hastanelerin finansal değerlendirme ve finansal performansına etki eden faktörlerini Mann-Whitney U testi ile analiz etmiştir. Analizler sonucunda, hastanelerin SGK'nın uyguladıkları politikalara uyum sağlayabilmesi için finans açısından güçlü bir düzeyde olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Pirani vd. (2018), 2012-2016 yılları arasında 17 kamu hastanelerin genel verimliliğini değerlendirmek için Veri Zarflama Analizini kullanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, hastanelerin verimlilikleri teknik, yönetsel ve ölçek verimliliğe göre genel anlamda zayıf olduğu hem kalış süreleri hem de yatak sayısı hastanelerin verimliliği üzerinde olumlu etkisi sonucuna ulaşılmış ve literatürde bu konuda önemli bir katkı sağlanmıştır.

Roh ve Moon (2005), hastaların başka bölgedeki hastaneleri seçme sebepleri ve hastaların özelliklerini göz önünde alarak analiz etmiştir. Analiz sonucunda, hastanelerin uzaklığı, büyüklüğü gibi özelliklerine ve hastaların ödeme durumu, sağlık durumu gibi durumlar etkili olmuştur. Buna ek olarak, hastanedeki yatak sayısının hastane seçimini

etkileyip etkilemediğini test etmişlerdir. Sonuç olarak, yatak sayısının fazla olması hasta tarafından tercihini önemli derecede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır

Saraçoğlu vd. (2012), 2001 ve 2007 yılındaki 469 kamu hastanelerinin sağlık alanında yapılan reform öncesi ve sonrasında yapılan finansal performanslarını analizini yapmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda, ortalama karlılık oranı reformlar öncesinde %5,7 iken bu oran, reformlar sonrasında %14,5'e yükselmiştir. Reformlar sonrasında karlılık oranı yükselen hastanelerin oranı yaklaşık %70'e çıkmıştır. Reformlar yapıldıktan sonra istatistiksel olarak karlılık oranlarında artış gözlenmiştir.

Sevim vd. (2022), 2014-2021 yılları arasında sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğini 9 farklı kriter kullanarak üzerindeki etkisini TOPSIS yöntemi çerçevesinde analiz yapmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği pandemi döneminde negatif yönde ciddi bir kırılım olduğunu, diğer dönemlerde pozitif yönde etki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Şahin vd. (2011), 2005-2008 yılları arasında Sağlık Bakanlığına bağlı 352 hastanenin operasyonel performansının ölçmek için Malmquist endeksini kullanmıştır. Analizin sonucunda, kamu hastanelerinin yönetsel etkinlik düzeylerini gösteren ortalama saf teknik etkinlik değerleri incelenen dönemde yükselme eğilimi sergilemiştir. Kullanılan mevcut girdilerle daha yüksek düzeyde çıktı üretme kapasitesini yansıtan ortalama teknolojik etkinlik göstergelerinde de olumlu bir gelişim kaydedilmiştir. Benzer şekilde, kamu hastanelerinin ortalama toplam faktör verimliliklerinde de artış gözlenmiştir.

Şen (2010), 2005-2008 yılları arasında Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinin iller bazında etkinliklerini Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksini ölçmek için kullanmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular göstermektedir ki, kamu hastanelerinin ortalama etkinliklerini değerlerinde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tai vd. (2004), hastanede bulunan 1702 hasta üzerinde hastaların hastane ve doktorlar seçimi üzerindeki etkisini analiz etmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, yaş, cinsiyet gibi durumlara bakıldığında, kadınların erkeklere göre bölgesel hastaneleri tercih ettiğini, gelir düzeyi yüksek olanlarında, daha donamlı ve uzak olan hastaneleri tercih ettiğini sonucuna ulaşılmıştır.

Tengilimoğlu (2001), Ankara’da bulunan bir üniversite, bir kamu ve bir özel hastane 869 hastalar ile, hastane seçerken hangi faktörlerin etkili olduğu ve bu faktörlerin etki durumunu araştırmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, hastane seçimlerde hastalar ilk başta hastanenin yakınlığına bakarken, daha sonra teknolojilerine, fiziki şartlarına, fiyatlarına, sosyal güvencelerinin bulunup bulunmadığına ile her türlü işlem ve uzman bulunup bulunmadığı etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tengilimoğlu vd. (2008), Ankara’da bulunan kamu, üniversite ve özel hastane 971 hasta ile halkla ilişkilerin hastane seçimlerinde ne kadar etkili olduğunu araştırmıştır. Yapılan analizler sonucunda, halkla ilişkilerde personel davranışları ve tutumları hastane seçimlerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Yeşilyurt ve Yeşilyurt (2006), Türkiye’deki özel ve kamu hastanelerinin kaynakları kullanmada etkinlik düzeyini ölçmek için Veri Zarflama Analizini kullanarak yapmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, özel hastaneler kaynakları daha etkin bir şekilde kullanırken, devlet hastaneleri ise kaynakları daha az bir şekilde etkin kullandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yiğit (2020), Türkiye’nin 2009-2019 yılları arasındaki hastanelerin hizmetlerin, finansal performansı ve finansal risk durumu, oran analizi, TOPSIS yöntemi ve Altman Z Skor Modeli kullanmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular, her iki yöntemle yapılan analizler benzer bulgular ortaya koymuş; ilgili yıllar arasında sektörün finansal başarısında gerileme, buna karşın finansal risk düzeyinde artış olduğu belirlenmiştir. Her iki yöntemin de sağlık ve hastane sektörünün finansal performansının değerlendirilmesinde etkin bir şekilde kullanılabileceğine dair güçlü kanıtlar sunmuştur.

Yücel (2019), 2009-2019 yılları arasında kamu hastanelerinin yatak doluluk oranını etkileyen faktörleri regresyon modeliyle analiz etmiştir. Analiz sonucunda, hastane büyüklüğü ile yatak doluluk oranı arasında negatif ilişkide olduğu söz konusuysen, hekim sayısı ile yatak doluluk oranı arasında pozitif ilişki olduğu, ameliyat oranındaki artışın hastanelerdeki yatak doluluk oranını azalttığı, anne ölüm oranı ile hastanelerin yatak doluluk oranı arasındaki pozitif ilişki olduğu ve hastanelerdeki MR cihazı oranı ile hastanenin doluluk oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, literatür bulguları Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, hastane etkinlik ve performans göstergeleri ile hasta tercihleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Ulusal düzeyde SGK finansman yapısının bütçe transferlerine bağımlı hale gelmesi, hastanelerin etkinlik düzeylerindeki dalgalanmalar ve artan maliyetler, sağlık sisteminde sürdürülebilirlik sorununu gündeme taşımaktadır. Uluslararası çalışmalarla birlikte ele alındığında ise hem talep hem de arz yönlü faktörlerin sağlık kurumlarının performansını belirlediği, dolayısıyla maliyet ve etkinlik analizlerinin sağlık politikaları açısından kritik önemde olduğu anlaşılmaktadır.

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin maliyet yapısını sosyal güvenlik kesimi perspektifinden bütüncül bir yaklaşımla ele alması bakımından literatürde önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Mevcut araştırmaların önemli bir kısmı kamu ve özel hastanelerin maliyetlerini genellikle ayrı ayrı incelemekte ya da yalnızca belirli hizmet türlerine odaklanmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik kesimine yansıyan toplam etkisini her iki hizmet sağlayıcı tipiyle birlikte değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu araştırma, kamu ve özel hastanelerin maliyet dinamiklerini karşılaştırmalı bir çerçevede ele alarak, bu maliyetlerin sosyal güvenlik finansmanı üzerindeki etkilerini tek bir model bütünlüğü içinde analiz etmesiyle literatüre özgün bir katkı sunmaktadır.

Bunun yanı sıra reçete başı maliyetin modele dahil edilmesi, sağlık hizmetlerine ilişkin daha geniş bir maliyet perspektifi sağlamaktadır. Literatürde ilaç harcamaları çoğunlukla kendi içinde değerlendirilirken, bu çalışma ilaç maliyetlerini hastane bazlı maliyetlerle birlikte ele alarak sosyal güvenlik kesiminin toplam mali yükünü açıklamada çok boyutlu bir yaklaşım geliştirmektedir. Bu yapı, sağlık sistemindeki maliyet unsurlarının birbirleriyle nasıl etkileşim içinde olduğu konusunda daha kapsamlı bir anlayış oluşturmakta ve mevcut çalışmaların eksik bıraktığı bütüncül finansman bakış açısını tamamlamaktadır.

Ayrıca çalışmada kullanılan modellerin üç farklı maliyet türünü ayrı ayrı analiz etmesi, hizmet sunucularının finansal etkilerini detaylı biçimde karşılaştırma olanağı sunmaktadır. Böylece literatürde sıklıkla gözlenen tek boyutlu maliyet açıklama modellerinden farklı olarak, maliyet yükünü belirleyen unsurların hem sektörel hem de yapısal düzeyde nasıl ayrıştığı ortaya konulmuştur. Bu yaklaşım, sosyal güvenlik

kesiminin finansman sürdürülebilirliğini değerlendirmede daha derinlikli bir bakış açısı sağlayarak literatürdeki önemli bir metodolojik eksikliği gidermektedir.

Sonuç olarak çalışma, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik kesimi üzerindeki ekonomik etkisini çok yönlü bir analitik çerçeveye değerlendirmesi, farklı maliyet unsurlarını karşılaştırmalı olarak ele alması ve politika yapıcılar için uygulanabilir çıkarımlar üretmesi bakımından literatüre hem kavramsal hem de yöntemsel açıdan anlamlı bir katkı sunmaktadır.

4.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sosyal güvenlik sisteminin işleyişi incelendiğinde, kısa vadede özellikle hastaneler üzerinde beklenenden daha yoğun etkiler yarattığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının geçmişten günümüze sürekli artış eğiliminde olması hem kamu bütçesi hem de sosyal güvenlik kesimi açısından önemli bir baskı unsuru oluşturmaktadır. Hastanelere ayrılan kaynaklara ilişkin veriler, gelecekte ortaya çıkabilecek yapısal sorunların erken tespit edilmesine ve bu sorunlara yönelik çözüm arayışlarının geliştirilmesine yol gösterici niteliktedir. Buradaki temel sorunlar; artan nüfus ve yaşlanma oranına bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin hızla yükselmesi, sağlık teknolojilerindeki gelişmelerin maliyetleri artırması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve kamu–özel sağlık kurumları arasındaki maliyet farklılıklarının SGK üzerinde ek yük oluşturmalarıdır. Dolayısıyla çalışmanın temel amacı, bu yapısal sorunlara çözüm üretecek ve politika yapıcılar için yol haritası oluşturabilecek bir çerçeve sunmaktır. Bu çalışmada, 2014–2024 dönemi boyunca Türkiye’de kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki ekonomik etkilerini karşılaştırmalı olarak incelemektir. Çalışmada özellikle devlet ve özel hastanelerde vaka başına maliyetler, reçete başı maliyetler ve sosyal güvenlik sistemi tarafından yapılan ödemeler ayrıntılı biçimde analiz edilmiştir. Bu kapsamda, hastanelerin sunduğu sağlık hizmetlerinin maliyet boyutunun sosyal güvenlik sistemine ne ölçüde yük getirdiği ortaya konulmakta ve kamu ile özel sektör arasındaki farklılıklar değerlendirilerek mali sürdürülebilirlik açısından kritik bulgular elde edilmektedir.

Araştırmanın önemi, yalnızca mevcut durumun tespit edilmesinden ibaret değildir. Aynı zamanda, ortaya çıkan maliyet farklılıklarının sosyal güvenlik sisteminin dengesi üzerindeki yansımalarını belirleyerek, sağlık politikalarının daha etkin ve verimli biçimde şekillendirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu çerçevede çalışma, sağlık hizmetlerinin finansmanında kaynakların daha rasyonel kullanılmasına, kamu maliyesi üzerindeki

baskının azaltılmasına ve uzun vadede sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğinin korunmasına yönelik öneriler geliştirmeyi hedeflemektedir.

Yapılacak analiz sonucunda, özel ve kamu hastanelerinin sosyal güvenlik sistemine getirdiği yük somut olarak ortaya konulacak ve bu yükün azaltılmasına yönelik çözüm önerileri sunulacaktır. Böylece hem sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaya hem de sosyal güvenlik sisteminin mali dengesini güçlendirmeye yönelik bilimsel bir katkı sağlanmış olacaktır.

4.3.Araştırmanın Veri ve Yöntemi

Çalışmada kullanılan veriler, 2014–2024 yıllarına ait aylık zaman serisi verilerinden oluşmakta olup, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) veri tabanlarından elde edilmiştir. Kullanılan başlıca değişkenler;

- Kamu hastanelerinde vaka başı maliyet (₺),
- Özel hastanelerde vaka başı maliyet (₺),
- Reçete başı maliyet (₺),
- SGK'nın yaptığı ödemelerdir (₺).

Çalışmada kullanılan değişkenler, sosyal güvenlik kesiminin sağlık hizmetlerini finanse ederken karşılaştığı mali yükü anlamaya yönelik olarak seçilmiştir. Kamu ve özel hastaneler hizmetleri farklı maliyet yapılarıyla sunduğu için, her bir değişken sağlık sisteminin ayrı bir yönünü temsil etmektedir. Kamu hastanelerinde vaka başı maliyet, devlet hastanelerinin hizmet sunum maliyetlerini ve sosyal güvenlik kesimi üzerindeki temel gider kalemlerini gösteren önemli bir göstergedir. Bu değişken, kamu hastanelerinin sistemdeki merkezi rolünü ve sosyal güvenlik kesimi bütçesine nasıl yansıdığını anlamayı kolaylaştırır.

Özel hastanelerde vaka başı maliyetin modele dahil edilmesinin nedeni, özel sektörün sosyal güvenlik kesimi ile yaptığı sözleşmelerde çoğu zaman daha yüksek birim maliyetlerle çalışmasıdır. Bu durum, kamu–özel hizmet sunumu arasındaki maliyet farklarının sosyal güvenlik kesiminin finansman yükünü nasıl etkilediğini ortaya koymayı mümkün kılar.

Reçete başı maliyet, sağlık harcamalarının sadece hastane hizmetlerinden oluşmadığını; ilaç tüketiminin de sosyal güvenlik kesimi için önemli bir gider kalemi olduğunu göstermesi açısından gereklidir. İlaç fiyatları ve tüketim miktarı dönemsel

dalgalanmalar gösterebildiğinden, bu değişken sistemin toplam maliyet yapısını tamamlayıcı bir özellik taşır.

Sosyal güvenlik kesiminin toplam sağlık ödemeleri ise tüm bu maliyet unsurlarının bütçeye yansıttığı nihai etkiyi ifade eder. Bu değişken, diğer maliyet göstergelerindeki değişimlerin sosyal güvenlik kesimi finansman dengeleri üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkilerini analiz etmeyi mümkün kılar.

Bu değişkenlerin bir arada kullanılması, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik kesimi üzerindeki ekonomik etkilerini hem hastane maliyetleri hem de ilaç harcamaları açısından kapsamlı biçimde değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Bu yaklaşım, sağlık politikaları açısından daha isabetli maliyet değerlendirmeleri yapılmasına da katkı sağlar.

Model 1’de sosyal güvenlik kesiminin toplam sağlık ödemeleri bağımlı değişken olarak ele alınmış ve kamu hastanelerinde vaka başı maliyet bağımsız değişken olarak kullanılmıştır. Bu modelde temel amaç, kamu hastanelerindeki birim maliyetlerde meydana gelen değişimlerin sosyal güvenlik kesiminin bütçesi üzerindeki etkisini incelemektir. Kamu hastaneleri hizmet sunumunda geniş bir paya sahip olduğu için, bu maliyetlerdeki artışların sosyal güvenlik kesiminin yaptığı harcamaları yükselteceği varsayılmıştır.

Model 2’de de sosyal güvenlik kesiminin toplam sağlık ödemeleri bağımlı değişken olarak kullanılmış, ancak bu kez bağımsız değişken özel hastanelerde vaka başı maliyettir. Özel hastanelerin birim maliyetlerinin yapısal olarak daha yüksek seyretmesi nedeniyle, bu maliyetlerdeki artışın sosyal güvenlik kesiminin finansman yükünü kamu hastanelerine kıyasla daha hızlı artırabileceği düşünülmüştür. Bu model, özel sektörün sosyal güvenlik kesimi üzerindeki mali etkisini bağımsız bir şekilde ölçmeyi amaçlar.

Model 3’te ise bağımlı değişken yine sosyal güvenlik kesiminin toplam sağlık ödemeleridir; bağımsız değişken reçete başı maliyettir. Reçete maliyetleri özellikle ayakta tedavilerde önemli bir gider kalemi oluşturduğundan, ilaç tüketimine bağlı maliyet değişimlerinin sosyal güvenlik kesimi üzerindeki etkisi bu modelde analiz edilmektedir. Reçete maliyetlerindeki artışın toplam sağlık ödemelerini artıracığı varsayımı temel alınmıştır.

Bu üç model birlikte değerlendirildiğinde, sosyal güvenlik kesiminin finansman yükünün hem hastane hizmetlerinde ortaya çıkan vaka maliyetleri hem de ilaç harcamaları üzerinden nasıl şekillendiği daha net biçimde ortaya çıkmaktadır. Her model,

sağlık hizmetlerinin farklı maliyet unsurlarını ayrı ayrı ele alarak sosyal güvenlik kesiminin bütçesini etkileyen dinamikleri kapsamlı bir şekilde açıklamaktadır.

Ekonometrik analiz sürecinde öncelikle durağanlık sınamaları gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda ADF (Augmented Dickey-Fuller) ve PP (Phillips-Perron) birim kök testleri uygulanmış, ardından daha güçlü sonuçlar elde etmek amacıyla RALS-ADF testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişkileri belirlemek için Engle-Granger eş bütünleşme testi ve RALS-EG testi tercih edilmiştir. Uzun dönem katsayı tahminleri ise FMOLS (Fully Modified Ordinary Least Squares), DOLS (Dynamic Ordinary Least Squares) ve CCR (Canonical Cointegrating Regression) yöntemleriyle yapılmıştır.

Bu metodolojik yaklaşım sayesinde kamu ve özel hastanelerin maliyet dinamiklerinin sosyal güvenlik kesiminin üzerindeki yükü hem kısa hem de uzun vadeli perspektiften değerlendirilmiş, sonuçlar politika yapıcılar için somut çıkarımlara dönüştürülmüştür.

4.4. RALS Birim Kök Testi ve RALS-EG Eş bütünleşme Testi

RALS tabanlı koentegrasyon testini kullanmanın bazı avantajları vardır. İlk olarak, RALS tabanlı koentegrasyon testleri, normal olmayan hatalardaki bilgileri kullanmayan koentegrasyon testlerinden daha güçlüdür. Hata teriminin (veya kalıntıların) daha yüksek momentleri, hatalar normal dağılım göstermiyorsa, normal olmayan hataların doğası hakkında bilgi içerir. İkinci avantaj, RALS prosedürünün normal olmayan hatalarla ilişkili doğrusal olmayan moment koşullarını kullanması ve doğrusal olmayan tahmin tekniklerini kullanmaya gerek olmamasıdır. Fonksiyonel formun yanlış tanımlanması, doğrusal olmayan koentegrasyon testlerinde güç kaybına neden olur. RALS tabanlı testler, doğrusal bir model çerçevesinde normal olmayan hatalardaki bilgileri kullandığından, RALS test prosedürü bu potansiyel güç kaybını önler. Normal olmayan hatalar, değişkenler arasındaki ilişkilerin kısmen ihmal edilen doğrusal olmayan yapısını yansıtabilir. Üçüncüsü, RALS tabanlı testlerin gücü, anormaliteye ilişkin bilgiler ihmal edilebilir olduğunda, diğer tek denklem tabanlı koentegrasyon testlerinin gücüyle benzerdir. Ancak, anormal hataların temel dağılımını ve gerçek yoğunluk fonksiyonunu belirlemek oldukça zordur. Bu koşullar altında, RALS tabanlı testler, önceden belirlenmiş belirli bir anormal türün varlığı için belirli bir yoğunluk fonksiyonu veya test gerektirmez (Doğanlar vd., 2021:3).

Engle ve Granger (1987) tarafından geliştirilen koentegrasyon testi, iki aşamalı ve LS yöntemiyle gerçekleştirilen bir testtir. Bu testte ilk aşamada, durağan olan iki seri arasında regresyon modeli tahmin edilir. Test, eş bütünleşme analizi için yaygın olarak kullanılan ve uygulama kolaylığı sağlayan bir yaklaşım olarak literatürde yer almaktadır. Testin özellikle literatürde sıklıkla kullanılmasının nedeni, aynı seviyede fark sabit olan seriler arasında yapılan regresyon tahmininin güvenilir sonuçlar vermesi ve bu sayede seriler arasındaki ilişkinin incelenebilmesidir. Bu yöntem, koentegrasyon analizinde önemli bir rol oynamaktadır ve seriler arasındaki ilişkiyi anlamak için etkili bir araç olabilir (Yılancı ve Aydın, 2018: 105):

$$y_t = \beta x_t + u_t \quad (4.1)$$

İkinci aşamada ise tahmin edilen bu modelin kalıntılarına Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) birim kök testi uygulanır.

$$\Delta \hat{u}_t = \alpha_0 + \rho \hat{u}_{t-1} + \sum_{i=1}^k \alpha_i \Delta \hat{u}_{t-1} + e_t \quad (4.2)$$

Elde edilen artık serisinin durağan olması, incelenen değişkenler arasında uzun vadeli bir ilişki olduğunu işaret eder. ADF birim kök testi, artıkların durağanlığını kontrol etmek için kullanılır ancak Dickey-Fuller tablosundaki kritik değerlerle karşılaştırılmaz çünkü OLS yöntemi kullanılarak elde edilen kalıntılar en küçük örneklem varyansına sahiptir ve dolayısıyla değişkenler koentegre olmasalar bile kalıntılar durağan gibi gösterilir. Bu durum, standart DF dağılımında sıfır hipotezinin aşırı derecede reddedilmesine yol açar ve değişken sayısı arttıkça farklı kritik değerlere ihtiyaç duyulabilir. EG testinde modeldeki deterministik bileşenlerin eklenmesi testin gücünü azaltabilir ve eğilim içermeyen bir model kullanılması tercih edilir.

RALS ADF birim kök testi;

ADF birim kök testinde, değişkenlerin durağanlığı gösteren modeli (4.3) numaralı eşitlikte verilmiştir.

$$\Delta Y_t = \alpha_1 + \gamma Y_{t-1} + \sum_{i=1}^p \delta_i \Delta Y_{t-1} + u_t \quad (4.3)$$

Bu denklem RALS prosedürü kullanılarak genişletildiğinde RALS-ADF birim kök testi elde edilmektedir:

$$\Delta Y_t = \alpha_1 + \gamma Y_{t-1} + \sum_{i=1}^p \delta_i \Delta Y_{t-1} + \widehat{w}_t' \varphi + v_t \quad (4.4)$$

RALS terimi yani \widehat{w}_t denklemlerde normal dağılım göstermeyen hataların bilgisini ifade eder ve RALS-ADF birim kök analizinde durağanlık γ parametresiyle incelenir. ADF ve RALS-ADF birim kök hipotezleri arasında fark yoktur; sıfır hipotezi, serinin

birim kök olduğunu belirtir. RALS-ADF, ADF'ye göre dağılımı değiştirir ve ADF ile RALS-ADF kalıntıları arasındaki korelasyon katsayısı $p^2=1$ olduğunda sonuçlar eşittir. Bu durumda, ADF testinde elde edilen kritik değerler RALS-ADF için de geçerlidir. Bu terimler, hataların normal dağılım göstermediği durumları analiz etmek için önemlidir ve RALS terimi bilgiyi temsil eder (Çiçen, 2020:202).

Normal olmayan hatalardaki bilgileri kullanan bazı yararlı moment koşullarını ele alarak öncelikle (4.3) gibi bir kesme noktası olan modeli ele alalım ve $x_t = (1, z_t)'$ kullanalım. $g(e_t) = (e_t, [h(e_t) - K]')$ olsun ve moment koşulu $E[g(e_t) \otimes x_t] = 0$. Bu moment koşulunu iki parçaya ayırabiliriz. İlk parça, en küçük kareler tahmininin olağan moment koşuludur (Im vd., 2014: 322-323):

$$E(e_t \otimes x_t) \quad (4.5)$$

İkinci kısım, aşağıdaki denklemle verilen ek $(j-1) \times (p+2)$ moment koşullarını içerir:

$$E([h(e_t) - K] \otimes x_t) = 0 \quad (4.6)$$

Bu nedenle, şunu elde ederiz:

$$C = \begin{bmatrix} \sigma_e^2 & C_{21}' \\ C_{21} & C_{22} \end{bmatrix}, \text{ ve } D = \begin{bmatrix} 1 \\ D_2 \end{bmatrix} \quad (4.7)$$

Burada $C_{21} = E[e_t h(e_t)]$, $C_{22} = [h(e_t) h(e_t)']$, ve $D_2 = E[h'(e_t)]$. Ardından, şu şekilde tanımlarız:

$$\widehat{w}_t = h(\widehat{e}_t) - \bar{K} - \widehat{e}_t \widehat{D}_2, t = 1, 2, \dots, T, \quad (4.8)$$

Burada \widehat{e}_t regresyondan elde edilen OLS kalıntısı, $\bar{K} = \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T h(\widehat{e}_t)$, ve $D_2 = \frac{1}{T} \sum_{t=1}^T h'(\widehat{e}_t)$. Aşağıdaki denklemi, artık genişletilmiş en küçük kareler (RALS) regresyonu olarak gösteririz:

$$\Delta y_t = \alpha_1 + \beta_{y-1} + \sum_{j=1}^p \delta_j \Delta y_{t-j} + \widehat{w}_t y + v_t, t = 1, 2, \dots, T. \quad (4.9)$$

\widehat{w}_t DF regresyonunu genişletir. Elde edilen tahminciyi "RALS tahmincisi" olarak adlandırıyoruz. Çünkü \widehat{w}_t DF regresyonundan elde edilen kalıntıların bir fonksiyonudur. β 'nin RALS tahmincisi $\widehat{\beta}_{R,\mu}$ larak gösterilir ve karşılık gelen t -istatistiği $\beta=0$ için $t_{R,\mu}$ olarak gösterilir. RALS tahmincisinin en küçük kareler tahmini yoluyla elde edilmektedir. $g(e_t)$ e verilen bazı moment koşulları doğrusal olmayabilir, ancak doğrusal olmayan optimizasyon prosedürlerine gerek yoktur.

RALS birim kök testlerini uygulamak için, (4.8) numaralı denklemdeki moment koşullarını seçmemiz gerekmektedir. Makul bir seçenek olarak, hataların ikinci ve üçüncü

momentlerinin gecikmeli bağımlı değişkenlerle korelasyonlu olmadığı moment koşullarını kullanmaktır. Bu nedenle, $h(\hat{e}_t) = [\hat{e}_t^2 \quad \hat{e}_t^3]$ olarak belirlenir ve elde edilen testlere “RALS(2&3)” testi adını verilir. $m_j = T^{-1} \sum_{t=1}^T \hat{e}_t^j$, $j=2,3$ için, RALS(2&3) için kullanılır:

$$\hat{w}_t = [\hat{e}_t^2 - m_2, \hat{e}_t^3 - m_3 - 3m_2 \hat{e}_t]^T, t=1,2,\dots,T. \quad (4.10)$$

\hat{w}_t , in ilk terimi, sabit varyans varsayımını gösteren $E[(e_t^2 - \sigma_e^2)y_{t-1}] = 0$ koşuluna bağlı oluşturulmaktadır. Kalıntılar simetrik olmadığı durumda bu şart etkinlik sağlamaktadır. \hat{w}_t 'in ikinci terimi normal dağılımdayken $\mu_j = E(e_t^j)$ ile $\mu_4 = 3\sigma^4$ belirleme şartı şeklindedir. Normal harici dağılımlarda bu şart, durağan bir terim türetilmesine neden olurken, bu terimle test eşitliğini genişletmek daha güçlü testlerin türetilmesine sebep olmaktadır. EG eş bütünleşme testinin (4.2) numaralı modeline \hat{w}_t teriminin eklenmesiyle aşağıdaki regresyon elde edilebilir:

$$\Delta \hat{u}_t = \alpha_0 + p \hat{u}_{t-1} + \sum_{i=1}^k \alpha_i \Delta \hat{u}_{t-1} + \hat{w}_t' y + v_t \quad (4.11)$$

İlgili değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olmadığını gösteren temel hipotez, ($p=0$) standart t-istatistiği ile sınanabilir. RALS-EG yöntemi test istatistiği ile EG test istatistiği arasında şu şekilde bir ilişki bulunmaktadır:

$$t^* \rightarrow p \cdot t + \sqrt{1 - p^2} \cdot Z \quad (4.12)$$

Burada t^* RALS-EG test istatistiğini, t ; EG test istatistiğini, Z standart normal dağılan rassal bir değişkeni göstermektedir, p ise (4.2) numaralı eşitlikten elde edilen kalıntılar (e_t) ile (4.12) numaralı eşitlikten elde edilen kalıntılar (v_t) arasındaki uzun dönemli korelasyonu göstermektedir.

4.5. Genişletilmiş Dickey Fuller (ADF) Testi ve Philips Perron Testi

Dickey ve Fuller (1979) çalışmaları, zaman serilerinde birim kökün varlığını test etmek amacıyla geliştirilmiş öncü bir yöntem sunmaktadır. Araştırmacılar, Monte Carlo simülasyonlarını temel alarak, rastgele ve durağan olmayan bir serideki δ parametresini tahmin etmeye yönelik bir metodoloji oluşturmuşlardır. Dickey-Fuller yaklaşımında, söz konusu model En Küçük Kareler (OLS) yöntemiyle tahmin edilmekte; ancak, elde edilen δ katsayısının normal dağılım varsayımını sağlamaması nedeniyle klasik t-istatistiği doğrudan kullanılamamaktadır. Bu nedenle, araştırmacılar düzeltilmiş t-kritik değerleri içeren özel bir tablo geliştirmiştir. Bu tablo, literatürde Dickey-Fuller τ (tau) tablosu

olarak anılmakta ve testin anlamlılık düzeylerinin belirlenmesinde referans alınmaktadır (Enders, 2009: 206). Buna göre üç farklı model ortaya çıkmaktadır:

- Birincisi Sabitsiz ve Trendsiz model $\rightarrow \Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \varepsilon_t$ (4.13)

- İkincisi Sabitli model $\rightarrow \Delta Y_t = \mu + \delta Y_{t-1} + \varepsilon_t$ (4.14)

- Üçüncüsü Sabitli ve Trendli model $\rightarrow \Delta Y_t = \mu + \delta Y_{t-1} + \beta_t + \varepsilon_t$ (4.15)

Bu üç modelde durağanlığı test edebilmek için şu hipotezler kurulmaktadır:

$$H_0: t_{\hat{\delta}} > \tau$$

$$H_1: t_{\hat{\delta}} < \tau$$

Bu testte, sıfır hipotezi (H_0) serinin birim kök içerdiğini, yani durağan olmadığını, alternatif hipotez (H_1) ise serinin birim kök içermediğini ve dolayısıyla durağan olduğunu ifade etmektedir. Dickey-Fuller testinde hesaplanan τ (tau) istatistiği, tablo değerleriyle karşılaştırılarak değerlendirilir. Eğer elde edilen τ istatistiği DF kritik değerinden küçük çıkarsa ($t_{\hat{\delta}} < \tau$), sıfır hipotezi reddedilir; bu durumda Y_t serisinin birim kök taşımadığı ve durağan bir yapıya sahip olduğu sonucuna ulaşılır. Buna karşılık, τ istatistiği kritik değerden büyük ise ($t_{\hat{\delta}} > \tau$), sıfır hipotezi reddedilemez ve serinin durağan olmayan (non-stationary) bir özellik gösterdiği kabul edilir (Çobanoğlu, 2021: 9).

Geleneksel Dickey-Fuller (DF) testleri, temelde birinci dereceden otoregresif [AR(1)] modele dayanmaktadır. Ancak pratikte, zaman serileri genellikle daha karmaşık dinamikler içerdiğinden, yalnızca bir gecikmenin dikkate alınması çoğu durumda yeterli olmamaktadır. Bu testte, p gecikme uzunluğu esas alınarak oluşturulan AR(p) modeli kapsamında, boş hipotez (H_0) altında serinin ARIMA($p,1,0$) biçiminde bir otoregresif bütünlük hareketli ortalama sürecine sahip olduğu varsayılırken, alternatif hipotez (H_1) altında ise serinin durağan bir ARIMA($p+1,0,0$) süreci izlediği kabul edilmektedir. Bununla birlikte, modeldeki hata terimlerinin beyaz gürültü (white noise) özelliği göstermesi oldukça önemlidir. Aksi takdirde, serinin anlamlı gecikmelerinden birinin modele dâhil edilmemesi, otokorelasyon (autocorrelation) problemlerine yol açabilir. Bu durumda, modelin geçerliliğini koruyabilmek için daha yüksek dereceden otoregresif terimlerin eklenmesi gerekebilir. Dickey-Fuller testinin yalnızca birinci dereceden otokorelasyon sürecini dikkate alması nedeniyle, hata teriminin beyaz gürültü varsayımını sağlayabilmesi için daha yüksek düzeyde otokorelasyon içeren genişletilmiş modeller kullanılmaktadır. Bu kapsamda, literatürde üç farklı model formu geliştirilmiştir (Bayat, 2011: 22). Bunlar :

- Trendsiz ve sabitsiz model:

$$\Delta Y_t = \gamma Y_{t-1} + \sum_{i=2}^p \delta_i \Delta Y_{t-j+1} + \varepsilon_t \quad (4.16)$$

- Trendsiz ve sabitli model:

$$\Delta Y_t = \mu + \gamma Y_{t-1} + \sum_{i=2}^p \delta_i \Delta Y_{t-j+1} + \varepsilon_t \quad (4.17)$$

- Trendli ve sabitli model:

$$\Delta Y_t = \mu + \beta_{2i} + \gamma Y_{t-1} + \sum_{i=2}^p \delta_i \Delta Y_{t-j+1} + \varepsilon_t \quad (4.18)$$

Bu üç modelde, hata terimlerinin $\varepsilon_t \sim WN(0, \sigma^2)$ biçiminde, yani sıfır ortalamalı ve sabit varyanslı beyaz gürültü süreci olduğu varsayılmaktadır. Modellerde kullanılan t istatistikleri, geleneksel Dickey-Fuller testindeki gibi sırasıyla τ , τ_μ , τ_T olarak adlandırılmaktadır. Test süreci, modeldeki γ katsayısının birden küçük olup olmadığı üzerine temellendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, boş hipotezin (H_0) reddedilmesi diğer bir ifadeyle, alternatif hipotezin (H_1) kabul edilmesi durumunda, incelenen Y_t serisinin birim kök içermediği ve dolayısıyla durağan bir yapıya sahip olduğu sonucuna ulaşılır. Buna karşılık, H_0 reddedilemezse, serinin durağan olmadığı kabul edilir. Zaman serilerinin durağanlık dereceleri, fark alma düzeyine göre sınıflandırılmaktadır: serinin düzey değerinde durağan olması $I(0)$, birinci farkında durağan hale gelmesi $I(1)$, ikinci farkında durağanlaşması ise $I(2)$ olarak gösterilmektedir. Dickey ve Fuller (1979), Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) testinin limit dağılımlarını teorik olarak türetmiş; daha sonra MacKinnon (1991, 1996), bu test için sonlu örneklemelerden elde edilen kritik değerleri geliştirmiştir (Bayat, 2011: 23).

Phillips ve Perron (1988), geleneksel ADF (Augmented Dickey-Fuller) testinin varsayımlarını genişleterek, hata terimleri arasında zayıf düzeyde bir ilişki bulunabileceğini ve bu hata terimlerinin homojen değil, heterojen bir dağılıma sahip olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Araştırmacılar, parametrik olmayan bir yaklaşım benimseyerek test sürecini, hata terimlerinin otokorelasyondan arındırılmış olması varsayımı üzerine inşa etmişlerdir. Bu yönüyle Phillips-Perron testi, Dickey-Fuller testinin geliştirilmiş bir versiyonu olarak kabul edilmekte; hata terimleriyle ilgili varsayımların esnetilmesi sayesinde testin daha kapsamlı ve esnek bir yapıya kavuştuğu görülmektedir. Söz konusu yaklaşım, serilerde hata teriminin varyansının zaman içinde sabit kalmadığını, aksine zamana bağlı olarak değişim gösterdiğini varsaymaktadır. Varyansta gözlenen bu süreklilik ve değişkenlik, serinin heteroskedastik bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla Phillips-Perron testi, klasik ADF testine göre

daha güçlü ve güvenilir bir alternatif sunmakta; özellikle otokorelasyon ve heteroskedastisite gibi sorunların var olduğu durumlarda serilerin durağanlık düzeyinin daha doğru biçimde tespit edilmesine imkân tanımaktadır (Çobanoğlu, 2021: 11). Model şu şekildedir:

$$Y_t = \hat{\mu} + \hat{\alpha}Y_{t-10} + \hat{\mu}_t \quad (4.19)$$

$$Y_t = \tilde{\mu} + \tilde{\beta} \left(t - \frac{1}{2}T \right) + \tilde{\alpha}Y_{t-10} + \tilde{\mu}_t \quad (4.20)$$

Bu modellerde μ_t hata terimi olmak üzere, $(\hat{\mu}, \hat{\alpha})$ ve $(\tilde{\mu}, \tilde{\beta}$ ve $\tilde{\alpha})$ OLS katsayılarını göstermektedir. Phillips-Perron testinde, test istatistiğinin hesaplanmasında parametrik olmayan (nonparametrik) düzeltmeler uygulanmaktadır. Bu düzeltmeler sayesinde, hata terimleri arasındaki otokorelasyonun, test istatistiğinin asimptotik dağılımı üzerindeki etkisi ortadan kaldırılmaktadır. Başka bir ifadeyle, testin güvenilirliği, hata terimleri arasında zayıf bir ilişki bulunsa dahi bozulmamaktadır. Söz konusu düzeltmeler, sıfır frekansta hata terimi ε_t 'nin spektrum yoğunluğu tahmini esas alınarak gerçekleştirilmekte ve bu sayede tutarlı (consistent) sonuçlar elde edilmektedir (Çağlayan ve Saçaklı, 2006: 124). Test istatistiği şu şekildedir:

$$\hat{t}_\alpha = t_\alpha \left(\frac{y_0}{f_0} \right)^{-\frac{1}{2}} - \frac{T(f_0 - y_0)(s_e(\hat{\alpha}))}{\alpha f_0^{1/2} s} \quad (4.21)$$

Burada, $s_e(\hat{\alpha})$ katsayı standart hatası, s denklemin standart hatası, T gözlem sayısı, y_0 hata varyansının tutarlı tahmini ve f_0 ise sıfır frekansta artık spektrumunun tahmincisidir. Phillips-Perron testinde, temel hipotez serinin birim kök içerdiği, yani durağan olmadığı yönündedir. Buna göre testin hipotezleri şu şekilde tanımlanmaktadır:

- $H_0: \alpha = 0 \rightarrow$ Seri birim kök içermekte, dolayısıyla durağan değildir.
- $H_1: \alpha < 0 \rightarrow$ Seri birim kök içermemekte, yani durağan bir yapıya sahiptir.

Phillips-Perron testinin istatistiksel yapısı, ADF (Augmented Dickey-Fuller) testiyle aynı asimptotik dağılıma sahiptir. Bu nedenle, hesaplanan test istatistikleri MacKinnon (1991, 1996) tarafından elde edilen kritik değerlerle karşılaştırılmaktadır.

4.6. FMOLS, DOLS ve CCR Uzun Dönem Katsayı Tahminleri

Tam Değiştirilmiş En Küçük Kareler (FMOLS – Fully Modified Ordinary Least Squares) yöntemi, ilk olarak Phillips ve Hansen (1990) tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem, eşbütünleşme denkleminde yer alan değişkenler ile hata terimleri arasındaki uzun dönemli stokastik korelasyonlardan kaynaklanan sapmaları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. FMOLS yaklaşımı, bu sorunların çözümünde yarı parametrik

düzeltilmeler uygulayarak, klasik tahmin yöntemlerine kıyasla daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlar. FMOLS yöntemi, özellikle küçük örneklerde dahi yüksek güvenilirliğe sahip sonuçlar üretmesiyle öne çıkarmaktadır. Bu yöntemle elde edilen tahminler, asimptotik olarak sapmasız (t-yansız) ve tutarlı (consistent) özellikler taşımaktadır. Ayrıca, FMOLS tahminleri asimptotik olarak standart normal dağılıma sahiptir; bu da istatistiksel yorum ve hipotez testlerinin güvenilir biçimde yapılmasına olanak tanımaktadır (Canpolat Gökçe ve Kızılkaya, 2022: 358). Model şu şekildedir:

$$Y_t = X_t'\beta + D_{1t}'y_1 + u_{1t} \quad (4.22)$$

Burada $D_t = (D_{1t}' + D_{2t}')$ olmak üzere deterministik trend değişkenleridir. Stokastik değişkenler ise düzey değerleri veya fark alınarak (4.23) ve (4.24) nolu modellerdeki şekilde elde edilir:

$$X_t = \hat{r}_{21}, D_{1t} + \hat{r}_{21}, D_{2t} + \hat{e}_{2t} \quad (4.23)$$

$$\Delta X_t = \hat{r}_{21}, \Delta D_{1t} + \hat{r}_{21}, \Delta D_{2t} + \Delta \hat{e}_{2t} \quad (4.24)$$

Düzeltilmiş veri şu şekilde gösterilir:

$$y_t^* = y_t - \hat{\omega}_{12} - \hat{\Omega}_{22}^{-1} \hat{u}_2 \quad (4.25)$$

$\hat{\Omega}$ ve $\hat{\Lambda}$, $\hat{u}_t = (\hat{u}_{1t}, \Delta \hat{e}_{2t})'$ kalıntıları ile elde edilen uzun dönem kovaryans matrisi olmak üzere düzeltme terimi şu şekilde elde edilir:

$$\lambda_{12}^* = \lambda_{12} - \hat{\omega}_{12} \hat{\Omega}_{22}^{-1} \hat{\Lambda}_{22} \quad (4.26)$$

FMOLS tahmincisi aşağıdaki gibi gösterilebilir:

$$\hat{\theta} = \begin{bmatrix} \hat{\beta} \\ \hat{y}_1 \end{bmatrix} = (\sum_{t=2}^T Z_t Z_t' - 1)^{-1} (\sum_{t=2}^T Z_t y_t^* - T \begin{bmatrix} \lambda_{12}^* \\ 0 \end{bmatrix}) \quad (4.27)$$

Dinamik En Küçük Kareler (DOLS – Dynamic Ordinary Least Squares) yöntemi, Stock ve Watson (1993) tarafından literatüre kazandırılmış olup, eşbütünlüşme ilişkilerinin güvenilir biçimde tahmin edilmesini amaçlamaktadır. Bu yöntemde, klasik eşbütünlüşme modellerine kıyasla denklemlere dinamik unsurlar (gecikmeli ve ileri fark terimleri) eklenmekte, böylece statik modellerde ortaya çıkan otokorelasyon ve eşzamanlılık (endogeneity) sorunları büyük ölçüde giderilmektedir. DOLS yaklaşımı, özellikle Monte Carlo simülasyonları aracılığıyla test edilmiş ve sınırlı gözlem sayısına sahip ya da homojen olmayan serilerde dahi oldukça etkin ve sapmasız tahminler ürettiği ortaya konmuştur (Mark ve Sul, 2003: 654). Model şu şekildedir:

$$\hat{\delta}_{OLS} = [(\sum_t z_t z_t') \otimes I_{k_t}]^{-1} [(\sum_t (z_t \otimes I_{k_t}) (\Delta^{d-l+1} y_t'))] \quad (4.28)$$

$$\Delta^{d-l+1} y_t' = (z_t' \otimes I_{k_t}) \delta + v_t' \quad (4.29)$$

Kanonik Eşbütünleşme Regresyonu (CCR – Canonical Cointegrating Regression) yöntemi, Park (1992) tarafından geliştirilmiş olup, eşbütünleşme analizlerinde uzun dönem katsayılarının tutarlı biçimde tahmin edilmesini amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yöntem, yapısal olarak FMOLS (Fully Modified OLS) tahmincisine oldukça benzemektedir; ancak ondan temel farkı, EKK (En Küçük Kareler) tahmininde ortaya çıkan içsellik (endogeneity) ve sapma (bias) sorunlarını gidermek için veri üzerinde durağanlaştırıcı (stationary) dönüşümler uygulamasıdır. CCR tahmin aşamaları aşağıdaki gibidir (Berk, 2014: 72) :

- FMOLS tahmininde olduğu gibi, öncelikle açıklayıcı regresyon hataları (w_t) ve eşbütünleşme regresyon hataları (e_t), klasik EKK yöntemi kullanılarak elde edilir. Bu adım, modelin temel hata yapısını belirlemek açısından önem taşır.
- FMOLS yöntemine paralel olarak, tek yönlü uzun dönem kovaryans matrisi (Λ) ve kovaryans matrisi (Ω) tahmin edilir. Bununla birlikte, CCR yöntemi, bunlara ek olarak eşanlı kovaryans matrisi (Σ)'nın da tahmin edilmesini gerektirir. Bu matris, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki eşzamanlı ilişkilerin etkisini modellemeye yardımcı olur.
- Son aşamada, modeldeki bağımlı ve bağımsız değişkenler, elde edilen kovaryans matrisleri yardımıyla dönüştürülür. Bu dönüşüm hem içsellik sorununu hem de otokorelasyon etkilerini ortadan kaldırarak, tahmin edilen katsayıların tutarlı (consistent) ve etkin (efficient) olmasını sağlar:

$$X_t^* = X_t - (\hat{\Sigma}^{-1} \hat{\Lambda}_2)' \hat{u}_t \quad (4.30)$$

$$y_t^* = y_t - (\hat{\Sigma}^{-1} \hat{\Lambda}_2 \hat{\beta}_{OLS} + \begin{bmatrix} 0 \\ \hat{\Omega}_{22}^{-1} \hat{\omega}_{21} \end{bmatrix})' \hat{u}_t \quad (4.31)$$

Son olarak ise dönüştürülmüş veriye EKK uygulanarak CCR tahmincisine ulaşılr.

$$\hat{\theta}_{OLS} = \begin{bmatrix} \hat{\beta} \\ \hat{\gamma} \end{bmatrix} = (\sum_{t=1}^T X_t^* y_t^*) (\sum_{t=1}^T X_t^* X_t^{*'})^{-1} \quad (4.32)$$

4.7. Bulgular

Bu bölümde, 2014–2024 döneminde kamu ve özel hastanelerin vaka başı maliyetleri ile reçete başı maliyetlerinin, sosyal güvenlik kesimi üzerindeki mali yüküyle olan ilişkisini birim kök testleri (ADF, PP ve RALS-ADF), eş bütünleşme (RALS-EG) testi ve uzun dönem katsayı tahminleri (FMOLS, DOLS ve CCR) testleri analizi

yapılmıştır. Çalışmadaki değişkenlerin logaritması ve mevsimsellikten arındırılmış bir şekilde ele alınmıştır.

Tablo 7: RALS-ADF Birim Kök Testleri

Değişkenler	Gecikme Uzunluğu	Test İstatistiği	Rho
Lso_sa	2	1.924	0.898
Δ lso_sa	1	-13.303	0.896
Ldh_sa	3	2.044	0.810
Δ ldh_sa	1	-13.166	0.823
Loh_sa	0	1.587	0.850
Δ loh_sa	0	-14.885	0.862
Lkrt_sa	0	2.415	0.815
Δ lkrt_sa	0	-12.844	0.822
Kritik Değerler			
Rho (ρ)	%1	%5	%10
0.8	-3.391	-2.781	-2.465
0.9	-3.444	-2.845	-2.529

Kaynak: Im K. S., Lee J. and Tieslau M. A. (2014)

Not: RALS-ADF birim kök testinde ρ (rho), serinin düzeyde durağan olup olmadığını test eden temel parametredir ve klasik ADF testindeki katsayıya karşılık gelmektedir. Daha açık bir ifadeyle ρ , gecikmeli düzey teriminin katsayısını temsil eder ve serinin birim kök içerip içermediğini belirlemek amacıyla kullanılır.

Tablo 7’de göre Toplam sağlık harcaması serisi durağan değildir ancak birinci farkı alındığında durağan hale gelir. Yani bu seri I (1) düzeyinde entegredir. Devlet hastanelerinin vaka başı maliyetleri de seviyede durağan değildir; ancak farkı alındığında durağanlaşır. Bu da I (1) olduğunu gösterir. Özel hastanelerin maliyet serisi de aynı şekilde durağan değildir, fakat farkı durağandır (I (1)). Reçete maliyet serisi de seviyede durağan değil, ancak birinci farkı durağandır. Yani I (1) sürecidir. Bütün serilerin I (1) olması, zaman içinde trend gösteren yapılarının olduğunu ve serilerin uzun vadeli ekonomik süreçleri yansıttığını gösterir. Dolayısıyla, toplam sağlık harcamaları ile devlet/özel hastane maliyetleri ve reçete maliyetleri arasında anlamlı, yapısal ve uzun dönemli ilişkiler kurulabilir.

Tablo 8: ADF ve PP Birim Kök Testleri

ADF	Düzye	LSO_SA	LDH_SA	LOH_SA	LKRT_SA
Birim Kök Testi	Değerleri				
Sabitli	Test İstatistiği	3.4785	1.7050	3.0971	2.6921
	Olasılık	1.000	0.9996	1.000	1.000
	Birinci Fark				
	Değerleri	D(LSO_SA)	D(LDH_SA)	D(LOH_SA)	D(LKRT_SA)
Sabitli	Test İstatistiği	-12.5606	-10.0872	-11.7437	-7.6580
	Olasılık	0.000 ***	0.000 ***	0.000 ***	0.000 ***
PP	Düzye	LSO_SA	LDH_SA	LOH_SA	LKRT_SA
Birim Kök Testi	Değerleri				
Sabitli	Test İstatistiği	0.8867	1.0673	4.2564	3.1119
	Olasılık	0.9951	0.9971	1.000	1.000
	Birinci Fark				
	Değerleri	D(LSO_SA)	D(LDH_SA)	D(LOH_SA)	D(LKRT_SA)
Sabitli	Test İstatistiği	-19.2745	-15.0170	-12.5066	-11.7775
	Olasılık	0.000 ***	0.000 ***	0.000 ***	0.000 ***

Not: ***, ** ve * sırasıyla 0.01, 0.05 ve 0.10 anlamlılık düzeyini göstermektedir.

Tablo 8’de görüldüğü üzere ADF birim kök testinde D(LSO_SA), D(LDH_SA), D(LOH_SA) ve D(LKRT_SA) düzey seviyesinde yani I (0)’da sabitli düzeyde durağan değildir. Birinci farkları alındığında dört değişkende I (1) düzeyinde yani sabitli, sabitli-trendli ve sabitsiz-trendsiz düzeyde durağan hale gelmektedir. Sadece D(LSO_SA) sabitsiz-trendsiz düzeyde durağan halde değildir. PP birim kök testinde LSO_SA (Sağlık ödemeleri), LDH_SA (Devlet hastanelerinin vaka başı maliyeti), LOH_SA (Özel hastanelerinin vaka başı maliyeti) ve LKRT_SA (Reçete başı maliyeti) düzey seviyesinde yani I (0)’da sabitli durağan değildir. Birinci farkları alındığında dört değişkende I (1) düzeyinde yani sabitli düzeyde durağan hale gelmektedir.

Tablo 9: EG ve RALS-EG Eş Bütünleşme Test Sonuçları

Modeller	EG Test İstatistiği	RALS-EG Test İstatistiği	Rho	Rals-EG Tablo Kritik Değerleri		
				%1	%5	%10
LSO_SA=f(LDH_SA)	-6.288***	-6.518***	0.751	-3.828	-3.245	-2.916
LSO_SA=f(LOH_SA)	-6.413***	-6.586***	0.880	-3.892	-3.306	-2.986
LSO_SA=f(LKRT_SA)	-6.623***	-6.568***	0.800	-3.828	-3.245	-2.916

Not: RALS-EG2 tablo kritik değerler: -3.828, -3.245, -2.916. Bu değerler ***, ** ve * sırasıyla %1, %5 ve %10'a göre anlamlılıkları ifade etmektedir (Lee vd., 2015:403). Rho; uzun dönem korelasyon katsayısını ifade etmektedir.

Tablo 9'de görüldüğü üzere, model 1'de, model 2'de ve model 3'te yani sırasıyla sağlık ödemeleri-devlet hastanelerinin vaka başı maliyeti, sağlık ödemeleri-özel hastanelerinin vaka başı maliyeti ve sağlık ödemeleri-reçete başı maliyeti arasında hem EG hem de RALS-EG testlerinde H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir yani değişkenler arasında eş bütünleşme olduğunu göstermektedir. Model 1'de devlet hastanelerinin vaka başı maliyeti ile sağlık ödemeleri arasında uzun dönemli, anlamlı bir ilişki vardır. RALS-EG testinin çok güçlü bir istatistikle bu ilişkiyi doğrulaması, modelin yapısal olarak sağlam olduğunu göstermektedir. Devlet hastanelerindeki birim vaka maliyetlerindeki artış, toplam sağlık harcamalarıyla uzun dönemli olarak ilişkilidir. Kamu sağlık sistemi hem hizmet yoğunluğu hem de birim hizmet maliyetleri nedeniyle bütçeyi doğrudan belirleyen bir etkidir. Kamu hastanelerinde vaka başına maliyetin artışı, kamu bütçesi üzerinde doğrudan ve kalıcı bir baskı yaratmaktadır. Bu nedenle kamu hastanelerinde verimlilik, kaynak kullanımı ve maliyet kontrolü öncelikli reform alanlarıdır.

Model 2'de Özel hastanelerin vaka başı maliyetinin sağlık ödemeleri üzerinde uzun dönemli, istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir. EG testinin %1 düzeyinde ve RALS-EG testinin %1 düzeyinde anlamlı olması, bu ilişkinin güçlü ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Özel hastane hizmetlerinin vaka başı maliyet artışı da toplam sağlık harcamalarını uzun vadede artırmaktadır. Bu ilişki, devletin özel sektöre ödediği geri ödeme tutarlarının zamanla artmasına da işaret eder. Özel sağlık sektörü ile SGK arasındaki geri ödeme mekanizmaları gözden geçirilmelidir. Özellikle yüksek teknoloji

ve pahalı tedavi kalemlerinde özel hastanelerin maliyet yapısının şeffaflığı artırılmalıdır. Aksi halde, kamu kaynaklarının verimsiz şekilde özel sektöre kayması riski doğabilir.

Model 3’te Reçete başı maliyet ile toplam sağlık harcamaları arasında en güçlü eş bütünleşme ilişkilerinden biri vardır. İlaç ve reçete maliyetleri, sağlık sisteminin mali yapısında belirleyici bir yapısal unsur haline gelmiştir. İlaç politikaları (geri ödeme, fiyatlandırma, ruhsatlandırma) toplam sağlık harcamalarının seyrini doğrudan belirliyor. Özellikle reçete sayısı ve reçete başı maliyet artışı birlikte değerlendirildiğinde, ilaç kullanım alışkanlıkları ve hekim davranışları üzerinde denetim ve rehberlik gereklidir. “Akılcı ilaç kullanımı” yalnızca klinik değil, makroekonomik bir politika sorunudur. Toplam sağlık harcamaları, yalnızca hasta sayısına değil, doğrudan vaka başı maliyetlerin yapısına bağlıdır. Üç kalem de (kamu hizmet maliyeti, özel hizmet maliyeti, ilaç maliyeti) harcamaları uzun vadede artırmaktadır ve hepsi için ayrı politika gereklidir:

- Kamu hastanelerinde dijital verimlilik sistemleri
- Özel hastanelerde şeffaflık ve geri ödeme denetimi
- İlaç sektöründe ulusal üretim ve fiyat istikrarı politikası

Değişkenler arasında istikrarlı, istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü uzun dönemli bir ilişki söz konusudur. Tablo 3 ile Tablo 9 paraleldir. Her iki tabloda da yıllar içinde istikrarlı bir artış eğilimi var. Maliyet yükselişi, SGK ödemelerine doğrudan yansımış.

Tablo 10: DOLS , FMOLS ve CCR Test Sonuçları

Değişkenler	DOLS Katsayı	DOLS Olasılık	FMOLS Katsayı	FMOLS Olasılık	CCR Katsayı	CCR Olasılık
LDH_SA	1.303499	0.0000***	1.297360	0.0000***	1.298350	0.0000***
C	9.995306	0.0000***	10.01314	0.0000***	10.00868	0.0000***
LOH_SA	1.208764	0.0000***	1.195877	0.0000***	1.195747	0.0000***
C	10.06227	0.0000***	10.11488	0.0000***	10.11561	0.0000***
LKRT_SA	1.086073	0.0000***	1.086073	0.0000***	1.085967	0.0000***
C	11.05891	0.0000***	11.05891	0.0000***	11.05948	0.0000***

Not: ***, ** ve * sırasıyla 0.01, 0.05 ve 0.10 anlamlılık düzeyini göstermektedir.

Tablo 10’da görüldüğü üzere, DOLS, FMOLS ve CCR yöntemleri, zaman serisi analizinde eş bütünleşme ilişkilerini tahmin etmek amacıyla kullanılır. Bu modeller özellikle değişkenler arasında uzun dönem ilişkilerin varlığını tespit etmek için uygundur. Her iki yöntemde de tüm değişkenlerin p-değerleri (olasılık değeri) 0.0000’dır ve istatistiksel olarak %1 anlamlılık düzeyinde anlamlıdır (***) ile gösterilmiştir). LDH_SA

(Devlet hastanelerinin vaka başı maliyeti), DOLS katsayısı = 1.303, FMOLS katsayısı = 1.297 ve CCR katsayısı=1.298 'dir. Bu sonuçlar, devlet hastanelerindeki vaka başı maliyetlerdeki %1'lik bir artışın, sağlık harcamalarını yaklaşık %1,30 oranında artırdığını göstermektedir. Bu etki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Yani kamu hastanelerinin sunduğu hizmetlerin maliyetindeki artış, toplam sağlık harcamalarını güçlü biçimde yukarı yönlü etkilemektedir. Bu durum, kamu sektörünün sağlık sistemindeki merkezi rolünü ve bu kurumlarda yaşanacak maliyet değişimlerinin sistemin bütünü üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır.

Akademik açıdan değerlendirildiğinde, şehir hastaneleri ağırlıklı olarak üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan, ileri teknolojiye sahip, yüksek yatak kapasitesi ve gelişmiş yoğun bakım olanaklarıyla donatılmış sağlık tesisleri niteliğindedir. Bu özellikleri nedeniyle şehir hastaneleri, hasta profili bakımından üniversite ve büyük ölçekli devlet hastanelerine benzer şekilde, daha ağır, kronik ve komplike vakaların yoğunlaştığı merkezler hâline gelmektedir. Bu durum, FMOLS, DOLS ve CCR tahmin sonuçlarında kamu hastanelerine ilişkin katsayıların görece yüksek düzeylerde tahmin edilmesinde, şehir hastanelerinin sağlık sistemi içerisindeki artan ağırlığının önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Şehir hastanelerinin sisteme dâhil olmasıyla birlikte vaka karmaşıklığının artması ve buna paralel olarak birim maliyetlerin yükselmesi, kamu hastanelerinin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkisini güçlendiren temel unsurlar arasında yer almaktadır.

Bununla birlikte, mevcut analizde şehir hastanelerine özgü ayrı bir değişken tanımlanmamış olması nedeniyle, bu etki doğrudan ölçülememekte; şehir hastanelerinin etkisi, kamu hastaneleri değişkeni içerisinde örtük bir biçimde yansımaktadır. Ayrıca şehir hastanelerinin kamu-özel iş birliği modeli çerçevesinde işletilmesi, kira ve hizmet bedelleri aracılığıyla kamu bütçesi ve dolayısıyla SGK finansmanı üzerinde ilave bir mali baskı yaratabilmektedir. Bu yapısal özellik, özellikle uzun dönem katsayı tahminlerinde kamu hastanelerinin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkisinin daha güçlü görünmesine katkı sağlayan bir unsur olarak değerlendirilebilir. Ancak elde edilen bulgular, yüksek katsayıların temel nedeninin şehir hastanelerinin varlığından ziyade, bu hastanelerde sunulan hizmetlerin yüksek teknoloji kullanımı, ileri uzmanlık gereksinimi ve yoğun kaynak tüketimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, şehir hastaneleri analiz sonuçlarını şekillendiren önemli bir faktör olmakla birlikte, mevcut model çerçevesinde bu etkinin dolaylı nitelikte olduğu ve kamu hastaneleri grubunun içinde bütünleştiği söylenebilir.

LOH_SA (Özel hastanelerinin vaka başı maliyeti), DOLS katsayısı = 1.208, FMOLS katsayısı = 1.195 ve CCR katsayısı=1.195' dir. Özel hastanelerdeki vaka başı maliyetlerdeki %1'lik bir artışın, toplam sağlık harcamalarını yaklaşık %1,20 oranında artırdığı görülmektedir. Bu sonuçlar da istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır. Bu bulgu, özel sektörün sağlık sistemindeki etkisinin kamuya göre bir miktar daha düşük ancak kayda değer düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca özel hastanelerdeki maliyet artışlarının kamu maliyesine dolaylı etkisi, sosyal güvenlik sisteminin bu kurumlarla olan anlaşmaları üzerinden yansımaktadır.

LKRT_SA (Reçete başı maliyeti), DOLS - FMOLS katsayısı = 1.086 ve CCR katsayısı=1.085' dir. Reçete başı maliyetteki %1'lik bir artışın sağlık harcamalarını yaklaşık %1,08 oranında artırdığı görülmektedir. Bu durum, ilaç ve reçeteli ürünlerin toplam sağlık harcamalarındaki payının ciddi boyutta olduğunu ve özellikle reçeteleme alışkanlıkları ile ilaç fiyat politikalarının sağlık bütçesine doğrudan etki ettiğini ortaya koymaktadır.

Her üç değişkende FMOLS, DOLS ve CCR modellerinde benzer katsayılara ve anlamlılık düzeylerine sahip olması, elde edilen bulguların tutarlılığını ve güvenilirliğini desteklemektedir. En büyük etkiye sahip değişken LDH_SA (devlet hastanesi vaka başı maliyeti) olarak öne çıkarken, onu LOH_SA (özel hastane vaka başı maliyeti) ve LKRT_SA (reçete başı maliyeti) izlemektedir. Bu da sağlık sisteminde kamunun yükünün en yüksek olduğunu ve maliyet artışlarının sistemin sürdürülebilirliğini tehdit edebileceğini göstermektedir.

FMOLS, DOLS ve CCR tahmin sonuçlarında devlet hastanelerine ilişkin katsayının bire bir (1.00) değil de 1.30 olarak tahmin edilmesi, devlet hastanelerindeki bir birimlik artışın sağlık harcamaları üzerinde orantısız olmayan, çarpan etkisi yarattığını göstermektedir. Bu durum, devlet hastanelerinin sunduğu hizmetlerin yalnızca niceliksel bir artışı değil, aynı zamanda hizmet karmaşıklığı, tedavi yoğunluğu ve kaynak kullanımının eş anlı olarak artmasını ifade etmesiyle yakından ilişkilidir. Özellikle üniversite ve üçüncü basamak devlet hastaneleri, ileri tanı ve tedavi gerektiren ağır vakaları kabul etmekte; bu süreçlerde çok sayıda tetkik, ileri görüntüleme yöntemleri,

uzun yatış süreleri ve yoğun bakım hizmetleri birlikte kullanılmaktadır. Dolayısıyla devlet hastanelerinde gözlenen bir birimlik genişleme, sağlık sisteminde sadece tekil bir maliyet kalemini değil, birbirini tetikleyen çok sayıda harcama unsurunu devreye sokmakta ve bu da sağlık ödemelerinde bire birin üzerinde bir artışa yol açmaktadır.

Ek olarak, devlet hastanelerinin sağlık sistemindeki son başvuru merkezi rolü, sevk zinciri yoluyla gelen vakaların daha ileri evrede ve daha maliyetli olmasına neden olmaktadır. Bu durum, sağlık harcamalarının marjinal artışının ortalama artışın üzerine çıkmasına yol açarak katsayının 1'in üzerinde tahmin edilmesini açıklamaktadır. Bu bağlamda 1.30'luk katsayı, bir verimsizlik göstergesi olarak değil; kamu hastanelerinin üstlendiği yüksek riskli, yüksek maliyetli ve çok boyutlu tedavi fonksiyonunun ekonometrik bir yansıması olarak değerlendirilmelidir. Sonuç olarak, elde edilen bulgular devlet hastanelerindeki kapasite artışının sağlık harcamalarını doğrusal değil, çarpan etkisiyle artırdığını ortaya koymakta ve kamu hastanelerinin sağlık sistemindeki yapısal ağırlığını nicel olarak teyit etmektedir.

FMOLS, DOLS ve CCR tahmin sonuçlarında özel hastanelere ilişkin katsayının bire bir (1.00) yerine 1,20 olarak tahmin edilmesi, özel hastanelerdeki bir birimlik artışın sağlık ödemeleri üzerinde doğrusal olmayan ve sınırlı bir çarpan etkisi yarattığını göstermektedir. Bu durum, özel hastanelerde sunulan hizmetlerin yalnızca temel muayene veya tekil bir işlemle sınırlı kalmaması; aksine yatış, ileri görüntüleme, laboratuvar tetkikleri ve tıbbi müdahalelerin birlikte devreye girmesiyle ilişkilidir. Özel hastaneler, özellikle SGK ile sözleşmeli hizmetlerde hasta başına işlem yoğunluğunu artırarak, bir birimlik artışın sağlık sistemi içinde birden fazla maliyet kalemini harekete geçirmesine neden olmaktadır.

Bununla birlikte, özel hastanelerde sunulan hizmetlerin önemli bir kısmının SGK tarafından ilk ödeyici olarak finanse edilmesi, tamamlayıcı ve özel sigorta ödemelerinin ise bu hizmetlerin devamlılığını teşvik etmesi, hizmet kullanım sıklığını artıran bir etki yaratmaktadır. Bu yapı, hasta talebinin daha kolay harekete geçmesine ve sağlık hizmeti tüketiminin genişlemesine yol açarak sağlık ödemelerinin bire birin üzerinde artmasına neden olmaktadır. Ancak SGK'nın SUT fiyatları, ilave ücret tavanları ve geri ödeme sınırlamaları, bu artışın kontrolsüz biçimde büyümesini engellemekte; dolayısıyla katsayının 1.30 gibi daha yüksek seviyeler yerine 1.20 gibi orta düzey bir çarpan etkisi ile sınırlı kalmasını sağlamaktadır. Bu bağlamda 1.20'lik katsayı, özel hastanelerin sağlık

harcamaları üzerindeki etkisinin ne tamamen doğrusal ne de aşırı olduğunu; talep artırıcı mekanizmalar ile düzenleyici sınırların birlikte şekillendirdiği dengeli bir mali etkiyi yansıttığını göstermektedir.

FMOLS, DOLS ve CCR tahmin sonuçlarında reçete başı maliyetlere ilişkin katsayının bire bir (1.00) yerine 1,08 olarak tahmin edilmesi, reçete sayısındaki bir birimlik artış ile sağlık ödemeleri arasındaki ilişkinin tam doğrusal olmadığını, aksine sınırlı fakat pozitif bir çarpan etkisi içerdiğini göstermektedir. Reçete başına yazılan ilaçların maliyeti yalnızca ilacın kendisiyle sınırlı kalmamakta; muayene, kontrol, ek tetkik ve tedavi sürekliliği gibi tamamlayıcı sağlık hizmetlerini de tetikleyebilmektedir. Bu nedenle reçete sayısındaki artış, doğrudan ilaç harcamasının ötesine geçerek sağlık sisteminde ek maliyet kalemlerinin devreye girmesine yol açmakta ve sağlık ödemelerinin bire birin üzerinde artmasına neden olmaktadır.

Bununla birlikte, SGK'nın ilaç geri ödeme politikaları, eşdeğer ilaç uygulamaları ve SUT kapsamındaki fiyat sınırlamaları, reçete kaynaklı maliyet artışlarını belirli ölçüde kontrol altında tutmaktadır. Bu düzenleyici mekanizmalar, çarpan etkisinin yüksek düzeylere ulaşmasını engellemekte ve katsayının 1.30 gibi daha büyük değerler yerine 1.08 gibi ılımlı bir seviyede gerçekleşmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla 1.08'lik katsayı, reçete başı maliyetlerdeki artışın sağlık harcamalarını artırdığını ancak bu artışın sınırlı, yönetilebilir ve politika araçlarıyla denetlenebilir bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç, reçete davranışlarının sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin tamamen bire bir olmadığını, ancak güçlü düzenleme mekanizmaları sayesinde kontrollü bir çarpan etkisiyle çalıştığını göstermesi bakımından önemlidir.

Tablo 3, 4 ve 5'te görülen hasta başı maliyet artışları, SGK'nın kamu ve özel hastanelere yaptığı ödemelerin artışıyla uyumludur. Bu durum, sağlık hizmeti sunum maliyetlerinin yıllar içinde arttığını ve SGK bütçesi üzerindeki yükün büyüdüğünü gösteriyor. Tablo 4 ile Tablo 10 paraleldir. Özelde hasta başı maliyet artışı, SGK ödemelerindeki artışla aynı yönde ilerliyor.

Grafikler, tablolarla elde edilen sayısal bulgulara doğrudan paralel sonuçlar veriyor. Maliyet artışı, SGK ödemelerindeki büyüme ve özel sektörün payının artışı grafiksel olarak da teyit ediliyor.

Elde edilen ampirik bulgular, Türkiye'de kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki mali etkilerinin yıllar içinde belirgin biçimde farklılaştığını

göstermektedir. 2014–2024 döneminde özel hastanelerin vaka başı ve reçete başı maliyetlerinde sürekli bir artış gözlenirken, kamu hastaneleri daha düşük birim maliyetlerle hizmet sunmuştur. Bu durum, Eroğlu (2023) ve Sevim vd. (2022) tarafından ortaya konulan, sosyal güvenlik sisteminde artan maliyetlerin bütçe sürdürülebilirliğini tehdit ettiği yönündeki bulgularla örtüşmektedir. Nitekim özel hastanelerin maliyet artış hızının kamu hastanelerine kıyasla daha yüksek olması, SGK'nın ödeme yükünü artırmakta ve uzun vadede sistemin finansal dengesini zayıflatmaktadır.

Analiz sonuçları, Organ ve Yavuz (2017)'nin sosyal güvenlik açıklarının ekonomik büyüme üzerinde yarattığı olumsuz etkiyi vurgulayan çalışması da bu tezde ulaşılan sonuçları dolaylı biçimde desteklemektedir. Zira özel hastanelerin yüksek maliyetli hizmet yapısı, kamu bütçesi üzerindeki transfer gereksinimini artırarak, büyüme dinamiklerini dolaylı yoldan etkilemektedir.

Diğer yandan, Memişoğlu (2021) ve Altunöz (2017)'nin belirttiği üzere, sosyal güvenlik açıklarını kapatmak için yapılan bütçe transferleri, yatırım harcamalarının payını azaltarak kaynak dağılımında etkinlik kaybına neden olmaktadır. Bu çalışmanın bulguları da benzer şekilde, artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik bütçesinde bir “ikame etkisi” yarattığını, yani üretken yatırımlardan sağlık finansmanına kaynak aktarımına neden olduğunu göstermektedir. Bu durum, kısa vadede toplum refahını korusa da uzun vadede kamu maliyesi açısından sürdürülebilir olmayan bir dengeye işaret etmektedir.

Öte yandan, RALS-EG, FMOLS, DOLS ve CCR analizlerinde elde edilen uzun dönem katsayılarının pozitif yönlü olması, sağlık harcamaları ile sosyal güvenlik ödemeleri arasındaki ilişkinin yalnızca geçici dalgalanmalardan ibaret olmadığını, uzun dönemli bir mali bağımlılık içerdiğini göstermektedir. Bu yönüyle çalışma, Nurdoğan (2019)'un prim teşvikleri ile prim gelirleri arasında gözlenen çift yönlü nedensellik bulgusuyla benzer bir finansal bağın sağlık harcamaları tarafında da geçerli olduğunu kanıtlamaktadır. Özellikle COVID-19 döneminde kamu hastanelerinin maliyetlerinin artmasına karşın özel hastanelerin daha yüksek birim maliyetlerle öne çıkması, Cural (2016) ve Sevim vd. (2022)'nin kriz dönemlerinde sosyal güvenlik dengesinin bozulduğuna dair tespitleriyle paralellik taşımaktadır.

Literatürde Arıkan (2023) ve Pirani vd. (2018)'in hastane verimliliği üzerine yaptıkları analizler, kamu hastanelerinde verimliliğin zaman içinde artış eğilimi

gösterdiğini, özel hastanelerde ise teknolojik maliyetlerin etkinliği azalttığını vurgulamaktadır. Bu çalışmanın bulguları da benzer biçimde, kamu hastanelerinin kapasite kullanımı ve vaka başı maliyet açısından görel olarak daha etkin bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Kamu hastanelerinin SGK üzerindeki toplam yükü yüksek olsa da birim maliyet düzeyinde maliyet-etkin hizmet üretimi, kamu sektörünün sağlık finansmanında temel taşı olduğunu göstermektedir.

Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde, kamu hastanelerinin sunduğu hizmetlerin marjinal maliyetinin, özel hastanelere kıyasla daha düşük olduğu; dolayısıyla sağlık sisteminin toplam refah etkisi açısından kamu sektörünün sosyal fayda üretim kapasitesinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Buna karşılık, özel hastanelerin fiyatlandırma stratejilerinin ve SGK anlaşmalarının yeterli denetim mekanizmalarına tabi olmaması, finansal sürdürülebilirlik açısından risk oluşturmaktadır. Bu durum, literatürde Özgülbaş vd. (2008) ve Yeşilyurt ve Yeşilyurt (2006) tarafından vurgulanan “özel hastanelerin finansal güçlerine rağmen kamu politikalarına uyum zorlukları” bulgularıyla da örtüşmektedir.

Sonuç olarak, elde edilen analizler, literatürdeki ampirik bulgularla birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye’de sağlık sisteminin mali yapısında iki yönlü bir dinamik bulunduğunu göstermektedir ki, kamu hastaneleri finansal açıdan daha sürdürülebilir, özel hastaneler ise hizmet kalitesi açısından daha rekabetçidir. Ancak bu denge, SGK’nın ödeme mekanizmaları üzerinde yoğun bir baskı oluşturmaktadır. Dolayısıyla, kamu ve özel hastaneler arasındaki maliyet farklarının azaltılabilmesi için ödeme modellerinin maliyet-etkililik temelli biçimde yeniden düzenlenmesi, fiyatlandırma politikalarının şeffaflaştırılması ve performansa dayalı sözleşme mekanizmalarının güçlendirilmesi hem literatürde hem de bu çalışmanın bulgularında önerilen ortak yönelim olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti üretiminde ortaya çıkan maliyet farklılıklarının sosyal güvenlik kesimi üzerinde birbirinden farklı baskılar oluşturduğu açıkça görülmektedir. Kamu hastanelerine ilişkin bulgular, bu kurumlarda gerçekleşen birim maliyet artışlarının sistemin genel finansman yükünü yukarı çektiğini göstermektedir. Ekonomik açıdan bu durum, kamu hastanelerinin yüksek kullanım oranlarına sahip olması nedeniyle maliyetlerde yaşanan küçük değişimlerin dahi geniş bir bütçe etkisi yarattığını ortaya

koymaktadır. Kamu hastanelerinin maliyet davranışı, sosyal güvenlik kesimi bütçesinin kırılgenliğini doğrudan etkileyen bir unsur hâline gelmektedir.

Türkiye’de sağlık ödemelerinin uzun dönemde doğrudan vaka başı maliyetlerle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bu durum, hasta sayısındaki değişimlerden ziyade her bir hastanın sisteme getirdiği maliyetin bütçe üzerindeki baskıyı belirlediğini ortaya koymaktadır. Kamu hastaneleri açısından bakıldığında vaka başı maliyetlerin artışı toplam sağlık harcamaları üzerinde doğrudan ve kalıcı bir etki yaratmaktadır. Bu nedenle kamu hastanelerinde yalnızca kapasite artırımı değil, aynı zamanda verimlilik, maliyet kontrolü ve kaynak kullanımının rasyonelleştirilmesi kritik hale gelmiştir. Sevk zincirinin etkinleştirilmesi, birinci basamağın güçlendirilmesi ve vatandaşların doğrudan üçüncü basamak kurumlara yöneliminin sınırlandırılması, maliyet baskısını azaltacak önlemler arasında değerlendirilebilir. Ayrıca performansa dayalı değil, kaliteye dayalı finansman modellerinin benimsenmesi ve lojistik maliyetlerin optimizasyonu da bütçe üzerinde rahatlatıcı etki yaratacaktır.

Özel hastanelere ilişkin sonuçlar ise daha farklı bir ekonomik dinamiğe işaret etmektedir. Özel hastanelerde vaka başı maliyetin sosyal güvenlik kesimi ödemeleri üzerindeki daha güçlü etkisi, özel sektörün fiyatlandırma yapısının kamudan ayrıştığını göstermektedir. Ekonomik açıdan bakıldığında, özel hastanelerin daha yüksek maliyetle hizmet üretmesi, sosyal güvenlik kesimine aktarılan kaynakların hizmet sunumu ile maliyet dengesi arasında zaman zaman uyumsuzluk oluşturabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, sözleşmeli hizmetlerin ekonomik açıdan yeniden yapılandırılması gerekliliğini güçlendirmektedir. Vaka başı maliyetlerin uzun vadede sağlık harcamalarını artırdığını ve bu etkinin güçlü bir şekilde istatistiksel olarak doğrulandığını göstermektedir. Bu bulgu, SGK’nın özel sektöre yaptığı geri ödemelerin zamanla artış eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu noktada geri ödeme mekanizmalarının gözden geçirilmesi, maliyet yapılarının şeffaflığının artırılması ve yüksek teknolojiye dayalı tedavilerde özel hastanelerin maliyetlerini düzenli biçimde raporlamasının zorunlu hale getirilmesi önemlidir. Özel sektörde value-based healthcare yaklaşımıyla, yalnızca hizmet sunumuna değil tedavi sonuçlarına göre ödeme yapılması, kamu kaynaklarının daha etkin kullanılmasına katkı sağlayabilir.

Reçete başı maliyetin anlamlı etkisi ise ilaç tüketiminin sosyal güvenlik kesimi harcamaları içindeki payının giderek arttığını göstermektedir. Ekonomik açıdan bu bulgu,

özellikle kronik hastalıklar nedeniyle sürekli ilaç kullanımını gerektiren nüfus gruplarının bütçe üzerinde yarattığı uzun vadeli yükü görünür kılmaktadır. İlaç fiyatlarındaki değişimler ve tüketim miktarındaki artış, sosyal güvenlik kesimi açısından öngörülebilirliği düşük ve mali baskısı yüksek bir alan oluşmasına neden olmaktadır. Reçete başı maliyet ile sağlık ödemeleri arasındaki güçlü eş bütünleşme ilişkisi, ilaç harcamalarının sağlık sisteminin en belirleyici mali unsurlarından biri haline geldiğini göstermektedir. Reçete sayısındaki artış sınırlı kalmasına rağmen reçete başına maliyetlerin hızla yükselmesi, ilaç politikalarının makroekonomik sonuçlar doğurduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Bu çerçevede farmakoeconomik değerlendirmelerin zorunlu hale getirilmesi, yerli üretim ve jenerik ilaç kullanımının artırılması, hekimlerin reçete yazım davranışlarını yönlendirecek karar destek sistemlerinin yaygınlaştırılması ve akılcı ilaç kullanımının yalnızca klinik değil aynı zamanda ekonomik bir politika boyutu olarak ele alınması önemlidir.

Elde edilen bulgular sosyal güvenlik kesiminin finansman baskısının tek bir maliyet unsurundan değil, hastane hizmetleri ve ilaç tüketimi gibi birbirini tamamlayan alanlardan kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Ekonomik açıdan bu durum, bütçe yönetiminin sadece maliyet artışlarına tepki veren bir yapıda değil, maliyet oluşum süreçlerini önceden öngörüp yönlendirebilen bir stratejiyle ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Çalışmanın bulguları, sağlık harcamalarındaki artış eğiliminin sistemde uzun vadeli bir finansman baskısı oluşturduğunu ve bu baskının kontrol altına alınabilmesi için maliyet-etkililik temelli bir yaklaşımın ekonomik zorunluluk olduğunu göstermektedir.

Genel sağlık finansmanı perspektifinden bakıldığında ise global bütçe uygulamaları ile kamu ve üniversite hastanelerinin yıllık harcama çerçevesinin önceden belirlenmesi, sağlık teknolojisi değerlendirme kurumlarının kurulması ve maliyet-etkinlik odaklı politikaların karar süreçlerine entegre edilmesi uzun vadeli sürdürülebilirliği güçlendirecektir. Düzenli biçimde yapılan ekonometrik analizlerin politika yapımında rehber olarak kullanılması da sağlık harcamalarındaki ani artışların önceden öngörülmesine ve erken müdahale edilmesine olanak tanıyacaktır.

Bu bütünsel çerçevede ulaşılan sonuç, sağlık harcamalarının seyrini belirleyen en kritik unsurun vaka başı maliyetler olduğudur. Kamu, özel ve ilaç sektörlerinin her biri farklı dinamiklerle bu maliyetleri yukarı çekmekte, bu nedenle her alan için ayrı ama birbirini tamamlayan politika setlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği yalnızca mali disiplinle değil, aynı zamanda hizmet kalitesini ve erişimi önceleyen insani politikalarla sağlanmalıdır. Bu çerçevede, etkin maliyet yönetimi ve sosyal adaleti gözeten bir sağlık finansman yapısı hem ekonomik dengeler hem de toplum sağlığı açısından vazgeçilmezdir.



SONUÇ VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Bu çalışma, Türkiye'deki kamu ve özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemine olan etkilerini, sağlık ekonomisinin temel ilkeleri ve ampirik veri analizleri çerçevesinde kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlamıştır. Sağlık hizmetlerinin finansman yapısının temel belirleyicisi olan sosyal güvenlik sistemi, ülkedeki sağlık kurumlarının işleyiş biçimlerini, hizmet sunum kapasitelerini ve mali sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmeli olarak çalışan kamu ve özel hastanelerin, bu sisteme maliyet açısından olan katkıları ve yükleri, Türkiye'de sağlık politikalarının belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır.

Çalışmada öncelikle sosyal güvenliğin tarihsel gelişimi, kurumsal yapısı ve finansman kaynakları teorik olarak ele alınmış; ardından kamu ve özel hastanelerin yapısal özellikleri ile sağlık sistemi içindeki rollerine odaklanılmıştır. Bu bağlamda sağlık harcamalarının seyrine, kurumların maliyet yapısına ve hizmet sunum profillerine dair veriler kullanılarak, kamu ve özel sektörün sosyal güvenlik sistemine olan etkileri karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

Analiz bulguları bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, kamu ve özel hastanelerin her ikisinin de sosyal güvenlik sistemi üzerinde istatistiksel ve ekonomik açıdan anlamlı etkiler yarattığı; ancak bu etkilerin yönü, büyüklüğü ve etki mekanizmalarının hastane türüne göre belirgin biçimde farklılaştığı görülmektedir. Kamu hastaneleri, geniş hizmet ağı, görece düşük birim maliyetler ve yaygın erişim olanakları sayesinde sosyal güvenlik sistemi açısından temel hizmet sunucusu konumunu sürdürmektedir. Bununla birlikte, kamu hastanelerine yönelik yüksek müracaat sayıları, hasta yoğunluğunu artırarak mevcut insan kaynağı ve teknolojik altyapı üzerindeki baskıyı derinleştirmekte; bu durum hem hizmet sunum sürecinde aksamalar yaşanmasına hem de hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açabilmektedir.

Özel hastaneler ise daha esnek hizmet sunumu, gelişmiş altyapı ve hasta odaklı yaklaşımı ile dikkat çekmektedir. Bu olumlu yönlerine karşın, maliyet açısından sosyal güvenlik sistemi üzerinde oluşturdukları yük daha yüksektir. Özellikle bazı branşlarda yapılan işlemlerin faturalandırılmasında karşılaşılan şeffaflık sorunları ve gereksiz işlem yoğunluğu, sosyal güvenlik sistemi açısından mali denetimi güçleştiren unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Analiz bulguları çerçevesinde değerlendirildiğinde, özel hastanelerin

kuruluşu ve devlet tarafından desteklenmesi, yalnızca sağlık hizmeti sunumunda niceliksel bir artış sağlamaya yönelik bir tercih değil; aynı zamanda kamu sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini güçlendirmeyi amaçlayan stratejik bir politika aracı olarak öne çıkmaktadır. Ampirik sonuçlar, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasının sosyal güvenlik sistemi üzerinde belirgin bir mali baskı oluşturduğunu göstermekte; bu durum, devletin hizmet sunum yükünü özel sektörle paylaşma yönündeki tercihinin rasyonel bir zemine dayandığını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda özel hastaneler, kamu sağlık sisteminin alternatifi değil, kamunun kapasitesini tamamlayan ve hizmet arzını genişleten yapılar olarak konumlanmaktadır.

Elde edilen bulgularla uyumlu biçimde, devletin özel hastaneleri desteklemesi; altyapı ve teknoloji yatırımlarının kamu bütçesi dışından finanse edilmesini mümkün kılarken, kamunun sınırlı kaynaklarını daha çok yüksek riskli vakalar, ileri tedaviler ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirmesine olanak sağlamaktadır. Ancak analiz sonuçları, özel hastanelerin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkisinin tamamen sınırlı olmadığını da göstermekte; bu nedenle söz konusu destek mekanizmalarının SGK sözleşmeleri, SUT fiyatları ve düzenleyici çerçeve aracılığıyla kamu yararı gözetilerek sürdürülmesinin önemini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, özel hastanelere yönelik destek politikaları, sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik ve kalite artışı ile mali denge arasındaki hassas ilişkinin korunması amacıyla, ampirik bulgular ışığında dikkatle tasarlanması gereken bir alan olarak değerlendirilmektedir.

Bu bağlamda gerçekleştirilen ekonometrik analizler, kavramsal bulgularla örtüşen sonuçlar vermiştir. Yapılan ADF, PP ve RALS ADF birim kök testleri, çalışmada yer alan sağlık harcaması, devlet ve özel hastane vaka başı maliyetleri ile reçete başı maliyet serilerinin durağan olmadığını, ancak birinci farkları alındığında durağanlaştıklarını ortaya koymuştur. Bu durum, değişkenlerin uzun dönemli ilişkilere konu olabilecek yapıda olduklarını göstermektedir.

Eş bütünleşme testleri (EG ve RALS-EG) ile yapılan analizlerde, sağlık ödemeleri ile devlet hastanesi vaka başı maliyeti, özel hastane vaka başı maliyeti ve reçete başı maliyet arasında anlamlı uzun dönemli ilişkiler bulunmuştur. Özellikle RALS-EG testi, geleneksel EG testine göre daha yüksek istatistiksel anlamlılık sağlamış ve kamu ile özel hastane maliyetlerinin sosyal güvenlik harcamalarıyla güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Devamında uygulanan DOLS, FMOLS ve CCR analizleri, söz konusu değişkenlerin sağlık harcamaları üzerindeki katsayı etkilerini ortaya koymuştur. Her üç analiz türünde, özellikle devlet hastanelerinin vaka başı maliyetlerinin sosyal güvenlik harcamaları üzerinde en güçlü etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bunu sırasıyla özel hastaneler ve reçete başı maliyet izlemiştir. Bu bulgular, kamu hastanelerinin daha büyük hizmet hacmine sahip olduğunu ve maliyetlerinin SGK bütçesi üzerindeki baskısının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

FMOLS, DOLS ve CCR tahmin sonuçlarında devlet hastanelerine ilişkin katsayıların özel hastanelere kıyasla daha yüksek bulunması, sağlık hizmetlerinin yapısal işleyişiyle yakından ilişkilidir. Özellikle üniversite hastaneleri başta olmak üzere devlet hastaneleri, sağlık sisteminde daha karmaşık, ileri düzey uzmanlık gerektiren ve çoğu zaman hayati risk taşıyan vakaların tedavi edildiği merkezler konumundadır. Ağır hastalıkların tanı ve tedavi süreçleri, çoklu branş katılımı, ileri teknoloji kullanımı, yoğun bakım gereksinimi ve uzun yatış süreleri gibi unsurlar, bu kurumlarda sunulan hizmetlerin maliyet yapısını doğal olarak yükseltmektedir. Buna karşılık özel hastaneler, hasta profili açısından daha seçici bir yapı sergileyebilmekte ve çoğunlukla görece düşük riskli, kısa süreli ve planlanabilir tedavilere odaklanabilmektedir. Bu durum, devlet hastanelerinin yalnızca niceliksel olarak değil, niteliksel olarak da daha ağır bir hizmet yükünü üstlendiğini göstermektedir. Dolayısıyla ekonometrik bulgularda kamu hastanelerinin sosyal güvenlik sistemi üzerindeki etkisinin daha yüksek görünmesi, verimsizlikten ziyade, sağlık sisteminin eşitlik ve erişilebilirlik ilkeleri doğrultusunda üstlenilen toplumsal sorumluluğun bir yansımasıdır. Devlet ve üniversite hastaneleri, sağlık hizmetlerinin son başvuru noktası olarak en kırılgan hasta gruplarını tedavi etmekte ve bu yönüyle sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği açısından vazgeçilmez bir rol oynamaktadır.

Analizlerin tamamı birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği açısından kamu ve özel sektörün dengeli biçimde yapılandırılması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır. Kamu hastanelerinin finansal açıdan daha maliyet-etkin hizmet sunmaları, sistemin genel yükünü azaltırken; özel hastanelerin ise denetim mekanizmaları ile bütünleşmiş biçimde çalışmaları, maliyetlerin şeffaf biçimde belirlenmesi açısından önem arz etmektedir.

Ayrıca, reçete başı harcamalarda gözlemlenen artış eğilimi, sadece sağlık kurumlarının değil, aynı zamanda ilaç politikalarının da sosyal güvenlik harcamalarındaki artışta önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle, sadece hastane hizmetlerinin değil, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, reçete planlamalarının gözden geçirilmesi ve hasta yönlendirme sistemlerinin etkin hale getirilmesi gibi alanlara da yatırım yapılması gerekmektedir.

İktisadi açıdan bakıldığında, sağlık hizmetleri piyasasında devletin rolü yalnızca finansman sağlayıcı olarak değil, aynı zamanda etkin bir düzenleyici ve denetleyici aktör olarak belirginleşmektedir. Kamu hastanelerinin düşük maliyetli hizmet sunumu, ölçek ekonomileri ve sosyal refah fonksiyonlarıyla uyumludur; ancak bu avantajın korunabilmesi, teknolojik altyapı yatırımlarının ve insan kaynaklarının güçlendirilmesiyle mümkündür. Öte yandan özel sektörün, yenilikçilik ve hizmet kalitesi konularında sunduğu katkı, rekabetin ve hizmet çeşitliliğinin artmasına yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, kamu ve özel sektör arasında “tamamlayıcı rekabet” modeline dayalı bir denge kurulması hem maliyet etkinliğini hem de hizmet kalitesini optimize edebilir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının iktisadi etkileri iki yönlüdür: kısa vadede maliyet baskısı yaratırken, uzun vadede beşeri sermayeyi güçlendirerek ekonomik potansiyeli artırmaktadır. Bu nedenle, sağlık harcamalarının etkin yönetimi ve sürdürülebilir finansmanı, yalnızca SGK bütçesinin korunması değil, aynı zamanda ülke ekonomisinin genel direncinin artırılması açısından da önem taşımaktadır. Kamu harcamalarında verimlilik ilkesi ile sosyal adalet ilkesinin dengelenmesi hem mali dengeyi koruyacak hem de toplumun genel refah düzeyini yükseltecektir.

Çalışmada ulaşılan bulgular göstermektedir ki, Türkiye’nin sağlık sisteminde kamu ve özel hastaneler birbirini tamamlayan, ancak maliyet ve denetim açısından farklı dinamiklere sahip yapılardır. Kamu hastaneleri sosyal güvenlik sisteminin temel taşı olmaya devam ederken, özel hastanelerin hizmet kapasitesinin sosyal güvenlik sistemine entegre edilmesi, ancak sıkı denetim ve stratejik sözleşme yönetimiyle sürdürülebilir hale getirilebilir. Bu bağlamda, geleceğe dönük politika oluşturma süreçlerinde, ampirik analiz bulguları ışığında kamu-özel iş birliği modellerinin yeniden değerlendirilmesi ve sosyal güvenlik finansman yapısının güçlendirilmesi temel bir zorunluluk haline gelmiştir. Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak, kamu kaynaklarını

daha etkin kullanmak ve sağlık hizmetlerinde eşitliği güçlendirmek adına çeşitli politika önerilerine ihtiyaç duyulduğu anlaşılmıştır.

Öncelikle hem kamu hem de özel hastanelerin SGK bütçesi üzerindeki yükü her geçen yıl artmaktadır. Bu durum, sağlık finansmanında maliyet-etkililik ilkesini ön plana çıkarmayı gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sadece hizmet miktarına değil, aynı zamanda sunulan hizmetin niteliğine ve sonucuna göre bir değerlendirme yapılmalı, kaynak tahsisi bu doğrultuda yeniden şekillendirilmelidir.

Kamu hastanelerinin bölgesel dağılımında gözlenen dengesizliklerin giderilmesi ve altyapı ile insan kaynağının güçlendirilmesi, özel hastanelere yönelimin azaltılması açısından önemlidir. Bu yaklaşım, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimde adaleti sağlayacak ve sosyal güvenlik sisteminin maliyetini düşürecektir.

Son dönemde gündeme gelen özel hastanelerdeki usulsüz faturalandırma ve yolsuzluk iddiaları, bu bulguların gerçek hayattaki yansımalarını ortaya koymaktadır. Bu vakalar, özel hastanelerin SGK zerindeki yükünün yalnızca yapısal maliyet farklarından değil, aynı zamanda denetim eksiklikleri ve bazı yanlış uygulamalardan da kaynaklanabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla sağlık ekonomisine dair analizlerde sadece rakamlar değil, yönetişim kalitesi, etik ilkeler ve idari kapasite de dikkate alınmalıdır.

Çalışmanın bulguları, kamu ve özel hastanelerdeki vaka başı maliyetlerin ve reçete harcamalarının sosyal güvenlik kesiminin finansman yükünü anlamlı biçimde etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçlara dayanarak politika yapıcıların özellikle maliyet yönetimi, hizmet sunumundaki etkinlik ve ilaç tüketimindeki rasyonelleştirme konularına daha fazla odaklanması gerekmektedir. Kamu hastanelerinde ortaya çıkan maliyet artışlarının finansman üzerinde güçlü bir etkisi bulunduğundan, bu kurumlarda kaynak kullanımının daha verimli hâle getirilmesi önem taşımaktadır. Hizmet başı ödeme yerine kalite ve performansa dayalı ödeme modellerinin güçlendirilmesi, maliyet baskısını azaltabilecek araçlardan biri olarak değerlendirilebilir.

Özel hastanelerdeki vaka başı maliyetlerin sosyal güvenlik kesimine daha yüksek düzeyde yansıdığı bulgusu, sözleşme süreçlerinin gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu kapsamda, özel hastaneler için uygulanan paket fiyatların belirli dönemlerde yeniden değerlendirilmesi, maliyet artış hızları ile sosyal güvenlik kesiminin bütçe sürdürülebilirliği arasında daha dengeli bir yapı kurulmasını sağlayabilir. Ayrıca

özel sektör ile yapılan sözleşmelerde hizmet standardizasyonunun artırılması, maliyetlerin öngörülebilirliğini güçlendirerek finansman baskısını hafifletebilir.

Reçete başı maliyetin toplam harcamalar üzerindeki etkisi, ilaç tüketimindeki artış eğilimlerine karşı daha etkin bir politika yaklaşımının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, akılcı ilaç kullanım programlarının yaygınlaştırılması, eşdeğer ilaç farkındalığının artırılması ve hekimlerin reçete davranışlarını destekleyici klinik rehberlerin güncellenmesi gibi uygulamalar, ilaç giderlerinin kontrol altına alınmasına katkı sağlayabilir. Böyle bir yaklaşım hem hastaların doğru tedaviye yönlendirilmesini hem de gereksiz maliyetlerin azaltılmasını mümkün kılacaktır.

Bu bulgular çerçevesinde genel olarak sosyal güvenlik kesiminin sağlık harcamalarındaki artış eğilimini dengeleyebilmesi için maliyet-etkililik analizi temelli bir yaklaşım benimsemesi önemlidir. Hem kamu hem de özel hizmet sunucuları için maliyetlerin düzenli olarak izlenmesi, denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi ve hizmet planlamasında veri temelli politikaların önceliklendirilmesi, finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasına yardımcı olacaktır. Çalışmanın ortaya koyduğu ilişkiler, sağlık sisteminde daha bütüncül ve maliyet odaklı politikaların benimsenmesinin zorunlu hâle geldiğini göstermektedir.

Politika yapıcılar için bu bulgular üç önemli noktayı gündeme getirmektedir. İlk olarak, SGK'nın fatura ve provizyon sistemleri daha güçlü dijital doğrulama mekanizmalarıyla desteklenmelidir. İkinci olarak, özel hastanelerle yapılan sözleşmelerde hizmet kalitesi ve yaptırımlar daha net ve bağlayıcı hale getirilmelidir. Üçüncü olarak ise, kamu kaynaklarını kötüye kullanan uygulamalara karşı caydırıcı yaptırımlar etkin biçimde uygulanmalı, böylece hem mali disiplin korunmalı hem de vatandaşların sağlık sistemine olan güveni güçlendirilmelidir.

Kamu ve özel sağlık sektörleri arasında optimal bir denge oluşturulmadığı sürece sosyal güvenlik sisteminin mali yapısının kırılgan hale geleceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık ekonomisinde etkin kaynak tahsisini sağlayan, mali disiplini koruyan ve sosyal faydayı önceleyen bir politika yaklaşımı benimsenmelidir. Böyle bir yaklaşım, yalnızca sosyal güvenlik kurumunun mali sürdürülebilirliğini güvence altına almakla kalmayacak, aynı zamanda toplumun uzun vadeli ekonomik refahını da güçlendirecektir.

Sosyal güvenlik sistemi üzerindeki mali baskının azaltılmasına yönelik olarak tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarının teşvik edilmesi, bireylerin sağlık

hizmetlerine erişimini güçlendirirken kamuya ait finansal yükün daha dengeli bir biçimde paylaşılmasına katkı sağlayacaktır. Buna ek olarak, sağlık hizmetlerinde dijital altyapının yaygınlaştırılması; reçete, faturalama ve geri ödeme süreçlerinin daha etkin, izlenebilir ve şeffaf biçimde yönetilmesini mümkün kılacak, böylece kaynak kullanımında etkinliği artırarak sistimal risklerinin azaltılmasına hizmet edecektir.

Son olarak, nüfusun yaşlanması ve sağlık hizmetlerine olan talebin artması gibi demografik değişimler göz önünde bulundurularak, sosyal güvenlik sisteminin aktüeryal dengesi korunmalı, gerekirse prim oranları, emeklilik yaşı ve hizmet süresi gibi parametrelerde düzenlemeye gidilmelidir. Bu yapısal adımların atılması, uzun vadeli sürdürülebilirlik açısından kritik önem taşımaktadır.

Tüm bu öneriler, sağlık sisteminin sadece mali olarak değil, aynı zamanda sosyal adalet ve insani değerler temelinde daha güçlü bir yapıya kavuşmasını amaçlamaktadır.

KAYNAKÇA

- 16/6/2006 tarihli ve 26200 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”.
- Açıkol C., (2019). Türkiye’de Sağlık Sigortası Uygulamaları ve Seçilmiş Ülke Uygulamalarıyla Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Akbulak S., ve Akbulak Y., (2004). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Alınması Gereken Önlemler. *Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması Konu: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri*, Yayın No: 17, Manisa.
- Akgün M., (2015). Türkiye’deki Kayıt Dışı İstihdamın Sosyal Güvenlik Sistemimize Getirmiş Olduğu Yükler ve Son Yıllarda Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Uygulanan İşveren Teşviklerinin Kayıt Dışı İstihdamı Azaltmadaki Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Akıncı F., Esatoğlu A. E., Tengilimoğlu D. and Parsons A., (2005). Hospital Choice Factors, *Health Marketing Quarterly*, 22(1), pp. 3-19.
- Akyol B., (2024). Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Bireylerin Algılarının Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel Sektör Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, Ankara.
- Alparslan D., Gençtürk M., ve Özgülbaş N. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde İşletme Sermayesi ile Finansal Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Analizi. *Suleyman Demirel University Journal Of Faculty Of Economics & Administrative Sciences*, 20(1).
- Alper Y., (2000). 4447 Sayılı Kanun ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansman Yapısına Etkileri, Prof. Dr. Nusret Ekin’e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayınları, Yayın No:38, Ankara.
- Alper Y., (2004). Kayıtdışı Ekonomi Sosyal Güvenlik Sistemini Çökertiyor, Türk İş Dergisi, Sayı 360, Mart-Nisan.
- Altunöz U., (2017). Sosyal Güvenlik Politikaları Açısından Bütçe Transferlerinin Makroekonomik Etkileri: Türkiye Deneyimi. *International Review Of Economics And Management*, (5), 58-77.

- Arıcı K. ve Alper Y., (2015). Sosyal güvenliğin İktisadi ve Mali Boyutu. Y. Alper & S. Tekeli (Der.), Sosyal Güvenlik İçinde, Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir.
- Arıcı K., ve Alper Y., (2012). *Sosyal Güvenlik*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2659.
- Arık, Ö., (2010). Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel sağlık Sigortalarının ve Avrupa Birliğindeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları ile Bir Karşılaştırma, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Arıkan G., (2023). Veri Zarflama Analizinde Malmquist Endeksi ile Toplam Faktör Verimlilik Ölçümü: Özel Hastaneler Üzerine Bir Uygulama. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 13(2), 283-300.
- Ateş M., (2016). Sağlık Sistemleri, 3. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Atmaca E., Turan F., Kartal G., Çiğdem E. S., (2012). Ankara İli Özel Hastanelerin Veri Zarflama Analizi ile Etkinlik Ölçümü. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 16 (2), 135-153.
- Balcı İzgi B., (2007). Sosyal Güvenlik Sisteminin Özel Tasarruflar Üzerindeki Etkisi: Türkiye Örneği. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 16(1), 361-374.
- Bayat T., (2011). Türkiye’de Döviz Kuru ve Nispi Fiyat Değişkenliği: Doğrusal ve Doğrusal Olmayan Zaman Serileri Analizi, Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Malatya.
- Bedir G., (2013). “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanların Prime Esas Kazançları Nasıl Tespit Edilir?”, E-Yaklaşım Dergisi.
- Berk E., (2014). Türkiye’de Para Talebi: Basit ve Divisia Ölçümlerle Ampirik Bir Analiz, Yüksek Lisans Tezi., Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Denizli.
- Bilis E., (2016). Türkiye’de Sosyal Sigortalar Sisteminde Kadının Yeri, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Anabilim Dalı, Muğla.
- Binay M., (2015). The Laffer Effect at Turkish Social Security Administration’s Premium Revenue, *Procedia Economics and Finance*, s. 592 – 597.
- Bitimli G., (2019). Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Ana Bilim Dalı, İstanbul.

- Cihangiroğlu M., (2019). Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Sağlık Sigortacılığına ve Sağlık Sistemine Etkileri: Türkiye Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Culyer, A. J., and Newhouse, J. P. (Eds.). (2000). *Handbook of Health Economics* (Vol. 1). Elsevier.
- Cural M., (2016). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Mali Yapısı ve Sisteme yapılan Bütçe Transferlerinin Ekonomik Yansımaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(2), 693-706.
- Çağlayan Akay E. ve Saçaklı Saçıldı İ., (2006). Satın Alma Gücü Paritesinin Geçerliliğinin Sıfır Frekansta Spektrum Tahmincisine Dayanan Birim Kök Testleri ile İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Dergisi* , vol.1 , 121-137.
- Çelik A., (2002). *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Dönüşümü ve Türkiye*. Ankara: Kamu İşletmeleri İşverenleri Sendikası Yayınları.
- Çiçen, Y. B. (2020). Türkiye’de Politik Süreçlerin Kapsayıcılığı: RALS Birim Kök Testi ve Eş bütünleşme Yaklaşımı. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 12(2),193-209.
- Çobanoğlu V., (2021). Yapısal Kırılmalı Birim Kök Testlerinin Gelişimi: Makroekonomik Verilerle Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi., Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ekonometri Anabilim Dalı, Bursa.
- Dedeoğlu S., (2009). Eşitlik mi Ayrımcılık mı? Türkiye’de Sosyal Devlet, Cinsiyet Eşitliği Politikaları ve Kadın İstihdamı. *Çalışma ve Toplum: Ekonomi ve Hukuk Dergisi*. 2(21). 41-54.
- Değirmencioğlu P. T., (2021). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını Rolü: Üniversite Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, *Yüksek Lisans Tezi*. Kayseri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kayseri.
- Demir S., (2013). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemindeki Aksaklıklar, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Anabilim Dalı, Isparta.
- Deniz H., (2020). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Finansmanı ve 2010-2018 Yılları Finansman Açıklarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Ekonomi ve Finans Anabilim Dalı, İstanbul.
- Dilik S., (1991). Sosyal Güvenlik. Kamu-İş Yayınları, Ankara.

- Doğanlar M., Mike F., Kızılkaya O. ve Karlılar S., (2021). Testing The Long-Run Effects of Economic Growth, Financial Development and Energy Consumption on CO2 Emissions in Turkey: New Evidence From RALS Cointegration test. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(4).
- Doğukan, M. N., (2014). Özel Sağlık Sigortası.
- DPT, (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*. Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara.
- Duffy S. Q. and Friedman B. (1993). Hospitals With Chronic Financial Losses: What Came Next? *Health Affairs*, 12, No. 2: 151-163.
- Duygulu E. ve Pehlivan P., (2004). Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları No.17, Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması.
- Egeli H., (2009). Parafiskalite ve Parafiskal Kurumlar, Altın Nokta Basım ve Yayın, Dağıtım, İzmir.
- Enders W., (2009). *Applied Econometric Time Series*, Fourth Edit., Newyork: Wiley & Sons.
- Engle, R. F., ve Granger, C. W., (1987). Co-integration and Error Correction: Representation, Estimation, and Testing. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 55(2), 251-276.
- Er, Ü. (2011). Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erdoğan E. S. (2018). *Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye’de sosyal güvenlik harcamalarının değerlendirilmesi*. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM Kitap), Ankara Üniversitesi Yayınları, 586, 26-120.
- Erkek, N. ve Erkek F., (2012). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Sayı.79.
- Eroğlu G., (2023). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri ile Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Finansal Performansının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Osmangazi Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Erol H. ve Özdemir A., (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (4)1: 9-34.

- Fidan H. ve Sami G., (2013). Kayıt Dışı İstihdam ve Kayıt Dışı İstihdama Etki Eden Mikro Faktörlerin Analizi: Türkiye Özel Sektör Örneği-Unregistered Employment And Analysis Of Factors Affecting The Unregistered Employment: Turkish Private Sector Case, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(9), 137-150.
- Filiz E., (2021). Özel Destekleyici Grup Sağlık ve Tamamlayıcı Grup Sağlık Sigortalarında Sigorta Ettiren Profillerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Folland S., Goodman A. C. ve Stano M., (2016). The Economics of Health and Health Care: Pearson New International Edition. *Routledge*. 120-139.
- Gerek N. ve Oral İ., (2004). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. 1.Baskı, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayını, Eskişehir.
- Gökbayrak Ş., (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2(25), 142.
- Gökçe E. C., ve Kızılkaya F. (2022). Türkiye için turizm kaynaklı EKC hipotezinin test edilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 352-362.
- Göktaş M., Çakar E., ve Özdamar M., (2011). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Emeklilik ve Primsiz Rejim*. Yaklaşım Yayıncılık. Ankara.
- Gülay A., (2021). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları ve Etkinlik Analizi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Günay C. İ., (2004). İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, Yetkin Yayınları, Ankara.
- Gürbüz R. (2009). Sosyal Güvenliğin Finansmanı. SGK Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- Güzel A., Okur A. R., ve Caniklioğlu N., (2010). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. 13.Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım. İstanbul.
- Güzel A., ve Okur A. R., (1999). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. 7. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım. İstanbul.
- Güzel, A. ve Okur A. R. (2003). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Im K. S., Lee J. and Tieslau M. A. (2014), More Powerful Unit Root Tests with Non-normal Errors, *Festschrift in Honor of Peter Schmidt*, Springer, New York.

- International Labour Organization. (2023). "International Labour Standards on Social security. <https://www.ilo.org/>. Erişim tarihi: 18.08.2024.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetes*, 85(2). 86-99.
- Jandaghi G., Matin H. Z., Doremami M. and Aghaziyarati M., (2010). Efficiency Evaluation of Qom Public and Private Hospitals Using Data Envelopment Analysis. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*. 22(2). 83-91.
- Javalgi R.G., Rao S.R. and Thomas E.G., (1991). Choosing a hospital: Analysis of Consumer Tradeoffs, *Journal of Health Care Marketing*, 11(1), pp. 12-22
- Kızılkuş A. A., ve Yılmaz A., (2009). *Bir Reformun Anatomisi*. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Starejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı.
- Koç M., (2005). Muzaffer, Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimi ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, Ofis Matbaacılık, Malatya.
- Korkusuz R. ve Uğur S., (2009). Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, Karahan Kitabevi, Ankara.
- Korkusuz R.ve Uğur S., (2010). Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Küçükşahin D., (2022). Türkiye’de Kadın İstihdamın Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirlerine Etkisi: Ekonometrik Bir Analiz, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Anabilim Dalı, Isparta.
- Lee, H., Lee, J., ve Im, K. (2015). More Powerful Cointegration Tests with Non-Normal Errors. *Studies in Nonlinear Dynamics & Econometrics*, 19(4), 397-413.
- Leister J. and Stausberg J., (2007). Why Do Patients Select a Hospital?, *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 17(2), pp. 13-31.
- Mark N. C. and Sul D. (2003). Cointegration Vector Estimation by Panel DOLS and Long-Run Money Demand, *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 65(5), 655-680.
- Memişoğlu H., (2021). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumuna Yapılan Bütçe Transferlerinin Mali Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Maliye Anabilim Dalı, Zonguldak.

- Mossialos E. and Thomson S., (2002). *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science.
- Numanoğlu T. R., (2011). Hasta Yatış Süresini Etkileyen Faktörler: Türk Sağlık Sistemi Açısından Bir Değerlendirme, Başkent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Nurdoğan A.K., (2019). Sosyal Sigorta Prim Teşviklerinin Sosyal Güvenlik Kurumu Gelirlerine Etkisi: Ekonometrik Bir Analiz. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(2), 81-106.
- OECD (2022). *Health at a Glance 2022: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2021). *Public-Private Partnerships in Health Care in Turkey: Health system review*. OECD Health Working Paper No. 129.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023*. Paris: OECD Publishing.
- Okumuş B., (2020). Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşlılık Sigortasının Gelirin Yeniden Dağılımı Açısından Analizi., Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Isparta.
- Oral A. İ., (2002). Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 1331, Eskişehir.
- Organ İ., ve Yavuz E. (2017). Sosyal Güvenlik Sistemi Açıklarının Analizi ve Ekonomi Üzerindeki Etkisi. *Aydın İktisat Fakültesi Dergisi*, 2(1), 105-123.
- Orhaner, E. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Özdemir E., Kılıç S. ve Aydın Z. B., (2010). Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1, 1-27.
- Özdemir S., (2007). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti*. İstanbul Ticaret Odası Yayını: İstanbul.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R., & Hatipoğlu, B. (2008). Özel hastane sektörünün finansal değerlendirilmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (40), 120-131.
- Özmert Koçer Ş., (2014). Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları, Uzmanlık Tezi, Ankara.

- Özsarı H., ve Çelik H., (2021). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sorunlar, Fırsatlar ve Çözüm Önerileri, Özel Hastaneler Platformu, 2. Baskı, Ankara: Afşar Medya Matbaacılık.
- Phillips, P. C. B. and Hansen, B. E. (1990). Statistical Inference In Instrumental Variables Regression With I(1) Processes, *The Review of Economic Studies*, 57(1), 99 – 125.
- Pirani N., Zahirı M., Engalı K. A. and Torabıpour A., (2018). Hospital Efficiency Measurement Before and After Health Sector Evolution Plan in Southwest of Iran: A DEA-Panel Data Study. *Acta Informatica Medica*. 26(2). 106-110.
- Roh C-Y. and Moon J.M., (2005). Nearby, But Not Wanted? The Bypassing of Rural Hospitals and Policy Implications for Rural Health Care System, *Policy Studies Journal*, 33(3), pp. 379-396.
- Sağlık Bakanlığı. (2015-2024). *Türkiye Hastane İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: SB Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2024). *Türkiye Sağlık Harcamaları Raporu 2023*. Ankara: SB Yayınları.
- Saltman, R. B., Durán, A., and Dubois, H. F. (2011). *Governing public hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. WHO Regional Office for Europe.
- Saraçoğlu B., Sülkü S., Açıkgöz Ş., (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri. *Ekonomik Yaklaşım*, 23, 269-282.
- Sevim F., Ağırbaş İ., ve Yılmaz G., (2022). COVID-19'un Sosyal Güvenlik Sistemi Mali Sürdürülebilirliği Üzerindeki Etkisinin TOPSIS Yöntemi ile İncelenmesi, *Sosyal Güvence Dergisi*, 21(1), 784-807.
- SGK (2020). *Sağlık Harcamaları Raporu 2019*. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları.
- SGK (2023). 2022 Yılı Faaliyet Raporu. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları.
- SGK (2024). *Sağlık Hizmetleri Harcama Analizi 2014-2023*. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu.
- SGK Veri Tabanı, <https://net.sgk.gov.tr/SgkVeriV2/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2015-2024). *Sağlık Hizmetleri Performans Raporları*. Ankara: SGK Yayınları.

- Şahin İ., Özcan Y. A. ve Özgen H., (2011). Assessment of Hospital Efficiency Under Health Transformation Program in Turkey. *Central European Journal of Operations Research*. 19(1). 19-37.
- Şahin S., (2024). Covid19 Pandemisinin Sağlık Sigortasına Etkisi: Türkiye Üzerinde Bir İnceleme, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şakar M., (2011). *Sosyal Sigortalar Uygulaması*. İstanbul: Beta Yayınevi.
- Şen M., (2010). Türkiye’de Sağlık Finansmanı ve Kamu Hastanelerinin Etkinlik Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı, Kütahya.
- Şenocak H., (2009). Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Sayı:56, 409-468.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sayıştay Başkanlığı, (2016). Sosyal Güvenlik Kurumu 2015 Yılı Denetim Raporu, Ankara.
- T.C. SGK. (2023). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamaları Raporu. Ankara: SGK Yayınları.
- Tai W-T. C., Porell F. W. and Adams E.K., (2004). Hospital Choice of Rural Medicare Beneficiaries: Patient, Hospital Attributes, and the Patient-Physician Relationship, *HSR: Health Service Research*, 39(6), pp. 1903-1920.
- Tengilimoğlu D., (2001). Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1), ss. 85-98.
- Tengilimoğlu D., Yeşiltaş M., Kısa A. ve Dziegielewski, Sophia F., (2008). The Role of Public Relations Activities in Hospital Choice, *Health Marketing Quarterly*, 24(3), pp. 19-31.
- Tepekule, U. (2008). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemin Yeniden Yapılandırılması Çerçevesinde Reform Sürecinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maliye Anabilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- Tuncay A. C., ve Ekmekci O., (2011). *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*. 14. Baskı.
- Tuncay C., ve Ekmekci O., (2009). *Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları*. 2.Baskı. İstanbul: Legal Yayıncılık.
- TÜİK. (2021). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2020*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- TÜİK. (2022). *Sağlık İstatistikleri 2021*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- TÜİK. (2024). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- Türkiye Sigorta Birliği (TSB), Sigorta Tanımları, (09.03.2025)
- TÜSB (2023). *Türkiye Özel Hastaneler Sektör Raporu*. İstanbul: Türkiye Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği.
- TÜSB. (2024). *Özel Sağlık Sektörü Performans Raporu*. İstanbul: Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği.
- Uğur S., (2002), Sosyal Güvenliğimizdeki Son Gelişmelerin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C:4, S:2, s: 131–146.
- Uğur S., (2004). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi*. TİSK Yayınları, Ankara.
- Uşun E., (2004). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Yaşanan Kaynak Sorunu: Uygulanan Parametrik ve Sistemik Reformlar*, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın No:117, Ankara.
- Woolhandler S., Campbell T. and David U. H., (2003). Costs of health care administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine*, 349(8): 768–775.
- Yazgan T., (1992). *İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik*. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları.
- Yeşilyurt M. E. ve Yeşilyurt F., (2006). Kadın, Doğum ve Çocuk hastanelerinde Girdi Tıkanıklığı ve Aylak Girdilere Bağlı Kayıpların Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 7(2), 41-54.
- Yılandı, V., ve Aydın, M., (2018). Türkiye’de Kadın Okullaşmasının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi: RALS-EG Eş Bütünleşme Testi Yaklaşımı. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 101-112.
- Yıldırım H. H., Yıldırım T., Akbulut Y., (2012). “Sağlık Sigortacılığı”, 1.Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 77-78-136-137.

- Yıldırım, H., ve Karaman, K. (2021). Kamu ve Özel Hastanelerin SGK Harcamalarına Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Sağlık ve Sosyal Politika Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 112-130.
- Yiğit F., (2007). Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yiğit V., (2020). Hastane Hizmetleri Alt Sektörünün Finansal Performans Analizi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 6(3). 609-624.
- Yurdadoğ V., (2000). Sosyal Güvenliğin Finansman Yöntemleri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 2(7-8), 86-93.
- Yücel E., (2019). Kamu Hastanelerinde Yatak Doluluk Oranını Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1): 1-11.
- Yüksel Arabacı R., (2007). Gelirin Yeniden Dağılımında Bir Araç Olarak Sosyal Güvenlik, Doktora Tezi., Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Bursa.