

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ

SİGORTACILIK ANA BİLİM DALI

**İSVİÇRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN
TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILARAK YENİ BİR MODEL
ÖNERİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

CANDOĞAN ORLU

İSTANBUL, 2018

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ

SİGORTACILIK ANA BİLİM DALI

**İSVİÇRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN
TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILARAK YENİ BİR MODEL
ÖNERİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

CANDOĞAN ORLU

Danışman: PROF. DR. ALİ KÖSE

İSTANBUL, 2018



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü

Aşağıda belirtilen lisansüstü tez, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği hükümlerinde belirtilen esaslar çerçevesinde jüri önünde savunulmuş ve jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

TEZ BAŞLIĞI : İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Türkiye ile Karşılaştırılarak Yeni Bir Model Önerisi

TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİ HAZIRLAYAN : Candoğan ORLU

ANABİLİM DALI : Sigortacılık

SAVUNMA TARİHİ : 02.05.2018

JÜRİ ÜYELERİ

GÖREVİ

ADI SOYADI

İmza

Danışman

Prof.Dr.Ali KÖSE

Üye

Prof.Dr. Münevver TURANLI

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Özgür AKPINAR

ÖZET

İnsanlar, toplum içerisinde var olmaya başladıklarından beri sosyal güvence arayışına girmişlerdir. Sosyal güvenlik kavramının doğuşundan beri sosyal güvenlik sistemleri evrim geçirerek bugünkü haline gelmişler ve modern toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için gelişmeye devam etmektedirler. Sosyal güvenliğin en önemli bölümü, insanların sağlıklarını koruma ihtiyacına hizmet eden genel sağlık sigortalarıdır. Günümüzde genel sağlık sigortalarının en temel sorunu sürdürülebilirliğin sağlanmasıdır. Çalışmada, Türkiye genel sağlık sigorta sistemi incelenerek, sürdürülebilirliği sağlayacak yeni bir model önerisi geliştirilmiştir.

Çalışma kaynak taraması metoduyla yapılmış olup, tarama Türkiye ve İsviçre'nin mevcut genel sağlık sigortası sistemleri ile sınırlandırılmıştır. Karşılaştırma için İsviçre'nin seçilmesinin sebepleri; İsviçre ile Türkiye'nin GSYİH'lerinin yakın seviyede oluşu, Türkiye'nin geçirmekte olduğu nüfus değişimlerini ve yaşlanmayı İsviçre'nin 50 sene önce geçirmiş olması ve İsviçre'nin sürdürülebilir ve sağlık hizmetlerinde yüksek sigortalı memnuniyeti sağlayan bir genel sağlık sigortası sistemi oluşudur.

Çalışmanın sonucunda Türkiye'nin genel sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilir olmadığı ve temelden değiştirmesi gerektiğine ulaşılmıştır. Türkiye'nin şu an içerisinde bulunduğu nüfus değişimlerini daha önceden geçirmiş olan ve Türkiye'nin genel sağlık sigortası sisteminde yaşayacağı finansman problemlerini daha önceden çözmüş olan İsviçre'den örnek alınarak, Türkiye'ye yeni bir genel sağlık sigortası sistemi önerilmiştir. Ülkeler arasındaki kişi başına düşen gelir farkları göz önüne alınarak Türkiye'nin gelir seviyesine uygun oranlar ve limitler hesaplanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası, GSS, Sigorta, Sağlık Sigortası, Sosyal Sağlık.

ABSTRACT

Since the existence within a society, mankind has been in the search for a social security. The social security systems have been evolving since the very birth of their notion and reached to today's point where they still are developing in order to meet the needs of the modern societies. The most important segment of social security is the general health insurance which serves to the purpose of maintaining the healthy being of the people. Today, the fundamental challenge of the general health insurance schemes is the sustainability. In this thesis, the general health insurance scheme in Turkey is studied, and a new general health insurance model is developed which would provide sustainability.

The method of study is literature review and the scope of the thesis is limited with the general health insurance schemes of Turkey and Switzerland. Switzerland was chosen for comparison for the reasons of; the GDPs of Switzerland and Turkey are of the same level, Switzerland had been through the population changes and ageing 50 years ago which Turkey is currently going through, and Switzerland has a sustainable general health insurance scheme which results a high rate of satisfaction in terms of healthcare services.

The study has concluded that the general health insurance scheme in Turkey is not sustainable and required to be changed from the core. A new general health insurance scheme is proposed by taking Switzerland an example, which has already been through the population changes and solved the financing problems Turkey is going through today. The applicable rates and limits are calculated considering the per capita income differences in between the countries.

Key Words: General Health Insurance, Insurance, Health Insurance, Social Health.

ÖNSÖZ

Ülkeme ve diğer gelişmekte olan ülkelere faydalı olacağını düşündüğüm için seçtiğim genel sağlık sigortası sistemi konusunda sürdürülebilirliğin sağlanması için temelden değişiklikler yapılması gerektiğini düşünüyorum. Türkiye'ye faydası olacağına inanarak yaptığım bu çalışmanın, İsviçre'den başka ülkeler üzerinde de yapılarak, elde edilen sentezden Türkiye'nin uzun vadeli çıkarlarını koruyacak sonuçlar çıkacaktır.

University of Cambridge metotlarını bana aktaran ve ülkeme faydalı olacak bir konu üzerinde çalışmam için beni yönlendiren sevgili babam Dr.Levent ORLU'ya sonsuz yardımları için teşekkür ederim. MIT Sloan School of Management ve mesleki birikimlerimi Marmara Üniversitesinde değerlendirmem konusunda beni teşvik eden, yakın zamanda doçent olacak Ayşegül ANGI, Dr.nın da saatten bağımsız destekleri için ayrıca teşekkür ederim.

Akademik metotları doğru kullanmamı sağlayan, değerli tez danışmanım Prof.Dr.Ali KÖSE'nin de hızlı ve isabetli dönüşleri, yerinde yönlendirmeleri ile hem motivasyonumu yüksek tuttuğu için hem de bu çalışmamın tamamlanmasında verdiği destekten ötürü kalbimde her zaman ayrı bir yeri olacaktır.

İstanbul 2018

Candoğan ORLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM: SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI	3
1.1. Sosyal Güvenlik Tanımı	3
1.2. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Amaçları ve İlkeleri	4
1.3. Sosyal Güvenlik Modelleri	6
1.3.1. Bismarck Modeli	7
1.3.2. Beveridge Modeli	8
1.3.3. Karma Model	8
1.4. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihi	8
1.4.1. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi	9
1.4.2. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Türkiye’de Tarihsel Gelişimi	12
1.5. Genel Sağlık Sigortası	14
1.5.1. Genel Sağlık Sigortası Tanımı	14
1.5.2. Genel Sağlık Sigortası Finansmanı	14

2. BÖLÜM: İSVİÇRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ	18
2.1. İsviçre’de Genel Sağlık Sigortası Kapsamı	18
2.2. Teminatın Başlangıcı ve Sisteme Giriş	20
2.3. Sigortalıya Sunulan Hizmet ve Faydalar	20
2.4. Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi	26
2.5. Organizasyon Yapısı	28
2.5.1. Federal Düzey	29

2.5.2. Kanton Yönetimleri ve Belediyeler	31
2.5.3. Tüzel Kişilikler	31
2.6. Demografik Yapı	34
2.7. İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Kuvvetli ve Zayıf Yönleri ...	38
3. BÖLÜM: TÜRKİYE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ	41
3.1. Türkiye Genel Sağlık Sigortası Kapsamı	41
3.2. Teminatın Başlangıcı ve Sisteme Giriş	42
3.3. Sigortalıya Sunulan Hizmet ve Faydalar	43
3.4. Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi	50
3.5. Organizasyon Yapısı	54
3.6. Demografik Yapı	55
3.7. Türkiye Genel Sağlık Sigortasının Kuvvetli ve Zayıf Yanları	59
4. BÖLÜM: TÜRKİYE İÇİN İSVİÇRE'Yİ TEMEL ALAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ ÖNERİSİ	63
4.1. Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslaması ..	63
4.1.1. Prim ile Sağlanan Finansman Kıyaslaması	64
4.1.2. Devlet Tarafından Finansman Desteği Kıyaslanması	67
4.1.3. Sosyo-Ekonomik Kıyaslamalar	68
4.2. Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemine İlişkin Yeni Model Önerisi .	73
4.2.1. Yapısal ve Yönetimsel Öneriler	74
4.2.2. Alternatif Teminat Paketi Hakkında Öneriler	75
4.2.3. Önlenebilir Fazla Harcamaları Kısımak için Öneriler	76
4.2.3.1. Basamaklı Sevk Sistemi Uygulaması Hakkında Öneriler	76
4.2.3.2. Toplum Sağlığını Koruma Çalışmaları Hakkında Öneriler	76
4.2.3.3. Sabit Koruma ve Muafiyet Uygulamaları Hakkında Öneriler .	77
4.2.4. Prim Seviyesi Hakkında Öneriler	79
4.2.5. Kayıtlı Ekonomi ve İş Gücüne Katılımı Arttırmak için Öneriler .	82
SONUÇ	86
KAYNAKÇA	88

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: İsviçre Temel Ekonomik ve Sağlık Verileri (2016)	34
Tablo 2: İsviçre Sağlık Sistemi Temel Verileri (2016)	36
Tablo 3: İsviçre İstihdam Verileri (2016)	36
Tablo 4: İsviçre İş Gücü Verileri (2016)	37
Tablo 5: Türkiye Temel Ekonomik ve Sağlık Verileri (2016)	56
Tablo 6: Türkiye Sağlık Sistemi Temel Verileri (2016)	57
Tablo 7: Türkiye İstihdam Verileri (2016)	58
Tablo 8: Türkiye İş Gücü Verileri (2016)	58
Tablo 9: Kayıt Dışı Ekonomi Kıyaslaması	65
Tablo 10: İsviçre-Türkiye Gelir Dağılımı Verileri	68
Tablo 11: İsviçre ve Türkiye 1950-2050 Yaşlanma Verileri	69
Tablo 12: İsviçre ve Türkiye 2015-2050 Yaş Verileri	71
Tablo 13: İsviçre 2018 Genel Sağlık Sigorta Temel Plan Primleri	80
Tablo 14: Türkiye Yeni GSS Model Özeti ve Mevcut GSS ile Kıyaslaması	83

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemi	20
Şekil 2: Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi	43
Şekil 3: Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Yeni Model	73



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASTB	: Avrupa Serbest Ticaret Birliği
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BSV/OFAS	: İsviçre Federal Sosyal Sigorta Ofisi
CHF	: İsviçre Frangı
EAER	: İsviçre Federal Ekonomik İlişkiler, Eğitim ve Araştırma Departmanı
EUR	: Avro
FDHA	: İsviçre Federal İşçileri Departmanı
FOPH	: İsviçre Federal Toplum Sağlığı Bürosu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ILO	: Dünya Çalışma Örgütü
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
MR	: Manyetik Rezonans
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCMB	: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası
TDK	: Türk Dil Kurumu
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNDESA	: Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İlişkiler Departmanı
UNSD	: Birleşmiş Milletler İstatistik Birimi
USD	: Amerikan Doları
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Zamanla gelişen toplum yapısı ve insan hayatının evrimleşmesi sonucunda insanlar geleceklerini güvence altına alma ihtiyaçları hissetmişlerdir. Sosyal dayanışma ve gelecek güvencesi sağlamak için farklı toplumlarda çeşitli yapılar tarih boyunca gözlemlenmişse de sanayi devrimi ile sosyal güvenlik sistemlerinin temelleri atılmıştır. Ortaya çıkan işçi sınıfının önem ve hacim kazanması devletleri sosyal güvenlik konusunda yapılar oluşturmaya yöneltmiştir. Bu süreç 2. Dünya Savaşı sonrası oldukça hız kazanmıştır ve günümüzdeki sosyal güvenlik sistemleri, bunun bir parçası olarak da genel sağlık sigortalarının modern temelleri atılmıştır.

Genel sağlık sigortalarının ana prensibi, Birleşmiş Milletlerde 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisine uygun olarak, toplumdaki bireylerin insan onuruna yakışır şekilde ve sağlıklı yaşayabilme hakkının devlet tarafından sağlanmasıdır. Genel sağlık sigortası (GSS) uygulamaları açısından ülkelere göre farklılık gösteren yapılar söz konusudur. Türkiye’de sosyal devlet anlayışı ön plana çıkması nedeniyle ve finansmanı, kontrolü, yönetimi ve organizasyonu devlet tarafından idare edilen bir genel sağlık sistemi benimsenmiştir. İsviçre’de ise GSS sistemi özel sektör tarafından idare edilirken devlet tarafından finansman desteği sağlanmakta ve sistemin sağlıklı işleyişi denetlenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’deki GSS sisteminin değişen demografik yapı sonucunda karşılaştığı sorunlara çözüm olacak yeni bir GSS modeli önerisi oluşturmaktır. Çalışma, Türkiye ve İsviçre’deki GSS modellerinin işleyiş ve organizasyon açısından incelenmesi ile sınırlandırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ulaşılabilecek varsayılan sonuç; Türkiye’nin geçiriyor olduğu demografik değişimi İsviçre’nin daha önceden geçirmiş olduğu, dolayısı ile İsviçre’nin GSS konusundaki adımlarının takip edilmesi durumunda Türkiye’deki mevcut ve gelecekte karşılaşılabilecek GSS sorunlarına çözüm bulunacağıdır. Türkiye, sosyal güvenlik sistemini ve sosyal sağlık sigortasını sürdürülebilir kılmak için arka arkaya köklü reformlar yapmaktadır ancak kısa vadeli politik amaçlar ve popülist yaklaşımlar sebebiyle uzun vadeli bir çözüm henüz bulunamamıştır. Bu sebeple, Türkiye’nin 2050’ye kadar geçireceği demografik değişimleri geçirmiş, milli geliri aynı seviyede olan, gelecek planlamasını her alanda iyi yapan, yaşam kalite düzeyi yüksek ve doğal kaynakları Türkiye’den daha az olan bir ülkenin incelenerek, örnek alınması önem arz etmektedir.

Belirtilen amaç, sınırlama ve varsayılan sonuca göre çalışma dört ana bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde sosyal güvenlik kavramı ve GSS'nin tanımları yapılmış, dünya tarihinde nasıl ortaya çıkıp, geliştiği ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci ve üçüncü bölümlerinde sırasıyla İsviçre ve Türkiye'deki GSS sistemleri detaylı bir şekilde incelenmiş, işleyişleri anlatılmış, kuvvetli ve zayıf yönleri yorumlanmıştır. Dördüncü ve son bölümde de iki ülkenin GSS sistemleri karşılaştırılarak, yeni bir model önerisi geliştirilerek açıklanmıştır.

Çalışmada kaynak taraması yöntemi kullanılmıştır. Kaynak taramasında kitaplar, akademik makaleler, tezler, kanunlar, yönetmelikler, devlet ve uluslararası kurumların resmi raporları ile resmi internet sitelerindeki veriler kullanılmıştır. Bu kaynaklardan elde edilen veriler incelenerek, yorumlanmış ve tez konusuyla ilişkilendirilerek değerlendirmeler yapılmıştır.

1. BÖLÜM: SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

1.1. Sosyal Güvenlik Tanımı

Sosyal güvenlik kavramını tanımlamak için öncelikle kelimelerin anlamlarını tam olarak anlamak gerekmektedir. Türk Dil Kurumuna göre “Sosyal” kelimesi dilimize Fransızcadan girmiştir ve “toplumsal” anlamına gelmektedir, “Güvenlik” kelimesi ise “kişilerin korkusuzca yaşayabilme durumu” olarak tanımlanmıştır.

“Sosyal” kelimesi Latince kökenli bir kelime olup dilimizdeki “içtimai” kelimesinin karşılığı olarak yer edinmiştir; bu da kavram olarak bir topluluğa ait olma, toplumun farklı sınıflarının birbiriyle bütünleşmesini kapsar ve toplum içerisindeki bireyler ile grupların toplumsal eşitlik, yardımlaşma ve adalet unsurlarını içeren bir anlam ifade eder.¹

“Güvenlik” kelimesi ele alındığında, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi için bir tehlike veya tehlike düşüncesinin yokluğu olarak düşünülebilir çünkü tehlike ve korku birbiriyle bağlı anlamları olan kavramlardır. Bu bağlamda insanlar için de tehlike beden bütünlüğüne, ruh bütünlüğüne, gelire, mal varlığına zarar vererek insan hayatının devamını tehdit eden hâl ve durumlar olarak nitelenebilir.²

Dolayısı ile sosyal güvenlik kavramı, bir topluluğa ait olan bireylerin ve grupların hayatlarını devam ettirmelerini tehdit edecek unsurlardan korunması anlamını içerir. Birçok kaynakta anlamları birbirine yakın ancak farklılıkları olan tanımlar bulunabilmektedir. Bu tanımların bazılarını aşağıda belirtilmiştir:

Sosyal güvenlik;

- i. *bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır.*³

¹ Hasan ŞENOCAK, “Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Cilt 0 Sayı 56, 2010, s. 412.

² ŞENOCAK, *a.g.m.*, ss. 412-413.

³ Cemal Hüseyin GÜVERCİN, “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt 57 Sayı 2, 2004, s. 89.

- ii. *mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir.*⁴

Sosyal güvenliğin herkesçe kabul görecektir ve özellikle dış sınırlarını net olarak belirleyecek bir tanım getirmek oldukça zordur. Ancak toplumdaki bir bireyin sosyal risklere karşı güvence altına alınmasını sağlayan bir kavram olduğunda hemfikir olunabilir. Sosyal riskler, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 1944 tarihli Philadelphia Konferansında somutlaştırılarak, şu şekilde sıralanmıştır: a) hastalık, b) analık, c) malullük, d) yaşlılık, e) aileyi geçindirenin ölümü, f) işsizlik, g) normal sayılmayacak ölçüde artan giderler, h) meslekle ilgili iş kazaları ve meslek hastalıkları gibi riskler.⁵

Çalışmanın amacına en uygun tanımı kullanmak ve kavramı en doğru açıklamak için resmi bir kurumun tanımı en verimli kavramsal açıklamayı verecektir. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlığına göre sosyal güvenlik tanımı şu şekildedir⁶:

Sosyal güvenlik, bireylerin istek ve iradeleri dışında oluşan sosyal risklerin, kendilerinin ve geçindirmekle yükümlü oldukları kişilerin üzerlerindeki gelir azaltıcı ve harcama artırıcı etkilerini azaltmak ve kişilere sağlıklı ve asgari bir hayat standardını garanti edebilmek olarak tanımlanabilir. Sosyal güvenlik bir anlamda insanların bulundukları toplumlarda insan onuruna yakışır bir şekilde, başka insanlara muhtaç olmadan yaşamlarının ve kişisel özgürlüklerinin teminatıdır.

1.2. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Amaçları ve İlkeleri

Sosyal güvenlik sistemlerinin temel olarak amacı, toplumdaki bireylerin onurlu bir insan hayatına ve yaşanabilecek asgari hayat standartlarına sahip olmalarını teminat altına almaktır. Özellikle yoksul, yaşlı, düşkün ve kendine bakma yetisine sahip olmayan bireylerin korunmasını sağlamaktır.⁷

⁴ Abdurrahman AYHAN, "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 1 Sayı 1, 2012, s. 43

⁵ Sait DİLİK, "Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt 35 Sayı 01, 2014, s. 73.

⁶ T.C. Başbakanlık, **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 9 Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara, 2005, s. 29.

⁷ Selin AY, "Türkiye'de Bireylerin Gelir Durumuna Uygun Sağlık Sigortası Modeli Önerisi: Almanya Sağlık Sigortası Sistemi ile Mukayeseli Olarak", **T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi Finans Enstitüsü Sigorta ve Risk Yönetimi Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, 2017, s. 2.

ILO'nun belirttiği sosyal risklere karşı koruma sağlayacak ve toplumun her bireyinin asgari bir yaşam standardında olmasını teminat altına alacak sosyal güvenlik sistemlerinin doğrudan amacı; toplumsal yaşamın, ekonomik şartların getirdiği sosyal dengesizlikleri örgütlenmiş, mantıklı bir adalet sistemi uygulayarak bu dengesizlikleri ortadan kaldırmak veya azaltmaktır.⁸ Dolayısı ile sosyal güvenlik sistemi, genel olarak, toplumsal yaşamın huzurlu ve sorunsuz devam edebilmesi adına her bireyin temel insan hak ve hürriyetlerine ve onurlu bir insan hayatı için gerekli temel hayat standartlarına sahip olabilmelerini sağlamayı amaçlarken sosyal adaleti de sağlar.

Sosyal güvenlik sistemlerinin dolaylı amaçları sosyal, ekonomik ve siyasal amaçlar olarak üç grupta incelenebilir. Sosyal amaç; sosyal güvenliğin temel insan haklarından biri olarak benimsenmesi ve dolayısı ile devredilemez ve vazgeçilemez olmasını kapsar. Temel amacı toplumun huzur ve refahının sağlanması ve korunmasıdır. Ekonomik amaç; işsizlere ve yoksullara yardım edilmesi, ülke ekonomisine fon yaratılması ve bireylerin tasarruf yapmalarının sağlanmasıdır. Siyasal amaç; toplumda dayanışma ve yardımlaşmanın desteklenmesi, bireylerin muhtaçlıktan kurtulması, sosyal devletin uluslararası saygınlığının artmasıdır.⁹

Bu amaçların gerçekleşmesi için uygulanan ilkeleri de Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN kısaca şu şekilde incelemiştir¹⁰:

Halkın tamamını zorunlu koruma kapsamına alma eğilimi, kuşkusuz çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin en belirgin çizgisidir. Bu konuda, her ülke farklı yollar izlemiş ve zamanla bu yollar iki ilke altında toplanmıştır.

1. Çokluk İlkesi (Meslek İlkesi)

Sosyal güvenlik sisteminin gelişmesi, bir işverene tabi ve ücretli olarak çalışan işçilerin korunma kapsamına alınması ile başlamıştır. Bu durum, sosyal güvenlik sisteminden yararlanacak kitlelerin sayısını arttırmada öncü olmasının yanı sıra koruma tedbirlerinin genişletilmesini de sağlamıştır.

Zamanlar halkın tümünü sosyal güvenliğin zorunlu kapsamına alma eğilimi, toplumda çalışanların faaliyet gösterdikleri alanlara göre türlü gruplara ayrılmasına neden olmuştur. Önce sosyal ve ekonomik sorunları bakımından işçilerininkine benzeyen forum işçileri ile esnaf sanatkarlar göz önünde bulundurularak farklı sosyal güvenlik rejimleri kurulmaya başlanmıştır. Böylece, zorunlu

⁸ Hasan MERAL, “Yıllık Gelir Sigortasının Türk Sosyal Güvenlik Sistemine Yapabileceği Muhtemel Katkıların Değerlendirilmesi”, T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015, s. 8.

⁹ MERAL, a.g.e., ss. 9-11.

¹⁰ AYHAN, a.g.m., ss. 48-50.

sosyal korumanın kapsamında, farklı sosyal grupların yararlandığı mali ve idari yönden bağımsız rejimler ortaya çıkmıştır. Bu yayma işi, sosyal ve ekonomik gelişmeye paralel olarak kademeli bir şekilde zamanla tamamlanmıştır. Bu sisteme memurların da dâhil edilmesiyle meslek ilkesi, çokluk ilkesi doğmuştur.

2. Teklik İlkesi

Sosyal yardımların, sosyal güvenlik kapsamı içine alınarak yoksullara, çocuklara ve yaşlılara sosyal ve ekonomik bakımdan yardım yapmak amacıyla aile yardımı ve genel yaşlılık sigortası gibi sigorta kollarının ortaya çıkması, risklerin sayısını arttırmıştır. Sosyal ve ekonomik bakımdan farklı gruplara özgü bağımsız rejimlerin ortaya çıkmasının yanı sıra risk sayısının artması, uygulamada teknik bakımdan finansal ve örgütsel sorunların ortaya çıkmasında neden olmuştur. Zamanla, ortaya çıkan bu sorunlara hızlı çözüm yolları aranmaya başlanmıştır. İlk kez finansal bakımdan ortaya çıkan sorunlara çare bulunması çabasının gösterilmiş ve daha sonra örgütsel bakımdan yeni bir sistem arayışı içine girilmiştir.

Nitekim 1941 yılında İngiltere’de kabul edilen “Beveridge Planı” sosyal güvenliğin tek bir kamu örgütü aracılığı ile uygulanması fikrini ortaya çıkartmıştır. Kurulacak olan bir kamu örgütü tüm risklere cevap verebilecek niteliktedir. Ancak, böyle bir örgütün kurulabilmesi için var olan sosyal güvenlik rejimlerinin parça parça ya da uzun dönemde birleştirilmesi gerekir.

Kıta Avrupası ülkelerinde risk ilkesi sistemi ile karşılanacak (İl kazası ve meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, ölüm, işsizlik ve aile yardımı gibi) riskler, kendi aralarında teknik özelliklerinde göre ya bir kurum ya da sandıkların tamamı Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlanmıştır. Örneğin, Fransa’da Ulusal Hastalık Sigortası Sandığı bünyesinde hastalık, analık, malullük ve ölüm sigortaları; Ulusal Yaşlılık Sigortası Sandığı bünyesinde yaşlılık sigortası; Ulusal Aile Yardımı Sandığı bünyesinde işsizlik sigortası riskleri toplanarak, bu sandıkların tamamı Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığına bağlanmıştır.

Genel olarak sosyal güvenlik sistemindeki bu tür gelişmelere etken olan da, devlet tarafından herkese sosyal güvenlik hakkının tanınmasından ileri gelmektedir. Bundan dolayı, sosyal güvenlik sorunlarının çözümünde genel bir dayanışmaya gidilmekte ve başlangıçta bağımsız ve farklı güvenlik rejimleri yavaş yavaş bir bütünün parçaları olarak görülmeye başlanmaktadır.

1.3. Sosyal Güvenlik Modelleri

Dünyada birbirinden farklı sosyal güvenlik sistemleri uygulanmaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinin sanayi devrimi sonrası ortaya çıktığını ve 2. Dünya Savaşı sonrası köklü değişiklikler geçirdiğini, 20. Yüzyıl sonlarında da reformlar yapıldığını göz önüne almamız gerekmektedir. Avrupa devletleri birbirini izlemiş olsalar da

devletlerin durumuna ve halkın ihtiyaçlarına göre çeşitli sosyal güvenlik çözümleri ortaya çıkmıştır. Bu açıdan incelendiğinde her ülkede uygulanan sosyal güvenlik sisteminin o ülkenin sosyal ve ekonomik yapısına, halkının gelir seviyesine ve halkın kültürüne göre zaman içinde şekillendiğini söylenebilir. Sosyal güvenlik sistemleri temel amaç ve ilkelerine göre üç ana gruba ayrılmaktadır: Bismarck Modeli, Beveridge Modeli, Karma Model.

1.3.1. Bismarck Modeli

Bismarck Modeli aynı zamanda İşçi Sigortası Modeli olarak da bilinmektedir. ıkış amacı işçilerin haklarını korumak, daha iyi çalışma şartları ve sosyal güvenceye sahip olmalarını sağlamaktır. Sanayi devrimi sonrası ortaya çıkan işçi sınıfının sıkıntılarını gidermek için Almanya’da çıkmış bir modeldir. Dönemin Alman şansölyesi (Başbakanı) Otto von Bismarck tarafından hazırlanmış olduğu için onun adını taşır.¹¹

Bismarck Modelinde sosyal güvenlikten yararlanma şartı, katıkların/primlerin ödeniyor olması, üretime çalışarak katkı sağlanıyor olmasıdır; koruma altına alınanlar bağımlı çalışanlar, yani işçi sınıfıdır. Modelin finansmanı hem işçi hem de işveren tarafından ödenen primler ile sağlanır. Yararlanılan fayda ve hizmetler bireylerin gelirlerine bağlıdır ve birincil amacı bireylerin gelirlerine ek katıklar sağlamaktır.¹²

Bismarck Modelinin dört temel unsurunu aşağıdaki gibi özetleyebiliriz:¹³

- i. Belirli bir maaş sınırına kadar tüm işçiler için zorunlu sigorta.
- ii. Düşük cret ile çalışan işçilerin katılımını kolaylaştırmak için maaş seviyesine bağlı prim basamakları.
- iii. İşçi ve işveren arasında prim yükümlülüğünün paylaşılarak, işverenin idareyi elinde bulundurabilmesini ve fon yönetimini kontrol edebilmesini sağlamak.
- iv. İşveren ve işçilerin kendileri yönettikleri geleneksel işçi fonlarının sistemin içerisinde yer alması.

¹¹ Ali Nazım SZER, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, 1. Basım, İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Yayını, 1997, s. 3.

¹² Wolfgang SCHROEDER, Sascha Kristin FUTH, Bastian JANTZ, “Change Through Convergence? Measures of European Welfare States in Comparison”, **Friedrich Ebert Stiftung**, Berlin, 2015, s. 4.

¹³ şAKAR, **a.g.e.**, s.18.

1.3.2. Beveridge Modeli

20. yüzyıl ortalarına kadar mevcut sosyal güvenlik sistemlerinde, değişen toplumsal riskler sonucunda bazı sorunlar ve eksiklikler oluşmaya başlaması üzerine İngiltere’de yeni bir sosyal güvenlik modeli önerisi sunulmuştur. Bu öneriyi raporunda sunan Sir William Beveridge, raporuna ve dolayısı ile önerdiği modele ismini vermiştir. Beveridge, kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi ile artan yoksulluk probleminin çözülebileceğini savunmuş ve toplumun tüm kesimlerinin bu sisteme dâhil olması gerektiğini ifade etmiştir.¹⁴

Beveridge Raporu, önerdiği modelde sosyal sağlık hizmetlerinin tüm topluma ücretsiz olarak sağlanması gerektiğini ve diğer riskler için her bireyin prim ödemesi gerektiğini belirtir.¹⁵

Beveridge Modelinde sosyal güvenlikten yararlanma şartı yoktur; o toplumda sosyal güvenlik ihtiyacı olan bir birey olmak yeterlidir. Modelin finansmanı devlet tarafından, yani vergiler ile sağlanır. Yararlanılan fayda ve hizmetler her birey için sabittir. Modelin ana amacı yoksulluk ile mücadele etmek, toplumda yoksulluğu engellemektir.¹⁶

1.3.3. Karma Model

Bismarck ve Beveridge Modellerinin birleştirilerek uygulanmasına da Karma Model denmektedir. Karma modelin finansmanı hem işçi ve işveren primleri hem de devletin vergi yoluyla yaptığı destek ile sağlanır. Türkiye’de uygulanan sistem karma modeli esas almaktadır.¹⁷

1.4. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihi

Sosyal güvenlik, kavram itibarıyla toplumsal yaşamın başlangıcı ile birlikte ihtiyaç duyulmaya başlanması beklenen bir olgu olsa da günümüzdeki haline gelmesi için bazı temel ihtiyaçların ve şartların oluşması gerekmiştir. Sistemsel olarak sosyal güvenliğin varlığına nasıl gelindiği iki alt başlık altında incelenecektir.

¹⁴ GÜZEL, OKUR, CANİKLİOĞLU, **a.g.e.**, ss. 26-27.

¹⁵ SÖZER, **a.g.e.**, s. 3.

¹⁶ SCHROEDER, Kristin FUTH, JANTZ, **a.g.m.**, s. 4, Candoğan ORLU (çev.)

¹⁷ MERAL, **a.g.e.**, s. 18.

1.4.1. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Dünyadaki Tarihsel Gelişimi

Günümüzdeki sosyal güvenlik sistemleri gibi gelişmiş olmasa ve sistemden ziyade sosyal yardımlaşma modeli gibi de olsa toplumsal yaşamdaki refahı, asgari gelir ve yaşam standartlarının korunmasını amaçlayan çeşitli oluşumlar tarih boyunca farklı toplumlarda gözlemlenmiştir.

İlk sosyal güvenlik sistemi örneğini Eski Mısır'da yedi bolluk yılında tarım ürünlerinin stoklanması ve takip eden yedi kıtlık yılında bu tarım ürünlerinin kullanılması olarak kabul edebiliriz. Yusuf Peygamber'in organize ettiği rivayet edilen bu tasarruf karşımıza çıkan en eski sosyal güvenlik oluşumudur. Eski Roma, Mısır ve Yunan Uygarlıklarında toplumun yoksul ve muhtaç bireylerine yardım eden oluşumların M.Ö. 2000 yıllarında varlığından söz edilmektedir.¹⁸ Örneğin Eski Roma'da hastalık ve ölüm sandığı birlikleri, Antik Yunan'da mesleki lonca ve birliklerin yardımlaşma örgütleri, defin dernekleri, hastalara yardım dernekleri bulunuyordu.¹⁹

Endüstriyelleşme öncesindeki toplumlarda sosyal yardımlar daha çok aileler, karşılıklı yardım sandıkları, dinsel temelleri olan hayır kurumları tarafından yapılmıştır. Özellikle Ortaçağ Döneminde, kilise tarafından yapılandırılan hasta evleri, aşevleri, manastırlar gibi kurumlar hayırsever ilkeler ile toplumsal yardımlaşmayı üstlenmekte ve organize etmekteydiler. Avrupa'da kilise denetiminde olmayan yardım kuruluşları yalnızca 16. Yüzyıl itibariyle devletler tarafından oluşturulmaya başlanmıştır. Kilisenin özel yardım kuruluşları 17. Yüzyıl itibariyle sosyal koruma aracı olarak etkin rol almaya başlamıştır. Felsefi düşüncelerde de 18. Yüzyıl içerisinde bazı değişiklikler olmuş ve o güne kadar olan yardım düzeneklerinin algısı gelişmiştir; önceki dönemlerdeki halktan toplanan ve ihtiyaç sahiplerine dağıtılan yardımların, devletin halkına karşı yükümlülüğünü yerine getirmesi demek olmadığı ve devletin vatandaşlarına güvence sağlamakla yükümlü olduğu felsefesi ortaya çıkmıştır. 1789 yılındaki Fransız Devrimi, devlet ile birey arasındaki ilişkiye bakışın değişmesindeki esas rolü oynamıştır; devletin halkına sağlıklı, giyinme ve yemek ihtiyacını karşılayabileceği bir yaşam standardını sağlamakla yükümlü olduğu fikri çıkmıştır. Fransız Devrimini takiben 1793 yılında İnsan Hakları Bildirgesi yayınlanmış, bu bildirmede kamu yardımları bir hak olarak

¹⁸ Faruk BEŞER, **İslamda Sosyal Güvenlik**, 1. Basım, İstanbul: Seha Neşriyat, 1988, ss. 70-71.

¹⁹ Cahit TALAS, **Toplumsal Politika**, 1. Basım, Ankara: İmge Kitabevi, 1990, s.4.

belirtilmiştir. Ancak bu düşünceler toplumsal yaşamda somutlaşmamış ve yaşama geçmesi için kuvvetli adımların atılması 19. Yüzyıl başlarında gerçekleşebilmiştir.²⁰

Sanayi Devrimi sonucu toplumsal yaşamda köklü değişiklikler olmuştur. İşçi sınıfının ortaya çıkması, toplumun zengin işveren sınıfı ve yoksul işçi sınıfı olarak ikiye bölünmesi yeni ihtiyaçlar doğurmuştur. İşçi sınıfının kötü çalışma koşulları, uzun çalışma süreleri, iş kazalarından dolayı çaresiz kalmaları, düşük ücrete bağlı yoksulluk ve hastalıklar bu kesimin iş ve gelecek kaygıları yaşamalarına sebep olmuş, buna bağlı olarak çıkan huzursuzluklar sonucunda da çok sayıda işçi başkaldırıları yaşanmıştır.²¹

Modern sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmesindeki ilk adımı 19. Yüzyılda Almanya Bismarck ile atmıştır. Emeğe bağlı gücün üretimine olanak tanıyan ve işçi sınıfını sistem ile bütünleştiren bir sosyal sigorta modeli geliştirerek bu modeli bir sosyal politika aracı olarak geliştirmiştir.²²

1881 yılında Almanya’da ilan edilen, Bismarck’ın geliştirdiği modeli içeren, imparatorluk fermanı sosyal sigortaların başlangıcı olarak kabul edilir. Almanya’da hastalık sigortası 1884’te, 1885’te iş kazası sigortası, 1891’de malullük ve yaşlılık sigortaları kurulmuştur. İlk başlarda bu gelişim diğer Avrupa ülkelerinde yadırganmış ise de Almanya’yı ilk önce 1890 yılında Avusturya, daha sonra da diğer ülkeler takip etmiştir ve sosyal sigortalar ile ilgili kanunları çıkartmışlardır. 1929’daki küresel ekonomik krizden sonra da Rusya, Japonya, Kanada, ABD de dâhil olmak üzere birçok ülke sosyal sigorta yöntemlerini benimsemiştir.²³

Modern sosyal güvenlik sistemlerinin bir sonraki önemli adımı 2. Dünya Savaşı sonrasında, yaşanan bunalımları giderme amacıyla yapılan çalışmalarla birlikte atılmıştır. İngiliz İktisatçı Beveridge 1942 yılında, kendi ismini taşıyan bir rapor hazırlanmıştır. Beveridge Raporu, sosyal güvenlik politikalarının uluslararası kabul görmesinde önemli rol oynamış ve bugünkü sistemleştirilmiş, kurumsal yapıya sahip olmasını sağlamıştır.²⁴

²⁰ Ali GÜZEL, Ali Rıza OKUR, Nurşen CANİKLİOĞLU, **SOSYAL GÜVENLİK HUKUKU**, 14. Basım, İstanbul: Beta Basım, 2012, ss. 10-72

²¹ Cemal Hüseyin GÜVERCİN, “Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler”, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Bursa, 2000, ss. 2-7.

²² GÜVERCİN, “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, ss. 90-91.

²³ Kenan TUNÇOMAĞ, **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**, 5. Basım, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2000, s. 36.

²⁴ Muzaffer KOÇ, “Sosyal Güvenlik ve Beveridge Raporu”, **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı 76, İstanbul, 2006, ss. 92-94.

Beveridge Raporu dönemin yaygın sorunları olan işsizlik ve yoksulluk karşısında bir çözüm getirmeyi amaçlamıştır ve bu doğrultuda kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemini öne sürer.²⁵ Toplumun her kesiminin sosyal güvenlik sistemine dâhil edilmesi gerektiğini belirten raporda ayrıca adaletli gelir dağılımı ile asgari bir gelir düzeyinin sağlanabilmesi için sosyal sigortaların önemli bir araç olacağına vurgu yapılır. Genel sağlık hizmetlerinin halka ücretsiz olarak sunulması gerektiği ve bu hizmetlerin vergiler ile finanse edilmesi gerekliliği savunulur. Beveridge, raporunda ayrıca sosyal güvenlik sisteminin tek bir çatı altından yönetilmesi gerektiğini belirtmiştir ve bütün sosyal sigorta kolları için ayrı ayrı sabit primler alınmasını önermiştir.²⁶

1970’li yılların ortalarına kadar devletlerin toplam talep yönetiminin temel unsuru tam istihdamın sağlanması ve milli gelirin artırılması yöntemi olarak sosyal güvenlik sistemleri olmuştur. İktisadi büyümenin artması ile birlikte devlet bütçelerinden sosyal güvenlik sistemine yapılan harcamalar da artmıştır. 1970’li yılların sonlarına doğru gelindiğinde ise işsizlik, yüksek enflasyon ve ekonomik daralma sonucunda kriz yaşanmıştır. Sonuç olarak liberal politikalar tekrar konuşulmaya ve ön plana çıkmaya başlamıştır.²⁷

Sovyetler Birliği 1989 yılında dağıldıktan sonra dünyadaki birçok denge değişmiştir. Küreselleşmekte olan sermaye, özgürlükçü politikaların tekrar ön plana çıkmaya başlaması ile şekillenen ekonomik, sosyal ve siyasal dengeler sonucu sosyal devlet kavramı ile birlikte sosyal güvenlik sistemlerine bakışlar da tekrar ele alınmaya ve sorgulanmaya başlamıştır. Sosyal güvenlik açısından önemli olan sonuçlardan biri, sosyal güvenlik sistemlerinin özelleştirilmesinin gündeme gelmesi ve tartışılmaya başlanmasıdır.²⁸

Sosyal güvenlik sistemlerinin finansman açıkları ile birlikte bu gelişmeler birçok ülkede reformlar yapılmasına ihtiyaç doğurmuş ve modern sosyal güvenlik sistemlerinin günümüzdeki hallerini almalarına yol açmıştır.

1990’lı yıllar sonrasında dünya genelinde artan sosyal güvenlik açıkları yeniden yapılandırmaları zorunlu kılmıştır. Farklı tedbirler farklı ülkeler tarafından

²⁵ Kadir ARICI, **Sosyal Güvenlik Dersleri**, 1. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 1999, s. 1.

²⁶ GÜZEL, OKUR, CANIKLIOĞLU, **a.g.e.**, ss. 26-27.

²⁷ Hüseyin AKYILDIZ, “Dünyada Sosyal Güvenlikte Alternatif Reform Arayışları”, **T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı 2 Cilt 14, İzmir, 1999, s. 199.

²⁸ Müjdat ŞAKAR, **Sosyal Sigorta Uygulaması**, 8. Basım, İstanbul: Der Yayınları, 2006, s. 6.

uygulanmıştır. Finansman açıklarını çözmek için katılımcılara ek prim uygulamaları, emeklilik yaşlarının yükseltilmesi, sosyal güvenlik hizmetlerinin özelleştirilmesi, sosyal güvenlik hizmetlerinde kesintiler gibi uygulamalara gidilmiştir.²⁹

1.4.2. Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Türkiye’de Tarihsel Gelişimi

Türk Toplumlarında sosyal yardımlar tarih boyunca gözlemlenmiştir. Ancak modern anlamda sosyal güvenlikten bahsedebileceğimiz bulgular Cumhuriyet Dönemi içerisinde olacaktır. Türkiye de Avrupa’daki gelişmeleri ve uygulamaları takip ederek modern sosyal güvenlik sistemini oluşturmuş ve reformlar yapmıştır.

Dünyadaki sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi incelenirken ortaya çıkan sonuç, sosyal güvenlik ihtiyacının sanayileşme sonrasında oluşan işçi sınıfının kötü yaşam ve çalışma koşulları ve açlığı sonucunda oluştuğudur. Türk Devletleri incelendiğinde göçebe toplumlarda böyle bir ihtiyaç oluşmamıştır. Yerleşik düzene geçmiş ilk köklü devlet olarak Osmanlı İmparatorluğu ele alınabilir. Osmanlı İmparatorluğu büyük ölçüde asker ve tarım toplumundan oluşuyordu ve dolayısı ile üreten bir toplum olarak yoksulluk göreceli olarak tartışılabilirse de açlık söz konusu olmadığı için sosyal güvenlik ihtiyacı oluşmamıştı.

Sosyal koruma talep edecek bir işçi sınıfının ve bağlı problemlerin olmamasına bağlı olarak toplumdaki sosyal yardımlaşma yeterli olmuştur. Tarıma dayalı, geniş aile yapısına sahip Osmanlı toplumunda yaşlı, hasta ve engellilere ailenin diğer bireyleri tarafından destek verilmiş ve yardım edilmiştir. Bu geniş aile yardımlaşma yapısının sosyal güvenlik gereksiniminin oluşmasını engellediği de ileri sürülmektedir.³⁰

Yoksulların korunması ve ihtiyaçlarının karşılanması için dini kural ve geleneklere dayanan hayır kurumları vardı. Zekât, fitre, sadaka, bağış yollarıyla yoksullara toplum olarak destek olunmuştur. Bunların dışında mesleki dayanışma ve yardımlaşma oluşumları da Osmanlı’da gözlemlenmekteydi; tarım dışı alanlarda meslek loncalarının dayanışma sandıkları ölüm, hastalık, kaza gibi risklere karşı güvence sağlamaktaydı. Gelenek ve kazançlara göre her üye bu sandıklara harç ödemekteydi. Bu sandıklar yoksulluk koşullarına bağlı olarak hastalanan üyelerin tedavilerinde yardım

²⁹ MERAL, a.g.e., s. 8.

M.Özgür YANARDAĞ, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Bireysel Emeklilik Sisteminin Etkinliği: Muğla İli Üzerine Ampirik Bir İnceleme”, T.C. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi, Muğla, 2010, ss. 13-15.

³⁰ GÜVERCİN, Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi, s. 91.

etmekteydi, yaşılanan veya tedavi olamayacak derece hastalanan üyelerin de geçimlerini sağlamaktaydı.³¹

Osmanlı'da modern sosyal güvenlik uygulamalarına benzeyen ve başlangıç olarak alabileceğimiz bazı kurumsal yapılar da oluşmuştu. Yaşlılık ve hastalık durumlarında koruma sağlayan emekli sandıkları askerler ve işçiler için kurulmuştu. Selanik gibi ücretli emeğin geliştiği, işçilerin var olduğu yerlerde işçilere yönelik yardım sandıkları da vardı. İlk resmî sosyal güvenlik kurumu olarak 1866 yılında kurulan Askerî Tekâüt Sandığı gösterilebilir ve bunu 1881'de işçiler için kurulan bir emekli sandığı izlemiştir. Verilebilecek diğer örneklerin bazıları da sırasıyla şu şekildedir: Seyrisefain Tekaüt Sandığı (1890), askerî ve mülkî sandıklar (1909), Tersane-i Amire Emeklilik ve Malûllük Sandığı (1909), Hicaz Demiryolu Memur ve Müstahdemleri Yardım Sandığı (1910), Şirket-i Hayriye Tekaüt Sandığı (1917).³²

Cumhuriyet ile beraber sosyal güvenlik incelendiğinde de yapılan bazı dolaylı düzenlemeler olduğu gözlemlenebilir. Bunların bazıları 1926'da çıkartılan Borçlar Kanunu ve 1930'da çıkartılan Umumi Hıfzısıhha Kanunudur.³³ Sosyal güvenlik ile ilgili kapsamlı bir düzenleme ancak 1936 yılında çıkartılan İş Kanunu ile görülmüş olsa da 1945 yılına gelinceye kadar sosyal güvenlik sistemi oluşturulamamıştır.³⁴

Türkiye, 2. Dünya Savaşı sonrasında dünyadaki gelişmelere ayak uydurmaya çalışmıştır. 1948'de yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 4 ay sonra Türkiye'de kabul edilmiş olması ve 1948'de yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası 10 ay sonrasında Türkiye tarafından kabul edilerek, Türkiye'nin Dünya Sağlık Örgütüne üye olması Türkiye'ye sağlık ve sosyal güvenlik konularında uluslararası yükümlülükler getirmiştir.³⁵

1949 yılında memurlara güvence sağlayan tüm sandık ve kanunlar birleştirilmiş ve Emekli Sandığı kapsamına alınmıştır. 1961 Anayasası ile sosyal güvenlik ve sağlık kavramları birer hak olarak tanımlanmış ve bu hakları sağlamak devletin bir sorumluluğu olarak yasada yerini bulmuştur. Yine 1961 tarihinde çıkartılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası da bütün sağlık hizmetlerinin

³¹ GÜZEL, OKUR, CANIKLIOĞLU, a.g.e., ss. 29-30

³² Ahmet MAKAL, *Osmanlı İmparatorluğu'nda Çalışma İlişkileri: 1850-1920*, 1. Basım, Ankara: İmge Yayınevi, 1997, ss. 215-217.

³³ MAKAL, a.g.e., ss. 422-426.

³⁴ Cahit TALAS, *Sosyal Ekonomi*, 4. Basım, Ankara: S Yayını, 1976, s.376

³⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, *Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri*, Ankara, 1997, ss. 21-63

finansmanının devletin genel bütçesinden karşılanmasına ve yasal süreci izleyen vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalandırılmasına yönelik bir çalışmadır. Bu yasaya göre sosyalleştirme uygulaması tüm yurda yayıldığı anda bütün toplumu kapsayan bir sosyal sağlık güvencesi modeli oluşmuş olacaktı. 1978’de Dünya Sağlık Örgütü bir karar almış ve Türkiye’nin de aralarında bulunduğu üye tüm ülkeler 2000 yılına kadar halklarını sosyal güvenlik kapsamına almayı kabul etmiştir. 2000’li yıllara kadar birçok düzenleme yapılmış ve sosyal güvenlik çalışmaları ortaya çıkmıştır.³⁶

2005 yılında da T.C. Başbakanlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 9. Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri” adıyla bir çalışma hazırlamıştır. Bu çalışmada sosyal güvenlik sorunları, bu sorunlara çözüm önerileri ve bir sosyal güvenlik reformu gerekliliği anlatılmaktadır. Bu çalışmayı takiben 2006 yılında sosyal güvenlik sistemimizde bir reform uygulanmış, SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı’nın tek çatı altında birleştirilmesi ile SGK oluşturularak bugünkü sosyal güvenlik sistemimiz kurulmuştur.

1.5. Genel Sağlık Sigortası

Sosyal güvenlik kavramını tanımlarken ve sosyal güvenlik sistemlerinin tarihsel gelişimlerine bakarken, sağlık güvencesinin de devlet tarafından sağlanması gereken sosyal güvencelerden biri olduğu ve bir hak olduğu bu çalışmada belirtilmiştir. Çalışmada asıl üzerinde durulacak sosyal güvenlik unsuru GSS olacaktır.

1.5.1.Genel Sağlık Sigortası Tanımı

GSS, 31 Mayıs 2006’da kabul edilen 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 8. maddesinde şu şekilde tanımlanmıştır: “Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşılması halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade eder.”

1.5.2.Genel Sağlık Sigortası Finansmanı

Modern GSS sistemlerinde sistemin finansmanı sağlık hizmetinden yararlanan tarafından değil, üçüncü taraflar tarafından karşılanmaktadır. Sistemin bu şekilde gelişmiş olmasının ana sebebi sağlıkla ilgili bir riskin gerçekleşme zamanının ve

³⁶ GÜVERCİN, “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, ss. 92-93.

gerçekleştirdiği zaman da maliyetinin boyutunun önceden bilinemeyecek olmasıdır. Ancak uygulamalarda sağlık hizmetini alan tarafın karşılayabileceği bir maliyet seviyesinde bir risk gerçekleşmesi veya üçüncü tarafın kapsam dışında bırakmış olduğu bir riskin gerçekleşmesi gibi durumlarda hizmet alıcısı da direkt olarak hizmet sağlayıcısına ödeme yapabilmektedir.³⁷

Genel sağlık sistemi ve finansmanı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bir model oluşturulurken değerlendirilmesi gereken birçok konu vardır.³⁸ En temel konular şu şekilde özetlenebilir:

- i. **Kişi başına düşen milli gelir:** GSS sistemine dâhil olacak sigortalıların ödeme gücü, hanelerin harcama gücü, ihtiyacın ve dolayısı ile uygun modelin belirlenmesinde çok önemlidir.
- ii. **Nüfus ve kayıtlı çalışan nüfus:** Sigortalı olarak sisteme dâhil olacak kitlenin büyüklüğünü, yaş seviyelerini belirlemek ve talebe bağlı giderleri hesaplayabilmek için birinci unsurdur. Kayıtlı ekonomiye dâhil olan nüfus, kayıtlı iş gücü, modeli finanse edecek yöntemlerin belirlenmesi ve uygulama yöntemi oluşturulabilmesi açısından önem arz eder. Özellikle vergilerle finanse edilecek bir model, iş gücüne katkı sağlama şartı ile sisteme dâhil olunan bir model veya benzer katılım/finansman yöntemleri kullanılacak ise gelir/gider dengesi bu veriler ile kurulabilir.
- iii. **Toplum yapısı:** Uygulanacak sisteme katılım ve sistemden yararlanma şartlar ile finansman modelinin toplumun yapısıyla uyumlu ve toplum tarafından kabul edilebilir şekilde tasarlanmalıdır.
- iv. **Yönetim maliyeti:** GSS sistemleri uygulanan modellere göre farklı maliyet kalemleri içerirler. Tüm modellerde ortak olan sağlık hizmet maliyetlerini dışarıda bırakırsak sistemdeki sigortalıları denetleyecek birimler, sağlık hizmet sağlayıcılarını denetleyecek birimler, hukuki alt yapıyı kuracak ve uygulamasını üstlenecek birimler ile finansmanı yönetecek birimler gibi farklılaşan maliyetler oluşacaktır. Ülkeden

³⁷ TATAR, Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, ss.105-106.

³⁸ TATAR, Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, ss.106-109

ülkeye bu maliyetler ile uygulama becerileri farklılık göstereceği için model oluşturulurken bunlar da dikkate alınmalıdır.

- v. **Adil katılım ve eşit faydalanma:** Toplumun farklı gelir seviyesindeki kesimleri GSS sistemi aracılığı ile risk paylaşım ilkesine dayanan bir dayanışma içerisine girmektedir. Bu dayanışmanın toplum tarafından kabullenilebilmesi ve modelin işleyebilmesi için herkes için katılımın adil, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmenin de eşit olması önemlidir.
- vi. **Sigortalı davranışları:** Sigortalıların sağlık hizmetlerinden mümkün olan en üst düzeyde faydalanabilmesini sağlarken, gereksiz ve aşırı kullanımlar da temel ihtiyaçları kısmadan frenlenebilmelidir. Aksi takdirde sürdürülebilir bir sistemin maliyetler artacaktır ve sonuç olarak ya finansman ihtiyacı artacak ya da faydalanma seviyesi düşürülecektir. Toplumun davranış eğilimlerine uygun olarak gereksiz kullanımları teşvik etmeyen, hatta caydıran bir model tasarlanmalıdır.
- vii. **Sağlık hizmeti sağlayıcılarının davranışları:** Sağlık hizmet sağlayıcısı özel kuruluş da olsa, devlete bağlı bir kamu kuruluşu da olsa gelir/gider dengeleri önemli olacaktır. Bir GSS modeli oluştururken sadece sigortalı çıkarları gözetilmemeli, sağlık hizmet sağlayıcılarının da sistemin bir parçası olarak hayatta kalmalarına olanak sağlayan bir model oluşturulmalıdır.

GSS modeli geliştirilirken kuşkusuz en önemli unsurlardan biri finansman yöntemleridir. Finansman yöntemleri dört ana başlık halinde özetleyebilir:³⁹

- i. **Vergilere dayalı finansman yöntemi:** Devletin topladığı dolaylı ve doğrudan vergiler ile finanse edilen yöntemdir. Dolaylı vergiler, tüketime bağlı olan ve her bir mal veya hizmet alımında tahsil edilen vergilerdir; tüketime bağlı olduğu ve daha kolay takip edilebildiği için kayıt dışı ekonominin olduğu yerlerde tercih edilir. Doğrudan vergiler, bireylerin veya kurumların gelirleri veya kârları üzerinden alınan vergilerdir. Vergiye dayalı finansman yönetimi değerlendirilirken

³⁹ TATAR, *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi*, ss.112-116.

devletin vergi toplama kapasitesi ve kabiliyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

- ii. **Cepten yapılan ödemeler ile finansman yöntemi:** Bireylerin kendi güçleriyle karşıladıkları ve doğrudan sağlık hizmet sağlayıcısına yaptıkları ödemeleri ifade eder. Bu yöntemin doğrudan finansman sağlamaktan ziyade aşırı kullanımı önlemek amacıyla kullanılması daha yaygın ve uygundur. Belirli oranlarda veya tavan uygulaması olan katılım paylarına bağlı olarak uygulandığında fazla kullanımın önüne geçme aracıdır.
- iii. **Özel sağlık sigortası ile finansman yöntemi:** Bireylerin özel sigorta şirketlerinden aldıkları güvenceler ve doğrudan özel sigorta şirketlerine yaptıkları prim ödemeleri oluşturulan sigorta havuzlarının finanse ettiği, riski özel sektöre transfer eden finansman yöntemidir.
- iv. **Sosyal sağlık sigortası ile finansman yöntemi:** Sosyal dayanışma ilkesi çerçevesinde devletin, bireylerin sağlık harcamalarını kendi kaynakları ile karşıladığı yöntemdir. Özel sağlık sigortası sisteminden temel farkı, özel sigortalardaki aktüerya hesaplarının öncelikli değerlendirme unsuru olmamasıdır. Bireylerden, çalışanlardan ve işverenlerden, riskin düşüklüğünde veya yüksekliğine bakılmaksızın, sabit oranlarda primler toplanarak sistem finanse edilir.

Yukarıda özetlenmiş finansman yöntemleri, bir GSS modelinde tek başlarına veya birlikte kullanılabilir. Bununla birlikte birbirini tamamlayıcı nitelikte oldukları modeller de uygulanabilir.

2. BÖLÜM: İSVİÇRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

2.1. İsviçre’de Genel Sağlık Sigortası Kapsamı

İsviçre’de GSS zorunlu bir sigortadır ve hem İsviçre hem de diğer ülke vatandaşları için zorunlu olduğu için İsviçre’de yaşayan ve çalışan toplumun neredeyse tamamını kapsar. Zorunlu GSS yaptırmayı gerekenler ve istisnaları İsviçre Federasyonu Toplumsal Sağlık Federal Bürosu belirler. GSS yaptırmayı gerekenleri şu şekilde maddeler halinde belirtilebilir⁴⁰:

- i. Hangi ülke vatandaşı olduğundan bağımsız olarak, İsviçre’de ikamet eden her birey ve ailesi, hem yetişkinler hem çocuklar;
- ii. İsviçre vatandaşı olmayan ancak İsviçre’de üç ay veya daha uzun oturma izni bulunan bireyler;
- iii. İsviçre vatandaşı olmayıp, üç aydan kısa süre İsviçre’de çalışıyor olan ve İsviçre’de geçerli, zorunlu temel sağlık sigortası şartlarına eşdeğer sigorta teminatı olmayan her birey;
- iv. İsviçre’ye oturma izni alma niyeti ile gelmiş her birey;
- v. İsviçre veya Avrupa Birliği (AB) / Avrupa Serbest Ticaret Birliği (ASTB) üyesi ülke vatandaşı olan, İsviçre’de çalışan ve AB üyesi ülkeler, İzlanda veya İsveç’te ikamet eden her birey. Bu şart aynı zamanda bireyin, çalışmayan her bir aile ferdini de kapsamaktadır;
- vi. İsviçre veya Avrupa Birliği (AB) / Avrupa Serbest Ticaret Birliği (ASTB) üyesi ülke vatandaşı olan, tek geçim kaynağı İsviçre emeklilik veya işsizlik ödeneği olan, AB üyesi ülkeler, İzlanda veya İsveç’te ikamet eden her birey. Bu şart aynı zamanda bireyin, çalışmayan her bir aile ferdini de kapsamaktadır;
- vii. Çalışan statüsünde olup, İsviçreli bir işveren tarafından geçici olarak yurt dışına görev ile gönderilmiş olan her birey ve bu bireyin

⁴⁰ İsviçre Federasyonu Toplum Sağlığı Federal Bürosu (FOPH), **The Compulsory Health Insurance in a Nutshell**, Bern: FOPH, 2017, ss. 5-6.

çalışmayan her bir aile ferdi zorunlu genel sağlık sigortasını yaptırmalıdır.

Bu tanımlar İsviçre’de yaşıyan ve çalışanlar ile ailelerinden oluşan toplumun neredeyse çoğunu kapsamakla beraber, bu uygulamanın bazı istisnaları da vardır. Zorunlu GSS yaptırmaktan muaf olan bireyler de aşağıdaki gibi maddeler halinde gösterilebilir⁴¹:

- i. İsviçre’de yaşıyor olmasına rağmen;
 - a. AB/ASTB üyesi bir ülkede çalışan bireyler;
 - b. Yalnızca bir AB/ASTB üyesi ülkeden emeklilik ödeneği alıyor olan bireyler;
 - c. Bir diplomatik veya konsolosluk heyetinin üyesi olarak çalışıyor olan veya uluslararası kanunlar çerçevesinde öncelikli hak talep edebilecek bir uluslararası organizasyon çalışanı olan bireyler zorunlu genel sağlık sigortasından muafır.
- ii. Bunlara ek olarak, İsviçre’de geçerli ve zorunlu GSS şartlarına denk teminatlar içeren bir sağlık sigortası olan bazı bireyler de zorunlu GSS’den muaf olabilir. Bu tanıma uyabilecekler;
 - a. İsviçre’ye öğrenim amaçlı ve geçici olarak gelen bireyler;
 - b. Çalışmak için uluslararası sınırlar arasında sürekli seyahat eden veya AB/ASTB üyesi bir ülkede ikamet eden, emekli ödemesi almakta olan ve iki ülkeden birinde sigortalı olma seçeneği olan (bu koşul Almanya, Fransa, İtalya veya Avusturya’da ikamet edenler için mümkündür) bireylerdir.

Zorunlu GSS’den muaf olabilmek için bireyler dilekçe ile ilgili kanton yönetimine, zorunlu genel sağlık sigortalarının başlangıç tarihinden itibaren üç ay içerisinde başvurmalıdırlar. AB/ASTB üyesi bir ülkede yaşıyan emekliler de kendi ülkelerindeki genel kuruma başvurmalıdır.

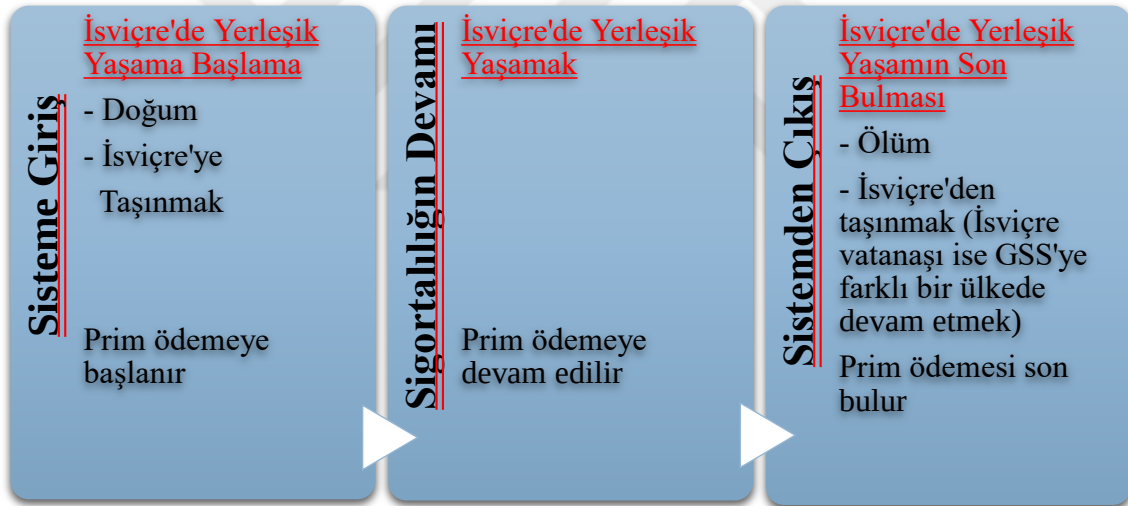
⁴¹ İsviçre Federasyonu Toplum Sağlığı Federal Bürosu (FOPH), **The Compulsory Health Insurance in a Nutshell**, Bern: FOPH, 2017, ss. 5-6.

Zorunlu GSS, İsviçre’de faaliyet gösteren yaklaşık 60 sigorta fonundan birinin şubesinde temin edilebilmektedir.

2.2. Teminatın Başlangıcı ve Sisteme Giriş

GSS geriye dönük ödeme yapan bir yapıdadır. Sigortalı birey İsviçre’de ikamet etmeye başladığından itibaren kendini veya yeni doğan çocuğunu doğumdan itibaren üç ay içerisinde bir sigorta sağlayıcısına kaydettirmiş ise sigorta başlangıç tarihlerine kadar olan sağlıkla ilgili giderleri tazmin edilir. Sağlık harcamaları geriye dönük olarak tazmin edildiğinden, sonuç olarak primlerin de geriye dönük olarak, teminatın başlangıcından itibaren, ödenmesi gereklidir. Birey, ikamet etmeye başladıktan itibaren veya çocuğunun doğumundan itibaren üç aydan uzun bir süre sigortasını başlatmamış ise bir ek prim ödemek zorunda kalır ve sigorta başlangıcına kadar olan sağlık harcamaları da tazmin edilmez.

Şekil 1: İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemi



2.3. Sigortalıya Sunulan Hizmet ve Faydalar

Zorunlu GSS, genel olarak toplumdaki bireylerin temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Normalde zorunlu sağlık sigortası bir doktor tarafından uygulanan tüm tedavileri ve işlemleri teminat kapsamına alır. Bir doktor, hastayı muayene etmeden veya tedavi etmeden sigortalıyı, uygulayacağı tıbbi prosedürlerin teminat kapsamına girip girmediği konusunda bilgilendirir. Zorunlu GSS’nin teminatları ve sigortalıların

yararlanabileceği hizmet ve faydalar, İsviçre Konfederasyonu Federal Toplum Sağlığı Ofisi (FOPH) tarafından, 2017 itibarıyla şu şekilde özetlenmiştir⁴²:

Zorunlu GSS hastanede yatarak tedavileri, hastanelerin genel bakım odalarında, hastane koşullarında olmak üzere teminat kapsamına almaktadır. Bu sigorta kapsamında anlaşmalı olan hastaneler arasından sigortalı istediği hastaneyi seçmekte özgürdür ancak İsviçre'nin federal yapısı gereği, sigortalı, bağlı bulunduğu kantonun içerisindeki anlaşmalı hastaneleri seçmelidir. Bağlı bulunduğu kantonun anlaşmalı hastanesi dışındaki bir hastanede tedavi görmeyi seçen sigortalının hastanede kalış ve tedavi masrafları, bağlı bulunduğu kantondaki anlaşmalı hastanedeki denk kalış ve tedavi için oluşacak olan masraflara kadar ödenir. Bundan doğan ek masraflar, özel veya yarı özel bir hastane odasında kalınmasına bağlı ek masraflar ya sigortalı tarafından ödenir ya da tamamlayıcı sigorta almış ise o sigorta tarafından karşılanır, zorunlu GSS kapsamında karşılanmaz. Ancak sigortalının bağlı bulunduğu kantonun anlaşmalı listesinde olmayan bir hastanede, acil müdahale ihtiyacı veya özel tedavi ihtiyacı gibi tıbbi gerekliliklerden dolayı tedavi olunması gerekiyor ise o hastanenin genel bakım odalarındaki kalış ve tedavi masraflarının tamamı zorunlu sağlık sigortası kapsamında karşılanır.

İlaç kullanımları zorunlu GSS kapsamındaki faydalardan biridir. İlaç kullanımının zorunlu GSS kapsamına girebilmesi için bir doktor tarafından reçete yazılmış olması ve ilacın İsviçre Federal Toplum Sağlığı Bürosu tarafından hazırlanmış ilaç listesinde bulunması şartı vardır. Bu listede yaklaşık 2,500 ilaç vardır ve liste tıbbi gelişmeler ışığında sürekli olarak güncellenmektedir. Bu listedeki ilaçların yanı sıra anında (genellikle eczanede) yapılan ilaçları da -kullanılan malzemelerin tarifeli ilaçlar listesinde olması şartı ile- kapsamaktadır. Eczacılar, tescilli ilaçlar yerine genellikle daha düşük maliyetli, aynı kalitede ve aynı aktif maddeleri içeren muadil ilaçları verme hakkına sahiptir. Ancak doktor, reçetede belirli bir ilaç firmasının ürettiği bir ilacı özellikle belirtmiş ise yazılan ilaç temin edilir.

Koruyucu hekimlik ve hastalıkların önlenmesini amaçlayan, toplum sağlığını korumaya katkı sağlayan çeşitli sağlık uygulamaları ve tetkikleri de zorunlu GSS'nin sağladığı faydalardan biridir. Bu kapsamda yapılan uygulamalar hastalıkların önlenmesi amaçlı tedbirlerdir ve hastalığa dair o anda bir şüphe olmasa bile zorunlu sağlık

⁴² FOPH, *The Compulsory Health Insurance in a Nutshell*, ss. 7-12.

sigortası programı dâhilinde karşılanır. Hastalığın tespit edilmesi durumunda doktorun gerekli gördüğü şekilde tetkikler ve muayeneler sağlık sigortası programı tarafından ödenir. İsviçre Aşılama Planı çerçevesinde yapılan aşılarla bazı örnekler olarak şunlar verilebilir: difteri, tetanos, suçiçeği, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, hepatit B, hepatit A, grip aşıları (gribe yakalanma riski yüksek veya 65 yaş üzeri bireyler için), kene kaynaklı beyin iltihabı, rahim ağzı kanseri (26 yaşına kadar olan kadınlar ve okul çağındaki kız öğrenciler için) ve insan papillom virüsünün sebep olabileceği diğer kanser türleri için (11-26 yaş arasındaki erkeklerle) yapılan aşılardan vb. Aşı uygulamaları dışındaki zorunlu GSS kapsamında sağlanan bazı koruyucu hekimlik hizmetleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- i. Okul öncesi çağındaki çocukların sağlıklı ve normal gelişimlerini takip etmek için sekiz muayene;
- ii. Önceki iki muayene temiz çıkmış ise her üç yılda bir, değilse gerek görüldüğü sıklıkta jinekolojik görüntüleme muayeneleri (rahim kanseri muayenesi de dâhil);
- iii. Meme kanseri muayeneleri;
 - a. Ailelerindeki hastalık geçmişine dayanarak orta-yüksek meme kanseri riski grubunda bulunan kadınlara dijital mamografi;
 - b. 50 yaşlarını doldurmaları itibarıyla kadınlar için mamografi görüntülemeleri her iki yılda bir, belirli kalite güvencesi gerekliliklerini sağlayan kanton veya bölgesel tarama programı kapsamında yapılan muayeneler;
- iv. 50-69 yaş arasındaki bireylere kolon kanseri taraması;
 - a. Dışkıda gizli kanın varlığını tespit etmek amacıyla her iki yılda bir; veya
 - b. Her on yılda bir kolonoskopi;
- v. Hamilelik ile ilgili kontroller;

- a. Doktor veya ebe tarafından yedi rutin doğum öncesi kontrolü (yüksek riskli hamileliklerde gerektiği kadar ve hepsi sigorta tarafından karşılanır);
- b. 12-14. Haftalar arasında ve 20-23. haftalar arasında iki ultrason muayenesi (yüksek riskli hamileliklerde gerektiği kadar ve hepsi sigorta tarafından karşılanır);
- c. Hamilelikte Down Sendromu, Edwards sendromu veya otozomal trisomi gibi hastalıkların teşhisi için yapılan testler;
- d. Ebeler tarafından verilen bireysel veya grup hamilelik kursları 150-CHF kadar;

vi. Doğum ile ilgili masraflar;

- a. Evde, ikamet edilen kantonun anlaşmalı kurum listesindeki hastanede ya da doğum merkezindeki doğum masrafları;
- b. Doktor ya da hemşire tarafından bir defa, doğumdan sonra 6-10. haftalar arasındaki bir doğum sonrası muayenesi;
- c. Ebe veya özel eğitimli hemşireler tarafından 3 emzirme danışmanlığı seansı;
- d. Bir ebe tarafından, bebeğin ve annenin sağlığını takip etmek ve onlarla ilgilenmek için yapılan ev ziyareti şeklinde takipler (erken doğum, çoklu doğum, ilk bebek doğumu, sezaryen doğum durumlarında 56 günde en fazla 16 ziyaret, diğer durumlarda en fazla 10 ziyaret -56 günden sonraki ek ziyaretler için doktorun talebi gerekmektedir);
- e. Yeni ve sağlıklı doğmuş bir bebek için hastane ve hasta bakıcılık masrafları, annenin sağlık sigortasından ve annelik faydaları altında karşılanır ancak bebek hastalıklı doğar veya hastalanır ise ilgili masraflar bebeğin sigortasından masraf paylaşım ilkeleri doğrultusunda;

- vii. Fizik tedavi masrafları bir doktorun tedavi amaçlı olarak gerekli görmesi durumunda zorunlu sağlık sigortası kapsamında karşılanır, doktor 9 seansa kadar reçete yazabilir ve sigortalı ilk tedaviyi doktorun yönlendirmesinden itibaren ilk beş hafta içerisinde almalıdır. Gerekirse doktor fizik tedavinin devam etmesini reçete edebilir;
- viii. Kayropraktör tarafından uygulanan fizik tedaviler doktor reçetesi olmadan da zorunlu sağlık sigortası kapsamında karşılanır;
- ix. Gözlük ve kontak lensler, 18 yaşına kadar olan çocuk ve ergenlerde bir göz doktoru tarafından reçete edilmiş ise senelik 180-CHF'ye kadar, eğer bir hastalıkla bağlantılı olan ışığın kırılma anomalilerine bağlı, cerrahi müdahale sonrası ayarlamalar, kornea hastalıkları gibi sebeplerde yaştan bağımsız olarak ve daha yüksek bedeller ile;
- x. Tıbbi yardımcılar ve cihazlar (bandajlar, korseler/sabit destekler, nefes almaya destek olan cihazlar/spreyler, solunum terapi cihazları, inkontinans cihazları vb) doktor tarafından reçete edilmiş ve yayınlanmış tıbbi yardımcılar ve cihazlar listesinde yer alıyor ise, belirli bir üst limite kadar;
- xi. Diş tedavileri, çürük dişlerin dolgusu, çarpık dişlerin düzeltilmesi, tel takımı vb. tedaviler için zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmamaktadır ancak aşağıdaki koşullara bağlı diş tedavileri;
 - a. Şiddetli genel hastalıklara bağlı ciddi ağız ve çene bozuklukları gelişmiş ve ağız ve çene tedavileri, tıbbi tedavinin verilmesinde ve başarıya ulaşmasını destekleyici veya sağlayıcı nitelikte ise;
 - b. Bir kaza sonucu gerekli olmuş ve sigortalının bu tedavi masraflarını karşılayacak farklı bir sigortası yok ise;

Sağlık sigortası evde bakım hizmetleri, beslenme danışmanlığı, diyabet danışmanlığı, konuşma terapisi, mesleki terapi gibi diğer sağlık servislerini de bir doktorun talebi doğrultusunda karşılamaktadır. MR, röntgen gibi tanı yöntemleri de bir doktorun talebine bağlı olduğu sürece sigorta kapsamına girmektedir. Psikolojik tedaviler bazı özel şartlara bağlıdır ve vakaya göre ne oranda teminata dâhil olduğu

veya dâhil olup olmadığı değişebilmektedir. Temel zorunlu sağlık sigortası, faydası veya uygunluğu şüpheli bulunan veya maliyeti, beklenebilecek faydalarını çok aşan tedavi yöntemlerini karşılamaz ya da sadece bazı belirli şartlar altında karşılar.

Tamamlayıcı tıp hizmetleri ve tedavileri de zorunlu sağlık sigortası kapsamı dâhilindedir ancak federal hükûmet tarafından tanınan bir bilim dalı olması ve tedaviyi uygulayan doktorun bu dalda temel tıp eğitiminin devamı niteliğinde eğitim görmüş olması şartı aranmaktadır. Bu tamamlayıcı tıp hizmetlerine örnek olarak akupunktur tedavisi, antroposofik tıp, geleneksel Çin ilaç tedavisi, klasik tıbbi homöopati tedavisi, fitoterapi verilebilir.

Kazalar zorunlu sağlık sigortası kapsamında değildir ancak ek prim ile kapsama dâhil edilebilir. Dâhil edilmesi durumunda zorunlu sağlık sigortası, hastalık durumunda sağladığı tüm fayda ve hizmetleri sağlayacaktır. Ancak haftada 8 saat veya daha fazla çalışan bir bireyin hem iş ile ilgili hem de iş dışı sebeplerden oluşabilecek kazalara karşı sigortası işvereni tarafından Kaza Sigortası Kanunu kapsamında zaten zorunlu olarak yapılmaktadır.

Spa tedavileri bir doktor tarafından reçete edilmesi ve tedavinin kayıtlı bir tıbbi spa merkezi tarafından uygulanması koşulu ile günde 10-CHF ve senede 21 gün limit ile zorunlu sağlık sigortası kapsamında karşılanmaktadır.

Tıbbi bir durum sonucunda veya operasyon sonrasında ortaya çıkabilecek, doktor tarafından reçete edilmiş olan hasta bakım hizmetleri evde veya bir hasta bakım evinde olmak üzere zorunlu sağlık sigortası teminatları kapsamındadır. Diğer birçok teminatta olduğu üzere sigortalı da masraflara belirli oranda katkı sağlar. Bu hasta bakım hizmetleri enjeksiyonları, yara pansumanı, tıbbi malzemelerin kullanımı, tansiyon ve nabız ölçümü, diyabet hastaları için ayakların bakımı, ilaçların kullanımı hakkında danışmanlık gibi hizmetleri kapsar.

Bunların yanında zorunlu GSS ambulans gibi özel ulaşım gereksinimine bağlı masrafların yarısını, senede 500-CHF tutarına kadar karşılamaktadır. Sadece İsviçre sınırları içerisinde olmak kaydıyla dağcılık aktiviteleri sırasındaki kazalar, kalp krizi gibi ölümcül bir tehlikeden kurtarılma masraflarının yarısı da, 5,000-CHF tutarına kadar, sigorta kapsamındadır.

İsviçre'den zorunlu GSS'ye sahip bireylere, sigorta şirketi tarafından Avrupa Sağlık Sigortası Kartı çıkartılır ve bu kart, AB/ASTB üyesi ülkelerdeyken gerekli olarak değerlendirilen tıbbi hizmetlerden, bulunulan ülkede ikamet ediyormuşçasına, yararlanmayı sağlar. AB/ASTB dışındaki bir ülkede acil bir tedavi gereksinimi oluşması durumunda zorunlu sağlık sigortası, gereken tedavinin İsviçre'deki muadil masraflarının iki katına kadar teminat sağlamaktadır. Hastanede yatış gerektiren bir tedavi uygulanması durumunda ise sigorta, İsviçre'deki muadil hastane masraflarının %90'ına kadarını karşılar. İsviçre'de sigortalı olup, bir AB/ASTB üyesi ülkede yaşayan bireylere, İsviçre'de veya ikamet ettikleri ülkede tedavi görmek konusunda seçim hakkı bu sigorta kapsamında tanınmıştır.

2.4. Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi

İsviçre zorunlu GSS'nin ve mevcut sağlık sisteminin bugünkü durumuna gelene kadar hangi süreçlerden geçtiğini kısaca incelemek sistemin daha iyi analiz edilebilmesini sağlayacaktır. Sistemin zaman içerisindeki gelişimi aşağıdaki şekilde özetlenebilir⁴³:

Anayasal açıdan kanton ve belediyeler neredeyse kendi içlerinde tek yetkili olarak sağlıktan sorumlu olup kurulduğu 1848 tarihinde, İsviçre Konfederasyonu, bölgede bu anlamda hiçbir yasama yetkisine sahip değildi. Bu durum zamanla değişim göstermiştir. 1877 yılında, İsviçre'de çalışan sağlık profesyonellerinin yeterlilik sınavları standardize edilmiş, 1886'da salgın hastalıklarla savaşmak için kanunlar, 19. yüzyıl sonlarında da yiyecek ve tüketici sağlığının güvenliği konusunda yasalar, 1925'te uyuşturucu maddelerine ilişkin yasaklamalar, 1928'de verem ile savaş amaçlayan kanunlar yürürlüğe girmiştir. 1931 yılına gelindiğinde ise hükümet, serum ve aşılardan takip edilmesinden sorumlu hale gelmiştir.

20. Yüzyılın ilk yarısında kantonların sağlık politikaları, devlet politikası gibi, ağırlıklı olarak toplum seviyesinde önleyici nitelikteydi. Toplum seviyesindeki yaklaşımlar o dönemde, sağlık seviyesini yükseltmek için en etkili yöntemler olarak değerlendirilebilir; bu dönem ekonomik refah düzeyinin düşük olduğu, salgın hastalıklara yakalanmış kesimin yüksek seviyelerde olduğu yılları kapsayan bir dönemdir. 2. Dünya Savaşı sonrası bireysel ve tedavi edici tıp artarak önem kazanmaya

⁴³ The European Observatory on Health Care Systems, **Health Care Systems in Transition Switzerland**, Secretariat of European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000, ss. 5-8.

başlamıştır. 1960'ların sonlarına doğru ilk defa, büyüyen sağlık harcamalarının seviyesi yüzünden tedavi edici yönelimler uzmanlar tarafından sorgulanmaya başlanmıştır. Yeni tartışmalar, hastalıkların bireyler üzerinden ve sağlık seviyesinin yükseltilmesi ile önlenmesi üzerine odaklanmıştır. Sürekli sarf edilen çabalara rağmen genel olarak hastalıkların önlenmesi stratejileri seçici ve eşgüdümlü işleyiştten uzak kalmıştır.

1890'da federal hükümet, anayasal direktif ile hastalık ve kaza sigortaları konusunda yasal düzenlemeleri yapmak ile görevlendirilmiştir. Bunu takiben 1899'da İsviçre, sağlık sigortası üzerine kurulu bir sistemi kurmak için ilk atılımı yaparak sağlık ve kaza sigortası kanunu hazırlamıştır. Önerilen sistem, Alman sağlık sigortası sisteminden yola çıkılarak modellenmiştir. İlk öneri, referandumda reddedilmiş ve sonuç olarak değiştirilmiş hali 1911'de referandumdan geçmiştir. Sağlık sigortası fonları (sigorta şirketleri), bu kanun ile Sosyal Sigorta Federal Ofisine kayıt olmak ve onun koyduğu kurallara uymakla yükümlendirilmiştir aksi takdirde federal hükümetin sağlayacağı finansal desteklerden yararlanamamışlardır. Ayrıca uyulması gereken kurallarda, sağlanması zorunlu olan, tanımlanmış fayda paketlerini ve insanların sigortacılarını değiştirmek konusunda özgür olabilmelerini sağlayan detaylar yer almıştır. O zamanlarda sigorta şirketleri, sigorta fonları, genellikle bölgesel fonlar olup belirli bir şirkete veya mesleki birliğe bağlıdırlar dolayısı ile iş değişikliği, farklı bir bölgeye taşınma gibi durumlarda yasa, sigortalılara fonlarını/sigortacılarını değiştirme hakkı tanımıştır. Bunların yanında ayrıca erkek ve kadınların katkı oranları arasında %10'luk bir limit koyan kanun, bu fonların kâr etmesini de yasaklamıştır. Fonlara, federal hükümet tarafından, federal ödenekler, sigortalı sayılarına göre bağlanmıştır. O zamanki kanun, sigortanın zorunlu olup olmamasını kantonların kararına bırakmıştır. O dönemde sistemdeki fonların finansal durumları çok hızlı bir şekilde bozulmuş olup bunun en büyük sebebi tahmin edilen sağlık hizmeti taleplerinin doğru hesaplanamamış olmasıdır.

Sistemi tamamen değiştirme denemeleri birçok kez halk oylamasına takılmış olup 1958 itibariyle çabalar, kısmi reformlar ile kısıtlanmıştır. 1964'te sistemin yenilenme çabaları başarıyla tamamlanabilmiş ve bundaki en önemli etken sağlık sigortası fonlarının finansal durumlarının düzelmesidir. Gerçekleşen reformlar, fonlara verilen federal ödeneklerin yaş, cinsiyet ve yeni sunulan zorunlu kullanıcı ücretlerinin uygulanmasına bağlı olarak düzenlenmesini içeriyordu. Zorunlu sağlık sigortasından faydalanacaklara uygulanan bu doğrudan ücretler, 20 yaşından büyük bireyler için bir

muafiyet ve bütün faydalananlar için tüm hizmetlerde geçerli koasürans uygulamalarını getirmiştir. Federal ödenekler, bir fonun geçmiş yıldaki harcamalarına göre hesaplanıyor ve ortalama toplam harcamanın %30'una denk geliyordu. 1911'lerde başlayan finansal sorunlar, 1964'teki kısmi reformlara kadar devam ettiyse de hiçbir fonun resmi olarak batmasına sebep olmamıştır. Ancak fonların sayısı önemli oranda düşmüştür.

Sisteme reform uygulamaları, kısmi değişiklikler uygulanmaya başlandığı anda tekrar ortaya çıkmış ve tartışmaların içeriği ağırlıklı olarak sağlık sistemindeki harcamaların keskin artışı olmuştur. 1974 ve 1987'de reform denemeleri olmakla birlikte hepsi halk oylamasında reddedilmiştir. Bu sonucun bir sebebi her iki reformun da maliyet kontrolü, fayda paketi, analık sigortası ve zorunlu sigortayı ilgilendiren karmaşık reform önerilerini bir arada içermesiydi. Her bir içeriğin kayda değer muhalefetleri vardı ve bunların bir araya gelişi iki halk oylamasının da olumsuz sonuçlanması sonucunu doğurdu. Parlamentodan 18 Mart 1994'te geçen, yenilenmiş sigorta kanunu halk oylamasında 4 Aralık 1994 tarihinde onaylanmış ve 1 Ocak 1996 itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun iki temel hedefi; dayanışmayı güçlendirmek ve giderleri kontrol altında tutmaktır.

Sonuç olarak bugün İsviçre, oldukça iyi geliştirilmiş bir sağlık sistemine sahiptir. 2. Dünya Savaşı sonrası sistem kuvvetli bir genişleme yaşamıştır. Hastanede yatarak tedavi hizmeti kantonlar tarafından genişletilmiş ve çoğunlukla eşgüdümlü olmayan bir biçimde gelişmiştir. Uzunca bir süre sağlık hizmetlerinin sağlanması ihtiyaç seviyesini aşarak seyretmiştir. 1990'ların sonrasında önemli çabalar ile hizmetlerin sınırlandırılması ve sağlık hizmetlerinin ülke çapında eşgüdümlü çalışması sağlanmıştır.

2.5. Organizasyon Yapısı

İsviçre'deki genel sağlık sisteminin organizasyon yapısı oldukça karışıktır. Bunda İsviçre'nin yönetim şeklinin ve hükümet yapısının da önemli etkisi söz konusudur. İsviçre'de ana kanunları yapan ve devleti idare eden bir federal devlet yapısı, onun altında da 26 kantonun yönetimleri yer almaktadır. Federal devletin çıkardığı yasaların uygulanması ve denetlenmesi büyük ölçüde kanton yönetimlerine bırakılmıştır ve dolayısı ile kantonlar arasında farklılıklar görülebilmektedir. Karar mekanizmasına devlet organları dışında, devletin de kanunlar karşısında tanıdığı (özel

şirketlerin oluşturduğu birlikler ve sivil toplum örgütleri gibi) tüzel kişilikler ile halk oylaması yoluyla halk da dâhil edilmektedir. Bu yönetim sisteminin bir yansıması olarak İsviçre'deki genel sağlık sisteminin yapısı, federal düzeyde alınan kararların kantonlar içerisinde uygulanması ve denetlenmesi şeklinde kurulmuştur. İsviçre'nin GSS'deki organizasyon yapısı da oldukça fazla sayıda oyuncudan oluşan, karmaşık bir yapıda olsa da üç ana başlık altında incelenebilir; Federal düzey, kantonlar ve belediyeler ile tüzel kişilikler.⁴⁴

2.5.1. Federal Düzey

Federal düzeyde, kanunlarla belirlenmiş olan sağlık sisteminin ve bu sistemdeki oyuncuların kendi arasındaki rekabetin yönetiminin yasal çerçevesi tanımlanır, daha alt seviyelerdeki gelişmeler denetlenir.

Yasama ve yürütme kolları ise parlamentoda olup Federal Kurul, yasal çerçeveyi tanımlamakla sorumludur ve Ulusal Konsey ve Kantolar Konseyinden oluşur. Parlamento içerisinde daha ufak konsey ve komite yapıları söz konusu olup her biri kendi konularında çalışmalarını yürüttükten sonra parlamentoya sunarlar.

Federal Konsey, her biri bir bakanlığın başında olan yedi üyeden oluşur ve ülkenin müşterek yönetimini gerçekleştirir. Çoğunluk kararıyla, federal kanunların nasıl uygulanacağını belirten yönetmelikleri geçirir ve değiştirirler. Federal Konseyin en önemli iki sorumluluğu, zorunlu GSS'yi ilgilendiren organizasyon çerçevesini ve sigortalıların bu kapsamda yararlanacağı faydaları belirtmektir. Özet olarak, Federal Konsey, zorunlu sağlık sigortası ile ilgili fayda ve hizmet paketlerini, servis sağlayıcılarının iş yapma koşullarını, prim hesaplamalarındaki genel kuralları tanımlayan ve değiştirebilen organdır. Federal Konseyin çizdiği çerçevenin altında farklı organlar, yetki ve sorumluluk alanlarına göre hareket etmektedirler.

Federal İç İşleri Departmanı (FDHA) sosyal güvenlik, sağlık, kültür, istatistikler, eşitlikler gibi çok geniş konularla ilgili sorumluluklara sahiptir. FDHA, sağlık sigortası sisteminin günlük işleyişini ilgilendiren kararlarda nihai söz karar vericidir. Ancak sağlık sigortası ile ilgili yönetsel sorumlulukların büyük kısmı, kanun ve düzenlemelerin hazırlanması bu kurumun altındaki FOPH tarafından yürütülür.

⁴⁴ Carlo DE PIETRO, Paul CAMENZIND, Isabelle STURNY, Luca CRIVELLİ, Suzanne EDWARDS-GRAVOGLIA, Anne SPRANGLER, Friedrich WITTENBECHER, Wilm QUENTIN, "Health Systems in Transition: Switzerland Health system review", *European Observatory on Health Systems and Policies*, Cilt 17 Sayı 4, 2015, ss.25-37.

FOPH, birçok ülkedeki sağlık bakanlıkları ile benzer bir işleve sahiptir; toplum sağlığı ve ülke düzeyinde sağlık politikalarının geliştirilmesinden sorumludur. Kanun ve düzenlemelerin hazırlanmasının yanı sıra zorunlu sağlık sigortasını sağlayan sigorta şirketlerinin denetlenmesinden de FOPH sorumludur. Hangi hizmet ve faydaların zorunlu sağlık sigortası kapsamında karşılanıp, karşılanmayacağına, kısıtlı karşılanacağına ve kantonların prim katkılarının yönetimini belirleyen kararları FDHA'ya bu kurum hazırlar ve sunar. FOPH altında dört ana müdürlük vardır ve bu müdürlükler sağlık ve kaza sigortası, sağlık politikası, toplum sağlığı ve tüketicinin korunması konularıyla ayrışır. Bunlara ek olarak FOPH, federal danışma komisyonları tarafından da çalışmalarında desteklenmektedir. Hangi yenilikçi teknolojilerin, ilaçların zorunlu sağlık sigortası fayda sepeti içerisine dâhil edileceği, hangi tıbbi gerekçelerle bazı tanı yöntemleri ve tanı cihazlarının kullanımlarının teminatlar kapsamında olacağı konuları uzmanları olan komisyonlar tarafından değerlendirilip tavsiye ve yol gösterme amaçlı sunulur.

Federal Sosyal Sigorta Ofisi (BSV/OFAS) FDHA'nın bir parçasıdır ve sosyal güvenlik sistemlerinin yönetimi, gözetimi ve bazı bölümlerini yönlendirme sorumlulukları vardır. Özellikle yaşlılık sigortası, malûliyet sigortası, emeklilik fonları ve analık izni sırasındaki gelir kaybının telafi edilmesi alanlarında faaliyet gösterdiği için sağlık sigortası ile sorumluluk alanı kesişmektedir.

Federal Ekonomik İlişkiler, Eğitim ve Araştırma Departmanına (EAER) bağlı Fiyat Denetçisi de sağlık hizmeti sistemindeki fiyatları gözlemlemekte önemli bir role sahiptir. Doktorların, ilaçların, hastanelerin fiyatlarını inceler. Fiyat Denetçisinin tavsiyelerini, federal ve kanton organları değerlendirmeye almak zorundadırlar ve sağlık hizmeti sistemindeki fiyatları belirlerken veya onaylarken bu tavsiyelere uymamaları durumunda, uymama sebeplerini açıklamak zorundadırlar.

Zorunlu GSS'nin faaliyet alanı ile kesişen sorumluluk alanları olan başka devlet kuruluşları da vardır ancak bunların rolleri daha az ve sorumluluk alanları daha dar olduğu için detaya girilmemiştir.⁴⁵

⁴⁵ DE PIETRO ve Diğerleri, a.g.e., ss.25-37.

2.5.2. Kanton Yönetimleri ve Belediyeler

Kanton yönetimleri, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında ve federal politikaların uygulamaya geçirilmesinden sorumlu olup sağlık ve sağlık hizmetleri konularında yüksek ölçüde bağımsızlığa sahiptirler. Anayasanın açıkça federal seviyeye aktardığı yasama gücü dışında kalan her alanı, kendi sağlık departmanları vasıtası ile kanton yönetimleri tanımlamaktadırlar. Federal yönetimin sorumluluğunda olan alanlarda bile kantonlar genellikle federal kanun ve yönetmeliklerin uygulamaya geçirilmesi konularında özerkliğe sahiptirler. Kantonların birbirleri arasındaki ve federal hükûmet ile aralarındaki iş birliğini geliştirecek bazı uyumluluk örgütleri de vardır.

Kantonların bazı önemli sorumluluk alanları vardır. Öncelikle hastane, hasta bakım evleri ve acil tıbbi hizmetler gibi sağlık hizmet alt yapılarının ulaşılabilir ve yararlanılabilir olmasından sorumludurlar. Bu sorumlulukları yerine getirebilmek için de kantonlar hastanelerin büyük bir kısmının sahibidirler ve hastanede kalış gerektiren tedavi hizmetlerinin yaklaşık yarısını kendileri finanse ederler. İkinci olarak, kantonlar kendi bütçeleri ile düşük gelirli bireyler için prim desteği sağlayan sistemlerini yönetirler. Sağlık sektöründe çalışan bağımsız profesyonellerin lisanslandırılması da kantonların görevleri arasındadır. Son olarak, kantonlar hastalıkların önlenmesi, toplum sağlığının yükseltilmesi ve yiyecek-içecek güvenliği alanlarında da sorumludurlar.

Belediyeler de sağlık sistemine dâhil olan oyunculardır ancak belediyenin sorumlu olduğu nüfus büyüklüğüne bağlı olarak sorumlulukları oldukça değişmektedir. Ancak belediyelerin sağlık sistemindeki en büyük sorumluluğu uzun vadeli bakımlardır; bakım evleri ve evde bakım hizmetleri ile toplumun korunmaya muhtaç gruplarına destek hizmetleri verirler. Büyük belediyeler, kendi hastanelerini işletebilmektedir ve okullarda sağlık hizmetleri sağlayarak toplum sağlığında önemli rol üstlenirler.⁴⁶

2.5.3. Tüzel Kişilikler

Kantonların birbirleri ve federal hükûmet ile aralarındaki iş birliğini geliştirecek bazı uyumluluk örgütleri, sigorta şirketleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının kurduğu tüzel kişi birlikler, çeşitli vakıf ve sivil toplum örgütleri gibi çok sayıda kuruluşta sağlık sisteminde aktif birer oyuncudur. Bunların içerisinde zorunlu sağlık sigortası ile en yakın faaliyet alanına veya en önemli kesişmeye sahip olanlar bu

⁴⁶ DE PIETRO ve Diğerleri, a.g.e., ss.25-37.

bölümde incelenirken diğerleri genel faaliyet amaçlarına göre gruplanarak değerlendirilecektir.

Sağlık sisteminde koordinasyon örgütleri önemi artan roller üstlenmektedir. 26 kantonun tamamında toplum sağlığından sorumlu memurlarının bir araya geldiği örgütler, kantonların kendi içerisinde ve federal yönetim ile aralarında uyumlu çalışmayı sağlamaktadır. Bilgilerin karşılıklı paylaşıldığı, uyumlu çalışma ile hareket etmeyi gerektiren çeşitli konuların tümüyle ele alınması ve saptanmasını üstlenen örgütler de buna katkı sağlar.

Zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortalarını sağlayan ve dolayısı ile sağlık masraflarını karşılayan özel şirketlerin de kurduğu birlikler vardır. Doğal olarak bu birlikler, sigorta şirketlerinin çıkarlarını kollamak ve sağlık hizmet sağlayıcıları ile anlaşmaları sağlamak için faaliyet gösterirler. Zorunlu GSS satan özel şirketlerin sigortalılarda riske göre ayırım yapamadığı ve sigortacılık faaliyetlerinde kâr amacı güdememeleri göz önüne alındığında, sağlanan fayda ve hizmetler ile sağlık sektörü arasındaki anlaşmalar, tarife-fiyat politikalarında söz hakları olması, bu sistemin sürdürülebilirliği açısından çok büyük önem teşkil etmektedir. Ayrıca sigorta şirketlerinin kurduğu, federal yönetim ile ortaklaşa finanse ettikleri, yabancıların İsviçre’de gördüğü tedavilerin ve İsviçre’de yerleşik bireylerin yurt dışında gördüklerin tedavilerin masraflarını karşılayan fonları yönetmek için oluşturulmuş organlar da mevcuttur. Zorunlu sağlık sigortası ile direkt bağlantıları olmasa da isteğe bağlı sağlık sigortası sağlayan şirketlerin kurduğu birlikler, zorunlu işveren kaza sigortasını yöneten fon ve komisyonlar, malûliyet ve yaşlılık sigortalarını ilgilendiren kurumlar da sistemde yer almaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki en önemli grup kuşkusuz hastanelerdir. Hastanelerin de kendi kurdukları çeşitli birlikler vardır ve hem kamu hem özel hastanelerin çıkarlarını korumak amacıyla kurulmuşlardır. Bu birlikler ek olarak hastane yöneticilerine, hemşirelere, diğer hastane çalışanlarına eğitimler sağlayarak, üyelerine ek faydalar getirirler. Bununla birlikte yönetim araçlarını geliştirerek daha verimli bir şekilde işletilmelerine katkıda bulunmaktadırlar. Hastanede kalış yapan hastaların masrafları için geliştirilen ödeme sistemleri geliştirilirken hastane çıkarlarını temsil edecek şekilde sürece dâhil olurlar. Özel hastanelerin ayrıca halkla ilişkiler, hukuksal danışmanlık, lobicilik faaliyetleri gibi konularda faaliyet gösteren birlikleri de vardır. Kâr amacı gütmeyen evde bakım hizmeti veren kuruluşların eğitim, kalite yönetimi ve

iletişim konularında yönergelerinin geliştirilmesinde de çalışan birlikler sistemde aktif olarak rol almaktadır.

Bağımsız sağlık hizmet sağlayıcıları da kendi çıkarlarını korumak ve varlıklarını sürdürülebilir kılmak amacıyla çalışacak birlikler kurmuşlardır. Ambulans ve diş tedavisi hizmetlerinin genelde bağımsız profesyoneller tarafından sağlanması, evde bakım hizmetinin farklı kurumlar tarafından sağlanması sebebiyle bu oyuncuların da sigorta şirketleriyle tarifeler ile ilgili pazarlık yapacak bir oluşuma ihtiyaçları oluşmuştur. Bunların yanı sıra doktorların ve diş hekimlerinin oluşturduğu birlikler ise mesleki ve etik standartları oluşturur, eğitimlerinin yeterliliklerini akredite eder ve üyelerinin bu standartlara uyumlu çalışmasını sağlarlar. Aynı işlevi, doktor olmayan sağlık hizmeti sağlayıcıları (kayropraktr, eczacı, psikolog, ebe) için gören ayrı mesleki birlikler de sistemde aktif olarak yer almaktadır.

Sigorta şirketleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının ortaklaşa kuruluşları da bulunmaktadır. Bu kuruluşların hem yatışlı hastane hem de ambulans servislerinin ulusal tarife ereveslerini geliştirmekle yasal olarak ykmldrlere. Sigorta şirketleri ile servis sağlayıcıları arasındaki servis sağlama anlaşmaları, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlayan hükümleri de içermelidir. Bu direktifleri uygulayabilmek adına  ortaklaşa kuruluş kurulmuştur. TARMED Suisse, doktorlar ve hastaneler tarafından sağlanan ambulans sağlık hizmetlerinin ulusal tarife çerçevesini geliştirmek ve güncellemek ile sorumlu olan bir şirkettir ve hem sigorta şirketleri hem de hizmet sağlayıcıları eşit söz hakkına sahiptir. SwissDRG SA, hastane ödeme sistemlerinin geliştirilmesinden ve güncellenmesinden sorumlu olan şirkettir. Sigorta şirketleri, kantonlar ve hizmet sağlayıcıları ortaklarıdır. ANQ, hastane ve medikal kliniklerdeki kalitenin arttırılması amacıyla kurulmuş, hastane temsilcileri, kanton temsilcileri ve hizmet sağlayıcısı temsilcilerinden oluşan bir birliktir. yelerinden verileri toplayarak hizmet ve tedavi kalitesini nasıl arttırılacağı konusunda çalışma yapar.

Sigortalı çıkarlarını korumak için oluşturulmuş bazı sivil toplum örgütleri de aktif olarak sistemde rol almaktadır. Yaşlı ve malllerin haklarını koruyan ve ihtiyaçlarını gzetene, kanun koyuculara hasta çıkarlarını anlatan ve sigortalılara sigortalılar ile hizmet sağlayıcılar hakkında bilgi verme amacıyla kurulu çeşitli örgütler faaliyet göstermektedir. Bunlara ek olarak hastalığa bağlı faaliyeti olan sivil toplum örgütleri de vardır ve bunlar kurulma amaçları hangi hastalığa karşı kurulmuş ise o

hastalığın önlenmesi, hastaların tedavisi, toplumun hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve hasta ilişkileri üzerine çalışmaktadırlar.⁴⁷

2.6. Demografik Yapı

İsviçre'nin genel sağlık sistemi incelenirken demografik yapının da göz önünde bulundurulması, sistemin daha doğru yorumlanması güçlü ve zayıf yönlerinin anlaşılabilmesi için önemlidir.

İsviçre'de yerleşik 8,3 milyon nüfus vardır; bu nüfusun %24.6'sını oluşturan 2 milyonluk nüfus da yabancılardan oluşmaktadır. İsviçre, yerleşik yabancı nüfus oranının en yüksek olduğu Avrupa ülkelerindendir. Nüfusun yerleşimi, %85 gibi yüksek bir oranda şehir merkezlerinde yoğunlaşmıştır ve ülke genelinde nüfus yoğunluğu kilometrekare başına 208 kişidir. Kadın nüfusu, erkeklerden daha fazladır ve kadın/erkek oranı 50,5/49,5'tir. Ortalama yaşam beklentisi erkeklerde 80,7, kadınlarda 84,7 olmakla beraber ortalama ilk evliliğin yapıldığı yaşlar da kadınlarda 29, erkeklerde 31,8'dir.⁴⁸

Demografik özelliklerin yanı sıra İsviçre'ye ilişkin temel ekonomik ve sağlık verileri aşağıdaki *Tablo 1.*'de belirtildiği gibidir.

Tablo 1: İsviçre Temel Ekonomik ve Sağlık Verileri (2016)

Ekonomik Veriler	İsviçre
GSYİH (2015)	670,8 milyar \$
Kişi Başına GSYİH (2015)	80.831 \$
Sağlık Harcaması Toplam	83,2 milyar \$
GSYİH'ye Oranı	%12,4
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması	7.919\$
Kişi Başı Sağlık Harcaması – Devlet/Zorunlu	5.038\$
GSYİH'ye Oranı	%7,9
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%63,6

⁴⁷ DE PIETRO ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.25-37.

⁴⁸ İsviçre Dış İlişkiler Federal Departmanı (FDFA), **Swiss Population – facts and figures**, 18 Ağustos 2017, <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/en/home/gesellschaft/bevoelkerung/die-bevoelkerung---fakten-und-zahlen.html>, (21/09/2017), s.1.

Kişi Başı Sağlık Harcaması – Özel	2.881\$
GSYİH'ye Oranı	%4,5
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%36,4
Kişi Başı Sağlık Harcaması – Cepten Ödeme	2.275\$
GSYİH'ye Oranı	%3,56
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%28,7

Kaynak: Birleşmiş Milletler İstatistik Birimi (UNSD), <https://unstats.un.org/unsd/snaama/resCountry.asp>, (22/09/2017); OECD, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.html>, (22/09/2017)

Tablo 1'deki veriler incelendiğinde İsviçre'nin kişi başına düşen milli gelirinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları da kişi başına düşen milli gelirin %12,4'üne denk gelen yüksek bir orandadır. Zorunlu GSS sistemi ve bu sisteme devlet bütçesinden katkı sağlık harcamalarının %63,6'sını oluşturmaktadır. İsteğe bağlı genişletilmiş özel sigortalar da sağlık harcamalarının %36,4'üne denk gelmektedir. Ancak GSS ve özel sağlık sigortası sistemlerindeki tenzili muafiyetler ve risk paylaşımı prensibiyle uygulanan katılım payları sigortalılar tarafından ödenmektedir ve yine sigorta sistemi içerisinde hesaplanmıştır. İsviçre'deki sağlık sigortalılarının ceplerinden karşıladıkları sağlık harcamalarının miktarı, kişi başına düşen milli gelirin %3,56'sına ve sağlık harcamalarının da %28,7'sine denk gelmektedir. Bu verilerde görülen İsviçre'deki bir genel sağlık sigortalısının yıllık gelirinin dörtte birinden fazlasına denk gelen sağlık harcamaları olduğu, bu sağlık harcamalarının da dörtte birinden fazlasını kendi cebinden karşıladığıdır. Yalnız bu verilerde sağlık harcamalarının doğrudan sağlık harcamaları olduğu ve sigorta primlerinin bu kapsamda hesaplanmadığını hesaba katmak gereklidir. Dolayısı ile İsviçre'de bir sağlık sigortalısının, sigorta primi ödemelerinin yanı sıra, gelirinin ortalama %3,56'sını doğrudan sağlık harcamalarına ayrıca harcadığı görülmektedir.

İsviçre'de sağlık sisteminin gelişmişliği ve genel durumuna ilişkin temel sağlık göstergeleri aşağıdaki *Tablo 2.*'de yer almaktadır.

Tablo 2: İsviçre Sağlık Sistemi Temel Verileri (2016)

Sağlık Verisi	İsviçre
1.000 kişiye düşen doktor	4,2 doktor
Doktor başına düşen yıllık kişi sayısı	238 kişi
1.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı	4,6 yatak
Ortalama hastanede yatış süresi	5,7 gün
100.000 kişide hastaneye yatan sayısı	16.977 kişi
1.000 kişiye düşen hemşire sayısı	17,9 hemşire
İlaçların, sağlık harcamalarındaki oranı	%14,0

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/switzerland.htm#profile-health>, (22/09/2017)

Tablo 2'deki veriler de İsviçre'de bir sağlık sigortalısının aldığı hizmetin kalitesini sayısal olarak göstermektedir. Nüfusa göre doktor ve hemşire sayıları incelendiğinde her 1.000 kişiye 4,2 doktor, 17,9 hemşire, 4,6 yatak düşmesi ve hastaneye yatış sayısının 100.000 kişide 16.977 olması sigortalılara gerekli sağlık hizmetlerini alabilecek sağlık personeli kaynağının sistem tarafından sağlanabildiğini göstermektedir. Ortalama hastanede yatış süreleri 6 günden kısadır. Tedavilerde kullanılan ilaçlar da sağlık harcamalarının %14'üne denk gelmektedir.

Demografik yapıyı incelerken istihdam ve iş gücüyle ilgili bazı temel verilerin de göz önüne alınması, değerlendirmelerin daha yerinde olması için gerekli olan diğer bir ayrıntıdır. İncelenecek verilerde iş gücü, istihdam oranı, işsiz ve çalışan tanımları ve hesaplamaları OECD tanımları olup ilişkili gösterge değerleri aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 3: İsviçre İstihdam Verileri (2016)

İstihdam Verisi	İsviçre
İşsizlik Oranı	%4,9
Üst Eğitim Mezunu	%3,3
Lise ve Meslek Okulu Mezunu	%4,4
Orta Okul ve Altı Eğitim Seviyesi	%9,9

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm#indicator-chart>, (28/09/2017); <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rates-by-education-level.htm#indicator-chart>, (28/09/2017).

*İşsizlik Oranı: İşsiz olan kişi sayısının, iş gücüne yüzdesel oranı.

**İşsiz: Bir işte çalışmadıklarını bildirmiş, çalışmak için uygun olan, iş bulmak için etkin çaba gösteren kişi ve çalışmaya hazır olan kişi.

Tablo 4: İsviçre İş Gücü Verileri (2016)

İş Gücü Verisi	İsviçre
Çalışma Oranı* 15-24 Yaş	%62,5
Çalışma Oranı 25-53 Yaş	%86,3
Çalışma Oranı 54-64 Yaş	%71,5
Çalışma Oranı Üst Eğitim Mezunu	%88,5
Çalışma Oranı Lise ve Meslek Ok. Mez.	%81,9
Çalışma Oranı Orta Okul ve Altı Eğ.	%67,6
İş Gücü** Katılım Oranı 15+ Yaş	%68,6
İş Gücü Katılım Oranı 15-64 Yaş	%83,9
İş Gücü Katılım Oranı 15-24 Yaş	%68,4
İş Gücü Katılım Oranı 25-54 Yaş	%90,6
İş Gücü Katılım Oranı 55-64 Yaş	%74,3
İş Gücü Katılım Oranı 65+ Yaş	%12,1
Çalışan Başı Yıllık Çalışma Saati (2013)	1.573 saat
Tahmin Edilen İş Gücü	4.961.407 kişi

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm#indicator-chart>, (28/09/2017); <https://data.oecd.org/emp/labour-force-participation-rate.html>, (28/09/2017); <https://data.oecd.org/emp/labour-force-forecast.htm#indicator-chart>, (28/09/2017)

*Çalışma Oranı: Belirli bir yaş grubundaki çalışan kişi sayısının, aynı yaş grubundaki toplam nüfusa oranı.

**İş Gücü: Kamu veya özel sektörde çalışan, bir kazanç karşılığı haftada en az bir saat çalışmış olan, işi olan ancak herhangi bir izin ile an itibarıyla işyerinde olmayan, işsiz olan bireylerin toplamı.

*** İş Gücü Katılım Oranı: Belirli bir yaş grubundaki iş gücünün, aynı yaş grubundaki toplam nüfusa oranı.

Yukarıdaki veriler ışığında İsviçre'nin dengeli bir nüfusa sahip olduğu ve yüksek gelir düzeyinde bir yaşam standardı olduğu sonucuna varılabilir. Nüfusun çalışma yaşındaki büyük çoğunluğu iş gücüne katılmış olup, işsizlik oranı çok düşüktür.

2.7. İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Kuvvetli ve Zayıf Yönleri

İsviçre'deki GSS sisteminin en önemli özelliği sağlık hizmetlerine nüfusun erişimi konusunda eşitlik olması, eşit ihtiyaçlara eşit tedaviler ve hizmetler sağlayabilmesidir. Kişilerin gelir seviyeleri doktor muayenesi, hastanede kalış gibi temel sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda bir eşitsizlik yaratmamaktadır.⁴⁹

İsviçre sağlık sistemi, gelişmiş ülkeler arasında, genel kapsamlı yaklaşımı sürdürebilen ve en iyi sonuçları sağlayan sistemlerden biri olup sağlık hizmeti için bekleme süreleri kısadır. Sigortacıların genel sağlık sigortalılarına yenileme garantisi vermek ve herkesi kabul etmek zorunda olması rekabetin, prim ve hizmet üzerine kurulu bir sistem olmasını yaratmıştır. Dolayısı ile sigorta şirketleri bu konuda, riskleri seçerek veya ayırıştırarak rekabet edememektedir; bu da topluma daha iyi hizmet ve fayda sağlanmasını sağlamaktadır. GSS sağlayan sigorta şirketlerinin, bu faaliyetlerinden kâr amacı güdememesi, sigortalılar açısından faydalı planlar çıkmasını ve toplumun sigorta primlerini kabul edebilmesinin yolunu açmasını sağlamaktadır. Risklerin dengeli dağılması ve şirketlerin potansiyel ters seçim risklerinden korunması için kantonlar, sigortacılar arasında fon transferleri yapan risk ayarlama tasarılarını işletirler. Sigortalı tarafında kişisel tercihlerine ve tüketici seçimlerine gösterilen saygı sonucunda da kişiler sağlık sigortalarını kendi ihtiyaçları doğrultusunda yapılandırabilmekte ve toplumda bilinç düzeyi yükselmektedir. Sigortalı tercihlerine göre genel teminatlar ve uygulamalar da şekillenebildiği için temel teminat yapısı, toplum ihtiyacına cevap verebilecek şekilde güncellenebilmektedir. Sağlık sisteminin özel sigortalar üzerinden devam etmesi aynı zamanda ekonomiye de doğrudan katkı sağlamaktadır.⁵⁰

İsviçre'de sağlık sisteminde %80 üzeri gibi çok yüksek bir oranda sağlık hizmetlerinden ve sisteminden memnuniyet oranı söz konusudur. Önlenebilir risklerde

⁴⁹ Robert E. LEU, Martin SCHELLHORN, "The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time", **IZA (The Institute for the Study of Labor)**, Discussion Paper No. 1316, 2004, ss.17-18.

⁵⁰ Nadeem ESMail, "Health Care Lessons from Switzerland", **FRASER INSTITUTE**, Lessons from Abroad: A Series on Health Care Reform, Ağustos 2013, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/int/healthcarelessonsfromswitzerland.download/healthcarelessonsfromswitzerland.pdf.healthcarelessonsfromswitzerland>, (26/08/2017), ss.3-32

hastaneye ilk kabuller çok düşük bir orandadır, bu durum gereksiz sağlık masraflarının kısılması ya da önlenmesi adına çok verimli sonuçlar yaratmaktadır.⁵¹ EUROPEP sağlık memnuniyet ölçekleri kullanılarak yapılan araştırmaya göre sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti İsviçre’de %93 seviyesindedir.⁵²

Sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı yüksek olmak ile birlikte, demografik ve teknolojik gelişmelere istinaden bu oranın daha da yükselmesi beklenmektedir.⁵³ İsviçre’de gelir seviyesinin yüksek olması ve masrafların da bununla beraber yüksek olması normal olarak algılanabilse dahi GSYİH’ye oran olarak sağlık harcamalarının yüksekliği dikkat çekilmesi ve mutlaka değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Sağlık sisteminin, sağlık sorunlarına karşı finansal koruma sağlaması özelliği de genel olarak yüksek olsa da düşük gelir seviyelerindeki hanelerde bu durum değişebilmektedir. Sistemin finansmanında dağınıklık seviyesi yüksektir; vergi destekleri ile devlet katkıları, zorunlu sağlık sigortası primlerinin katkısı, özel kaynaklar (cepten ödeme ve isteğe bağlı sağlık sigortası primleri) neredeyse aynı oranda finansman sağlamaktadır. Cepten ödemelerin yüksek seviyede olması ve sigorta primlerini düşürmek için muafiyetlerin yüksek seçilebiliyor olması düşük gelir seviyesini etkilemektedir. Düşük gelir sınıfındaki nüfus, gelirinin oransal olarak daha büyük bir kısmını sağlık hizmetlerine harcamaktadır. Bu da düşük gelir seviyesindeki nüfusun gerekli tedavilerini geciktirmesine veya hiç tedavi almamasına sebebiyet verebilmektedir. Sonuç olarak sağlık risklerine karşı finansal korumadan düşük gelir seviyesindeki bireyler, diğerlerine göre aynı seviyede faydalanamamaktadır. Aynı gelir seviyesinde, farklı kantonlarda yaşayan kişilerin de sağlık harcamaları ve sigorta primleri farklı olduğundan bir eşitsizlik söz konusu olmaktadır. Bu olumsuzlukların değerlendirilmesi ve giderilmesi için çalışmalar devam etse de ülkenin düşük gelirli nüfusu az bir orandadır. Genel ve ortalama gelir seviyesinin oldukça yüksek oluşu bu eşitsizliğin çok etkin bir problem olmasını engellemektedir. En büyük sorun zorunlu sağlık sigortası primlerinin kişi başı gelirden daha hızlı artıyor oluşudur. Ancak ülkenin yüksek ve kuvvetli GSYİH büyümesi, primlerdeki artışı karşılayacak mali gücü sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinden faydalanılması kanton sınırları ile limitli olmasa

⁵¹ DE PIETRO ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss. 225-255.

⁵² T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2012**, 2014, <http://www.sagem.gov.tr/EUROPEPRapor.03032014.pdf>, (18/10/2017), s.XVIII.

⁵³ Friedrich BREYER, “Income Redistribution and the Political Economy of Social Health Insurance: Comparing Germany and Switzerland”, **DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung)**, Discussion Paper No. 253, Berlin, 2001, s.11.

da finansmanlar kantonların kendi sınırlarıyla kısıtlıdır. Kantonlar arasında sağlık harcamaları ve zorunlu sigorta primleri farklı olduğu için de bu durum potansiyel bir risk taşımaktadır. Yüksek maliyetli sağlık harcamaları, küçük kantonlardaki primlerin artışına sebebiyet vermektedir. Uygulanmakta olan risk eşitleme ve fon aktarma tasarıları bu meseleyi hafifletmekte ancak tamamen ortadan kaldıramamaktadır.⁵⁴

Sigortalı tercihlerinin çok ön planda olması ve sigortalı talebine göre sağlık sigortası teminatlarının şekillendirilebilmesi olumlu olmakla beraber, sigortalı tarafında yüksek bir farkındalık seviyesi gerektirmektedir. Bu farkındalık seviyesine veya değişen sigortalı taleplerine göre sistemin sağladığı faydaların azalabilme riski de söz konusudur.⁵⁵ Artan sağlık harcamaları ve masraflarla birlikte sistemin bu özelliği, sigortalıların primlerini düşürme eğilimi ile davranmaları durumunda teminat yapılarının bozulmasına ve GSS kapsamında verilebilen temel sağlık hizmetlerinde daralmaya yol açma olasılığı taşımaktadır.

⁵⁴ DE PIETRO ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss. 255-259.

⁵⁵ ESMail, **a.g.m.**, s.32.

3. BÖLÜM: TÜRKİYE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ

3.1. Türkiye Genel Sağlık Sigortası Kapsamı

GSS, Türkiye’de ikamet eden herkes için katılımı zorunlu olan bir sistemdir. İlgili düzenlemeler, tanımlar ve işleyiş esasları 5510 numaralı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamındadır. GSS, sosyal devlet anlayışının bir parçası olarak, tüm toplum sağlığını korumak ve sağlık riskleriyle karşılaşılması durumunda oluşacak harcamaların finansmanını sağlamak amacıyla kurulmuş bir sistemdir.⁵⁶

Genel sağlık sigortalısı sayılan kişiler genel olarak ikametgâhı Türkiye’de olan, zorunlu sosyal sigortalı olmayı gerektirecek şekilde çalışanlar veya isteğe bağlı sigortalı olanlar ile bu kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler olarak tanımlanabilir. Zorunlu sosyal sigortalı olan kişiler; özel veya kamu kurumlarında çalışan kişiler, kendi hesabına çalışarak gelir vergisi mükellefi olan kişiler, gelir vergisinden muaf esnaf ve sanatkârlar, yönetime/karar mekanizmasına kanunen katılıyor olan şirket ortakları, köy ve mahalle muhtarları ve tarımsal faaliyetlerde bulunarak geçinenlerdir.⁵⁷

İkametgâhı Türkiye’de olan ancak yukarıdaki tanımlara girmemesine rağmen genel sağlık sigortalısı sayılan istisnalar vardır. 5510 numaralı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60. Maddesinde, genel sağlık sigortalısı sayılan özel durumlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Kanunda belirlenen kişi başına düşen aylık gelir seviyesinden düşük gelire sahip Türk vatandaşları,
- Bakmakla yükümlü kişisi olmayan, 18 yaşından küçük Türk vatandaşları,
- Uluslararası koruma başvurusu sahibi veya statüsündeki kişiler ile vatansız kişiler,
- Muhtaç, kimsesiz Türk vatandaşları,
- Savaş ve terör gazileri,

⁵⁶ 5510 Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar Kanunu, 2006, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>, 26/08/2017, Madde 3 Fıkra 8.

⁵⁷ 5510 Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar Kanunu, Madde 60.

- Uluslararası şampiyonluk kazanmış sporcular,
- Oturma izni almış ve başka ülkede sağlık sigortalısı olmayan yabancılar,
- Türkiye’de eğitim gören yabancı öğrenciler (ilk kayıt tarihinden itibaren üç ay içerisinde talepte bulunması şartı ile),
- Zorunlu stajını yapan avukatlar,
- Aile içi şiddete mahsur kalıp da hakkında koruyucu tedbir kararı uygulanan kadınlar,
- Cezaevlerinde ve tutukevlerinde çalıştırılan mahkûmlar,
- Bakmakla yükümlü kişisi olmayan orta öğretim mezunları (20 yaşına kadar), yükseköğretim mezunları (25 yaşına kadar) mezun oldukları tarihten itibaren 2 sene süreyle,
- Askerlik hizmetini yapmakta olan kişiler,
- Özel uluslararası askeri anlaşmalar ile Türkiye’ye gelen yabancı uyruklu askeri personel ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri genel sağlık sigortalısı sayılırlar.

3.2. Teminatın Başlangıcı ve Sisteme Giriş

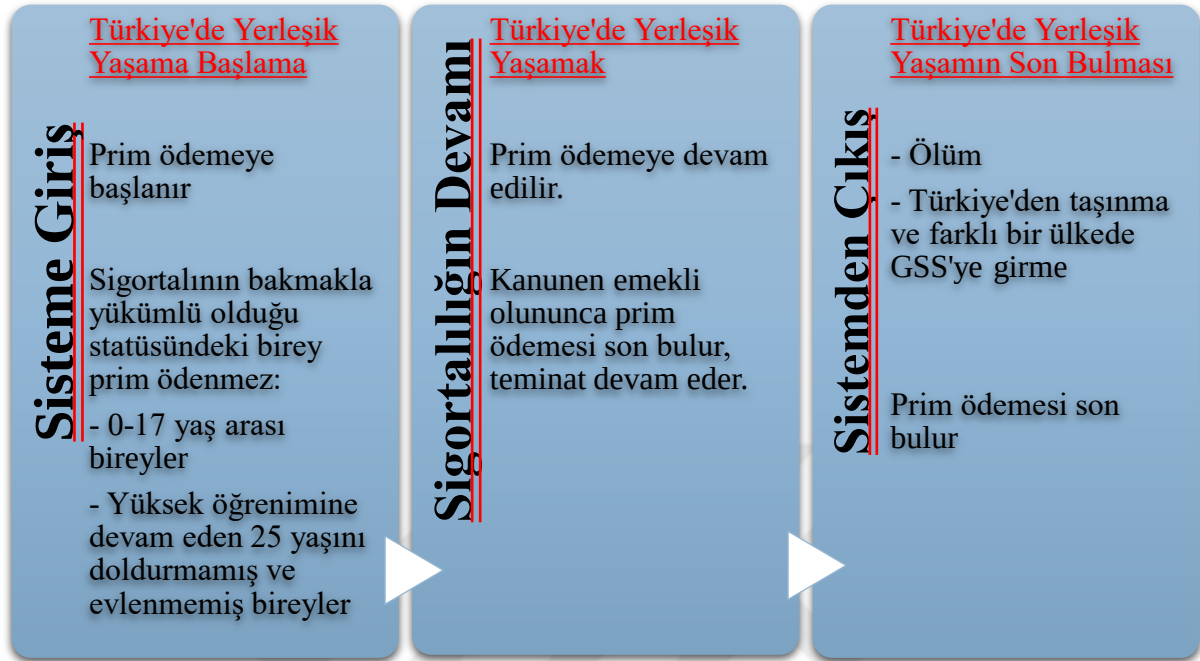
GSS sistemine giriş ve teminatların başlangıcı, sosyal sigorta başlangıcı ile paraleldir. 5754 sayılı kanun ile değiştirilen 7. Maddenin son haline göre sigorta hak ve yükümlülüklerinin ne zaman başlayacağı çalışma ilişkisine göre ayrı ayrı düzenlenmiştir. Sosyal sigortalar bir kişinin çalışmaya, meslekî eğitime veya zorunlu staja başladığı tarihten itibaren başlar.⁵⁸

Kamuda, özel sektörde veya kendi hesabına kayıtlı çalışanlar ile isteğe bağlı prim ödeyenler sosyal sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve sisteme girmiş olurlar. İşsizlik veya kısa çalışma ödeneğinden yararlanmaya başlayanlar da bu andan itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar. 18 yaşına kadar bütün çocuklar ve gençler koşulsuz olarak genel sağlık sigortalısı sayılır ve

⁵⁸ Resul KURT, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapan 5754 Sayılı Kanun (Karşılaştırmalı ve Açıklamalı), 1. Baskı, İstanbul: İSMMMO, 2008, s. 30.

sistemin sağlık hizmetlerinin tamamından faydalanır; anne-babanın sigortalı olmaması, 18 yaşından küçüklerin genel sağlık sigortalısı olmasında bir etken değildir.⁵⁹

şekil 2: Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi



3.3. Sigortalıya Sunulan Hizmet ve Faydalar

Genel olarak sistemin sağladığı sağlık hizmetleri ile bunlara bağlı yardımlardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için haktır ve Sosyal Güvenlik Kurumu da bu hakları sağlamakla yükümlüdür. 5510 sayılı kanunun 62. Maddesi gereğince bu durum yazılı olarak belirtilmiştir. Aynı maddede sigortalıların ödedikleri primler ile onlara sağlanacak sağlık hizmetleri arasında hizmet kapsamı yönünde bir ilişki olamayacağı, yani farklı miktarlarda prim ödemesi yapan sigortalıların ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin alacakları sağlık hizmetlerinde eşitlik olacağı belirtilmektedir.⁶⁰

GSS kapsamında, genel sağlık sigortalılarına ve bakmakla yükümlü olduklarına sağlanacak sağlık hizmetleri ve faydalar 5510 sayılı kanundaki ve 5754 sayılı kanunla değiştirilerek şu anki halini almış haliyle şu şekilde maddelenebilir⁶¹:

⁵⁹ KURT, a.g.e., s. 132.

⁶⁰ KURT, a.g.e., s. 133.

⁶¹ 5510 Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar Kanunu, Madde 63.

- Kişilerin sağlığını koruyacak koruyucu sağlık hizmetleri ve madde bağımlılığını önleyici sağlık hizmetleri,
- Kişilerin hastalanması durumunda teşhis için, doktor tarafından yapılacak muayene ve bunu takiben yönlendirmesi doğrultusunda yapılacak tetkikler, tahliller, ayakta ve/veya yatarak tedaviler, hasta takibi, rehabilitasyon hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Hamilelik ve annelik ile ilgili yapılacak muayeneler, kullanılacak teşhis ve tedavi yöntemleri, doğum için sağlık hizmetleri, tıbbi müdahaleler, hasta takibi hizmetleri,
- Tıbbi kurulun uygun görmesi durumunda yardımcı yöntemlerle hamile kalınması için yapılacak uygulama ve uygulanacak tedaviler,
- Hastalanmaların üzerine dış doktoru muayeneleri ve teşhise istinaden dış doktorunun uygulayacağı tetkik, tıbbi müdahale ve tedaviler,
- Kullanılan tıbbi malzeme, araç ve gereçler, bunların sağlanması, yenilenmesi, onarılması hizmetleri,
- Tedavi için gerek görülen durumlardaki yol parası ve zaruri giderlerin karşılanması,
- Gerek görülen durumlardaki refakatçi giderleri,
- Türkiye’de teşhisi ve tedavisi sağlanamayan kişilerin yurt dışında teşhis ve tedavi hizmetleri,
- Bir işverene bağlı çalışan kişilerin uzun süreli ya da geçici olarak yurt dışında görevlendirilmesi sırasında yurt dışındaki teşhis ve tedavi hizmetleri.

Ulusal sağlık göstergelerini üst düzeye taşıyacak, koruyucu sağlık hizmetleri ile iyileştirici ve hayat kalitesini yükseltici sağlık hizmetlerini sağlayan, hamilelik ve çocuk sahibi olma konusunda ek hizmetler sunan ve bu hizmetlerin yanında ihtiyaç duyulacak ek faydaları da kapsayan kapsamlı bir sağlık sigortası sistemi yasayla

kurulmuştur. Gereken ölçüde bütün sağlık hizmetleri karşılanmakla birlikte her türlü bireysel isteklerin ve taleplerin sınırsız olarak karşılanması söz konusu değildir. GSS ilkeleri, fayda-maliyet ve maliyet-etkililik ölçütleri, uluslararası örnekler ve malî sürdürülebilirlik yaklaşımları göz önünde bulundurularak bazı sağlık hizmetlerinin finansmanının GSS kapsamında karşılanmayacağı belirtilmiştir.⁶²

Genel sağlık sigortası kapsamında finansmanı karşılanmayacak sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi özetlenebilir⁶³:

- Bir rahatsızlık, iş kazası veya vücut bütünlüğünü korumayı amaçlayan durumlar dışında yapılacak her türlü estetik amaçlı sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- Sağlık Bakanlığınca izin ve ruhsatı verilmemiş sağlık hizmetleri,
- Sağlık Bakanlığınca sağlık hizmeti olarak kabul edilmeyen hizmet ve uygulamalar,
- Yabancı ülke vatandaşlarının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, yasal olarak genel sağlık sigortalısı sayıldıkları tarihten önce var olan kronik hastalıklarına bağlı sağlık hizmetleri.

GSS'ye bağlı hizmet ve faydaların çoğu devlet tarafından karşılanmaktadır ancak kanunla getirilmiş bir katılım payı uygulaması da bulunmaktadır. Katılım payı uygulaması aşağıdaki şekilde açıklamaktadır⁶⁴:

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanacak sağlık hizmetlerinin amaç dışı ve gereksiz kullanımını önlemek, bu konuda sıklıkla gündeme gelen suiistimallerin önüne geçmek, sağlık hizmetlerini kullananların da oto kontrol mekanizmalarına etkili bir şekilde katılımını sağlamak, kişilerin genel sağlık sigortasından sağladıkları faydayı her hizmet aşamasında fark etmelerini sağlamak ve bu şekilde sistemi sahiplenme düzeyini artırmak üzere, sağlanan sağlık hizmetlerinde ve tıbbî ürünlerin kullanımı esnasında Kanunla belirlenen oranları ve miktarları aşmamak üzere sağlık hizmeti kullanıcılarının katılımı öngörülmektedir.

Katılım payı alınacak olan sağlık hizmetleri;

- a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi.
- b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri.
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar.

olarak sayılmıştır.

⁶² KURT, a.g.e., ss.136-137.

⁶³ 5510 Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar Kanunu, Madde 64.

⁶⁴ KURT, a.g.e., s. 144.

Türkiye’deki GSS, basamaklı olarak oluşturulmuş bir sistemdir ve üç basamaktan oluşur. Bu basamaklar aşağıdaki gibi tanımlanmıştır⁶⁵:

Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu: Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler

Birinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu: İş yeri hekimleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

İkinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu: Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi

İkinci Basamak Özel Sağlık Kuruluşu: “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kuruluşu: Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Basamaklandırılmayan Sağlık Kuruluşları ve Hizmet Sunucuları: Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları, tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarlar, optisyonluk müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, kaplıcalar.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinden oluşmaktadır. Aile sağlığı merkezleri Sağlık Bakanlığının demografik ve ulaşım şartlarına bağlı ilkeler sonucunda belirlenen yerlerde oluşturulmuştur ve tüm

⁶⁵ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 29.09.2012 Değişiklik İşlenmiş Güncel 2010 Sağlık Uygulama Tebliği, Madde 2.

toplumun ulaşabilmesi amaçlanmıştır. Bu merkezlerde ücretsiz sağlık hizmetleri verilmekte ve koruyucu tıbbi uygulamalar yapılmaktadır. Aşı uygulamaları, 15-49 yaşlarındaki kadınların sağlığının takibi, hamilelik ve yeni analık yaşayanların takipleri, bebek-çocuk sağlığı takipleri, okul sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı eğitimlerinin verilmesi bu merkezlerin sağladığı hizmet ve faydalardan öne çıkanlardır. Bölgesel olarak nüfus, aile hekimlerinin sorumluluğuna paylaştırılmıştır. Sistem oluşturulurken beklenti, toplumun aile sağlığı veya toplum sağlığı merkezlerine giderek, bağlı oldukları aile hekimlerinin kontrolünde sağlıklarının izlenmesidir. Her bir bireyin kayıtlı olduğu bir aile hekimi vardır; bu aile hekimi bireyin isteği doğrultusunda değiştirilebilmektedir. Sistemde aile hekimleri ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini vermek için kullanılmaktadır ve başlıca sorumlulukları aşağıdaki gibidir⁶⁶:

- Koruyucu hekimlik, tanı, tedavi, rehabilitasyon, tıbbi danışma hizmetlerini birinci basamak seviyesinde bütünleşmiş olarak sunmak,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlama hizmetlerini sağlığı arttırmak ve korumak ile birlikte sunmak,
- Listelerindeki bireylere, atanmalarından itibaren 6 ay içinde evde uğrayarak ilk tıbbi değerlendirmeyi yapmak,
- Yaş, cinsiyet ve hastalığa göre kayıtlı hastalarına takip ve izleme ziyaretleri yapmak,
- Yıllık sağlık kontrolleri ve muayeneler yaparak, hasta kayıtlarını güncellemek,
- Durumları daha ileri seviyede tanı ve tedavi yöntemleri gerektiren hastaları yönlendirmek,
- Tanı, tedavi, muayene ve benzeri sağlık hizmetlerini gerektiğinde evde vermek,
- Evde bakım hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,

⁶⁶ Mehtap TATAR, Salih MOLLAHALİLOĞLU, Bayram ŞAHİN, Sabahattin AYDIN, Anna MARESSO, Cristina HERNANDEZ-QUEVEDO, "Health Systems in Transition: Turkey Health system review", **European Observatory on Health Systems and Policies**, Cilt 13 Sayı 6, 2011, ss.120-127.

- Aile sağlığı merkezlerini yönetmek, diğer çalışma arkadaşlarına uygulamalı eğitim vermek.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına gidilmiş ve oradan üst basamaklara yönlendirilmiş olunması gerekmektedir. Sistem bu şekilde kurulmuş olsa da şu andaki personel yetersizliği sebebiyle tam olarak uygulanamamaktadır ve hastalar ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına doğrudan gidebilmektedirler. Bu durum, personel açığı giderildike arzu edilen düzeye gelecek ve katkı payı uygulaması ile teşvik edilecektir. Aile hekimleri bu noktada önemli bir rol oynayarak, hastaların, uzman hekimlere yönlendirme kararını verecek mekanizma olacaklardır. Aile hekimi veya toplum sağlığı merkezi hekimleri tarafından yönlendirilmeden ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına gidilmesi durumunda GSS bu giderleri finanse etmeyecektir. Böylece GSS harcamalarında gereksiz ve önlenebilir masrafların önüne geçilmesi planlanmıştır.⁶⁷

Acil durumlarda birinci basamak sağlık kuruluşuna gidilmesi gerekmemektedir; herhangi bir sağlık kuruluşunun (herhangi bir basamak, özel/resmi farkı aranmaksızın) acil servisine veya acil yardım hattı (112) ambulans servisine başvurulabilmektedir. Acil durumlardaki tedaviler ve ambulans hizmetleri sosyal sağlık sigortası tarafından tamamen karşılanmaktadır. Ambulans hizmeti kullanıldığı zaman, en yakın veya duruma göre en uygun hastaneye hasta götürülmektedir.

Aile hekimleri veya yönlendirdikleri uzman hekimler tarafından reçete edilmiş ilaçlar da GSS kapsamında ödenmektedir. Bu kapsamda karşılanacak ilaçların listesi vardır ve bu Sağlık Bakanlığı altındaki kurullarda, danışmanlar ve uzmanlarca oluşturulmaktadır. İlaçlar kendi içlerinde gruplara ayrılmış ve bu gruplar kendi içlerinde yabancı ülkelerdeki maliyetleri incelenerek fiyatları ayarlanmaktadır. Gruplar, uygulama dozları, aktif maddeleri ve endikasyonları açısından oluşturulmakta ve fiyat kıyaslaması yapılmaktadır. GSS bu kıyaslamadaki en düşük maliyetli ilacın %15 fazlasına kadar karşılamaktadır. Bunun zerindeki fiyatta bir ilaç reçete edilmiş ise sigortalı fark ödemektedir. Doktorlar ilaçları reçete etmek durumundadır ancak eczacıların muadil ilaç verme yetkisi bulunmaktadır. İlaçların fiyatları konusunda da serbest fiyatlama yoktur, Sağlık Bakanlığı piyasa fiyatlarını belirlemektedir. Bu fiyatlar

⁶⁷ TATAR, **Health Systems in Transition: Turkey Health system review**, ss.113-146.

belirlenirken de Fransa, Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanya'daki orijinal ilacın üretim/fabrika çıkış maliyetini inceleyip, en düşük olana göre Türkiye'de tavan fiyatı saptanmaktadır. Üretim olmayan durumlarda toptan satış fiyatı göz önüne alınmaktadır. Bu beş ülkede olmayan bir ilaç incelenirken Avrupa Birliği'ndeki en düşük üretici fiyatı araştırılır. Sonunda toptan ilaç sağlayıcısının ve eczanelerin fiyat artışı ilacın fabrika çıkış fiyatına göre kademeleri oranlar ile hesaplanır, üzerine katma değer vergisi eklenir. İlaç firmalarının da Sağlık Bakanlığından ruhsat başvurusunda bulunabilmesi için Türkiye'de yerleşik olması, bir yerli ortak ile birlikte ithal edilecek ilaca izin almaları veya Türkiye'de kendi markalarını kurmuş olmaları gerekmektedir.⁶⁸

Rehabilitasyon ve fizyoterapi hizmetleri Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altında topluma sunulmaktadır. Başbakanlığa bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yaşlı, engelli ve çocukların rehabilitasyon ve fizyoterapi ihtiyaçları yine devlet tarafından karşılanmaktadır. SHÇEK aynı zamanda sosyal ve ekonomik olarak özel ihtiyaçlara sahip bireylerin uzun dönemli bakımlarını da planlar, organize eder ve denetler.⁶⁹

GSS, diş tedavilerini de karşılamaktadır. Diş kliniği olan resmi sağlık kurumlarında ve devlete bağlı diş polikliniklerinde sigortalılar tedavi görebilmektedir. Bazı özel durumlarda özel diş hekimi muayenehane ve özel diş kliniklerinde de GSS belirlenen tarife ücretlerine kadar geçmektedir, aşan miktarlarda genel sağlık sigortalısı fark ödemektedir. Yakın çevrede diş tedavisi hizmeti sağlayacak resmi bir sağlık kuruluşu bulunmaması durumunda bu yönlendirmeler yapılabilir.⁷⁰

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları Türkiye'de henüz çok yenidir ve yasal düzenlemelerde yerlerini, akupunktur hariç, bulamamıştır. Alternatif ilaç tedavileri de eczanelerde bulunsa da bu gibi ilaç ve uygulamalar modern tıbbı destek verici olarak değerlendirilmektedir ve dolayısı ile GSS'nin sağladığı hizmetler ve faydaların arasında yer almamaktadır.⁷¹

Evde bakım ve günlük bakım hizmetleri Türkiye'de henüz çok yeni ve düzenlemeler ile gelişmeye açık konulardır. Henüz bu hizmetler GSS kapsamında tam

⁶⁸ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.113-146.

⁶⁹ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.113-146.

⁷⁰ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.113-146.

⁷¹ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.113-146.

olarak sağlanmamaktadır. Palyatif (hafifletici) tedaviler de yasal çerçevede tanımlanmamış ve sağlık sisteminde yer almayan diğer bir konudur.⁷²

Sağlık hizmetlerinden GSS kapsamında faydalanılır iken sevk zincirine uyulmaması durumunda katılım payı ödenmesi uygulaması vardır. Sevk zincirine uyulması ve ilk başta birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısına başvurulması gerekliliğine bazı istisnalar vardır. Bu istisnalar iş kazası, meslek hastalıkları ve acil tıbbi hallerdir. Genel olarak gereksiz kullanımları azaltmak için yapılan katılım payı uygulaması da bazı istisna durumlarda uygulanmaz. Bu durumlar iş kazası, meslek hastalıkları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kurulunca onaylanmış kronik hastalıkların Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenmiş ilaçları, kontrol muayeneleridir.⁷³

3.4. Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi

Meclis, 23 Nisan 1920’de kurulduktan sonra sağlık hizmetlerinin devletin temel yükümlülüklerinden biri olduğuna karar verdi ve Sağlık Bakanlığı bu konudaki ana karar verici olarak belirlendi. Sağlık Bakanlığının ilk yıllardaki ilk sorumluluğu, 1. Dünya Savaşı sonrasında toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, nitelikli sağlık personeli sayısını arttırmak, koruyucu sağlık hizmetlerinin şehir merkezlerinden bütün köyler ve kasabaları kapsayabilecek şekilde tüm yurda sağlanabilecek şekilde genişletilmesiydi.⁷⁴

Sosyal sağlık hizmetlerinin gelişiminde ilk önemli adım 1921-1937 arasında getirilen köklü değişikliklerle olmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ilk öne çıkan gelişmedir; bu kanun ile toplum sağlığının kanun ve düzenlemelerini belirleyecek çerçeve oluşturulmuştur. Bu dönemde tarımsal bölgelerdeki ve şehirden uzak taşraların sağlık kuruluşları ile devletin sağlık daireleri kurulmuştur; bu kuruluşlar neredeyse günümüze kadar taşralardaki sağlık hizmetlerinin bel kemiğini oluşturmuştur.⁷⁵

1928’de kurulan Toplum Sağlığı Enstitüsü koruyucu sağlık uygulamaları açısından önemli bir adım olmuştur ve 1930-1940 arasında çeşitli aşılar üretmiştir. Bu dönemde yatarak tedaviler yerel yönetimlerin sorumluluğunda idi ve Sağlık Bakanlığı,

⁷² TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.113-146.

⁷³ T.C. BAŞBAKANLIK, *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma:9 Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Ankara: T.C. Başbakanlık, 2005, ss.120-124

⁷⁴ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

⁷⁵ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

yerel yönetimlere örnek teşkil etmesi için numune hastaneleri kurmuştu. O dönemde ilk düşünce numune hastanelerinin zamanla yerel yönetimlere devredilmesi ise de sonradan katı bir şekilde merkeziyetçi bir organizasyon yapısına dönüşmüştür. Sağlık sektöründe çalışanların artırılması da çalışmaların odak noktalarındandı. Oldukça az olan insan kaynağını coğrafi olarak dengeli bir şekilde kullanabilmek için o dönemde sağlık personeline zorunlu hizmet getirilmiştir. Mali durumu zayıf olan tıp öğrencilerine getirilen, ücretsiz konaklama imkânı gibi bazı teşvikler sonucunda doktorların sayısı 7 senede 554'ten 1182'ye ve 1940'a kadar da 2387'ye çıkmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin ücretleri daha yüksek tutularak bu alana yoğunlaşma sağlanmıştır.⁷⁶

1937 ile 1960 arası ayrı bir değişim dönemi olarak görülebilir. Bu dönemde bakış açısı koruyucu sağlık hizmetlerinden hastanede yatışlı tedavilere kaydırılmıştır. Ülke 7 bölgeye ayrılarak, 21 farklı tipte ve kapsamda sağlık kuruluşu oluşturulmuştur. Tüm sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilebilmesi ve yönetilebilmesi için hepsi Sağlık Bakanlığına bağlanmış ve bu merkezileşme sağlık sisteminde bir dönüm noktası olmuştur. Her 40 köye 10 yataklı sağlık merkezi kurularak bir hekim ve bir hemşire görevlendirilmesi planlanmış, bu kapsamda yurt genelinde 1.000 sağlık merkezi kurularak koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin yurt geneline yayılması sağlanmak istenmiştir. Her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması da planlanmış ve özel sektörün bunlara desteği teşvik edilmiştir.⁷⁷

Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadele amaçlı, sağlık bakanlığına bağlı ancak birbirinden bağımsız olan sağlık kuruluşlarının sisteme girişi sıtma, verem ve trahom ile mücadele için önemli gelişmelerdi ve bu kuruluşlar hâlâ daha varlıklarını sürdürmektedirler. Bu tarihlere kadar yapılan birçok düzenleme ve kanunlar bazı değişikliklere maruz kalmış olsa da günümüze kadar geçerliliklerini korumuşlardır.⁷⁸

1961 yılındaki 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkında Kanun da bir diğer önemli dönemin başlangıcını oluşturur. Toplumun neredeyse üçte ikisinin kırsal kesimde yaşadığı ve temel sağlık hizmetlerine erişimi olmadığı dönemlerde bu duruma çözüm getirilerek, bulaşıcı hastalıklarla mücadele amaçlı olan sağlık kuruluşlarının sağladıklarının dışındaki sağlık hizmetlerinin de ulusal olarak erişilebilir

⁷⁶ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

⁷⁷ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

⁷⁸ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

olması amaçlanıyordu. Genel sağlık durumu belirteçlerinin düşük olduğu, sağlık hizmetlerine erişimdeki ve sağlık personeli olarak coğrafi eşitsizlikler Türkiye'nin yüzleştiği önemli sorunların başında gelmekteydi. 1963'te başlayan her 5.000 kişiye bir doktor düşecek nitelikteki sağlık merkezleri ve her 2.000 kişiye bir hemşire düşecek sağlık noktaları oluşturma projesi 1983'te sonuçlanabildi. Bu dönemde sosyal güvenlik alanında da bazı gelişmeler olmuştu; mavi yaka işçileri teminat altına alan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) 1965'te kuruldu ve SSK'ya bağlı çalışanlar için SSK hastaneleri kuruldu. 1950'de Emekli Sandığı ve 1971'de Bağ-Kur kuruldu. Bu paralel yapı 2005 yılında tüm hastaneler Sağlık Bakanlığına bağlanıncaya ve Sağlık Bakanlığı tekrar baskın sağlık hizmeti sağlayıcısı oluncaya kadar devam etti. 1960'larda başlayan sağlık da dâhil olmak üzere her sektörü hedefleyen beşer yıllık gelişmeye hazırlık planları oluşturulmaya başlanması da önemli gelişmelerden biriydi. Uygulamada bazı zorluklar ve aksaklıklar olmuş olsa dahi evrensel bir sağlık sigortası ilk defa bu planlarda geçmiştir, 1976'da da ilk taslak hazırlanmıştır.⁷⁹

GSS'nin bugünkü haline gelişindeki son önemli dönem de 1980'lerde başlamıştır. Sosyal hayat ve ekonomi alanlarındaki özgürlükçü politikalar ile birlikte 1982 Anayasasında sağlık hizmetleri bir devlet yükümlülüğü olarak garanti edilmiştir ve bir genel sağlık sigorta sisteminin kurulması yer almıştır. Bunu takip eden 30 yıl boyunca sağlık hizmetleri gündemini evrensel bir sağlık sigortası sistemi kurulması meşgul etmiştir. 1990'da Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan sağlık sektörüne yönelik bir ana planda aile hekimliğinin kurulması tasarısı, hizmet alan-sağlayan ayrımı, GSS tasarısını içeren bir reforma işaret ediliyordu. Bu çalışma, sağlık reformunun başlangıç noktasını oluşturdu. 1992'de başlayan çalışmalar sonucunda Sağlık Bakanlığı 1993'te reform önerileri sundu. Bu önerilerde, aile hekimliği uygulaması, hastanelerin finansal ve yönetsel özerkliği, GSS ve genel kapsam sağlanması yer alıyordu. Dünya Bankasından alınan kredilerle hız kazanan çalışmalar 1990'da sağlık hizmetlerinin daha organize bir yapıya kavuşturulmasını ve güçlendirilmesini hedefleyen bir projeye dönüştü. 1994'te de ikinci bir proje, toplum sağlığının belirli proje bölgelerinde iyileştirilmesini, temel sağlık hizmetlerine ulaşımın ve kullanımın iyileştirilmesini, sağlık hizmetlerinin sağlanmasının daha verimli hâle getirilmesini, yönetim kapasitesinin merkezde ve dışarıda yükseltilmesini ve sağlık reformlarına destek verilmesi şeklinde oluşturulmuştur. Bu noktadan sonra yapılan reform çalışmaları politik kaynaklı bazı konulardan dolayı meclise gelememiş ve

⁷⁹ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

ertelenmiştir. 2002 sonrasında hız kazanan reform çalışmaları 2003 yılında Sağlık Bakanlığının belirlediği reform çerçevesinde değişikliklere uğramıştır.⁸⁰

2005 yılına kadar yapılan çalışmalarda nüfusun yapısındaki değişimin sonucunda bağımlılık oranının 2025'ten sonra artacağı, azalan sosyal güvenlik gelirleri ve artan sosyal güvenlik giderlerinin bütçe açıklarını arttıracığı anlaşılmıştır. Tespit edilen israfın ve maliyeti arttırarak, verimliliği düşüren bürokrasinin önlenmesi için sağlık bilgilerinin merkezi olarak saklanması ve harcamaların tek elden yürütülmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Sağlık sistemindeki finansman açıkları ekonomiyi olumsuz etkilemekteydi ve enflasyonun yükselmesi başta olmak üzere, faizlerin, işsizliğin yükselmesi, gelir dağılım dengesinin bozulması ve büyüme oranının sürdürülebilir olamaması gibi birçok sonucu doğurmuş veya desteklemiştir. Bütün nüfusun sağlık risklerine karşı finansal koruma altında olmayışı, sağlık hizmetlerine ulaşımındaki eşitsizlik çözülmesi gereken bir problem olarak ortaya çıkmış, çözülmez ise toplumsal sağlık seviyesinin düşmesi ve yoksulluğun artışına sebep vereceği anlaşılmıştır. Karışık bir sağlık sistemi yapısından ötürü de denetim çok zor ve işleyiş verimsizdi. Çok kurumun etkin olması, hak ve yükümlülüklerin farklılaşması, bilgi işlem altyapısının yetersizliği, karışık mevzuat ve aşırı bürokrasi basit bir sağlık raporu almak için ve sağlık hizmetlerine erişim için sigortalılara çok zaman kaybettirmekteydi. Bunların sonucunda kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu planlanmıştır.⁸¹

Planlanan reformda GSS için hakkaniyete uygun, eşit, tüm toplumu kapsamı içerisine alacak, sağlığı koruyucu ve tedavi edici bir sağlık hizmeti sunumunu finanse edebilecek bir sistem amaçlanmıştır. Beş farklı kalite ve standartta sağlanan sağlık sigortacılığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, memurlar ve yeşil kartlılar tek bir çatı altında birleştirilerek, tek kapsam ve tek kalite oluşturulmuştur. SSK, Bağ-Kur primli sistem ve memurlar, memur emeklileri ile yeşil kartlıların vergi ile finanse edildiği karışık olan yapı da sadeleştirilmiş ve tamamı prime dayalı bir hale gelmiştir. Yoksullar, sisteme kamu tarafından sosyal yardımlar kapsamında finanse edilerek dâhil edilmiştir. Merkezi bir veri tabanı oluşturularak tüm sigortalıların sağlık geçmişleri buraya yüklenmiş, özel ve resmi sağlık kuruluşları bu merkezi sisteme bağlanmış, doktorların ve sağlık hizmet sağlayıcılarının bu sisteme erişimini sağlanarak güncel bir denetim ve kontrol mekanizması oluşturulmuştur. Diğer taraftan hasta, doktor, tanı, tedavi, ilaç, sarf

⁸⁰ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.16-20.

⁸¹ T.C. Başbakanlık, *a.g.e.*, ss.33-53.

malzemesi ilişkileri GSS sistemine geçmiştir. Bu çağdaş kontrol ve takip sistemleri ile hizmet süreleri kısalmış, maliyet etkili tedavi yöntemlerinin uygulanmasına denetlenebilmesine başlanmıştır. Basamaklı bir sevk sistemi oluşturularak, israf ve önlenabilir maliyetlerin büyük ölçüde önüne geçilmesi öngörülmüştür. Sağlık kurumları özerk işletmelere dönüştürülmüş, kalite ve akreditasyon sistemi oluşturulmuş, bütünleşik sağlık bilgi sistemi ile birlikte Sağlık Bakanlığı tek başına belirleyici ve denetleyici olarak yapılandırılmıştır. Hastaya kurum ve hekim seçebilme özgürlüğü tanınmış, ilaç ve tedavi ücretleri de Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek bir yapıya dönüşünce, özerk sağlık kurumları arasındaki rekabet hizmet kalitesi üzerine kurulu olmuştur.⁸²

3.5. Organizasyon Yapısı

Türkiye’de sağlık sigortası sistemi tarihsel olarak çok karmaşık bir yapıdaydı. Farklı kurumların, aynı konularda, toplumun farklı kesimleri için söz sahibi olması gibi durumlar söz konusuydu. 2003 yılından beri süregelen reformlar sonucunda şu anda daha sade ve kolay anlaşılır bir yapıya ulaşmıştır.⁸³

En büyük yasama organı, her konuda olduğu gibi sağlık sistemiyle ilgili konularda da Türkiye Büyük Millet Meclisidir (TBMM) ve her yasa tasarısının TBMM tarafından onaylanması gerekmektedir. Yasama ve kanun yapma açısından sağlık sisteminde rol alan diğer yasama organları Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Eğitim Kurumu ve Anayasa Mahkemesidir. Sağlık politikası gündemini Sağlık Bakanlığı ve SGK belirlemektedir. Finansman ve bütçe dağılımı ise Maliye Bakanlığı ve SGK tarafından yapılmaktadır.⁸⁴

GSS sisteminin en önemli aktörü Sağlık Bakanlığı olup sağlık hizmetlerinin sağlanması ve planlanmasından tek başına sorumludur. 2005 yılından beri ana sağlık hizmet sağlayıcısıdır; birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı, aile planlama hizmetlerinin en yaygın sağlayıcısı konumundadır ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısıdır. Sağlık hizmetleri konusundaki kararların ve düzenlemelerin uygulanmasındaki baskın kuruluşlar Sağlık Bakanlığı ve bağlı

⁸² T.C. Başbakanlık, **a.g.e.**, ss.61-73.

⁸³ TATAR, **Health Systems in Transition: Turkey Health system review**, s.20.

⁸⁴ TATAR, **Health Systems in Transition: Turkey Health system review**, s.21.

müdürlükleridir. Sağlık politikası girişimlerinde liderlik pozisyonunu yine Sağlık Bakanlığı üstlenir; sağlık politikalarını belirler, ulusal sağlık stratejilerini uygular.⁸⁵

SGK, yeşil kart sahipleri hariç bütün toplumu kapsayan bir yapıya sahiptir. Tek bir sosyal sigorta planı ile ortak hizmet ve fayda paketinin oluşturulmasını sağlamıştır ve sağlık hizmetlerine hem eşit hem de daha iyi erişimi mümkün kılmıştır. Gelecekte, hangi hizmet ve faydaların GSS kapsamında olacağını belirleyecek baskın paydaşın da SGK olması ve bu konuyla ilgili görüşmeleri yönlendirmesi öngörülmektedir.⁸⁶

Çeşitli mesleki örgütler, birlikler de sağlık sektöründe olmasına karşın kuvvetli lobicilik geleneği olmadığı ve kendi aralarında fikir birliğine çoğunlukla varamadıkları için sağlık politikalarının oluşturulmasında çok etkili oldukları gözlenmemektedir. Sağlık alanında çalışanların grev haklarının olmaması da bu konuda etkilidir. Yalnızca ilaç sanayine bağlı meslek örgütlerinin, sağlık alanında oluşturulan politikalarda etkin bir şekilde sürece dâhil olduğu ve bir noktaya kadar etki edebildiği gözlemlenmektedir.⁸⁷

3.6. Demografik Yapı

Türkiye'nin genel sağlık sistemi incelenirken demografik yapısını da göz önünde bulundurmak, sistemin daha doğru yorumlanması, güçlü ve zayıf yönlerinin anlaşılabilmesi için önemlidir.

Türkiye'de 2016 verilerine göre 79,8 milyon nüfus vardır. Nüfusun yerleşimi %92,3 oranında il ve ilçe merkezlerindedir⁸⁸ ancak Türkiye'nin il-ilçe ayrımları dolayısı ile bu oran şehirleşme konusunda bilgi vermemektedir. Birleşmiş Milletlerin istatistiklerine göre Türkiye nüfusunda şehirleşmiş yerleşim oranı 2015 yılında %87.1 gibi yüksek bir oran olarak gözükmemekte olmasına rağmen şehir/kırsal yerleşim sayıları “güvenilir/sağlıklı değil” olarak belirtilmiştir.⁸⁹ Bu verilerin güvenilir olmadığı çıkarımının olası sebebi Türkiye'deki bütün il ve ilçe merkezlerinin şehirleşmiş yerleşim merkezleri olarak kabul edilmemesi gösterilebilir. Ülke genelinde nüfus yoğunluğu kilometrekare başına 104 kişidir ancak nüfusun en yoğun olduğu İstanbul'da

⁸⁵ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.21-24.

⁸⁶ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, ss.20-26.

⁸⁷ TATAR, *Health Systems in Transition: Turkey Health system review*, s.26.

⁸⁸ TÜİK, *Yıllara ve Cinsiyetlere Göre İl / İlçe Merkezlerin ve Belde / Köy Nüfusu, Genel Nüfus Sayımları – ADNKS*, 2016, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, (22/09/2017).

⁸⁹ Birleşmiş Milletler İstatistik Birimi (UNSD), *Cinsiyet ve Şehir/Kırsal Yerleşime Göre Nüfus*, 22 Mayıs 2017, <http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a1>, (22/09/2017).

bu sayı 2.849 kişiye, Kocaeli, İzmir ve Gaziantep’te ise sırasıyla 507, 352 ve 290’a çıkmaktadır.⁹⁰ Kadın nüfusu, erkeklerden daha azdır ve kadın/erkek oranı 49,8/50,2’dir. Ortalama yaşam beklentisi erkeklerde 75,3 yıl, kadınlarda 80,7 yıl olmakla beraber ortalama ilk evliliğin yapıldığı yaşlar ise kadınlarda 24, erkeklerde 27,1’dir.⁹¹

Türkiye’yi değerlendirebilmek için öncelikle temel ekonomik ve sağlık verilerine göz atmak gerekmektedir.

Tablo 5: Türkiye Temel Ekonomik ve Sağlık Verileri (2016)

Ekonomik Veri	Türkiye
GSYİH (2015)	717,9 milyar \$
Kişi Başına GSYİH (2015)	9.126 \$
Sağlık Harcaması Toplam	30,9 milyar \$
GSYİH’ye Oranı	%4,3
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması	1.088\$
Kişi Başı Sağlık Harcaması – Devlet/Zorunlu	863\$
GSYİH’ye Oranı	%3,4
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%79,4
Kişi Başı Sağlık Harcaması – Özel	224\$
GSYİH’ye Oranı	%0,9
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%20,6
Kişi Başı Sağlık Harcaması – Cepten Ödeme	169\$
GSYİH’ye Oranı	%0,7
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%16,9

Kaynak: Birleşmiş Milletler İstatistik Birimi (UNSD), <https://unstats.un.org/unsd/snaama/resCountry.asp>, (22/09/2017); OECD, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.html>, (22/09/2017)

Tablo 5’deki veriler incelendiğinde Türkiye’nin kişi başına düşen milli gelirinin yüksek olmadığı görülmektedir. Toplam sağlık harcamaları da kişi başına

⁹⁰ TÜİK, **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2016**, 31 Ocak 2017, www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24638, (22/09/2017).

⁹¹TÜİK, **Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2016**, 2 Mart 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642>, (22/10/2017).

düşen milli gelirin %4,3'üne denk gelen düşük bir orandadır. Zorunlu GSS sistemi ve bu sisteme devlet bütçesinden katkı ile sağlık harcamalarının %79,4'ü karşılanmaktadır. İsteğe bağlı genişletilmiş özel sigortalar kapsamında da sağlık harcamalarının %20,6'sını karşılanmaktadır. Türkiye'deki sağlık sigortalılarının ceplerinden karşıladıkları sağlık harcamalarının miktarı, kişi başına düşen milli gelirin %0,7'sine ve sağlık harcamalarının da %16,9'una denk gelmektedir. Bu verilerde görülen Türkiye'deki bir genel sağlık sigortalısının yıllık gelirinin %5'inden düşük sağlık harcamaları olduğu, bu sağlık harcamalarının da beşte birinden azını kendi cebinden karşıladığıdır. Yalnız bu verilerde sağlık harcamalarının doğrudan sağlık harcamaları olduğu ve sisteme sigortalılar ve işverenler tarafından ödenen sigorta primleri ile özel sağlık sigortası primlerinin bu kapsamda hesaplanmadığını hesaba katmak gereklidir. Dolayısı ile Türkiye'de çalışan bir genel sağlık sigortalısının maaşından otomatik kesilen sigorta primini ödediği, isteğe bağlı sağlık sigortası kullanıyorsa ayrıca özel sağlık sigortasına da prim ödemekte olduğu ve bunlarla birlikte gelirinin ortalama %1'inden daha düşük bir oranını da doğrudan sağlık harcamalarına ayrıca harcadığı görülmektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin gelişmişliği ve genel durumu hakkında bilgi edinmek için bu konulardaki bazı temel sağlık verilerini değerlendirmek gerekir. İlgili genel veriler *Tablo 6*'da belirtilmiştir.

Tablo 6: Türkiye Sağlık Sistemi Temel Verileri (2016)

Sağlık Verisi	Türkiye
1.000 kişiye düşen doktor	1,8 doktor
Doktor başına düşen yıllık kişi sayısı	556 kişi
1.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı	2,7 yatak
Ortalama hastanede yatış süresi	3,9 gün
100.000 kişide hastaneye yatan sayısı	17.115 kişi
1.000 kişiye düşen hemşire sayısı	1,9 hemşire
İlaçların, sağlık harcamalarındaki oranı	-

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/turkey.htm#profile-health>, (22/09/2017)

Tablo 6'deki veriler de Türkiye'de bir sağlık sigortalısının aldığı hizmetin kalitesini sayısal olarak göstermektedir. Nüfusa göre doktor ve hemşire sayıları incelendiğinde her 1.000 kişiye 1,8 doktor, 1,9 hemşire, 2,7 yatak düşmesi ve hastaneye yatış sayısının 100.000 kişide 17.115 olması sigortalılara gerekli sağlık hizmetlerini alabilecek sağlık personeli kaynağının kısıtlı olduğunu göstermektedir. Doktor ve hemşire başına düşen iş yükünün bu denli yüksek oluşunun, sağlık hizmeti kalitesine olumsuz etki yapıyor olduğu sonucuna varılabilir. Ortalama hastanede yatış süreleri 4 günden kısadır ve bu bağlamda sağlık hizmetlerinde memnuniyet oranı düşük değil ise kaynak kullanımının oldukça verimli kullanılarak tedavilerin tamamlandığı varsayılabilir.

Demografik yapıyı incelerken istihdam ve iş gücüyle ilgili bazı temel verilerin de göz önüne alınması, değerlendirmelerin daha yerinde olması için gerekli olan diğer bir ayrıntıdır. İncelenecek verilerde iş gücü, istihdam oranı, işsiz ve çalışan tanımları ve hesaplamaları OECD tanımlarıdır:

Tablo 7: Türkiye İstihdam Verileri (2016)

İstihdam Verisi	Türkiye (2016)
İşsizlik Oranı	%10,8
Üst Eğitim Mezunu	%9,4
Lise ve Meslek Okulu Mezunu	%10,1
Orta Okul ve Altı Eğitim Seviyesi	%9,3

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm#indicator-chart>, (28/09/2017); <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rates-by-education-level.htm#indicator-chart>, (28/09/2017);

*İşsizlik Oranı: İşsiz olan kişi sayısının, iş gücüne yüzdesel oranı.

**İşsiz: Bir işte çalışmadıklarını bildirmiş, çalışmak için uygun olan, iş bulmak için etkin çaba gösteren kişi ve çalışmaya hazır olan kişi.

Tablo 8: Türkiye İş Gücü Verileri (2016)

İş Gücü Verisi	Türkiye (2016)
Çalışma Oranı* 15-24 Yaş	%34,1
Çalışma Oranı 25-54 Yaş	%60,0
Çalışma Oranı 55-64 Yaş	%33,4

Çalışma Oranı Üst Eğitim Mezunu	%75,0
Çalışma Oranı Lise ve Meslek Ok. Mez.	%61,9
Çalışma Oranı Orta Okul ve Altı Eğ.	%51,4
İş Gücü** Katılım Oranı 15+ Yaş	%52,0
İş Gücü Katılım Oranı 15-64 Yaş	%57,0
İş Gücü Katılım Oranı 15-24 Yaş	%42,4
İş Gücü Katılım Oranı 25-54 Yaş	%66,5
İş Gücü Katılım Oranı 55-64 Yaş	%35,6
İş Gücü Katılım Oranı 65+ Yaş	%11,8
Çalışan Başı Yıllık Çalışma Saati (2013)	1832 saat
Tahmin Edilen İş Gücü	30.530.833 kişi

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/emp/employment-rate-by-age-group.htm#indicator-chart>, (28/09/2017); <https://data.oecd.org/emp/labour-force-participation-rate.html>, (28/09/2017); <https://data.oecd.org/emp/labour-force-forecast.htm#indicator-chart>, (28/09/2017)

*Çalışma Oranı: Belirli bir yaş grubundaki çalışan kişi sayısının, aynı yaş grubundaki toplam nüfusa oranı.

**İş Gücü: Kamu veya özel sektörde çalışan, bir kazanç karşılığı haftada en az bir saat çalışmış olan, işi olan ancak herhangi bir izin ile an itibarıyla işyerinde olmayan, işsiz olan bireylerin toplamı.

*** İş Gücü Katılım Oranı: Belirli bir yaş grubundaki iş gücünün, aynı yaş grubundaki toplam nüfusa oranı.

Yukarıdaki veriler ışığında Türkiye'nin dengesiz dağılmış bir nüfusa sahip olduğu ve yüksek gelir düzeyinde değerlendirilemeyecek bir yaşam standardı olduğu sonucuna varılabilir. Çalışma yaşındaki nüfusun iş gücüne katılma oranı düşük olup, işsizlik oranı da iki haneli oranlardadır.

3.7. Türkiye Genel Sağlık Sigortasının Kuvvetli ve Zayıf Yanları

Türkiye GSS sisteminde çok karmaşık, eşitsizlikler barındıran bir yapı söz konusuydu ancak yapılan çalışmalar sonucunda sorunlar büyük ölçüde tespit edilmiş ve giderilmeleri için kapsamlı reformlar gerçekleştirilmiştir; iyileştirmeler hali hazırda devam etmektedir.

GSS sisteminin en kuvvetli yönü tüm toplumu kapsayıcı nitelikte olması ve bireyler arasında eşit hak ve faydalar sağlamasıdır. Yeni ve kapsamlı sağlık hizmet sağlayıcı tesislerin yurt genelinde kurulması da sağlık hizmetlerine erişimi oldukça kolaylaştırmaktadır. Sigortalıların yaşadıkları yer, gelir seviyeleri gibi değişkenler sağlık hizmetleri ve faydalardan yararlanmalarında veya hizmet ve faydalara ulaşımlarında bir fark yaratmamaktadır. Kişilerin istedikleri kurum ve hekimde tedavi olabilmek özgürlükleri olması da reformların önemli getirilerindendir. Bu hakkı ve imkânı sağlamakla beraber, basamaklı sevk sistemi uygulaması da önlenabilir masrafların önüne geçerek sağlık harcamalarını kontrol altına alabilmektedir. Sevk sistemine uymadan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlayıcısına gidilebilme özgürlüğü, katkı payı ve fark ödemeleri ile frenlenmiştir. İlaç tedavilerinin de kapsam dâhilinde olması ve reformları takiben getirilen düzenlemeler ile maliyetlerin düşürülmesi de hem kapsam açısından hem de toplam sağlık harcamalarının kontrol altında tutulabilmesi açısından sistemin başarılı yönlerindendir. Hastanelerin yönetim ve finansman açısından özerk kurumlar haline getirilmesi ve harcamaların denetlenmesi de sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında rekabetin hizmet kalitesi üzerine oluşmasına olanak vermiştir. Hem sağlık hizmetlerinin sağlanmasında hem de finansmanındaki kolaylıklar kişi başı hekim ziyaretlerinde reform öncesine göre artış sağlamış ve üç misli seviyesine çıkarmıştır.⁹²

Sistemin teknolojik altyapısı çok sağlam bir temele oturtulmuştur. Merkezi bir veri tabanında sigortalıların sağlık geçmişleri, doktor raporları, teşhisleri, ilaç tedavileri ve uygulamalarının kayıt altında tutularak, herhangi bir sağlık hizmet sağlayıcısı ve sigortalı ile ilgilenen hekimler tarafından görüntülenebilmesi sigortalıların doğru ve verimli sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır.

Türkiye'deki reformların bir kısmı gerçekleşikten sonra, sistemin bel kemiğini oluşturan birinci basamak sağlık hizmetlerinde 2013 yılında yapılan memnuniyet araştırmaları sonucuna göre de hasta memnuniyeti oranı %91,5'tir. EUROPEP Hasta Memnuniyet Ölçeği kullanılarak yapılmış araştırma sonucuna göre birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındaki çeşitli konularda 2010 senesinde %80 civarında olan memnuniyet oranları 2013'te %90 ve üzeri seviyelere çıkmıştır. Sağlık kuruluşlarının fiziki koşulları hakkında memnuniyet oranı %69,9'dan %84,5'e ve bekleme odasında

⁹² TATAR, **Health Systems in Transition: Turkey Health system review**, ss.169-170.

harcanan zamanla ilgili memnuniyet oranı da %69,1'den %84,'ye çıkmıştır.⁹³ Genel olarak sosyal sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı da TÜİK araştırmalarına göre 2003 yılında %39,5 iken, 2016 yılında %75,4 seviyesine yükselmiştir.⁹⁴

Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı çok yüksek olmamakla birlikte, harcama seviyesinin zamanla yükselmesi beklenmektedir. Gelecekte karşılaşılabilecek en önemli sorun olarak sağlık sistemi finansmanının sürdürülebilirliği göze çarpmaktadır. Hızla yaşlanmakta olan nüfus, bağımlılık oranının düşecek olması, iş gücüne katılımın düşük olması zorunlu prime dayalı finansman yapısının mevcut haliyle yetersiz kalması tehlikesini taşımaktadır. Toplumda oluşan yüksek beklenti, gelişen teknoloji ve yaşlanan nüfus ile birlikte gelecek hastalık artışı genel sağlık harcamalarını da arttıracaktır. Hali hazırda reform sonrası üç misline çıkan kişi başı senelik doktor ziyareti sayısı da toplam sağlık harcamalarını yükseltmiş, cepten ödemelerin de toplam sağlık harcamalarındaki oranı reformun sonuçları olarak düşmüştür. Sistemin şu anki haliyle uzun vadede finansmanının sürdürülebilir bir yapıda olması sorgulanmaktadır.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının yönetsel ve finansal olarak özerkleşmesi ve özel sağlık kuruluşlarının reformlar ile birlikte çok daha fazla sayıda ve aktif rol oynar durumda olmasının olumlu taraflarının yanında bazı olası işlevsel sorunlar yaratmaktadır. Performans üzerine kurulu ödeme sistemleri hekimleri ve sağlık hizmet sağlayıcılarını belirli konulardan uzaklaştırıp, başka alanlara yoğunlaşmaya sebebiyet verebilmektedir. Bağımsız yönetimleri ve finansmanları olan sağlık hizmet sağlayıcılarından oluşan, sonuç odaklı bir sağlık sistemi, başarı oranı yüksek ve kârlı alanlara yönelmeye yol açacaktır. Hizmet sağlayıcılarının güdümleri ile yönlendirilen hastaların yönlendirilmesi olası bir risktir. Hizmet sağlayıcısının yönlendirdiği üzere talep oluşması üzerinde durulması gereken bir çekinedir.

Bunların yanı sıra GSS'de akıl/ruh sağlığı ve uzun dönem bakım hizmetleri konularında yeterli koruma sağlanmamaktadır. Bu konularda mevzuat, altyapı ve kaynak desteğine ihtiyaç vardır.⁹⁵

GSS kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin ve faydaların da tek tip olması, kapsayıcılık açısından olumlu gözükse de sigortalılara hiçbir seçme özgürlüğü

⁹³ T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, **a.g.e.**, ss.XIII-XV.

⁹⁴ TÜİK, **Genel olarak kamu hizmetlerinden memnuniyet 2003-2016**, 22 Şubat 2017, www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1598, (20/10/2017).

⁹⁵ TATAR, **Health Systems in Transition: Turkey Health system review**, ss.170-171.

tanınmamaktadır. Daha kapsamlı koruma almak isteyen bireyler, özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası ürünlerine yönelebilmekte ancak daha uygun primler ile sisteme dâhil olmak isteyen sigortalılar için seçenek bulunmamaktadır.

Geçmişteki erken emeklilik uygulamaları, sistemdeki aktif-pasif dengesini ve dolayısı ile sosyal güvenlik kurumlarının finansman dengesini bozmuştur. 1980’li yıllarda 3 çalışan 1 emekliyi finanse ederken bu oran 2010’lu yıllarda 2’nin altına düşmüştür. Sosyal güvenlik sistemlerindeki gelir transferi ilkesine göre oluşturulan kimi fonlar zaman içerisinde siyasi sebeplerle sosyal güvenlik ile alakası olmayan alanlarda kullanılmıştır. Bunlara ek olarak siyasi sebeplerle çıkarılan borçlanma ve af kanunlarının bir “af kültürü” oluşturulması da sosyal güvenlik sistemlerinin gelirlerini olumsuz etkileyen bir etken olup prim ödeme alışkanlıkları olumsuz etkilemektedir. Rekabet eden işverenler arasında yüksek vergilerden ötürü kayıt dışı işçi çalıştırma ve dolayısı ile sistemin prim getirisini kısma eğilimi de gözlemlenmektedir. Göreceli olarak yüksek vergiler ve yeterli denetimin olmaması, teşviklerin yeterli olmaması kayıt dışı ekonominin sebepleridir. Bu konulara ve düşük iş gücü katılım oranlarına çözüm getirilmesi, sistemin daha sağlıklı yürümesi için gereklidir.⁹⁶

Sigortalıların bu gibi kamunun sağladığı hizmet ve faydalardan memnuniyeti doğrudan mevcut hükumete olan yaklaşımı da etkileyecektir. Bu durum ilk başta sistemin sigortalı memnuniyetini koruması açısından olumlu değerlendirilse dahi kısa vadede sigortalılarda tepkiye yol açacak ama sistemin uzun dönem sürdürülebilirliği ile ilgili herhangi bir değişiklik yapılması gerektiği durumda sistemdeki bir zayıflık halini almaktadır. Bu şekilde bir değişikliğin gerekliliğini görecektir bir ülke yönetimin, seçim döneminde oy kaybetmek kaygısı ile uzun vadede gerekecek hamleleri yapmaktan kaçınması olasıdır.

⁹⁶ Sezai DEMİR, “TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNDEKİ AKSAKLIKLAR”, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2013, ss.126-139.

4. BÖLÜM: TÜRKİYE İÇİN İSVİÇRE'Yİ TEMEL ALAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI MODELİ ÖNERİSİ

4.1. Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslaması

Türkiye ve İsviçre'deki genel sağlık sigortalarının her ikisi de tüm toplumu kapsayacak ve katılımı zorunlu sistemler olarak ön plana çıkmaktadır. GSS kapsamında sağlanan fayda ve hizmetler genel olarak birbirlerine yakın olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte basamaklı bir sevk sistemi Türkiye'de var olmasına karşın katı olarak uygulanmamaktadır. Zaman içerisinde daha katı ve takip edilmesi daha kuvvetli bir sevk sistemi işleyişi üzerine çalışılmaktadır. İsviçre'de ise sevk sistemine bağlı bir hizmet sağlanması zorunlu değildir ve sigortalılar istedikleri anlaşmalı sağlık kuruluşuna giderek, zorunlu sağlık sigortası kapsamında hizmet alabilirler. Türkiye'de hizmet sağlayıcılarını Sağlık Bakanlığı ve SGK belirlerken, İsviçre'de yerel kanton yönetimleri belirlemektedir. İsviçre'de sağlık hizmetlerinde öne çıkan diğer farklar ise kapsamın, primin, sağlık hizmet sağlayıcılarının kantonlar arasında farklılık göstermesi ve farklı plan seçenekleri ile hizmet sağlayıcı ağını genişletme ve daraltma seçeneklerinin sigortalılara tanınmasına ilişkindir. Bu özellik, Türkiye'de GSS'de olmasa da özel sağlık sigortalarında yaygın görülen bir uygulamadır. Her iki sistemde de birinci basamak sağlık hizmetleri için sisteme dâhil olmayan bir sağlık kuruluşuna gidilmesi durumunda sigortalılara benzer yapıda ek maliyetler çıkmaktadır. Dolayısı ile kapsam açısından Türkiye'de daha eşitlikçi ve kolay algılanabilir bir sistem olduğu değerlendirilebilir.

Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde sigortalılar, birinci basamaktan sevk edilmiş olması halinde GSS kapsamında hizmet alabilmektedirler. Türkiye'de sigortalılara isterlerse direkt ikinci ve üçüncü basamak hizmet sağlayıcılarına giderek, GSS kapsamında hizmet alma hakkı tanınmıştır ancak gidilen kuruluş veya uzman hekime göre çıkan farkı sigortalının üstlenmesi beklenmektedir. İsviçre'de ise hizmet sağlayıcılarına bağlı olarak çıkan fark ödemeleri basamaklı bir sevk sisteminden ziyade anlaşmalı sağlık hizmet sağlayıcılarından ötürü oluşmaktadır. Yerel kanton yönetiminin listesinde olan, zorunlu GSS kapsamında anlaşmalı sağlık kuruluşları dışında hizmet alınmış ise sigortalı aradaki hizmet sağlayıcı ücret farkını kendisi karşılamaktadır. Türkiye'de özel hastanelere gidilmesi durumunda, SGK'nın belirlediği tavan hizmet ücreti üzerinde çıkan masrafları sigortalının karşılaması söz

konusudur; bu iki uygulama benzerlik göstermektedir. İki ülkede de sağlık kurumunu ve hekimi seçmek açısından sigortalıya özgürlük tanınmış olsa da İsviçre, sistem olarak sigortalıya daha geniş özgürlük ve seçme hakkı tanımış durumdadır.

4.1.1. Prim ile Sağlanan Finansman Kıyaslaması

Finansman yapısı olarak temelde ikisi de prime dayalı sistemler olmakla birlikte Türkiye’de sosyal bir sigorta sistemi vardır ve devlet tarafından yürütülür. İsviçre’de ise özel sigorta sistemi üzerinden yürütülen ve devlet tarafından denetlenen bir yapı söz konusudur. Her iki ülkede de GSS devlet desteği almaktadır; Türkiye’de direkt kaynak ayrımı ve gerekirse devlet bütçesi içerisinde kaynak aktarımları yapılmakta iken, İsviçre’de hastanelerin masrafları, büyük oranda devlet/kantonlar tarafından karşılanmaktadır. Türkiye’deki GSS’de prim hem işverenden hem de çalışandan, sabit oranlarla alınmaktadır. 5510 Sayılı Kanunun 81. maddesinin birinci fıkrası ve g bendinde belirtildiği üzere GSS primi %12,5’tir; bu primdeki pay dağılımı %7,5 işveren, %5 sigortalı şeklinde olup işveren tarafından ödenir. Dolayısı ile sigortalılar, aynı oranlarda ama gelirlerine göre seviyelerde prim ödemektedirler. Gelir seviyesi yükseldikçe, ödenen prim de artarken tüm sigortalıların hakları aynıdır. İsviçre’de ise GSS primleri kişiye göre, bireysel olarak hesaplanır ve sigortalılar bireysel tercihleri doğrultusunda seçtikleri sigorta paketini alırlar. Dolayısı ile Türkiye’de bir sigortalının, GSS primi daha henüz eline geçmeden SGK’ya ödenir ve prim miktarı ile ilgili bir seçme hakkı veya alternatif bulunmamaktadır. İsviçre’deki bir sigortalı ise maliyetini düşürmek için daha yüksek muafiyetli planlar seçebilmekte, farklı sigorta fonlarından teklif alabilmektedir. Toplumsal algı açısından değerlendirildiğinde GSS primlerine bakış farklılığı oluşmaktadır. Türkiye’de bireyin maaşından doğrudan kesinti yapılarak, eline geçmemiş bir para mecburi olarak kesilmektedir ve bireye seçme hakkı tanınmamaktadır. Bu, sigortalılarda olumsuz bir tepki yaratabilecek bir unsurdur. İsviçre’de ise GSS almak zorunlu olmasına rağmen birey kendisi seçim yapıp, primi kendisi ödediği için aslında teminatı kendisi seçmekte ve kendisi satın almaktadır. Bu psikolojik faktör ve denetimlerin yeterince sıkı olmayışı Türkiye’de, düşük gelir seviyesinde çalışanlar ağırlıkta olmak üzere, bireylerin kayıt dışı istihdama yönelmesine sebebiyet vermektedir. Sigortalıların prime esas kazançlarından, GSS primi dışında, %9 oranında kesintinin de uzun vadeli sosyal sigorta kolları için yapıldığını ve düşük gelir seviyelerinde bu oranın çok önem kazanıyor olduğunu değerlendirmekte fayda vardır.

İşverenler açısından değerlendirildiğinde yüksek çalışan maliyetleri ve denetimin yeterli ölçüde olmaması kayıt dışı istihdamı tetiklemektedir. 5510 sayılı kanunun 81. maddesine istinaden GSS için, çalışanın prime esas kazancın ücretinin %7,5 kadarını GSS, %11 kadarını da diğer sosyal sigorta kolları için ödeyen işverenin maliyetleri duruma göre daha da artabilmektedir. Denetim eksikliği ve yüksek işçi maliyetleri, işverenleri de kayıt dışı istihdama yöneltmektedir. İşverenlerin kayıt dışı işçi çalıştırması, maaşları düşük göstermesi ve primleri ödememesi gibi durumlar sistemin prim gelirlerini düşüren sonuçlar doğurmakta bu da sistemde açıkların artmasına yol açmaktadır. Seçim öncesi dönemlerde primlerin ödenmemesi durumu, yıllardan beri alışılmış sosyal güvenlik prim aklarına ve bu akların dönemsel olarak çıkmaya devam edeceğine ilişkin toplumsal beklentiyle açıklanabilir.⁹⁷

Kayıt dışı ekonominin, ülkenin GSYİH'sine, üretimine, ekonomisine ve büyümesine ilişkin birçok konuda etkileri olsa da bu çalışma kapsamında kayıt dışı ekonominin GSS primlerine etkisi ele alınacaktır. Kayıt dışı ekonominin Türkiye ve İsviçre'deki boyutları *Tablo 9*'da gösterildiği gibidir.

Tablo 9: Kayıt Dışı Ekonomi Kıyaslaması

1999-2010 Arasında MIMIC Hesaplama Yöntemine Göre Kayıt Dışı Ekonomilerin GSYİH'ya Göre Oranları (%)			
	Ortalama	En Yüksek	En Düşük
İsviçre	8,32	8,8	7,2
Türkiye	30,61	32,8	28
38 OECD Ülkesi Ortalaması	20,24	21,42	18,83

Kaynak: Ceyhun ELGİN, Friedrich SCHNEIDER, “Shadow Economies in OECD Countries: DGE vs. MIMIC Approach”, *Boğazici Journal Review of Social, Economic and Administrative Studies*, İstanbul, Cilt: 40 Sayı: 1, 2016, ss.51-75.

Tablo 9'da görüldüğü üzere Türkiye'deki kayıt dışı ekonomi 1999-2010 yılları arasında, GSYİH'nin %30'unun üzerinde olarak gözlenirken, İsviçre'de %9'un altında kalmaktadır; başka bir deyişle kayıt dışı ekonomilerde Türkiye İsviçre'nin üç katından daha büyüktür. Tablodaki verilerin alındığı çalışmayı yapan Friedrich SCHNEIDER'in daha güncel tarihte, Aralık 2012'de, aynı yöntemlerle yaptığı hesaplamalara göre ise kayıt dışı ekonominin GSYİH'ye oranı, Türkiye'de %26,5, İsviçre'de %7,1 ve 31

⁹⁷ Sevinç AKBULAK, Yavuz AKBULAK, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Alınması Gereken Önlemler”, *Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları*, Ankara, Sayı:117, 2004, ss.70-73.

Avrupa Ülkesi ortalamasında da %18,5 olarak tespit edilmiştir.⁹⁸ Kayıt dışı ekonomi, kayıt dışı çalışmayı da kapsadığı için diğer sosyal güvenlik sistemlerinde olduğu gibi genel sağlık sistemine prim aktarımını da doğrudan olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durum genel sağlık sisteminin finansmanı zorlaştırmaktadır. Türkiye nüfusundaki kayıt dışı çalışma oranı Ağustos 2017 tarihinde %35,1 olarak hesaplanmıştır ancak bu oran sadece herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmadan çalışan nüfusu içermektedir.⁹⁹ Sosyal güvenlik kurumuna bağlı çalışıp, gerçekte alıyor olduğu ücretten düşük bir aylık ücret üzerinden vergileri ödenmekte olan kişiler bu orana dâhil değildir. Türkiye’deki genel sağlık sigortalılarının sistemi finanse etmekteki ağırlığı ile İsviçre’deki genel sağlık sigortalılarınınki sadece kayıt dışı ekonomi verileri değerlendirilerek dahi karşılaştırılacak olursa Türkiye’de oran olarak ciddi bir kayıp olduğu çıkarımı yapılabilir. Dolayısı ile Türkiye’deki bir sigortalı üzerine düşen birim yükün, İsviçre’deki bir sigortalıya göre daha ağır olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan kamu tarafından da finansman sağlanıyor olması nedeniyle, kamunun GSS’deki yükü oran olarak Türkiye’de daha yüksektir.

İş gücüne katılım da GSS sisteminin finansmanı açısından değerlendirmeye mutlak alınması gereken bir diğer unsurdur. Birbirinden farklı yapıda da olsa her iki ülkede de prime dayalı finansman yer aldığı göz önünde alındığında iş gücüne katılımın yüksek olması, GSS’nin sürdürülebilirliği için gerekli bir etmen olarak ön plana çıkmaktadır. *Tablo 3, Tablo 4, Tablo 7 ve Tablo 8’de* verilmiş olan OECD verileri karşılaştırıldığında; Türkiye’deki sistemde prim üretecek ve sisteme fon sağlayacak nüfustaki (15-64 yaş arası) iş gücüne katılım oranının %57 gibi çok düşük bir oran çıktığı görülmektedir. Yani çalışma yaşındaki her 100 bireyden 43’ünün sisteme prim katkısı yapmadan sağlık hizmetlerinden faydalandığı anlaşılmaktadır. Çalışma yaşındaki nüfusun iş gücüne katılım oranı İsviçre’ye kıyaslandığında Türkiye, İsviçre’nin %68’i (57/83,9) kadar iş gücüne katılım göstermektedir. Yaş gruplarına göre ayrı ayrı bakıldığında 15-24 yaş aralığında Türkiye’deki %34,1’lik iş gücü katılım oranının İsviçre’nin neredeyse yarısına denk geldiği görülmektedir. Buradan, Türkiye’deki lisans ve lisansüstü eğitim çağındaki gençlerin İsviçre’deki gençlere göre daha az çalışıyor olduğu yorumlanabilir. İsviçre’de ise bu çağındaki yaklaşık her 3 kişiden 1’i çalışmaktadır. Sisteme ağırlıklı prim katkısı yapacak olan 25-54 yaş grubu

⁹⁸ Friedrich SCHNEIDER, “Size and Development of the Shadow Economy of 31 European and 5 other OECD Countries from 2003 to 2013: A Further Decline”, Nisan 2013, http://www.econ.jku.at/members/schneider/files/publications/2013/shadeceurope31_jan2013.pdf, (29.11.2017), s.3.
⁹⁹ TÜİK, *İşgücü İstatistikleri Ağustos 2017*, 15 Kasım 2017, <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24633>, (01/12/2017).

incelendiğinde ise Türkiye’de iş gücüne katılım %60 gibi olması gerekenin altında bir oranda çıkmaktadır ki İsviçre’deki orandan yaklaşık %30 düşüktür (66,5/90,6). Türkiye’nin en verimli çalışma ve üretkenlik çağındaki nüfusunda her 10 kişiden 4’ü ekonomiye, üretime ve genel sağlık sistemine katkı yapmamaktadır ancak bu nüfusun çeşitli genel sağlık sistemi hizmetlerinden faydalanabilmekte olmaları sebebiyle sisteme yük getirdikleri görülmektedir. Sisteme yine yüksek katkı yapması beklenen 55-64 yaş grubu incelendiğinde ise Türkiye’de iş gücü katılım oranı daha da düşük çıkmakta, %33,4 oranıyla İsviçre’nin %47’si (33,4/71,5) seviyesine ancak ulaşabilmektedir. Eğitim seviyesi üniversite lisans ve üstü seviyede olan nüfusların iş gücü katılımları incelendiğinde ise Türkiye’de %75 gibi yine düşük bir oran çıkmaktadır; bu oran İsviçre’dekinin %15 altında bir orana (75/88,5) denk gelmektedir. Verimi yüksek, nitelikli iş gücü olarak ekonomi ve üretime katkı yapabilecek her 100 kişiden 25’i ne genel sağlık sistemine ne de ülke ekonomisine katkı yapmamaktadır. Türkiye’de kayıtlı iş gücüne katılımın bu kadar düşük olmasında kayıt dışı ekonominin yüksek seviyede olmasının da katkısı mutlaka vardır ancak her durumda iş gücüne katılmıyor görünen nüfus ya GSS primlerini hiç ödememektedir ya da eksik ödemektedir. Dolayısı ile sistemin finansmanı doğrudan olumsuz olarak etkilenmektedir. İş gücüne katılımı arttıracak ve teşvik edecek uygulamalar, sistemin sürdürülebilirliği için mutlak gerekliliktir.

4.1.2.Devlet Tarafından Finansman Desteği Kıyaslanması

İki ülkede de devlet, GSS sistemine finansal katkı yapmaktadır. İsviçre bu katkıyı kanton yönetimlerinin hastane masraflarının yarısını bütçeden karşılaması şeklinde uygulamaktadır. Türkiye’de ise doğrudan bir katkıda bulunulmamakta, asıl yük işçi ve işveren üzerine kalmaktadır.¹⁰⁰ Reformlar ile belirli oranlarda prim katkısı yapılmaktadır ancak bu katkı yükü yeterince hafifletememektedir. GSS sisteminde oluşan yıllık bütçe açıklarını kapatmak için genel devlet bütçesinden yapılan aktarımlar devletin asıl finansal katkısını oluşturmaktadır. Bütçe transferleriyle, bütçe açıklarının kapatılmaya çalışılması yerine devletin prim katkısı arttırılmalı ve sigortalılığı teşvik edecek nitelikte uygulamalar hayata geçirilmesi daha verimli sonuçlar verecektir.¹⁰¹

¹⁰⁰ Haluk EGELİ, **Parafiskalite ve Parafiskal Kurumlar**, 1. Baskı, İzmir: Altın Nokta Basım ve Yayın, 2009, s.93.

¹⁰¹ DEMİR, **a.g.e.**, s.64.

4.1.3. Sosyo-Ekonomik Kıyaslamalar

Türkiye GSS’de basamaklı sevk sistemine uyulduğu durumlarda sigortalılara ek bir ücret yansımamaktadır. Seçilen kurumun anlaşmalı olmaması veya basamaklı sevk sistemine uyulmadan sağlık hizmeti alınmaya çalışılmış olması durumunda sigortalı fark ödemesi yapar. İlaç kullanımında da düşük seviyede fark ücretleri çıkabilmektedir. İsviçre’de ise giderlerin paylaşılması ilkesinden ötürü her sigortalının belirli bir sabit muafiyeti ve her sağlık hizmeti alırken ödemesi gereken koruma payı vardır. Yıllık üst limitleri dolana kadar sigortalılar neredeyse her sağlık hizmeti alırken ödeme yapmaktadırlar. Bu fark cepten yapılan ödemelerle kıyaslandığında oldukça ön plana çıkmaktadır. Genel sağlık harcamaları içerisindeki oran olarak sigortalıların cepten ödeme payları İsviçre’de Türkiye’den %12 daha fazla (%28,7-16,9) gibi görülmektedir. Ancak sağlık harcamalarında cepten ödemelerin GSYİH’ye oranlarına bakıldığında İsviçre, Türkiye’nin 5 misli (%3,56/0,7) cepten sağlık ödemesi yapmakta ve kişi başı yapılan ödeme olarak incelendiğinde de İsviçre, Türkiye’nin 10 mislinden (\$2.275/169) yüksek bir cepten sağlık ödemesi yapmaktadır. GSS primlerine ek olarak cepten ödenerek yapılan sağlık harcamalarının, İsviçreli genel sağlık sigortalılarına oldukça yük getirmekte olduğu *Tablo 1 ve Tablo 5’teki* verilerden görülebilmektedir.

Toplam sağlık harcamaları iki ülke için kıyaslandığında kişi başına düşen sağlık harcamaları İsviçre’de, Türkiye’nin neredeyse 8 katıdır (\$7.919/\$1.088). Ancak harcamalar kıyaslanırken ülkelerin sosyoekonomik durumlarının da ele alınması gerekir. Kişi başına düşen milli gelire göre İsviçre’deki bir sigortalı, Türkiye’dekinin yaklaşık 9 katı (\$80.831/\$9.126))bir gelire sahiptir. Hane başına harcanabilir gelirin dağılımındaki eşitsizlik seviyesi kıyaslandığında, İsviçre’de hane başı gelirin topluma daha eşit dağıldığı ve Türkiye’de hanelere gelir dağılımında eşitsizliğin daha yüksek çıktığını *Tablo 10’da* görülebilmektedir.

Tablo 10: İsviçre-Türkiye Gelir Dağılımı Verileri

Oran	İsviçre (2014)	Türkiye (2014)
Palma	1,1	1,8
S80/S20	4,6	7,7
P90/P10	3,7	5,9
P90/P50	1,8	2,5
P50/P10	2,0	2,4

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>, (28/09/2017)

*Gelir: Hane başına yıllık harcanabilir gelir. Hanenin toplam gelirinden gelir vergisi ve sosyal güvenlik katkıları düşülerek elde edilmiştir. Gelir, hanenin her bir bireyine

atfedilmiştir, farklı büyüklükteki hanelerin farklı ihtiyaçları olacağı yansıtılarak ayarlanmıştır.
****Palma Oranı:** En yüksek harcanabilir gelire sahip %10'luk kesimin tüm gelirinin, en düşük harcanabilir gelire sahip %40'luk kesimin tüm gelirine oranı.
*****S80/S20 Oranı:** En zengin %20'lik kesimin ortalama gelirinin en fakir %20'lik kesimin ortalama gelirine oranı.
******P90/P10:** 9ncu ondalık kesimin gelir üst sınırının (örneğin en yüksek gelire sahip %10'luk kesim) 1nci ondalık kesimin gelir üst sınırına oranı, P90/P50: 9ncu ondalık kesimin üst gelir sınırının medyan gelire oranı, P50/P10: Medyan gelirin 1nci ondalık kesimin üst gelir sınırına oranı.

Tablo 10'daki değerler incelendiğinde iki ülke toplumlarının gelir dağılımları arasında oldukça yüksek bir fark göze çarpmaktadır. En yüksek gelire sahip %10'luk nüfusun toplam geliri ile en düşük gelire sahip %40'luk nüfusun toplam gelirini oranlayarak kıyasladığımızda (Palma Oranı) Türkiye'deki gelir eşitsizliği %63 daha yüksektir. Toplumun en zengin ve en fakir %20'lik kesimlerinin ortalama gelirlerini oranlayarak kıyasladığımızda (S80/S20 Oranı) ise Türkiye'deki gelir eşitsizliği %67 daha yüksek çıkmaktadır.

Toplumlardaki en yüksek gelire sahip %10'luk kesimi dışarıda bırakarak yapılacak kıyaslamalarda benzer sonuçlar çıkmaktadır. Dokuzuncu ondalık kesimin gelirinin üst seviyesi ile en az gelire sahip %10'un üst gelirini oranladığımızda (P90/P10) Türkiye'deki gelir eşitsizliği %59 daha yüksek çıkmaktadır. Dokuzuncu ondalık kesimin gelirinin üst limiti ile medyan gelirin oranını (P90/P50) iki ülke için kıyasladığımızda Türkiye'nin eşitsizliği %39, medyan gelir ile en az gelire sahip %10'un üst gelirini oranladığımızda da %20 daha yüksek çıkmaktadır. Bu veriler ışığında Türkiye'de toplumun farklı gelir seviyelerindeki nüfus dilimleri arasındaki makasın daha açık olduğu açıkça görülebilmektedir.

Ülke nüfuslarının yaşları ve yaşlanma hızlarını da kıyaslamak, durumları daha rahat kavrayabilmeye ve yorumlamaya fayda sağlayacaktır.

Tablo 11: İsviçre ve Türkiye 1950-2050 Yaşlanma Verileri

İSVİÇRE					
GENİŞ YAŞ GRUBU ORANLARI (%)					
Yıllar	1950	1975	2000	2025	2050
0-14 Yaş	23,5	22,4	16,7	12,4	12,5
15-59 Yaş	62,4	60,1	62,1	51,9	48,6
60+ Yaş	14,0	17,5	21,3	35,7	38,9
BAĞIMLILIK ORANLARI* (%)					

Toplam	49,6	53,9	48,5	65,3	79,9
Çocuklar (0-19)	35,2	34,5	24,7	20,5	22,5
Yaşlılar (65+)	14,4	19,3	23,0	44,8	57,3
POTANSİYEL DESTEK ORANLARI**					
	7,0	5,2	4,2	2,2	1,7
<u>TÜRKİYE</u>					
GENİŞ YAŞ GRUBU ORANLARI (%)					
Yıllar	1950	1975	2000	2025	2050
0-14 Yaş	38,3	40,1	30	22,5	19,5
15-59 Yaş	55,7	53,0	61,5	63,5	57,5
60+ Yaş	5,9	6,9	8,4	14,2	23,0
BAĞIMLILIK ORANLARI* (%)					
Toplam	71,3	80,6	55,8	47,2	59,9
Çocuklar (0-19)	65,7	72,4	46,8	33,2	31,2
Yaşlılar (65+)	5,6	8,2	9,0	14,0	28,7
POTANSİYEL DESTEK ORANLARI**					
	0,9	1,3	2,9	3,6	9,2

Kaynak: United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA) Population Division, “World Population Ageing 1950-2050”, United Nations Publications, New York, 2002, ss.433-449.

*Bağımlılık Oranları: Toplam bağımlılık oranı; 20 yaş altı ve 64 yaş üstü bireylerin toplamının 20-64 yaş arası bireylere yüzdesel oranıdır. Çocuklar bağımlılık oranı ile yaşlılar bağımlılık oranlarının toplamına eşittir. Çocuklar bağımlılık oranı; 0-19 yaş arası bireylerin toplamının 20-64 yaş arası bireylere yüzdesel oranıdır. Yaşlılar bağımlılık oranı; 64 yaş üstü bireylerin toplamının 20-64 yaş arasındaki bireylere yüzdesel oranıdır.

**Potansiyel Destek Oranı: 20-64 yaş arasındaki bireylerin 64 üstü bireylere oranıdır.

Tablo 11’de iki ülkenin yaşlanma verileri ve geleceğe yönelik tahminleri incelendiği zaman toplumdaki yaşlılık oranı olarak Türkiye’nin İsviçre’yi geriden takip ettiği sonucuna ulaşılabilir. Geleceğe yönelik nüfus tahminleri, 1950-2015 yılları arasında tüm ülkelerde gözlemlenen doğum ve ölüm eğilimleri dikkate alındıktan sonra, toplam doğum ve yaşam beklentisine dayanan olasılıklı yöntem (Bayesian) kullanılarak hesaplanmıştır. 60 yaş ve üzeri nüfus oranları karşılaştırıldığında, İsviçre’de 1950-2000 yılları arasında gerçekleşen yaşlı nüfus oranı artışını (%14-%21,5) Türkiye’nin 2025-2050 yılları arasında (%14,2-%23,0) gerçekleştireceği öngörülmüştür. Yaşlıların bağımlılık oranlarına bakıldığında da benzer bir sonuca ulaşılmaktadır; İsviçre’de bağımlılık oranı 1950-2000 arasında %14,4’ten %23’e yükselmiştir ve Türkiye’de benzer bir oran artışının 2025-2050 arasında gerçekleşeceği, %14,0’ten %28,7’ye yükseleceği öngörülmüştür. İsviçre’nin 1950’de ulaştığı yaşlıların çalışan nüfusa olan oranına Türkiye 2025’te ulaşacak olarak hesaplanmıştır. Ancak bu oranlarda dikkat çekilmesi gereken nokta, İsviçre’de 50 senede gerçekleşmiş olan bu artıştan daha

fazlasının Türkiye’de 25 sene içerisinde gelecekte gerçekleşecek olmasıdır. Türkiye’deki mevcut sosyal güvence sisteminde çalışan nüfusun, yaşlı nüfusun giderlerini finanse ettiğini göz önüne alındığında bu oranların önemi daha net anlaşılacaktır.

Bu denkleme çocuklar da eklenerek, tüm nüfus olarak değerlendirmeye alındığında yine benzer bir sonuç göze çarpmaktadır. Aynı olasılıklı yöntem ile geleceğe yönelik nüfus yapısı için hesaplanan toplam bağımlılık oranları iki ülke için kıyaslandığında çıkan sonuç; İsviçre’de 1975-2025 arasında gerçekleşmekte olan toplam bağımlılık oranlarının (%53,9-48,5-65,3) Türkiye’de 2000-2050 arasında (%55,8-47,2-59,9) gerçekleşmekte olduğudur. Yaşlıların bağımlılık oranları ile toplam bağımlılık oranları arasındaki paralellikteki yüzdesel ve periyoda bağlı ufak farklar Türkiye’deki genç nüfus oranının 1950-2025 yılları arasında İsviçre’nin iki katı seviyelerinde seyrediyor olmasından ötürü olmakla beraber çıkarımları etkilememektedir. Türkiye’nin ve İsviçre’nin güncel yaşlanma hızlarını da karşılaştırmak için aşağıdaki tablodaki verilerden faydalanılacaktır:

Tablo 12: İsviçre ve Türkiye 2015-2050 Yaş Verileri

Yıl	2015	2030	2050
60 Yaş Üstü Nüfus (%)			
İsviçre	23,6	30,6	34,5
Türkiye	11,2	17,0	26,6
Medyan Yaş*			
İsviçre	42,3	45,1	46,9
Türkiye	29,8	35,2	41,8

Kaynak: United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA) Population Division, “World Population Ageing 2015”, United Nations Publications, New York, 2015, ss.124-125.

*Medyan Yaş: Bir toplumun medyan yaşı, toplam nüfusu iki eşit büyüklükte gruba bölen yaştır; medyan yaştan küçük bireylerin sayısı ile medyan yaştan büyük bireylerin sayısı eşittir.

Tablo 12’de iki ülkenin 60 yaş üzeri nüfus oranları kıyaslandığında Türkiye’nin, İsviçre’nin şu andaki oranına (%23,6) 2050 senesine kadar ulaşacağı öngörülmektedir. Ancak 35 senelik hesaplama sonuçları kıyaslandığında yaşlı nüfus oranı İsviçre’de %10,9 artarken, Türkiye’de %15,3 artacak olarak görülmektedir. Medyan yaşlar incelendiğinde de yine İsviçre’nin şu andaki medyan yaşına (42,3) Türkiye’nin 2050 senesinde ulaşacağı (41,8) hesaplanmaktadır. Ancak İsviçre’de 35 senede medyan yaşın 4,6 artması beklenirken Türkiye’de bu artış 12 yaş olarak öngörülmektedir. Tablo 11’deki verilere göre Türkiye’de potansiyel destek oranları

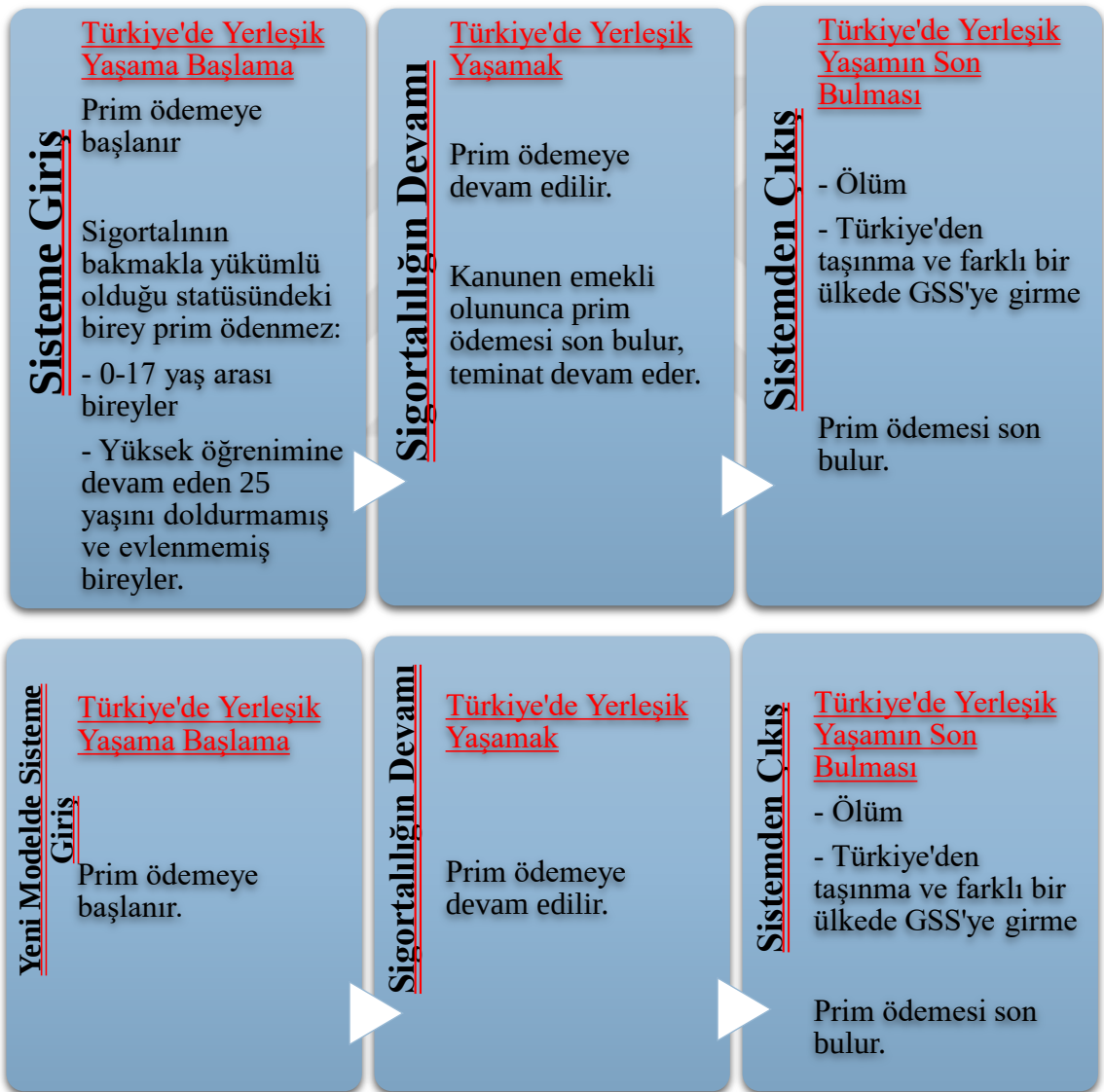
artıyor ve İsviçre’de düşüyor olarak görülmektedir. Bu, Türkiye’de her ne kadar yaşlı nüfusun sağlık harcamalarının, çalışma yaşındaki nüfus tarafından karşılanabilmesine fayda sağlayacak gibi yorumlanabilirse de Türkiye’nin nüfus yapısındaki değişimlerin İsviçre’nin gerisinden geldiği unutulmamalıdır. Dolayısı ile İsviçre’de 1950-2050 arasında yaşanması beklenen potansiyel destek oranındaki düşüş, İsviçre’ye göre daha hızlı yaşlanacak olan Türkiye’de 2050 sonrasından itibaren yaşanacaktır. Türkiye’nin daha hızlı yaşlandığı ve İsviçre ile aynı evreleri İsviçre’den daha kısa sürede geçireceğini öngören, *Tablo 11* ve *Tablo 12*’de verileri içeren gelecek tahminlerine istinaden bu değişimin Türkiye’de daha sert olarak yaşanacağı sonucuna varılabilir.

Bütün bu veriler değerlendirildiğinde Türkiye’nin İsviçre’den daha hızlı yaşlanıyor olduğunu görülmektedir. Ancak en çok dikkat edilmesi gereken nokta; İsviçre’nin 1950’de beri yaşıyor olduğu yaşlanma sürecinin çok benzerini Türkiye’nin 2025’ten itibaren yaşayacak olmasıdır. Sosyal güvenlik finansmanı ve özellikle GSS açısından bu konu ele alındığında, İsviçre’nin bu süreci hangi sistemle ve hangi finansman yöntemleri ile geçirdiğini incelemek başarılı bir model oluşturmak için büyük fayda sağlayacaktır. İsviçre’nin 2000 yılından sonra karşılaştığı zorluklar ve genel sağlık sigorta sisteminde bu tarihten sonra yaptığı reformlar da Türkiye’ye 2050 ve sonrası için hem bir uyarı hem de yol haritası niteliği taşımaktadır. İsviçre’nin sadece çalışma yaşındaki nüfustan değil, ek olarak çocuklardan ve de yaşlılardan prim alan bir genel sağlık sistemi finansman yapısı ile ayakta kaldığını değerlendirmeye almak gerekmektedir. Bu durumda sadece çalışma yaşındaki toplumdan prim alan bir genel sağlık sistemine sahip Türkiye’ye getirilecek yeni GSS modelinin de tüm toplumdan prim alarak finansmanı tüm nüfusa paylaştıran bir yapıyı kapsamaması düşünülmektedir.

4.2. Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemine İlişkin Yeni Model Önerisi

Türkiye'deki GSS incelendiği zaman sistemin sürdürülebilir bir yapıda olmadığı anlaşılmaktadır; resmi raporlardaki değerlendirmelerde bu sonuç açıkça yazılmaktadır ve bu yönde de yıllar içerisinde yapılan çeşitli reformlar söz konusudur. Çalışmanın önceki bölümlerinde görüldüğü üzere GSS sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit eden en temel etken sistemin finansmanıdır. Gelir-gider dengesinin sürdürülebilir seviyede olması için çözülmesi gereken en önemli konular kayıt dışı istihdam, önlenebilir giderlerin önüne geçilmesi ve masrafların paylaşımıdır.

Şekil 3: Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Yeni Model



Türkiye'deki denetimlerin yetersizliği ve verimsizliği, bunla birlikte sistemin politik kaygılar sebebiyle olumsuz işletilmesi bütçe açıklarının artması sonucunu

doğurmaktadır. GSS sisteminin İsviçre örneğindeki gibi tamamen özel sektör üzerine devredilmesinin, özel sektörün daha sıkı denetim uygulaması ve özel sektörün zarar etmemek için daha sert yaptırımlar uygulamaktan çekinmeyecek olmasından ötürü daha verimli olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle GSS ürününün, gerekli finansal ve operasyonel koşulları sağlayacak, sigorta şirketlerince sunulmasını gerekmektedir. Bu doğrultuda bir GSS modeli oluşturmak için çalışma sonucunda getirilen öneriler aşağıdaki gibidir

4.2.1.Yapısal ve Yönetimsel Öneriler

Yeni model yapısında, temel sağlık sigortası planının içeriğindeki hizmet ve faydalar, temel paket seçenekleri, temel paketlerin tavan primleri, taban ve tavan muafiyet miktarları, anlaşmalı sağlık kuruluşlarının belirlenmesi ve kapsamı yine SGK tarafından belirlenip, görüşmelerin yine SGK tarafından yürütülmesi önerilmektedir.

Vatandaşların temel sağlık hizmet ihtiyaçlarının tanımı, temel sağlık ihtiyaçlarının GSS kapsamındaki hizmet bedelleri, sigortalıya/rahatsızlığa göre uygulanabilecek ve uygulanamayacak istisnalar, sağlık hizmet sağlayıcılarının işleyişleri ve denetlenmesi ile GSS kapsamındaki basamaklı sevk sisteminin düzenlenmesi Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda olmalı ve ana kararlar Sağlık Bakanlığı tarafından verilmelidir.

İsviçre’de GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerine sağlanan destek gibi bir devlet desteğinin de sistemin finansmanına yardımcı olacağı düşünülmektedir; bu finansmanın yöntemi ve oranı SGK, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında kararlaştırılmalı ve özel sektörün finansman zorunluluğu belirli bir oranda desteklenmelidir. İsviçre örneğindeki gibi GSS kapsamındaki harcamalarının yarısı devlet tarafından karşılanacak olursa, genel sağlık sigorta sisteminin devlet bütçesine ve Maliye Bakanlığına olan yükü doğrudan ve en az yarı yarıya azalacaktır.

Devlet hastaneleri özel işletmeler gibi özerk yapılarda çalışırken, özel sektörün sigortalıların sağlık masrafları üzerindeki denetimi kâr odaklı karar alınmasının önüne geçebilecektir. Sağlıklı denetim mekanizmalarının işleyişi sağlık sektörü çalışanlarında da verimi arttırırken kurallara uygun çalışan personelle devam edilmesini sağlayacaktır. GSS kapsamında hizmet sağlayacak kurumlarda rekabet, hizmet kalitesi ve sonuç

üzerinden olacağı için genel olarak sigortalı memnuniyeti ve toplum sağlığı da artacaktır.

SGK ve Sağlık Bakanlığı üzerindeki birçok yük özel sektöre aktarılmış olacağı için özel sektörde özellikle sağlık harcamalarının, sağlık kurumlarının ve sigortalı raporlarının kontrolü için istihdam yaratılmış olacak, işsizlik oranı düşecektir. Denetime ve diğer özel sektöre aktarılan sorumluluklardan azalan iş yükünden ötürü boşa çıkacak personelin de İŞKUR bünyesinde oluşturulacak yeni yapıya yönlendirilmesi, İŞKUR'un artacak iş yükünü karşılayabilecektir.

Bir diğer yapısal öneri de; Türkiye'deki mevcut GSS kapsamı korunarak, Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli görülen genişletmeler yapılmalıdır. Bu genişletmeler, öncelikle akıl ve ruh sağlığı hizmetleri ile uzun dönem bakım hizmetlerinin altyapıları kurularak oluşturulmalıdır.

Devlet hastaneleri özel işletmeler gibi özerk yapılarda çalışırken, özel sektörün sigortalıların sağlık masrafları üzerindeki denetimi kâr odaklı karar alınmasının önüne geçebilecektir. Sağlıklı denetim mekanizmalarının işleyişi sağlık sektörü çalışanlarında da verimi arttırırken kurallara uygun çalışan personelle devam edilmesini sağlayacaktır. GSS kapsamında hizmet sağlayacak kurumlarda rekabet, hizmet kalitesi ve sonuç üzerinden olacağı için genel olarak sigortalı memnuniyeti ve toplum sağlığı da artacaktır.

Türkiye'deki mevcut GSS kapsamı korunarak, Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli görülen genişletmeler yapılmalıdır. Bu genişletmeler, öncelikle akıl ve ruh sağlığı hizmetleri ile uzun dönem bakım hizmetlerinin altyapıları kurularak oluşturulmalıdır.

4.2.2. Alternatif Teminat Paketi Hakkında Öneriler:

GSS zorunlu olurken temel sağlık paketine alternatif olarak daha kapsamlı ürünler de sigorta şirketleri tarafından sunulmalıdır ve bu teminat genişleten kapsamlı paketler serbest piyasa ekonomisine göre, şirketlerin kendi belirleyeceği genişletmeler ve primler ile düzenlenebilir olmalıdır. Böylece sigortalılara seçme hakkı ve arzu edilmesi durumunda daha yüksek prim ile daha kapsamlı teminat alma seçeneği sunulabilmelidir.

Temel sağlık sigortası kapsamında istisna tutulamayan ve sürprim uygulanamayan rahatsızlıklar, genişletilmiş ürünlerde uygulanabilmeli ancak temel sağlık sigortası paketinin kapsamından daha az koruma sağlayamayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

4.2.3.Önlenebilir Fazla Harcamaları Kısımak için Öneriler

4.2.3.1. Basamaklı Sevk Sistemi Uygulaması Hakkında Öneriler

Özel sektör tarafından sağlanan GSS modeli, Türkiye’de mevcut özel sağlık sigortasına benzer bir operasyonel yapıda olmalıdır. Şu anda tüm hastanelerin, sağlık bakanlığının ve sigorta şirketlerinin ulaşabildiği bir merkezi veritabanı altyapısı hâlihazırda vardır. Dolayısı ile hizmetlere provizyon verilme işlemleri sırasında hasta bazlı denetim, özel sektör tarafından, daha sıkı sağlanabilecektir. Sağlık hizmet sağlayıcılarının kâr amaçlı yönlendirmelerinin önüne geçilmesi ile önlenebilir maliyetler düşecek, sistemin toplam giderleri azalacaktır.

Mevcut basamaklı sevk sisteminin yeteri kadar verimli çalışmadığı, sigortalıların birinci basamak olan aile hekimlerini atlayarak hastaneye gitme eğiliminde oldukları paylaşılan verilerden gözlemlenmektedir. Bu da sistemin birinci basamağına ayrılan fonların verimsiz kullanımına ve ikinci basamaktaki fonların da gereğinden fazla kullanılmasına sebep olarak masrafları arttırmaktadır. Basamaklı sevk sisteminin takip edilmesini teşvik etmek için temel GSS’de birinci basamağın atlatılması durumunda %50 koasürans uygulanması modelin bir başka önerisidir. Mevut sistemdeki acil durum istisnası devam etmeli ve acil durumlarda basamak sistemi uygulanmayarak koasürans uygulaması olmamalı, fark ücreti de alınmamalıdır.

4.2.3.2. Toplum Sağlığını Koruma Çalışmaları Hakkında Öneriler

Toplum sağlığını korumaya yönelik çalışmalar arttırılarak devam edilmeli ve önlenebilir rahatsızlıklara karşı verimli çalışılarak önlenebilir gelecek sağlık harcamalarının önüne geçilmelidir. Bu modele destek olacak bir uygulama olarak sigortalıların aile hekimlerine ve diş hekimlerine senede ikişer defa rutin kontrole gitmeleri zorunlu tutulmalıdır. Bu kontrolleri aksatan veya yaptırmayan sigortalıların bir sonraki sene primleri yükseltilmeli, gerekirse muafiyet artışı veya istisna uygulanarak sigorta kapsamı daraltılabilmelidir. Kontrollerini düzenli yaptıracak sigortalılar sağlanırsa toplum sağlığı seviyesi yükselerek birçok masrafın ve rahatsızlığın önüne

geçilebilecektir. Benzer bir uygulama çocuklar ve aşı konularında da yapılmalıdır. Yaşlara göre hangi kontrollerin, ne sıklıkta yapılacağına Sağlık Bakanlığı karar vermelidir.

Madde bağımlılığına bağlı rahatsızlıklar doğrudan GSS kapsamı dışında bırakılmalıdır. Kendi kendine zarar veren bir sigortalının rahatsızlığı sistem tarafından karşılanmayarak kötü alışkanlıklar ve madde bağımlılığına bağlı rahatsızlıklardan doğan sağlık harcamaları düşürülebilir. Bu konuyla ilgili madde bağımlılarına tedavi uygulayacak özel ve uzmanlaşmış merkezler, hastaneler kurulmalı ve bu kişiler bu kurumlarda, sıkı kontrol altında tedavi edilmelidir. Bağımlılıktan tamamen kurtulana ve bunu sorumlu doktora/kuruma onaylatana kadar bu kişiler hastaneden dışarı çıkartılmamalı, çıkmaları durumunda tüm sigorta teminatları geçersiz kalmalıdır. Bu öneri, çok sert ama verimli bir yöntem olarak zamanla toplum sağlığına ve sağlık harcamalarındaki harcama kalemlerini düşürmeye fayda sağlayacaktır.

4.2.3.3. Sabit Koruma ve Muafiyet Uygulamaları Hakkında Öneriler

Son sağlık reformları sonucunda doktor ziyaretlerinin Türkiye’de 3 katına çıktığı değerlendirildiğinde sağlık harcamalarını kontrol altına almak için İsviçre’de uygulandığı gibi tavan limiti olan %10 sabit koruma ücreti oranı ve standart muafiyet oranı uygulamak oldukça verimli olacaktır. Bu durum önlenabilir harcamaların önüne geçilmesini sağlayarak sistemin toplam giderlerini düşürebilecektir. Model içerisinde İsviçre örneğinde yetişkinlere sabit muafiyet uygulayıp, 18 yaşından küçük çocuklara muafiyet uygulanmaması örnek alınabilir. Paylaşım ilkesi sayesinde de sigorta primleri ve devlet bütçesinden fon aktarımıyla finanse edilme oranını da azaltarak sigorta şirketleri ve Maliye Bakanlığı üzerindeki yükü azaltacaktır. Sabit koruma oranının belirlenmesi için en uygulanabilir hesaplama net asgari ücret üzerinden yapılabilir ancak İsviçre örneği ile kıyaslama yapabilmemiz için kullanabileceğimiz, devlet tarafından belirlenen bir asgari ücret tutarı İsviçre’de yoktur. İsviçre’de asgari ücretler farklı sektörlerin müşterek anlaşmalarıyla belirlenmektedir.¹⁰² Doğrudan kıyaslanabilir bir veri bu alanda olmadığından ötürü, giderler üzerinden bir kıyaslama yapılarak, Türkiye’deki net asgari ücrete oranlı bir limit sunulabilir. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için de *Tablo 2* ve *Tablo 6*’daki 2016 kişi başı sağlık harcamaları verileri kullanılmıştır. T.C. Merkez Bankası 30 Aralık 2016 ve 22 Aralık 2017 çapraz kurlarına

¹⁰² Eurostat, **Minimum Wage Statistics**, Aralık 2017, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Minimum_wage_statistics, (22/12/2017).

göre USD/CHF sırasıyla 1,0191 ve 0,9894 olduğu¹⁰³ göz önüne alınarak, işlem kolaylığı açısından Amerikan Doları ve İsviçre Frangı hesaplamalarda eşit olarak kabul edilecektir.

İsviçre 2016 Kişi Başı Sağlık Harcaması: 7.919-USD

İsviçre Sabit Koruma Ücreti Yıllık Limiti -Yetişkin: 700-CHF $\cong$ 700-USD

İsviçre Sabit Koruma Ücreti Yıllık Limiti -Çocuk: 350-CHF $\cong$ 350-USD

İsviçre Minimum Yıllık Muafiyeti: 300-CHF $\cong$ 300-USD

İsviçre GSS sistemine göre bir sigortalının temel sigorta planında yıllık cepten ödeyeceği sağlık harcaması yetişkinler için en fazla 1,000-USD (700+300) ve çocuklar için 350-USD'dir. Bu verilere göre oranlar aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

$$\frac{\text{Sabit Koruma (Yetişkin)}}{\text{Kişi Başı Sağlık Harcaması}} = \frac{700}{7919} \cong \%9$$

$$\frac{\text{Sabit Koruma (Çocuk)}}{\text{Kişi Başı Sağlık Harcaması}} = \frac{350}{7919} \cong \%4.5$$

$$\frac{\text{Yetişkinler İçin Minimum Muafiyet}}{\text{Kişi Başı Sağlık Harcaması}} = \frac{300}{7919} \cong \%3.8$$

Bu oranlar, 2016 kişi başı yıllık sağlık harcaması 1.088-USD olan Türkiye için kullandığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

$$\text{Sabit Koruma (Yetişkin)} = 1.088 \times 0,09 \cong \$98$$

$$\text{Sabit Koruma (Çocuk)} = 1.088 \times 0,045 \cong \$49$$

$$\text{Yetişkinler İçin Minimum Muafiyet} = 1.088 \times 0,038 \cong \$41$$

Bu oranları da 2016 net asgari ücretine oranlayabilmek için Türk Lirası cinsinden ifade etmek gerekmektedir. 30 Aralık 2016 TCMB Döviz Alış Kuru 3.5192 kullanarak hesap yapıldığında sonuçlar aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

¹⁰³ TCMB, **Gösterge Niteliğindeki TCMB Kurları**, 30 Aralık 2016, <http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/201612/30122016.xml>, (22/12/2017); 22 Aralık 2017, <http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/201712/22122017.xml>, (22/12/2017).

$$Sabit Koruma (Yetişkin) = \$98 \cong 344,88 - TL$$

$$Sabit Koruma (Çocuk) = \$49 \cong 172,44 - TL$$

$$Yetişkinler İçin Minimum Muafiyet = \$41 \cong 144,29 - TL$$

2016 yılında Türkiye'deki ortalama net asgari ücret aylık 1.399,95-TL'dir.¹⁰⁴ Net asgari ücrete oran olarak muafiyeti ve sabit koruma miktarını belirlemek için 2016 yılı verileri ele alınarak yapılacak hesap sonucunda da aşağıdaki veriler elde edilmiştir:

$$Sabit Koruma (Yetişkin) = \frac{344,88}{1.399,95} \cong \%25 \text{ (Aylık Net Asgari Ücretin)}$$

$$Sabit Koruma (Çocuk) = \frac{172,44}{1.399,95} \cong \%12,5 \text{ (Aylık Net Asgari Ücretin)}$$

$$Yetişkinler İçin Minimum Muafiyet = \frac{144,29}{1.399,95} \\ \cong \%10 \text{ (Aylık Net Asgari Ücretin)}$$

Elde edilen sonuçlara göre, Türkiye'de oluşturulacak GSS temel paketinde %10 sabit koruma ücretinin yıllık kişi başı üst limiti; yetişkinler için aylık net asgari ücretin %25'i, çocuklar için de %12,5'i olarak belirlenebilir. Sunulacak temel sağlık planlarında yetişkinler minimum yıllık muafiyet miktarı, aylık net asgari ücretin %10'u olarak belirlenebilir; bu muafiyet 18 yaşından küçük sigortalılara uygulanmayacaktır. Bu oranlara göre, sigortalı bir yetişkin yıllık olarak GSS kapsamında cepten en fazla aylık net asgari ücretin %25'i, bir çocuk da %12,5'i kadar ödeme yapacaktır (basamak sistemine uyulduğu varsayımı yapılmaktadır) ve bu oranları aşan GSS kapsamındaki sağlık harcamalarında %10 sabit katılım payı alınmayacaktır. Bu oranlar da 2016 verileri göz önüne alındığında sırasıyla yıllık 490-TL ve 175-TL olduğu görülmektedir.

4.2.4. Prim Seviyesi Hakkında Öneriler

Zorunlu GSS uygulamasında prim hesaplaması da İsviçre örneğindeki gibi olup, farklı şirketlerden farklı primler sunulabilmeli, toplumun eşit faydalanabilmesi için yaş ve cinsiyete göre şartlar belirlenmeli, kişiye özel sürprimler ya da istisnalar temel sağlık sigortasında uygulanamamalıdır. Primler belirlenirken de Türkiye'de

¹⁰⁴ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, **Asgari Ücretin Net Hesabı ve İşverene Maliyeti**, 01/01/2016-31/12/2016, https://www.csgb.gov.tr/media/1692/2016_onikiay.pdf, (22/12/2017).

SGK'nın belirlediği bir prim üst limiti olması, zorunlu genel sağlık sigortanın tüm toplum tarafından ulaşılabilir olmasını sağlayacaktır. Sistemin finansmanının sürekliliği açısından üst prim limitinin belirlenmesine SGK ile birlikte sigorta sektörünü denetleyen Hazine Müsteşarlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve bu ürünleri piyasaya sürecektir sigorta şirketlerinin oluşturacağı birlik (veya mevcut Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği) de ortak görüşmeler yaparak, karar kılınacak primlerde söz sahibi olmalıdır. Türkiye'deki mevcut GSS primlerinin sigortalıdan alınan payı, sigortalının brüt ücretlerin %5'i kadardır. Buradan yola çıkarak, önerilecek GSS sisteminde bir sigortalıya sunulacak GSS temel planı için yıllık brüt primin, her durumda sigortalının yıllık brüt gelirinin %5'ini geçemeyeceği koşulu uygulanabilir. Taban muafiyet ve cepten ödeme limitlerini belirlerken kullanılan kıyas ve hesaplama yöntemini kullanılarak tavan primler aşağıdaki tabloya göre hesaplanacak ve önerilecektir.

Tablo 13: İsviçre 2018 Genel Sağlık Sigorta Temel Plan Primleri

Çocuk, Temel Plan, Aylık Üst Limit							
Yaş	Muafiyet (CHF ≈ USD)						
	0	100	200	300	400	500	600
0	150,00	139,50	133,60	127,80	122,00	118,40	110,30
8	150,00	139,50	133,60	127,80	122,00	118,40	110,30
17	150,00	139,50	133,60	127,80	122,00	118,40	110,30
Yetişkin Aylık Primleri (Üst Limit)							
Yaş	Muafiyet (CHF ≈ USD)						
	300	500	1.000	1.500	2.000	2.500	
20	636,80	625,80	596,80	567,80	538,80		509,80
30	636,80	625,80	596,80	567,80	538,80		509,80
70	636,80	625,80	596,80	567,80	538,80		509,80

Kaynak: FOPH,

https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien?location_id=80001633261906&insurer=0&plan=&display=comparison&models%5B%5D=base&yob%5B0%5D=2018&franchise%5B0%5D=0&coverage%5B0%5D=1&selectGroup=k,

https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien?location_id=80001633261906&insurer=0&plan=&display=comparison&models%5B%5D=base&yob%5B0%5D=2010&franchise%5B0%5D=0&coverage%5B0%5D=1&selectGroup=k,

https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien?location_id=80001633261906&insurer=0&plan=&display=comparison&models%5B%5D=base&yob%5B0%5D=1998&franchise%5B0%5D=300&coverage%5B0%5D=1&selectGroup=j,

https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien?location_id=80001633261906&insurer=0&plan=&display=comparison&models%5B%5D=base&yob%5B0%5D=1987&franchise%5B0%5D=300&coverage%5B0%5D=1,

https://www.priminfo.admin.ch/de/praemien?location_id=80001633261906&insurer=0&plan=&display=comparison&models%5B%5D=base&yob%5B0%5D=1948&franchise%5B0%5D=300&coverage%5B0%5D=1, (03/01/2018)

*Zurich Şehri baz alınarak, burada faaliyet gösteren 42 GSS sağlayıcısının primleri kıyaslanarak tablo oluşturulmuştur.

GSS planına yönelik model önerisi kapsamında en düşük muafiyet seviyesi değerlendirilmeye alınarak model oluşturulduğu için *Tablo 13*'deki verilerden en düşük muafiyetli temel planların primleri değerlendirilecektir. Buna göre İsviçre'de en düşük muafiyet çocuklar için 0, yetişkinler için 300-USD olup; düşük muafiyetli temel planın prim üst limiti yetişkinler için 638,80-USD, çocuklar için ise 150-USD olarak görülmektedir. Bu bedelleri yukarıda sabit koruma oranı ve muafiyet oranı hesaplanırken kullanılan yöntem ile önce TL'ye çevrilip, sonra net asgari ücrete oranlandığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmektedir:

Çocuk Aylık Prim Limiti TR

$$\begin{aligned} &= \frac{[\text{İsviçre Çocuk Aylık Prim Üst Limiti}]}{[\text{İsviçre Kişi Başı Sağlık Harcaması}]} \\ &\times [\text{Türkiye Kişi Başı Sağlık Harcaması}] \times \left[\frac{\text{USD}}{\text{TL}} \text{Kuru} \right] \\ &= \frac{150}{7919} \times 1088 \times 3.5192 = 72.53 - \text{TL} \end{aligned}$$

Yetişkin Aylık Prim Limiti TR

$$\begin{aligned} &= \frac{[\text{İsviçre Yetişkin Aylık Prim Üst Limiti}]}{[\text{İsviçre Kişi Başı Sağlık Harcaması}]} \\ &\times [\text{Türkiye Kişi Başı Sağlık Harcaması}] \times \left[\frac{\text{USD}}{\text{TL}} \text{Kuru} \right] \\ &= \frac{636.80}{7919} \times 1088 \times 3.5192 = 307,90 - \text{TL} \end{aligned}$$

İki ülkenin kişi başı sağlık harcamalarına göre oran değerleri oluşturulduğunda Türkiye'de aylık ödemeler için üst limitler yetişkinler için 307,90-TL ve çocuklar için 72,53-TL çıkmaktadır. Ancak rakamsal değer yerine net asgari ücrete göre oran belirleyebilmek için 2016 ortalama net asgari ücreti kullanıldığında bu oranlar aşağıdaki gibi belirlenmektedir:

$$\text{Çocuklar İçin Aylık Prim Üst Limiti: } \frac{72,53}{1.399,95} = \%5,18$$

$$\text{Yetişkinler İçin Aylık Prim Üst Limiti: } \frac{307,90}{1.399,95} = \%21,99$$

Yeni GSS modelinin prim üst limitleri net asgari ücretin çocuklar için %5,2'si, yetişkinler için %22'si, olarak sınırlandırılmalıdır. Ancak Türkiye'deki hem gelir seviyesinin hem de harcanabilir gelir seviyesinin İsviçre'ye göre düşük olduğu göz önüne alındığında, kişinin gelirine göre bir ek limit daha koymak daha uygulanabilir olacaktır. Türkiye'de şu anda sigortalılar GSS için brüt maaşları üzerinden %5 prim ödemektedirler. Yeni önerilen sistemde de bu orana yakın olunması özellikle alt gelir grubu için önemli olacaktır. Yukarıda hesaplanan tavan prim seviyesine ek olarak da sigortalı bazında, sigortalının aylık net maaşının %7'sini aşmayacak bir aylık prim üst limiti uygulaması hem uygulanabilir hem daha verimli olacaktır. 2016 yılı net ve brüt asgari ücretleri kıyaslandığında bu oran sigortalı brüt maaşı üzerinden %1'lik bir prim katkısı artışına denk gelmektedir (net asgari ücretin %7'si ile brüt asgari ücretin %6'sı 2016 senesinde neredeyse aynı değere denk geldiği görülmüştür).

4.2.5. Kayıtlı Ekonomi ve İş Gücüne Katılımı Arttırmak için Öneriler

Dikkatle ele alınması gereken bir diğer konu ise GSS'ye işveren tarafından yapılan prim katkılarıdır. Türkiye'deki mevcut GSS sistemindeki bir işveren her bir çalışanı için, brüt maaşın %7,5'i kadar bir katkı sağlamaktadır. Bu yüksek maliyet kayıt dışı istihdama işverenleri yönlendirmektedir. Bu işveren katkısını kaldırmak geliri düşürecek bir etki yaratacak gibi görünse de kayıt dışı istihdam oranının düşmesine etki edecek ve sisteme prim ödeyen sigortalı sayısını arttıracaktır. Bunun yerine işverenlerden toplanan vergilerin bir kısmı GSS finansmanına yönlendirilerek, işveren katkısının kalkmasından doğacak finansman kaybı dengelenebilir. Bu dengenin sağlanması Maliye Bakanlığı sorumluluğunda değerlendirilmelidir.

Kayıt dışı istihdamı engellemek ve iş gücüne katılım oranını yükseltmek için de çeşitli uygulama farklılıkları gerekmektedir. 18 yaşını doldurmuş bireylerin aileleri üzerinden sigortalı sayılmamalı ve GSS alarak, prim katkısı yapma zorunlulukları olmalıdır. Prim katkısı yapmayanlar GSS'ye bağlı hizmetlerden faydalandırılmamalıdır. Lisans ve lisansüstü eğitimi devam eden ve 25 yaşından küçük olan bireylerin zorunlu sağlık sigortası temel plan tavan primleri brüt asgari ücretin %5'i ile sınırlandırılabilir. GSS hizmetlerinden faydalanmak isteyecek öğrenciler de böylece iş gücüne katılmak durumunda kalacak, bir açıdan bakıldığında etkili bir teşvik olacaktır. Okurken çalışmak teşvik edilmiş olup, olumlu bir sonuç olarak yarı zamanlı işlerdeki iş gücü kalitesi ülke genelinde yükselecektir.

Asgari ücretin altında geliri olduğu tespit edilen ve bu şekilde kaydı olan bireyler ile işsiz kalan bireylerin zorunlu sağlık harcamaları yine devlet tarafından karşılanmaya devam edilmeli, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bu harcamaları üstlenmelidir. Ancak işsiz kalan bireylerin genel sağlık sigortaları yalnızca 1 yıl boyunca devlet tarafından karşılanmalıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yeniden yapılandırılacak bir Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) işsiz kalan bireyleri 1 sene içerisinde 3 adet açık pozisyona yönlendirmekle görevlendirilmeli ve birey bu 3 işten hiçbirini kabul etmez ise GSS primlerinin devlet tarafından karşılanması kesilmelidir. Kişilerin yönlendirileceği iş pozisyonları son iş pozisyonları seviyesinde veya altında bir pozisyon olmalıdır. Bu uygulama işsiz kalan bireylerin, son pozisyonlarından daha düşük pozisyonlarda çalışmasına sebebiyet verecek olsa da işsiz kalınmasını engelleyecek ve GSS sisteminin finansmanını destekleyecektir. Bu uygulamanın suiistimal edilmemesi için, İŞKUR tarafından yönlendirilen işlerde en az 6 ay çalışılma şartı aranmalıdır, 6 aydan az çalışılmış ve birey tekrar işsiz kalmış ise GSS primleri yine işsizlik durumu sebebi ile devlet tarafından karşılanmamalıdır.

SGK ve Sağlık Bakanlığı üzerindeki birçok yük özel sektöre aktarılmış olacağı için özel sektörde özellikle sağlık harcamalarının, sağlık kurumlarının ve sigortalı raporlarının kontrolü için istihdam yaratılmış olacak, işsizlik oranı düşecektir. Denetime ve diğer özel sektöre aktarılan sorumluluklardan azalan iş yükünden ötürü boşa çıkacak personelin de İŞKUR bünyesinde oluşturulacak yeni yapıya yönlendirilmesi, İŞKUR'un artacak iş yükünü karşılayabilecektir.

Yukarıda anlatıldığı haliyle önerilen yeni GSS modeli ile mevcut sistemin karşılaştırmalı özeti aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 14: Türkiye Yeni GSS Model Özeti ve Mevcut GSS ile Kıyaslaması

Kıyaslama Konusu	Türkiye Mevcut Sistem	Yeni Model Önerisi
Basamak Sistemi	Var. Atlanırsa az bir fark ücreti sigortalıya yansıyor.	Var. Uygulama daha katı; basamak atlanırsa sigortalıya %50 koasürans uygulaması var.
Muafiyet	Yok.	Çocuklarda yok. Plana bağlı olarak (primi düşürmek için) seçilebilir. Yetişkinlerde temel planda en düşük muafiyet aylık net

		asgari ücretin %10'u olabilir. Plana göre (primi düşürmek için) daha yüksek seçilebilir.
Sigortalı Katılımı (Sabit Koruma Ücreti)	Standart dışı hizmet ve basamak sisteminin atlanması durumunda var.	Sağlık harcamasının %10'u kadar sigortalı öder. Bu ödemenin yıllık üst limiti vardır; -Yetişkinler: Poliçe yılında sigortalı başına ödenen sabit koruma ücreti, aylık net asgari ücretin %25'ini geçemez. Bu miktar aşıldıktan sonra sağlık harcamalarında sabit koruma ücreti o sigorta yılı boyunca alınmaz. -Çocuklar: Poliçe yılında sigortalı başına ödenen sabit koruma ücreti, aylık net asgari ücretin %12,5'ini geçemez. Bu miktar aşıldıktan sonra sağlık harcamalarında sabit koruma ücreti o sigorta yılı boyunca alınmaz.
Sigortacı	Devlet.	Özel Sigorta Şirketleri.
Teminatlar	Standart.	Zorunlu temel plan için standart. Sadece muafiyet seviyesi belirli oranlarda yükseltilebilir. Sigortacılar tarafından sunulacak genişletme seçenekleri isteğe bağlı seçilebilir.
Acil Durumlar	Her sağlık hizmeti sağlayan kuruluştaki tamamen karşılanır.	Her sağlık hizmeti sağlayan kuruluştaki tamamen karşılanır.
Prim Ödemesi	Devlete (SGK) yapılır. Çalışanlar için maaştan otomatik kesinti yapılır. Maaşlı çalışmayanlar dışarıdan öder.	Herkes poliçesini düzenleyen şirkete sigorta primlerini öder.
Prim Miktarı	Gelire göre değişen sabit oranlardadır. Yüksek gelirli yüksek prim,	Zorunlu temel planda risk grubuna göre standart primler uygulanır. Gelire değil, yaş grubuna göre

	düşük gelirli düşük prim öder.	prim belirlenir ve prim üst limitleri var: -Yetişkinler: Aylık net asgari ücretin %22'si aylık prim üst limitidir. Her halükarda bir sigortalının aylık sigorta primi, kişinin aylık net gelirinin %7'sini geçemez. -Çocuklar: Aylık net asgari ücretin %5,2'si aylık prim üst limitidir. İsteğe bağlı teminat genişletmelerinin primleri serbest piyasa ekonomisi ile sigorta şirketleri tarafından serbestçe belirlenir.
Çocuklar	Prim ödenmez.	Prim ödenir, yetişkinlere göre daha düşük.
Emekliler	Prim ödenmez.	Prim ödenir.
İşveren Katkısı	Net maaşın %7,5'i kadardır.	Yok.
Düşük Gelirliler ve İşsizler	Devlet karşılar.	Devlet karşılar.
		İşsiz 1 yıl içerisinde önerilen 3 işi de kabul etmezse devlet GSS primini karşılamayı keser.
Madde Bağımlıları	Sisteme dâhildir.	Sisteme dâhil olunması veya sigortalı olarak devam edilmesi için rehabilitasyona gidilmesi ve tedavinin tamamlanması gerekir.
Hastaneler ve Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Kuruluşlar	Kamu ve özel kuruluşlar.	Özel yönetilen kuruluşlar, sıkı kamu denetimi.
Hizmet Alınan Sağlık Kurumları	SGK ile anlaşmalı kuruluşlar.	Özel sigorta şirketlerinin anlaşmalı kuruluşları.

SONUÇ

Bu çalışmada İsviçre ve Türkiye’deki GSS sistemleri incelenmiş, yapılan kaynak taramasıyla uygulama farklılıkları detaylı bir şekilde karşılaştırılmıştır. Her iki ülkedeki geçmiş ve mevcut sistemlerin özelliklerinin birbirlerine göre üstün ve zayıf yönleri değerlendirilerek yeni bir model önerisi oluşturulmuştur.

Türkiye’de sosyal güvenlik açıklarının bir kısmını oluşturan GSS’deki gelir ve gider dengesizliğinin sebepleri incelenmiştir. Denetim eksikliğine ve verimsizliğine bağlı kayıt dışı ekonomi ile kayıt dışı istihdam, düşük iş gücüne katılım oranı, kısa vadeli politik çıkarlar ile sistemin uzun vadeli gerekliliklerinin çelişmesi Türkiye’deki GSS’nin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Bunlara ek olarak yaşanan nüfus ile değişiyor olan demografik yapı 2025 sonrasındaki gelecekte GSS’nin işleyişini ve finansmanını oldukça zorlaştıracığı görülmektedir.

İsviçre örneğinde GSS özel sektör tarafından yönetilmekte ancak devlet organları tarafından kanunlar ve uygulamalar düzenlenmekte, hizmetler denetlenmekte ve kontrol edilmektedir. Türkiye’de de benzer bir uygulamaya geçiş hem sağlık harcamalarındaki denetimi hem de kayıt dışı ekonomideki denetim ve tespitleri kolaylaştıracığı görülmüştür. Primsiz, bağımlı durumunda sigortalı olmak kaldırıldığı takdirde toplumda iş gücüne katılım da artarak prim gelirleri yükselecektir. Bu değişiklikler ülke gelirini, üretimini ve ekonomiyi olumlu etkileyecektir. GSS’nin özel şirketler üzerinden yürümesi de kısa vadeli politik çıkarların, uzun vadeli faydaların önüne geçmesini engelleyecektir.

Türkiye nüfusunun şu anda geçirmekte olduğu ve 2050 yılına kadar geçireceği öngörülen demografik değişim evrelerini İsviçre’nin geçirmiş olduğu yapılan incelemelerde anlaşılmıştır. Bu sebeple İsviçre’de GSS sistemi konusunda atılan adımların takip edilmesi durumunda 2050 yılına kadar verimli ve sürdürülebilir bir gidişat sağlayacağı sonucuna ulaşılmıştır. İsviçre’nin sağlık sisteminin iyi işliyor oluşu, geleceği planlayarak bazı sorunlar oluşmadan veya büyümeden tedbir alan bir yapıda oluşu örnek teşkil etmektedir. İsviçre’nin şu anda, gelecek ile ilgili yapmakta olduğu reformları ve stratejik planları da 2050 sonrasındaki Türkiye için yol haritası oluşturacağı düşünülmektedir. İki ülkenin milli gelirlerinin yakın oluşu ve gelirlerinin çoğunun doğal kaynaklardan gelmiyor oluşu da paralellik göstermektedir.

İsviçre genel sağlık sistemini temel alan yeni genel sağlık sistemi modeli oluşturulurken öncelikle Türkiye'deki alım gücü ve sağlık harcamaları seviyelerinin farkı göz önüne alınmıştır. Bu doğrultuda Türk Lirasının alım gücündeki hızlı değişimlerden ötürü limitler ve muafiyetlerin net ve brüt asgari ücretlerin oranları olarak hesaplanmasının uygulanabilir olduğu düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda özel sektörün üzerinden yürüyen, tüm nüfusun prim ödeme yükümlülüğü olan, yıllık muafiyetlerin ve temel sağlık sigortası zorunluluğunun olduğu bir GSS modeli oluşturulmuştur. Önerilen modelde sigorta şirketlerinin temel planları aynı kapsamda olmasına karşın farklı muafiyet ve genişletilebilir teminat ve hizmet sağlayıcı paketleriyle çeşitlendirilebilecek planlar ile şirketler ayrışabilecektir. Bununla birlikte temel planın kapsamı ve prim üst limitleri devlet tarafından belirlenecek, herkese aynı şartlar sağlanacaktır ancak temel teminatların genişletildiği kapsamda serbest piyasa koşulları geçerli olacaktır. Bu şekilde paylaşım esasına göre hem devlet bütçesindeki sağlık masrafları düşürülecek hem de sistemin prim gelirleri artacaktır. Özel sektöre aktarılan GSS'den boşa çıkan iş gücü de sistemin denetimi ve işsizlerin iş bulmasını sağlayacak yeni oluşumlarda değerlendirilerek ekonomiye katkı sağlayacaklardır.

Çalışma yapılırken, bu model önerisinin net olarak devlet bütçesine etkisini hesaplamak için gereken resmi verilere ulaşmak konusunda zorluk yaşanmıştır. Sağlık harcamalarının yeterli derecede detaylandırılmış dökümleri yayınladığı ve daha detaylı istatistiki ölçümler yapıldığı takdirde modelin net olarak katkısının öngörülmesi mümkün olabilir. Bu konu ile ilgili yapılacak yeni çalışmalarda bu verilerin devletin resmi kurumlarından sağlanması, modellerin etkilerinin tam olarak hesaplanmasına fırsat verecektir.

Ayrıca GSS sisteminin yapısal değişiklik önerileri ile ilgili toplumun ne tepki vereceği ve ne kadar kolay geçiş sağlanabileceğiyle ilgili veri toplamak için kapsamlı anket çalışmaları yapmak faydalı olacaktır. Bu konuda ve anket yöntemiyle elde edilecek veriler sosyologların ve psikologların da birikimlerinden destek alarak incelendiği takdirde, yeni bir GSS modeline toplumun en sorunsuz nasıl adapte olacağı konusunda yapılacak alt yapı çalışmaları oluşturulabilir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ARICI, Kadir. **Sosyal Güvenlik Dersleri**, 1. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 1999.

AY, Selin. “Türkiye’de Bireylerin Gelir Durumuna Uygun Sağlık Sigortası Modeli Önerisi: Almanya Sağlık Sigortası Sistemi ile Mukayeseli Olarak”, **T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi Finans Enstitüsü Sigorta ve Risk Yönetimi Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, 2017.

BEŞER, Faruk. **İslamda Sosyal Güvenlik**, 1. Basım, İstanbul: Seha Neşriyat, 1988.

DEMİR, Sezai. “TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNDEKİ AKSAKLIKLAR”, **T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi**, Isparta, 2013.

EGELİ, Haluk. **Parafiskalite ve Parafiskal Kurumlar**, 1. Baskı, İzmir: Altın Nokta Basım ve Yayın, 2009.

Federal Office of Public Health. **The Compulsory Health Insurance in a Nutshell**, Bern: FOPH, 2017.

GÜVERCİN, Cemal Hüseyin. “Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler”, **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Bursa, 2000.

GÜZEL, Ali ve Ali Rıza OKUR ve Nurşen CANIKLIOĞLU. **SOSYAL GÜVENLİK HUKUKU**, 14. Basım, İstanbul: Beta Basım, 2012.

KURT, Resul. **5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Diğer Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapan 5754 Sayılı Kanun (Karşılaştırmalı ve Açıklamalı)**, 1. Baskı, İstanbul: İSMMMÖ, 2008.

MAKAL, Ahmet. **Osmanlı İmparatorluğu’nda Çalışma İlişkileri: 1850-1920**, 1. Basım, Ankara: İmge Yayınevi, 1997.

MERAL, Hasan. “Yıllık Gelir Sigortasının Türk Sosyal Güvenlik Sistemine Yapabileceği Muhtemel Katkıların Değerlendirilmesi”, **T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, 2015.

SÖZER, Ali Nazım. **Sosyal Devlet Uygulamaları**, 1. Basım, İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Yayını, 1997.

ŞAKAR, Müjdat. **Sosyal Sigorta Uygulaması**, 8. Basım, İstanbul: Der Yayınları, 2006.

ŞENOCAK, Hasan. “Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi”, **Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi**, Cilt 0 Sayı 56, 2010.

T.C. Başbakanlık. **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma:9 Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara: T.C. Başbakanlık, 2005.

T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri**, Ankara, 1997.

TALAS, Cahit. **Toplumsal Politika**, 1. Basım, Ankara: İmge Kitabevi, 1990.

TALAS, Cahit. **Sosyal Ekonomi**, 4. Basım, Ankara: S Yayını, 1976.

TATAR, Mehtap ve Salih MOLLAHALİLOĞLU ve Bayram ŞAHİN ve Sabahattin AYDIN ve Anna MARESSO ve Cristina HERNANDEZ-QUEVEDO. “Health Systems in Transition: Turkey Health system review”, **European Observatory on Health Systems and Policies**, Cilt 13 Sayı 6, 2011.

The European Observatory on Health Care Systems. **Health Care Systems in Transition Switzerland**, Secretariat of European Observatory on Health Care Systems, Kopenhag, 2000.

TUNÇOMAĞ, Kenan. **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**, 5. Basım, İstanbul: Beta Yayıncılık, 2000.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. **World Population Ageing 1950-2050**, New York: UN DESA Population Division, ST/ESA/SER.A/207, 2002

United Nations Department of Economic and Social Affairs. **World Population Ageing 2015**, New York: UN DESA Population Division, ST/ESA/SER.A/390, 2015.

YANARDAĞ, M.Özgür. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve Bireysel Emeklilik Sisteminin Etkinliği: Muğla İli Üzerine Ampirik Bir İnceleme”, **T.C. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi**, Muğla, 2010.

SÜRELİ YAYINLAR

AKBULAK, Sevinç ve Yavuz AKBULAK. “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Alınması Gereken Önlemler”, **Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları**, Ankara, Sayı:117, 2004.

AKYILDIZ, Hüseyin. “Dünyada Sosyal Güvenlikte Alternatif Reform Arayışları”, **T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı 2 Cilt 14, İzmir, 1999.

AYHAN, Abdurrahman. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1 Sayı 1, 2012.

BREYER, Friedrich “Income Redistribution and the Political Economy of Social Health Insurance: Comparing Germany and Switzerland”, **DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung)**, Discussion Paper No. 253, Berlin, 2001.

DE PIETRO, Carlo ve Paul CAMENZIND ve Isabelle STURNY ve Luca CRIVELLI ve Suzanne EDWARDS-GRAVOGLIA ve Anne SPRANGLER ve Friedrich WITTENBECHER ve Wilm QUENTIN. “Health Systems in Transition: Switzerland Health system review”, **European Observatory on Health Systems and Policies**, Cilt 17 Sayı 4, 2015.

DİLİK, Sait. “Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 35 Sayı 01, 2014.

GÜVERCİN, Cemal Hüseyin. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 57 Sayı 2, 2004.

KOÇ, Muzaffer. “Sosyal Güvenlik ve Beveridge Raporu”, **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı 76, İstanbul, 2006.

LEU, Robert E. Ve Martin SCHELLHORN. “The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time”, **IZA (The Institute for the Study of Labor)**, Discussion Paper No. 1316, 2004.

SCHROEDER, Wolfgang ve Sascha Kristin FUTH ve Bastian JANTZ, “Change Through Convergence? Measures of European Welfare States in Comparison”, **Friedrich Ebert Stiftung**, Berlin, 2015.

İNTERNET KAYNAKLARI

5510 Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar Kanunu, 2006, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (26/08/2017).

ESMAIL, Nadeem. “Health Care Lessons from Switzerland”, **FRASER INSTITUTE**, Lessons from Abroad: A Series on Health Care Reform, Ağustos 2013, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/int/healthcarelessonsfromswitzerland.download/healthcarelessonsfromswitzerland.pdf.healthcarelessonsfromswitzerland> (26/08/2017).

Eurostat. **Minimum Wage Statistics**, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Minimum_wage_statistics (22/12/2017).

Federal Department of Foreign Affairs. **Swiss Population – facts and figures**, <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/en/home/gesellschaft/bevoelkerung/die-bevoelkerung---fakten-und-zahlen.html> (21/09/2017).

SCHNEIDER, Friedrich. “Size and Development of the Shadow Economy of 31 European and 5 other OECD Countries from 2003 to 2013: A Further Decline”, http://www.econ.jku.at/members/schneider/files/publications/2013/shadeceurope31_jan_2013.pdf (29.11.2017).

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. **Asgari Ücretin Net Hesabı ve İşverene Maliyeti**, https://www.csgeb.gov.tr/media/1692/2016_onikiay.pdf (22/12/2017).

T.C. Merkez Bankası. **Gösterge Niteliğindeki TCMB Kurları**,
http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/kurlar_tr.html (22/12/2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2012, 2014**,
<http://www.sagem.gov.tr/EUROPEPRapor.03032014.pdf> (18/10/2017).

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, **29.09.2012 Değişiklik İşlenmiş Güncel 2010 Sağlık Uygulama Tebliği**, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/2919cdb3-6fde-4147-9c20-90adceb9ae22/29.09.2012_degisiklik_islenmis_guncel_sut_2010.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=2919cdb3-6fde-4147-9c20-90adceb9ae22 (21/10/2017).

TÜİK. **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2016**,
www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24638 (22/09/2017).

TÜİK. **Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2016**, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642>, (22/10/2017).

TÜİK. **Genel olarak kamu hizmetlerinden memnuniyet 2003-2016**,
www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1598 (20/10/2017).

TÜİK. **İşgücü İstatistikleri Ağustos 2017**,
<http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24633> (01/12/2017).

TÜİK. **Yıllara ve Cinsiyetlere Göre İl / İlçe Merkezlerin ve Belde / Köy Nüfusu, Genel Nüfus Sayımları –ADNKS, 2016**, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (22/09/2017).

United Nations Statistics Division. **Cinsiyet ve Şehir/Kırsal Yerleşime Göre Nüfus**, 22 Mayıs 2017, <http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a1>, (22/09/2017).