

# TÜRKİYE VE İSVİÇRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI VE TÜRKİYE İÇİN YENİ BİR MODEL ÖNERİSİ\*

## THE COMPARISON OF GENERAL HEALTH INSURANCE SCHEMES IN TURKEY AND SWITZERLAND AND PROPOSAL OF A NEW MODEL FOR TURKEY

Candoğan ORLU\*\*  
Ali KÖSE\*\*\*

### Öz

Genel sağlık sigortası (GSS) sistemlerinin işleyişleri ve finansmanları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bir GSS modeli belirlenirken göz önünde bulundurulması gereken en temel konular ise o ülkedeki; kişi başına düşen milli gelir, nüfus ve kayıtlı çalışan nüfus, toplumun yapısı, yönetim maliyetleri, adil katılım ve eşit faydalanma imkânı, sigortalı davranışları, sağlık hizmet sağlayıcılarının davranışları ve bunlara uygun finansman modeli seçimidir.

Çalışmada Gayri Safi Yurt İçi Hasılası (GSYİH) seviyeleri birbirine yakın olan İsviçre ve Türkiye'deki GSS sistemleri ayrı ayrı ele alınmıştır. İki ülkenin kişi başına düşen milli gelirleri, toplam ve kişi başına düşen ortalama sağlık harcamaları, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık hizmeti sağlayan insan kaynağı verileri incelenmiştir. İki ülkenin demografik yapıları, yaşlanma verileri, iş gücü katılım oranları ve kayıt dışı ekonomi istatistikleri karşılaştırılmıştır. Bu veriler işığında yapılan değerlendirmede İsviçre GSS sisteminin daha kuvvetli bir temeli olduğu ve daha sürdürülebilir bir yapısı olduğu kanısına varılmıştır. Ayrıca Türkiye'nin bugünden 2050 yılına kadar geçirecek olduğu nüfus değişimlerini İsviçre'nin son 70 senede geçirmiş olduğu anlaşılmıştır; bu sebeple İsviçre'nin son 70 senedeki reformlarının Türkiye için iyi bir örnek teşkil edeceği öngörölmüştür.

---

\* Bu makale, yazarın Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalındaki "İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Türkiye ile Karşılaştırılarak Yeni bir Model Önerisi" isimli yüksek lisans tezinden derlenmiştir.

\*\* Candoğan ORLU, SGR İSTANBUL Sigorta ve Reasürans Brokerliği Ltd., co@sgr-istanbul.com

\*\*\* Prof.Dr.Ali KÖSE, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Yüksekokulu Aktüerya Bölümü, akose@marmara.edu.tr

Türkiye'deki GSS'nin finansman yetersizliği sorununun yaşlanan nüfus, düşük olan iş gücü katılım oranı ve yüksek kayıt dışı ekonomi oranına bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak İsviçre GSS sistemini temel alan, Türkiye'deki mevcut GSS sisteminin de kuvvetli yanlarını alan harmanlanmış yeni bir GSS modeli önerilmiştir. Çalışma sonucunda getirilen model önerisinin; iş gücü katılım oranını arttıran ve kayıt dışı ekonomiyi azaltan çözümleri ile Türkiye'ye uzun vadede sürdürülebilir bir sistem oluşturacağı öngörülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Genel Sağlık Sigortası, GSS, Sosyal Sigorta Sistemi, İsviçre

**Jel Kodları:** I13, I18, H51

### Abstract

The operations and financing of general health insurance (GHI) schemes vary in different countries. The most basic matters those need to be taken into consideration when determining a GHI model for a country are; economics, demographics and services/benefits of the scheme, and the selection of the compatible financing model.

In this study, the GHI schemes of Switzerland and Turkey, whose gross domestic products (GDP) are of the same level, have been studied separately. The economic, and demographic structures and GHI schemes of both countries have been compared with focus on the statistics of old age and ageing, workforce participation rates, ghost economy. It is evaluated that Switzerland has a more sustainable GHI scheme with a more solid foundation. It has been predicted that the reforms of the Swiss GHI Scheme will constitute a solid reference to Turkey, as Turkey is going through a similar population transitions which Switzerland had already gone through in the past 70 years.

By comparing the work force and ghost economy statistics of Switzerland and Turkey, it has been deduced the insufficient funding problem of Turkey's GHI scheme is related to population getting older, low workforce participation rate, and high ghost economy ratio.

In conclusion, a new GHI model is proposed which is based on the Swiss model but also combines the strengths of the current Turkish scheme; which is predicted to constitute Turkey a sustainable system in the long run, by the introducing solutions to increase workforce participation and to decrease the ghost economy.

**Key Words:** General Health Insurance, Social Health Insurance Schemes, Switzerland

**Jel Codes:** I13, I18, H51

### Giriş

İnsanlar sosyal toplum içerisinde yaşamaya başladıklarında toplum içerisindeki konumlarını ve durumlarını korumaya yönelik güvence arayışları oluşmuştur. Ayrıca kişiler, hastalık ve yaşlılık riskine karşılık bir güvence arayışında olmuştur (Akpınar ve Yıldız, 2018, 266). Zaman içerisinde evrim geçiren sosyal toplum ile birlikte güvence arayışları gelişerek genişlemiştir ve sosyal güvenlik kavramı ortaya çıkmıştır. İnsanlara daha güvenli bir hayat sağlamak amacıyla kurulan sosyal güvenlik sistemleri (Demirbilek, 2013, 137), günümüzde sosyal güvenlik; kamu önlemleri ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal

rahatsızlıklara karşı toplumun kendini koruması olarak tanımlanabilir (Güvercin, 2004, 89). Uluslararası alışma Örgütü'nün (ILO) 1944 tarihli Philadelphia Konferansında alınmış ve kabul görmüş sosyal riskler olan; hastalık, analık, malullük, yaşlılık, aileyi geçindirenin ölümü, işsizlik, normal sayılmayacak şekilde artan giderler, meslekle ilgili iş kazaları ve iş hastalıkları gibi risklere karşı güvence sağlayan sistemler sosyal güvenlik sistemleri olarak adlandırılır (Dilic, 2014, 73).

Sosyal güvenliğin ilk örneklerinin M.Ö. 2000 kadar eski tarihlerden beri görülebildiği söylenebilir (Beşer, 1988, 70-71; Talas, 90, 4). 18. Yüzyılda Fransız Devrimi ile birlikte toplum ile devlet arasındaki ilişkinin algısı değişerek, devletlerin halklarına giyinme, yemek yeme ve sağlıklı yaşama ihtiyaçlarını karşılayacak yaşam standartlarını sağlama yükümlülüğünü yerine getirmesi gerektiği fikri oluşmuştur. Bu toplumsal gelişmelerin devamında 1793 yılında yayınlanan İnsan Hakları Bildirgesi ile kamu yardımları bir sosyal hak olarak tanımlanmıştır ancak bu hakların toplumsal yaşamda somut olarak görülebilmeye başlaması 19. Yüzyıl başlarında gerçekleşmiştir (Güzel ve Diğerleri, 2012, 10-72).

Modern sosyal güvenlik sistemlerinin doğuşu, Sanayi Devrimi ile birlikte olmuştur. İşçi ve işveren olarak farklı bir yapıda ikiye bölünen toplumun ihtiyaçları da değişmiştir (Güvercin, 2000, 2-7). 19. Yüzyıl'da Almanya'da işçi sınıfını korumak için geliştirilen Bismarck Modeli modern sosyal güvenlik sistemlerinin temelini oluşturduğu kabul edilir (Güvercin, 2004, 90-91). 2. Dünya Savaşı sonrası İngiltere'de yayınlanan Beveridge Raporu işsizlik ve yoksulluk problemlerine çözüm getirmek amacıyla hazırlanmış olup, sosyal güvenlik politikalarının uluslararası kabul görmesinde büyük rol oynayarak, sistemleştirilmif, kurumsal yapıya sahip sosyal güvenlik sistemlerinin başlangıcına ışık tutmuştur (Arıcı, 1999, 1; Koç, 2006, 92-94). Ülkelerin demografik yapılarında meydana gelen değişimler, mevcut sosyal güvenlik sistemlerinin yapısının değişimini ve reform çalışmalarını zorunlu kılmıştır (Akpınar, 2012, 121).

2. Dünya Savaşı sonrasındaki dünyadaki değişiklikler 1948 yılında yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası ile birlikte modern sosyal güvenlik sistemlerinin uluslararası genişlikte oluşması başlamıştır. Türkiye de bu gelişmelere ayak uyduran anlaşmalara attığı imzalar ile birlikte kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi kurma yükümlülüğüne girmiştir. 1978'de WHO'nun aldığı karar ile birlikte tüm ülkeler, 2000 yılına kadar halkları sosyal güvenlik kapsamına almayı kabul etmişlerdir (Güvercin, 2004, 92-93).

Sosyal güvenlik ve sosyal risk tanımlamalarına bakıldığında, sağlıklı yaşam da devlet tarafından vatandaşına sunulması gereken bir hak olarak göze çarpmaktadır ve dolayısı ile gelişen sosyal güvenlik sistemlerinin doğrudan bir alt başlığı olan genel sağlık sigortaları da paralel olarak gelişmektedir. Genel sağlık sigortası (GSS), 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 8. Maddesine göre, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşılması halinde oluşan harcamalarının finansmanını sağlayan sigortayı ifade eder.

GSS sistemlerinin işleyişleri ve finansmanları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Finansman modelleri dört ana başlıkta toplanabilir; vergiye dayalı, cepten ödemelere dayalı, özel sağlık sigortası primlerine dayalı ve sosyal sağlık sigortası primlerine dayalı finansman yöntemi. Bir GSS modeli belirlenirken göz önünde bulundurulması gereken en temel konular ise o ülkedeki; kişi başına

düşen milli gelir, nüfus ve kayıtlı çalışan nüfus, toplumun yapısı, yönetim maliyeti, adil katılım ve eşit faydalanma imkânı, sigortalı davranışları, sağlık hizmet sağlayıcılarının davranışlarıdır.

## I. İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemi

İsviçre'de GSS, İsviçre'de yaşayan ve çalışan her bireyin, vatandaşlık veya yaştan bağımsız olarak yaptırması gereken ve bireylerin temel sağlık ihtiyaçlarını tamamen karşılaması için standart teminat yapısı oluşturulmuş bir sigortadır. Dolayısı ile çocuk veya emekli bireyler de, zorunlu tutulan teminatları karşılayacak bir sağlık sigortası yaptırmak ve İsviçre'de yaşadığı sürece yenilemek zorundadırlar. GSS, bu konuda özel lisans almış sigorta şirketleri tarafından sağlanır ve bireyler ülkede faaliyet gösteren yaklaşık 60 ayrı sigorta şirketinden herhangi birinden ürün satın alabilirler (FOPH, 2017, 5-6).

Şekil I: İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemi



Zorunlu GSS, hastanede *yatarak tedavileri* teminat kapsamına almaktadır. Bu sigorta kapsamında anlaşmalı olan hastaneler arasından sigortalı istediği hastaneyi ve doktoru 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 hastaneden hizmet almış olması durumunda kalış ve tedavi için oluşacak olan masraflara denk gelecek tutara kadar ödenir. Oluşacak ek masraflar, zorunlu GSS kapsamında karşılanmayıp ya sigortalı tarafından ödenir ya da tamamlayıcı sigorta almış ise o sigorta tarafından karşılanır. 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 (FOPH, 2017, 7).

*İlaç kullanımları*, zorunlu GSS kapsamındaki faydalardan biridir. İlaç kullanımının zorunlu GSS kapsamına girebilmesi için bir doktor tarafından reçete ile 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 ilaçlar da – kullanılan malzemelerin tarifeli ilaçlar listesinde olması şartı ile – GSS kapsamında karşılanmaktadır. 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 (FOPH, 2017, 8).

Koruyucu hekimlik ve hastalıkların önlenmesini amaçlayan, toplum sağlığını korumaya katkı sağlayan çeşitli sağlık uygulamaları ve tetkikler de zorunlu GSS'nin sağladığı faydalardan biridir (uygulama cinsiyet ve yaşa göre farklı kapsamlar gösterir). Bu kapsamda yapılan uygulamalar hastalıkların önlenmesi amaçlı tedbirlerdir ve hastalığa dair o anda bir şüphe olmasa bile zorunlu sağlık sigortası programı dhilinde karşılanır. Hastalığın tespit edilmesi durumunda doktorun gerekli grdği şekilde tetkikler ve muayeneler sağlık sigortası programı tarafından ödenir (FOPH, 2017, 8). Hamilelikle ilgili kontroller ve doğum masrafları, yeni doğan bebeklerin hastanede gereken tıbbi işlemleri ile birlikte doktorun gerek görmesi ve raporunda belirtmesi durumunda fizik tedaviler, yaşlı bakım hizmetleri (evde veya bakım evinde), ağız ve diş tedavileri, gzlk ve lensler, tıbbi yardımcı cihazlar da bu zorunlu sigortanın kapsamındadır (FOPH, 2017, 9-12).

İsviçre GSS'nda *masraf paylaşımı ilkesi* uygulanmaktadır; sigortalı bireyler, sağlık harcamalarının bir kısmını kendileri karşırlar. Masraf paylaşımı sigortalı açısından iki kademededir; standart muafiyet ve koruma payı ödentisi. Standart muafiyet yıllık olarak hesaplanır ve zorunlu sigortanın en düşük muafiyet seçeneği yıllık 300-CHF'dir ancak bu muafiyet 18 yaşını doldurmamış bireyler için uygulanmaz. Yetişkin bireyler, yıllık muafiyet tutarlarına kadar olan sağlık masraflarını tamamen kendileri karşırlar. Koruma payı ödentisi ise %10'dur. Her sigortalı, GSS'nin karşıladığı sağlık masraflarının %10'unu der ancak bu bağlamda her bir bireyin ödeyeceği tavan koruma payı ödentisi uygulaması vardır. Yetişkinler için tavan koruma payı ödentisi yıllık 700-CHF, 18 yaşını doldurmamış bireyler için de yıllık 350-CHF'dir ve bu tavan sınırına kadar cepten ödeme yapmış olan sigortalılar yılın geri kalanında bu %10 koruma payını ödemezler (FOPH, 2017, 13).

- Örneğin bir yıl içerisinde toplam 10.000-CHF doktor, hastane, ilaç vb masrafi olmuş yetişkin bir birey 300-CHF muafiyeti ve kalan masrafın da %10'unu cepten der. Ancak kalan 9.700-CHF'nin %10'u (970-CHF) 700-CHF yıllık tavan uygulamasının üzerinde kaldığından sadece 700-CHF cepten der. Toplamda 1.000-CHF cepten ödeme yapmış, 9.000-CHF GSS'ye yansıtılmış olur.
- Standart planı, standart muafiyet ile alan bir yetişkin, GSS kapsamındaki sağlık harcamaları için senede en fazla 1.000-CHF, 18 yaşını doldurmamış bir birey ise senede en fazla 350-CHF cepten sağlık ödemesi yapar.

İsviçre'de GSS standart plan primleri kişilere, riske, cinsiyete göre değil, bağlı olunan kantonlara ve yaşa (0-18, 19-25, 26+) göre değişiklik göstermektedir ancak teminatlar aynıdır. Sigorta şirketleri GSS paketlerinde hastalık istisnası, srprim uygulaması yapamaz ve riski reddedemezler. Bununla

birlikte sigortalıları korumak için tavan prim uygulamaları söz konusudur. Primlerin bölgesel farkları, kantonlar arasındaki gelir seviyelerinin ve sağlık harcama seviyelerinin farklılıklarından kaynaklanır. Temel teminatlardan sigortalının ödün vermesi mümkün değildir ancak primleri düşürmek isteyen sigortalılar daha yüksek muafiyet tercih edebilirler ve/veya anlaşmalı doktor ve hastane ağlarında daraltmayı seçebilirler. Standart en düşük muafiyet yetişkinlerde 300-CHF ve çocuklarda 0-CHF olmakla beraber, sigortalı tercihinine göre yetişkinlerde 500, 1.000, 1.500, 2.000, 2.500-CHF; çocuklarda 100, 200, 300, 400, 500, 600-CHF muafiyet seçilerek prim seviyesi düşürülebilir. Ancak GSS ürününü sunan sigorta şirketleri bu muafiyet seçeneklerinin her birini sunmak zorunda değildirlerdir. Her GSS şirketinin anlaşmalı olduğu doktor ve hastane listesini yayınladığı İsviçre’de, daraltılmış sağlık hizmet sağlayıcısı ağlarını tercih ederek sigortalılar primlerini daha düşük seviyeye çekme şansına sahiptirler; bu durumda sigortalı, hastane/doktor seçme hakkında ödün verir ve ilk başta pratisyen hekime gitmesi gerekir. Pratisyen hekimin yönlendirme yapmaya gerek duyması durumunda uzman hekimlerden GSS kapsamında sağlık hizmeti alabilir. Sigortalı isterse hasarsızlık indirimi veren planlardan da tercih edebilir; bu planların primleri başlangıçta daha yüksek olsa da tam hasarsızlık durumunda kademeli olarak ilk sene %10, beş sene sonunda %50 prim indirimi sağlayabilmektedir. Ayrıca bir sigortalı daha geniş teminatlı bir GSS almak isterse daha geniş teminatlar, daha geniş hizmet sağlayıcı ağı sunan genel sağlık sigortacılarına giderek, ek prim ödeyerek bu ürünleri tercih edebilir. Ancak teminat genişletme seçeneğini sigortacılar sunmak zorunda değildir ve standart planın ötesindeki teminatlar konusunda riski reddetme, prim seviyesini yükseltme, istisna koyma hakkı sigortacılara tanınmıştır (FOPH, 2017, 16-17).

İsviçre GSS sisteminin finansmanı bireylerin sigorta primleriyle beraber federal devlet katkısı ve kantonların vergilerle oluşturduğu fonlar ile sağlanır. GSS şirketleri, GSS satışlarından zarar edemezler ancak kâr etmelerine de izin verilmemektedir (De Pietro ve Diğerleri, 2015, 92). Bu sebeple sistemin dışarıdan desteklenmesi gerekir ki burada en önemli görev kanton yönetimlerine düşmektedir. Hastanelerin büyük bir kısmına kantonlar sahiptir ve hastanede yatışlı tedavi masraflarının yaklaşık yarısını kantonlar karşılamaktadırlar (De Pietro ve Diğerleri, 2015, 29).

## 2. Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi

Türkiye’de GSS, sosyal devlet anlayışının bir parçası olarak, tüm toplum sağlığını korumak ve sağlık riskleriyle karşılaşılması durumunda oluşacak harcamaların finansmanını sağlamak amacıyla kurulmuş, katılımı zorunlu olan, Türkiye’de ikamet eden her birey için geçerli bir sistemdir. (5510. Kanun, 2006, Madde 3). Ancak sigortalı bir bireyin bakmakla yükümlü olduğu çocukları (18 yaşından küçük veya lise dengi eğitim görüyorsa 20 yaşından küçük veya yüksek öğretim görüyor ise 25 yaşından küçük olmak ve evlenmemiş olmak kaydı ile), ev hanımı (çalışmayan) eşi, bakmakla yükümlü olduğu ebeveynleri prim ödemediği sigortalı sayılmaktadırlar (5510. Kanun, 2006, Madde 60).



**şekil 2:** Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi

GSS, 5510 Sayılı Kanunda belirlenen temel sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde bir teminat kapsamına sahiptir. Hastanede yatışlı tedaviler, doktor muayeneleri, ayakta tedaviler, doktor tarafından reçete edilmiş ilaçlar, tıbbi yardımcı cihazlar, ağız ve diş tedavileri, acil durumlar, hamilelik kontrolleri ve tıbbi müdahaleler, gerek görüldüğü durumlarda evde bakım hizmetleri vb temel hizmetler GSS kapsamında karşılanmaktadır. Sigortalılar acil durumlarda her sağlık hizmeti sağlayıcısını, acil olmayan durumlarda da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olan sağlık hizmet sağlayıcılarından GSS kapsamında hizmet alabilmektedir. Sağlık harcamaları tamamen sigorta kapsamında karşılanır ancak gereksiz kullanımları engellemek için ayakta tedavi kapsamındaki doktor ve diş doktoru muayeneleri, ortez/protez iyileştirme araç-gereçleri ve ayakta tedavi kapsamında sağlanan ilaçlarda kanunla geliştirilmiş bir katılım payı uygulaması vardır (Kurt, 2008, 144). Özel hastanelerde fark ücretleri söz konusudur. Tüm genel sağlık sigortalıları aynı teminatlara sahiptir ve bu teminatlar daraltılamaz veya genişletilemez (Kurt, 2008, 132-137). Daha geniş bir hizmet ağından yararlanarak, özel hastanelerden hizmet almak isteyen ve SGK'nın anlaşma sağladığı hizmet fiyatlarının üzerinde sağlık hizmeti veren sağlık hizmet sağlayıcılarından hizmet almak isteyen sigortalılar, ayrıca özel sağlık sigortası yaptırmalı veya cepten ödeme yapmalıdırlar.

Türkiye'de GSS uygulaması basamaklı sevk sistemine dayanmaktadır. Bu sisteme göre sigortalı ilk önce birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcısı olarak tanımlanan aile hekimlerine, toplum sağlığı merkezlerine, üniversite hastanelerinin medikososyal bölümlerine, işyeri hekimlerine, sağlık ocaklarına veya verem savaş dispanserlerine başvurmalıdırlar. Öncelikle bağlı olduğu aile hekimine başvuran sigortalı, birinci basamaktan rapor ile ikinci veya üçüncü basamak hizmet sağlayıcılarına sevk edildiği takdirde bu tedaviler de GSS kapsamında tamamen karşılanmaktadır. Eğer basamak atlanarak, sevk zinciri kırılır ve doğrudan ikinci veya üçüncü basamak hizmet sağlayıcılarına (özel hastaneler, uzman hekimler, üniversitelerin özel/dal hastaneleri veya özel/uzmanlaşmış sağlık hizmet sağlayıcı diğer kuruluşlar) gidilir ise fark ücreti çıkmakta ve bu ücret sigortalı tarafından cepten ödenmek durumundadır. Acil durumlarda basamak sistemi uygulanmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezleri tarafından verilmekte,

koruyucu hekimlik, aşı, toplum sağlığı takibi, aile planlaması vb hizmetler buralardan yürütülmektedir. Birinci basamak hizmet sağlayıcıları nüfusa ve ulaşım kolaylığına göre konumlandırılmıştır.

GSS'nin finansmanı toplanan primler ve devlet bütçesinden doğrudan yapılan katkılarla sağlanır. Sigortalıların riskine, yaşına, gelirin bakılmaksızın sabit oranlarda prim ödemesi vardır; brüt gelirin %12,5'si GSS primi olarak fona aktarılır; bunun %5'lik kısmı sigortalının maaşından kesilir ve kalan %7,5'lük kısmı da işveren tarafından ödenir (5510. Kanun, 2006, Madde 81). Ancak prim ödeyen bir sigortalı bakmakla yükümlü olduğu ve geçinmek için kendisine muhtaç olan kişileri de primsiz olarak GSS'den faydalandırabilmektedir.

### 3. Literatür Değerlendirmesi

Yapılan literatür taramasında 2006 senesinden sonra Türkiye'de yapılmaya başlanan sağlık reformunun farklı kısımlarının incelemeye alındığı, reformların etkinliklerinin incelendiği ve az sayıda da olsa farklı ülkelerle karşılaştırmaların yapıldığı gözlemlenmiştir.

Başer vd (2015), çalışmalarında basamaklı sevk zinciri uygulamasına birinci basamak olan aile hekimlerinin önemini incelemiştir; OECD ülkeleri arasında sağlık harcamaları ile GSYİH'ye oranları ve basamaklı sevk sistemi uygulamalarını karşılaştırmışlardır. Farklı gelişmiş ülke örneklerine bakıldığında sonuç olarak etkin bir birinci basamak uygulaması olan ülkelere, ikinci ve üçüncü basamaklara sevk azalması sisteme ekonomik katkı sağlandığını ve klinik başarı oranlarının da daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Türkiye'deki aile hekimliği sisteminin de olumlu katkısı olduğu ancak gelişmesi gereken yerleri olduğu tespit edilmiştir.

Çeçem vd (2015), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından en iyi sağlık sistemine sahip olan ülke olarak gösterilen Fransa'nın aile hekimliği uygulaması ve eğitimlerini inceleyerek, Türkiye ile kıyaslamıştır. Fransız sağlık sisteminin başarısının temelini etkin bir aile hekimliği uygulamasına bağlamıştır. Gelişmiş ülkelerde yapılan kıyaslamalarda aile hekimlerinin sayısı/oranı yükseldikçe, sisteme ve sağlığa olumlu katkı sağlandığı ancak aile hekimlerine kıyasla uzman hekim sayısı yükseldiği örneklerde mortalite oranının yükseldiği çıkarımı yapılmıştır. Fransa'da aile hekimlerinin, toplam hekimlerin %50'sini oluşturmakta olduğu ve Türkiye'nin hem sayı hem de sistem etkinliği açısından yol kat etmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Daştan ve Çetinkaya (2015), OECD üyesi ülkelerin sağlık verilerini incelemiştir; sağlık harcamaları, sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerine ulaşım, beklenen yaşam süreleri, hizmetlere eşit ulaşım verilerine öncelik vererek ülkeler arasında karşılaştırmalar yapmışlardır. Sonuç olarak son 30 yılda sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranlarında genel olarak artışlar olduğu saptanmıştır ancak sağlık harcamaları ile sağlık göstergeleri ve sağlık sistemlerinin başarı ve verimlilikleri arasında birebir ilişki olmadığı çıkarımı yapılmıştır.

Sayım (2017), çalışmasında Türkiye'de sağlık harcamalarının nasıl geliştiğini ele almıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının giderek yükseldiği tespit edilmiştir. Sağlık harcamaları finansmanı kamu-özel sektör arasında bölüşülüyor olsa da dünyada gelir seviyesinin düşük ve gelir dağılımında eşitsizlik olan ülkelere finansman yükü kamunun üzerinde kalmakta olduğu belirtilmiştir.



Son zamanlarda Türkiye’de belediyelerin sosyal sağlık hizmetlerindeki zorunlu olmayan etkinliklerine de dikkat çekilmiştir.

Çınaroğlu ve şahin (2016), sağlık harcamalarının cepten yapılması ve bu harcamanın hane gelirinin belirli bir seviyesini aşması durumunda, yoksullaştırıcı etki yaratan, katastrofik sağlık harcaması kavramını incelemişlerdir. Çalışma sonucunda orta-düşük gelirli ve kayıt dışı ekonominin yüksek olduğu ülkelerde bu durumun yüksek tehdit oluşturduğu anlaşılmıştır. Bu durumu Türkiye’de inceleyen Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu (2018) da katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranının %0,49 ve bu harcamalar sonucunda yoksulluğa düşen hane oranının %0,22 olduğunu belirtmişlerdir.

Leu, Rutten, Brouwer, Matter ve Rtschi (2009), evrensel kapsamlı sosyal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortasını birleştiren iki ülke olan İsviçre ve Hollanda’nın genel sağlık sigorta sistemlerini karşılaştırmışlardır. İki ülkenin sisteminin de bireyin kararlarına, sigortalı tarafından seçilen sağlık planlarına ve devlet tarafından düzenlenmiş bir sigorta pazarı rekabetine dayandığı vurgulanarak her iki ülkenin de sistemlerinin nasıl işlediği özetlenmiştir. Yapısal ve yasama yöntemlerindeki farklılıklar incelenmiştir. İki ülkenin genel sağlık sistemlerindeki benzerliklerin de farklılıkların da sistemlerin gelişimine oldukça katkısı olmuş olduğu belirtilmiştir. Bu sistemlerin halen gelişmekte olduğu, değişen toplumsal ihtiyaçlar ve gelişen toplum yaşamına daha iyi karşılık verecek çözümler için evrimlerine devam ettikleri belirtilmiş ancak toplumun neredeyse tamamını ve oldukça başarılı bir şekilde kapsayan genel sağlık sistemleri olduğu sonucuna varılmıştır.

Immergut (1992), İsviçre, Fransa ve İsviçre genel sağlık sigorta sistemlerinin ilişkili düşünce ile analiz edilerek kıyaslamıştır. Genel sağlık sigortası politikalarının (nceki politikaların mirasları ve değişik toplumsal grupların talepleri gibi) girdileri ile (belirli yasamalar gibi) ıktılarının arasındaki ilişkilere dayalı politika oluşturma analizi yapmak yerine kurumsal analizin gücü ile değişik siyasal sistemlerde politika girdileri ve çıktılarının farklı şekilde ilişkilendirilebileceğine odaklanmıştır. İsviçre, Fransa ve İsviçre’teki genel sağlık sigortası sistemlerinin işleyişlerini, nasıl geliştiklerini, hangi aşamalardan geçtiklerini ve siyasetten nasıl etkilenebildiklerini anlatmıştır. İsviçre’de genel sağlık sigortasının yasama sürecine her ufak çıkar grubunun/sosyal grubun (doktorlar, sağlık sektörü çalışanları gibi) dâhil olabildiğini, referandum silahını kullanarak yasama organına baskı uygulayabildiğini vurgulamıştır. Böylece referanduma gitmeyecek kadar her çıkar grubunu tatmin edecek ve toplumun çıkarını gözetecek şekilde yasama organının süreci ilerlettiğini belirtmiştir.

### **İsviçre ve Türkiye GSS Karşılaştırması**

Türkiye, daha sosyal temelli ve devlet tarafından yürütülen bir genel sağlık uygulamasına sahiptir. İsviçre’de ise federal devletin bir düzenleyici ve denetleyici olarak yer aldığı ve sistemin özel sigorta fonları/şirketleri tarafından yönetildiği en belirgin fark olarak göze çarpmaktadır.

Kapsam açısından gerek Türkiye gerekse İsviçre GSS uygulamasında tüm toplumu kapsayacak nitelikte sitemlere sahiptirler. Türkiye’de basamaklı sevk sistemi uygulaması varken, İsviçre’de sigortalı istediği hizmet sağlayıcısından sağlık hizmeti alabilmektedir. Türkiye’de her sigortalıya aynı sigorta şartlarının uygulanması söz konusudur; İsviçre’de sigortalılar primlerini düşürmek için basamaklı

sevk sistemini ve daha yüksek muafiyetleri seçebilmekte veya teminatları genişletmek için ek teminatlar alabilmektedir. Bu açıdan Türkiye'deki tamamlayıcı sağlık sigortası veya özel sağlık sigortası ile birlikte düşünüldüğünde paralellik göze çarpmaktadır. Bu bilgiler ışığında İsviçre'de sigortalıya daha çok seçme hakkı verilen bir model uygulandığı yorumlanabilir ancak sigortalı faydasını değerlendirirken İsviçre'de uygulanan muafiyet ve katılım paylarını da değerlendirmeye almak gerekmektedir.

Her iki ülkede de GSS finansmanı, vergiler ile devlet organlarından fon aktarımı ve sigorta primleri ile sağlanmaktadır. Farklı şekillerde gibi görünse de sisteme doğrudan devlet katkısı İsviçre'de kantonların hastanelerin büyük kısmına sahip oluşu ve hastanelerdeki yatışlı tedavilerin yarısına yakınının karşılanmasıyla görülmekte, Türkiye'de de doğrudan GSS sistemine bütçe aktarımı şeklinde olmaktadır. Primler her iki ülkede de alınmakta ise de İsviçre'de primler doğrudan sigortalı tarafından sigortacıya/sigorta fonuna aylık olarak ödenmekte iken, Türkiye'de sigortalıların gelirlerinden yapılan doğrudan kesintiler ile sigortalıların işverenlerinden alınan primler söz konusudur. Genel sağlık sigortalılarının finansmanını sağlayan ana unsurların başında her iki ülkede de sigorta primleri olduğu düşünüldüğünde toplanabilir primlerin karşılaştırılması faydalı olacaktır. Bu konuda kayıtlı/kayıt dışı ekonomi ve işgücü katılım verileri değerlendirmeye ışık tutacaklardır.

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

Elgin ve Schneider'in (2016) çalışmalarında ortaya çıkardığı üzere 1999-2010 yılları arasında İsviçre'de kayıt dışı ekonomi oranı ortalama %8,32 olurken Türkiye'de bu değer neredeyse 4 katı olan %30,61'dir. Bu veriler Türkiye'nin vergi gelirinin olması gerekenin %30 altında olduğu sonucunu çıkarmaktadır (Elgin ve Schneider, 2016, 51-75). Kayıt dışı ekonomi oranının, GSS gelirlerini tam olarak ne kadar etkilediğine dair net bir çıkarım yapılamasa da kayıt dışı ekonominin kapsamına kayıt dışı işçi çalıştırma ve işçi maaşlarının düşük gösterilmesi gibi GSS finansmanına doğrudan etki eden unsurlar girmektedir. Buna ek olarak Türkiye nüfusunun kayıt dışı çalışma oranının %35,1 olarak hesaplandığı (TUİK, 2017, 1) da değerlendirildiğinde sigorta primlerinde doğrudan %35 oranının üzerinde bir gelir kaybı olduğu çıkarımı rahatlıkla yapılabilir. Dolayısı ile Türkiye ve İsviçre'nin GSS finansmanlarının sağlığı ve sürdürülebilirliği kıyaslandığında ön plana çıkan en büyük iki farktan biri; kayıt dışı ekonomi ile kayıt dışı çalışmanın sebep verdiği doğrudan finansman geliri kaybıdır.

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 işi alıştırma 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 işi gücü katılım oranlarına zm getirilmesi, sistemin daha sağlıklı yürümesi için gereklidir. (Demir, 2013, 126-139)

**Tablo 2:** İsviçre-Türkiye İşsizlik Oranı Verileri (2016)

İstihdam Verisi	İsviçre	Türkiye
İşsizlik Oranı	%4,9	%10,8
st Eğitim Mezunu	%3,3	%9,4
Lise ve Meslek Okulu Mezunu	%4,4	%10,1
Orta Okul ve Altı Eğitim Seviyesi	%9,9	%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, işi gücüne yüzdesel oranı.

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

**Tablo 3:** İsviçre-Türkiye İşi Gücü Verileri (2016)

İşi Gücü Verisi	İsviçre	Türkiye
Çalışma Oranı* 15-24 Yaş	%62,5	%34,1
Çalışma Oranı 25-53 Yaş	%86,3	%60,0
Çalışma Oranı 54-64 Yaş	%71,5	%33,4
Çalışma Oranı st Eğitim Mezunu	%88,5	%75,0
Çalışma Oranı Lise ve Meslek Ok. Mez.	%81,9	%61,9
Çalışma Oranı Orta Okul ve Altı Eę.	%67,6	%51,4
İşi Gücü** Katılım Oranı 15+ Yaş	%68,6	%52,0
İşi Gücü Katılım Oranı 15-64 Yaş	%83,9	%57,0
İşi Gücü Katılım Oranı 15-24 Yaş	%68,4	%42,4
İşi Gücü Katılım Oranı 25-54 Yaş	%90,6	%66,5
İşi Gücü Katılım Oranı 55-64 Yaş	%74,3	%35,6
İşi Gücü Katılım Oranı 65+ Yaş	%12,1	%11,8
alışan Başı Yıllık alışma Saati (2013)	1573 saat	1832 saat
Tahmin Edilen İşi Gücü	4.961.407 kişi	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)

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

\*\* İşi 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.

\*\*\* İşi Gücü Katılım Oranı: Belirli bir yaş grubundaki işi gücünün, aynı yaş gurubundaki toplam nüfusa oranı.

Prime dayalı finansman modellerinde, iş gücüne katılımın yüksek olması, GSS'nin sürdürülebilirliği için gerekli bir etmen olarak ön plana çıkmaktadır. *Tablo 2 ve Tablo 3'te* verilmiş olan OECD verileri karşılaştırıldığında, Türkiye'de sistemde prim üretecek ve sisteme fon sağlayacak nüfustaki (15-64 yaş arası) iş gücüne katılım oranının %57 gibi çok düşük bir oran olduğu, 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'deki oranının neredeyse yarısına denk geldiği görülmektedir. Buradan, Türkiye'deki lisans ve lisansüstü eğitim çağındaki gençlerin İsviçre'deki gençlere kıyasla daha az çalışıyor olduğu yorumlanabilir. Sisteme ağırlıklı prim katkısı yapacak olan 25-54 yaş grubu incelendiğinde ise Türkiye'de iş gücüne katılım %60 gibi olması gerekenin altında bir oranda çıkmaktadır ki İsviçre'deki orandan neredeyse %30 (66,5/90,6) daha düşüktür. Türkiye'nin en verimli çalışma ve üretkenlik çağındaki nüfusunda her 10 kişiden 4'ü ekonomiye, üretime ve genel sağlık sistemine katkı yapmamaktadır ancak bu kişilerin aynı zamanda 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 lisans ve lisansüstü seviyelerinde olan nüfusun iş gücü katılımları incelendiğinde ise Türkiye'de %75 gibi yine düşük bir oran çıkmaktadır; bu oran İsviçre'dekinin %15 (75/88,5) altında bir orana 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 vardır ancak her durumda iş gücüne katılmıyor görünen nüfus GSS primlerini ya hiç ödememektedir ya da eksik ödemektedir. Dolayısı ile sistemin finansmanı doğrudan olumsuz olarak etkilenmektedir. Türkiye ve İsviçre'nin GSS finansmanlarının sağlığı ve sürdürülebilirliği kıyaslandığında ön plana çıkan en büyük ikinci fark da iş gücüne katılımın düşük olmasının sebep verdiği doğrudan finansmandaki gelir kaybıdır.

İki ülkenin sağlık harcamalarını, sağlık hizmeti kaynaklarını ve ekonomik verilerini kıyaslamak, sağlıklı değerlendirme yapmak ve yeni model önerisini doğru oluşturmak açısından önemli fikirler verecektir.

**Tablo 4:** İsviçre-Türkiye Temel Ekonomik ve Sağlık Verileri (2016)

Ekonomik Veriler	İsviçre	Türkiye
GSYİH (2015)	670,8 milyar \$	717,9 milyar \$
Kişi Başına GSYİH (2015)	80.831 \$	9.126 \$
Sağlık Harcaması Toplam GSYİH'ye Oranı	83,2 milyar \$ %12,4	30,9 milyar \$ %4,3
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması	7.919\$	1.088\$
Kişi Başi Sağlık Harcaması – Devlet/Zorunlu GSYİH'ye Oranı	5.038\$ %7,9	863\$ %3,4
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%63,6	%79,4
Kişi Başi Sağlık Harcaması – Özel GSYİH'ye Oranı	2.881\$ %4,5	224\$ %0,9
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%36,4	%20,6
Kişi Başi Sağlık Harcaması – Cepten Ödeme GSYİH'ye Oranı	2.275\$ %3,56	169\$ %0,7
Sağlık Harcamasındaki Oranı	%28,7	%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)

Türkiye GSS'de basamaklı sevk sistemine uyulduğu durumlarda sigortalılar cepten ödeme yapmamaktadır. İlaç kullanımında da oldukça 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 sağlık hizmeti alırken neredeyse her seferinde ödeme yapmaktadırlar. Bu fark, cepten yapılan ödemeler iki ülkede kıyaslandığında oldukça ön plana çıkmaktadır. Toplam genel sağlık harcamaları içerisindeki oran olarak sigortalıların cepten ödeme payları İsviçre'de Türkiye'den %12 (28,7-16,9) daha fazla gibi görünmektedir. Ancak sağlık harcamalarında cepten ödemelerin GSYİH'ye oranlarına baktığımızda İsviçre, Türkiye'nin 5 misli (3,56/0,7) cepten sağlık ödemesi yapmakta ve kişi başi yapılan ödeme olarak incelendiğinde de İsviçre, Türkiye'nin 10 mislinden yüksek (\$2.275/\$169) bir cepten sağlık ödemesi yapmaktadır. GSS primlerine ek olarak cepten ödenerek yapılan sağlık harcamalarının, İsviçreli genel sağlık sigortalılarına oldukça yük getirmekte olduğu *Tablo 4'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 bir gelire sahiptir (\$80.831/\$9.126). Sağlık harcaması ve gelir seviyesindeki yüksekliğin sağlık hizmeti sağlayan kaynaklara nasıl yansıdığı *Tablo 5'te* incelendiğinde; kişi başına düşen doktor ve sağlık personeli, yatak gibi oranların İsviçre'de daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşın hastaneye yatan hasta sayılarının nüfusa oranı yaklaşık aynı seviyededir. Hastanede ortalama yatış süresinin de İsviçre'de yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bu veriler ışığında sağlık harcamaları ve sağlık hizmet maliyetleri konusunda doğru orantılı bir ilişki gözükmesine de bir paralellik olduğu çıkarımı yapılabilir.

**Tablo 5:** İsviçre-Türkiye Sağlık Sistemi Temel Verileri (2016)

Sağlık Verisi	İsviçre	Türkiye
1.000 kişiye düşen doktor	<b>4,2 doktor</b>	<b>1,8 doktor</b>
Doktor başına düşen yıllık kişi sayısı	<b>238 kişi</b>	<b>556 kişi</b>
1.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı	<b>4,6 yatak</b>	<b>2,7 yatak</b>
Ortalama hastanede yatış süresi	<b>5,7 gün</b>	<b>3,9 gün</b>
100.000 kişide hastaneye yatan sayısı	<b>16.977 kişi</b>	<b>17.115 kişi</b>
1.000 kişiye düşen hemşire sayısı	<b>17,9 hemşire</b>	<b>1,9 hemşire</b>
İlaçların, sağlık harcamalarındaki oranı	<b>%14,0</b>	-

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

#### 4. Türkiye GSS için Yeni Model Önerisi

Türkiye'deki GSS'nin sürdürülebilir ve sağlam temeli olan bir sistem olmasının en önemli etkeni gelecekte yaşanacak nüfus değişimlerinde gelir-gider dengesini koruyabilmesi ve finansman sorunu yaşamamasıdır. İsviçre'de uygulanan modelin, Türkiye'ye yol gösterir nitelikte olup olamayacağının anlaşılması için iki ülkenin nüfuslarının yaşlılık ve yaşlanma istatistiklerini karşılaştırmak gerekmektedir.

**Tablo 6:** 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
<b>BAĞIMLILIK ORANLARI* (%)</b>					
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
<b>POTANSİYEL DESTEK ORANLARI**</b>					
	7,0	5,2	4,2	2,2	1,7

##### TÜRKİYE

##### 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
<b>BAĞIMLILIK ORANLARI* (%)</b>					
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
<b>POTANSİYEL DESTEK ORANLARI**</b>					
	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.

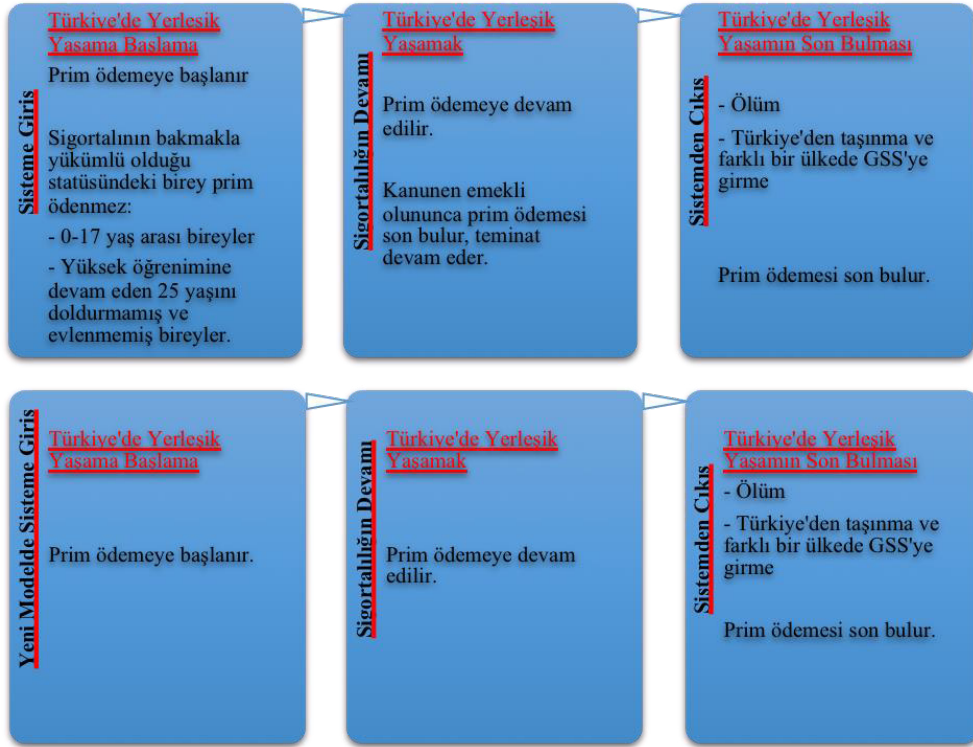
- \* Bağımlılık Oranları: Toplam bağımlılık oranı; 20 yaş altı ve 64 yaş üstü bireylerin toplamının 20-64 yaş arası bireylere yüzdesel oranıdır. Çocuklar bağımlılık oranı ile yaşlılar bağımlılık oranlarının toplamına eşittir. Çocuklar bağımlılık oranı; 0-19 yaş arası bireylerin toplamının 20-64 yaş arası 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 6*da iki ülkenin yaşlanma verileri ve geleceğe yönelik nüfus istatistikleri 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 öngörölmüştür. 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 artışınının 2025-2050 arasında gerçekleşeceği, %14,0'ten %28,7'ye yükseleceği öngörölmüştür. 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 oranlarınının (%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 oranınının 1950-2025 yılları arasında İsviçre'nin iki katı seviyelerinde seyrediyor olmasından ötürü olmakla beraber çıkarımları etkilememektedir.

Dolayısı ile İsviçre'de 1950-2050 arasında yaşanması beklenen potansiyel destek oranındaki düşüş, İsviçre'ye göre daha hızlı yaşlanacağı görölen Türkiye'de 2050 sonrasında itibaren yaşanacaktır. Türkiye'nin daha hızlı yaşlandığı ve İsviçre ile aynı evreleri İsviçre'den daha kısa sürede geçireceğini öngören *Tablo 6*daki verileri içeren gelecek tahminlerine istinaden bu değişimin Türkiye'de daha sert olarak yaşanacağı sonucuna varılabilir.



**Şekil 3:** Türkiye Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Yeni Model

Bütün bu veriler değerlendirildiğinde Türkiye'nin İsviçre'den daha hızlı yaşlanıyor olduğu görülmektedir. Ancak en çok dikkat edilmesi gereken nokta; İsviçre'nin yaklaşık son 70 senedir yaşıyor olduğu yaşlanma sürecinin istatistiksel olarak çok benzerini Türkiye'nin 25-30 sene içerisinde ve bugünden itibaren yaşayacak olmasıdır. Dolayısı ile İsviçre'nin 70 senedir devreye aldığı uygulamaları ve yaşanmış zorluklara getirdiği çözümler Türkiye'nin 2050 yılına kadar GSS rotasına doğrudan ışık tutacağı tahmin edilmektedir. Bununla beraber İsviçre'nin GSS kapsamında 2025-2050 yılları arasında atacağı adımlar da Türkiye için 2050 sonrasında gösterge niteliği taşıyabilir.

Bu durumda sadece çalışma yaşındaki toplumdan prim alan bir genel sağlık sistemine sahip Türkiye'ye getirilecek yeni GSS modelinin de tüm toplumdan prim alan, finansmanı tüm nüfusa paylaştıran bir yapıda olmasının sürdürülebilirliği sağlayacağı düşünülmektedir. En önemli iki soruna da çözüm getirecek; kayıt dışı istihdamı azaltacak ve iş gücüne katılımı arttıracak uygulamalar da önerilen modelin sürdürülebilirliği açısından hayati önem taşımaktadır.

### 5.1. 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 dşnlmektedir; 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 btcesine 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 kr odaklı karar alınmasının önüne geçebilecektir. Sağlıklı denetim mekanizmalarının işleyişi sağlık sektörü alışanlarında 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 zerindeki birçok yk 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 ise; Türkiye’deki mevcut GSS kapsamı korunarak, Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli grlen genişletmelerin yapılması yönündedir. Bu genişletmeler, öncelikle akıl ve ruh sağlığı hizmetleri ile uzun dönem bakım hizmetlerinin altyapıları kurularak oluşturulmalıdır.

#### **4.2. Alternatif Teminat Paketi Hakkında neriler**

GSS zorunlu olurken temel sağlık paketine alternatif olarak daha kapsamlı ürünler de sigorta şirketleri tarafından sunulmalıdır ve bu 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 srprim uygulanamayan rahatsızlıklar, genişletilmif ürünlerde uygulanabilmeli ancak temel sağlık sigortası paketinin kapsamından daha az koruma sağlayamayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

### 4.3. Önlenebilir Fazla Harcamalara İlişkin Öneriler

#### 5.3.1. Basamaklı Sevk Sistemi Uygulaması

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 mevcuttur. 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 alınmamalıdır.

#### 5.3.2. Toplum Sağlığını Koruma Çalışmaları

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.

### 5.3.3. Sabit Koruma ve Muafiyet Uygulamaları

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 creti oranı ve standart muafiyet oranı uygulamak oldukça verimli olacaktır. Bu durum önlenebilir harcamaların önüne geçilmesini sağlayarak sistemin toplam giderlerini düşürebilecektir. Model içerisinde İsviçre rneğinde 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 zerindeki yükü azaltacaktır. Sabit koruma oranının belirlenmesi için en uygulanabilir hesaplama net asgari ücret üzerinden yapılabilir ancak İsviçre rneği ile kıyaslama yapabilmemiz için kullanabileceğimiz, devlet tarafından belirlenen bir asgari ücret tutarı İsviçre’de yoktur. İsviçre’de asgari ücretler farklı sektörlerin müşterek anaşmalarıyla belirlenmektedir (EUROSTAT, 2017). 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 *Tablo 2* ve *Tablo 6*’daki 2016 kişi başi sağlık harcamaları verileri kullanılmıştır. T.C. Merkez Bankası 30 Aralık 2016 ve 22 Aralık 2017 apraz kurlarına göre \$/CHF sırasıyla 1,0191 ve 0,9894 olduğu (TCMB, 2017) göz önüne alınarak, işlem kolaylığı açısından Amerikan Doları ve İsviçre Frangı hesaplamalarda eşit olarak kabul edilecektir.

İsviçre 2016 Kişi Başi Sağlık Harcaması: 7.919\$

İsviçre Sabit Koruma creti Yıllık Limiti – Yetişkin: 700-CHF  $\cong$  700\$

İsviçre Sabit Koruma creti Yıllık Limiti – ocuk: 350-CHF  $\cong$  350\$

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

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

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

$$\frac{\text{Sabit Koruma (ocuk)}}{\text{Kişi Başi Sağlık Harcaması}} = \frac{350}{7919} \cong \%4.5$$

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

Bu oranlar, 2016 kişi başi yıllık sağlık harcaması 1.088\$ olan Türkiye için kullandığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

$$\text{Sabit Koruma (Yetişkin)} = 1.088 \times 0.09 \cong \$98$$

$$\mathbf{Sabit\ Koruma\ (Çocuk) = 1.088x0,045 \cong \$49}$$

$$\mathbf{Yetişkinler\ İçin\ Minimum\ Muafiyet = 1.088x0,038 \cong \$41}$$

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:

$$\mathbf{Sabit\ Koruma\ (Yetişkin) = 98\$ \cong 344,88\ TL}$$

$$\mathbf{Sabit\ Koruma\ (Çocuk) = 49\$ \cong 172,44\ TL}$$

$$\mathbf{Yetişkinler\ İçin\ Minimum\ Muafiyet = 41\$ \cong 144,29\ TL}$$

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

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

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

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

Elde edilen bu 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.

#### 4.4. 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 uygulanmamalıdır. Primler belirlenirken de Türkiye'de SGK'nın belirlediği bir prim üst limiti olması, zorunlu genel sağlık sigortasının 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 süreceğ sigorta şirketlerinin oluşturacağı birlik (veya mevcut Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik şirketleri Birliği) 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 yöntemi kullanılarak tavan primler aşağıdaki tabloya göre hesaplanarak önerilebilecektir.

GSS planına yönelik model önerisi kapsamında en düşük muafiyet seviyesi değerlendirilmeye alınarak model oluşturulduğu için İsviçre'nin Zurich kentinde faaliyet gösteren 42 genel sağlık sigorta fonunun sunduğu ürünlerin en düşük muafiyetli temel planların primleri değerlendirilecektir. Buna göre; İsviçre'de en düşük muafiyet çocuklar için 0, yetişkinler için 300\$ olup; düşük muafiyetli temel planın prim üst limiti yetişkinler için 638,80\$, çocuklar için ise 150\$ olarak görülmektedir (FOPH, 2018) 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**

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

#### **Yetişkin Aylık Prim Limiti TR**

$$= \frac{[\text{İsviçre Yetişkin Aylık Prim Üst Limiti}]}{[\text{İsviçre Kişi Başi Sağlık Harcaması}]} \\ \times [\text{Türkiye Kişi Başi Sağlık Harcaması}] \times \left[ \frac{\$}{\text{TL}} \text{Kuru} \right] = \frac{636.80}{7919} \times 1088 \times 3.5192 \\ = 307.90 - \text{TL}$$

İki ülkenin kişi başi 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 yaklaşık aynı değere denk geldiği görülmüştür).

#### 4.5. Kayıtlı Ekonomi ve İş Gücüne Katılımı Arttırmak için Öneriler

Dikkatle ele alınması gereken bir diğer konu ise GSS'ye işveren tarafından yapılan prim katkısıdır. Türkiye'deki mevcut GSS sistemindeki bir işveren her bir çalışanı için, brüt maaşın %7,5'i kadar bir katkı sağlamaktadır. Bu yüksek maliyet işverenleri kayıt dışı istihdama 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 sınırlanabilir. GSS hizmetlerinden faydalanmak isteyen 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.

Önerilen GSS modelinin zeti ve mevcut GSS ile kıyaslaması aşağıdaki tabloda belirtildiğı Őekildedir:

**Tablo 7: Türkiye Yeni GSS Model zeti ve Mevcut GSS ile Kıyaslaması**

Kıyaslama Konusu	Türkiye Mevcut Sistem	Yeni Model nerisi
Basamak Sistemi	Var. Atlanırsa az bir fark creti sigortalıya yansıyor.	Var. Uygulama daha katı; basamak atlanırsa sigortalıya %50 koasürans uygulaması var.
Muafiyet	Yok.	<i>ocuklarda</i> yok. Plana bağlı olarak (primi düşürmek için) seçilebilir. <i>Yetişkinlerde</i> temel planda en düşük muafiyet aylık net asgari ücretin %10'u olabilir. Plana göre (primi düşürmek için) daha yüksek seçilebilir.
Sigortalı Katılımı (Sabit Koruma creti)	Standart dışı hizmet ve basamak sisteminin atlanması durumunda var.	Sağlık harcamasının %10'u kadar sigortalı der. Bu demenin yıllık st limiti vardır; - <i>Yetişkinler</i> : Poliçe yılında sigortalı başına ödenen sabit koruma creti, aylık net asgari ücretin %25'ini geçemez. Bu miktar aşıldıktan sonra sağlık harcamalarında sabit koruma creti o sigorta yılı boyunca alınmaz. - <i>ocuklar</i> : Poliçe yılında sigortalı başına ödenen sabit koruma creti, aylık net asgari ücretin %12,5'ini geçemez. Bu miktar aşıldıktan sonra sağlık harcamalarında sabit koruma creti o sigorta yılı boyunca alınmaz.
Sigortacı	Devlet	zel 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	Herhangi bir sağlık hizmeti sağlayan kuruluşta tamamen karşılanır.	Herhangi bir sağlık hizmeti sağlayan kuruluşta tamamen karşılanır.
Prim demesi	Devlete (SGK) yapılır. Çalışanlar için maaştan otomatik kesinti yapılır. Maaşlı alışmayanlar dışarıdan der.	Herkes poliçesini düzenleyen Őirkete sigorta primlerini der.

Prim Miktarı	Gelire göre değişen sabit oranlardadır. Yüksek gelirlili yüksek prim, düşük gelirlili düşük prim öder.	Zorunlu temel planda risk grubuna göre standart primler uygulanır. Gelire değil, yaş grubuna göre prim belirlenir ve prim üst limitleri var: - <i>Yetişkinler</i> : Aylık net asgari ücretin %22'si aylık prim üst limitidir. Her halükarda bir sigortalının aylık sigorta primi, kişinin aylık net gelirinin %7'sini geçemez. - <i>Çocuklar</i> : 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. Buna karşılık hâlihazırda ödenen vergilerden pay alınacaktır.
Düşük Gelirliler ve İşsizler	Devlet karşılar.	Devlet karşılar. İşsize 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 yaşlanan 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 yürütülmesi 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 düşünölmektedir. 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 düşünölmektedir.

Çalışma sonucunda özel sektörün üzerinden yürüyen, tüm nüfusun prim ödeme yükümlölüğü 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.

## KAYNAKÇA

- AKPINAR, Özgür. Özel Emeklilik Fonları: Kavramsal erevesi ve Tarihsel Gelişimi, **Hayat Sigortaları ve Bireysel Emeklilik Sistemi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 2513, Eskişehir, 2012.
- AKPINAR, Özgür ve Atilla YILDIZ. "Küresel Ekonomik Krizin Sigortacılık Sektörüne Etkisi ve Kriz Sonrası Hayat Dışı Sigortacılık Sektörü Performans Analizi (2007-2016)", **Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı 39, 2018.
- ARICI, Kadir. **Sosyal Güvenlik Dersleri**, 1. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 1999.
- BAŞER, Duygu Ayhan ve Rabia KAHVECİ ve E.Meltem KOÇ ve İsmail KASIM ve İrfan ŐENCAN ve Adem ÖZKARA. "Etkin Sağlık Sistemleri için Güçlü Birinci Basamak", **Ankara Medical Journal**, Cilt 15 Sayı 1, 2015.
- BEŐER, Faruk. **İslamda Sosyal Güvenlik**, 1. Basım, İstanbul: Seha Neşriyat, 1988.
- EEM, Kifayet Baran ve Yusuf ÜSTÜ ve Mehmet UĞURLU. "Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi", **Ankara Medical Journal**, Cilt 15 Sayı 3, 2015.
- ÇINAROĞLU, Songöl ve Bayram ŞAHİN. "Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 19 Sayı 1, 2016.
- DAŞTAN, İlker ve Volkan ÇETİNKAYA. "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 5 Sayı 1, 2015.

- DE PIETRO, Carlo ve Paul CAMENZIND ve Isabelle STURNY ve Luca CRIVELLİ 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.
- 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.
- DEMİRBİLEK, İskender. "Türkiye'de Bireysel Emeklilik Uygulamaları", **Hayat Sigortaları ve Bireysel Emeklilik Sistemi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Baskı:2, 2013.
- DİLİK, Sait. "Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 35 Sayı 01, 2014.
- Federal Office of Public Health (FOPH). **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.
- GÜVERCİN, Cemal Hüseyin. "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt 57 Sayı 2, 2004.
- GÜZEL, Ali ve Ali Rıza OKUR ve Nurşen CANIKLIOĞLU. **SOSYAL GÜVENLİK HUKUKU**, 14. Basım, İstanbul: Beta Basım, 2012.
- IMMERGUT, Ellen M. "The rules of game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden", **Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis**, Cambridge Studies in Comparative Politics, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- KOÇ, Muzaffer. "Sosyal Güvenlik ve Beveridge Raporu", **Mali Çözüm Dergisi**, Sayı 76, İstanbul, 2006.
- 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: İSMMMO, 2008.
- LUE, Robert E. ve RUTTEN, Frans F.H. ve BROUWER, Werner ve MATTER, Pius ve RÜTSCHI, Christian. "The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets", **Commonwealth Fund Publication**, Sayı 1220, 2009.
- SAYIM, Ferhat. "Türkiye'de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi", **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 7 Sayı 15, 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\\_jan2013.pdf](http://www.econ.jku.at/members/schneider/files/publications/2013/shadeceurope31_jan2013.pdf) (29.11.2017).
- SCHROEDER, Wolfgang ve Sascha Kristin FUTH ve Bastian JANTZ, "Change Through Convergence? Measures of European Welfare States in Comparison", **Friedrich Ebert Stiftung**, Berlin, 2015.
- T.C. Başbakanlık. **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma:9 Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara: T.C. Başbakanlık, 2005.
- TALAS, Cahit. **Toplumsal Politika**, 1. Basım, Ankara: İmge Kitabevi, 1990.
- 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.

TOKATLIOĞLU, Yağmur ve İbrahim TOKATLIOĞLU. “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2012-2014 Dönemi”, **Sosyoekonomi Dergisi**, Cilt 26 Sayı 35, 2018.

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

### İNTERNET KAYNAKLARI

- 5510 Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar Kanunu, 2006, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (26/08/2017).
- TÜİK. **İşgücü İstatistikleri Ağustos 2017**, <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24633> (01/12/2017).
- Eurostat. **Minimum Wage Statistics**, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Minimum\\_wage\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Minimum_wage_statistics) (22/12/2017).
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. **Asgari Ücretin Net Hesabı ve İşverene Maliyeti**, [https://www.csgb.gov.tr/media/1692/2016\\_onikiy.pdf](https://www.csgb.gov.tr/media/1692/2016_onikiy.pdf) (22/12/2017).
- T.C. Merkez Bankası. **Gösterge Niteliğindeki TCMB Kurları**, [http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/kurlar\\_tr.html](http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/kurlar_tr.html) (22/12/2017).
- 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](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).