



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**GENEL SAĞLIK SİGORTASININ SAĞLIK HİZMET SUNUMU
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ
AÇISINDAN BİR DEĞERLENDİRME**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeliz ÇOTUR

**SAĞLIK YÖNETİMİ
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
NİSAN-2024**

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**GENEL SAĞLIK SİGORTASININ SAĞLIK HİZMET SUNUMU
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ
AÇISINDAN BİR DEĞERLENDİRME**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YELİZ ÇOTUR
ORCID ID: 0000-0002-3026-5910

DANIŞMAN
DOÇ. DR. HİLMİYE YASEMİN ÖZUĞURLU

SAĞLIK YÖNETİMİ
ANABİLİM DALI

MERSİN
NİSAN- 2024

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific Works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

29 /04/ 2024

İmza / Signature

Yeliz ÇOTUR

ÖZET

GENEL SAĞLIK SİGORTASININ SAĞLIK HİZMET SUNUMU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ AÇISINDAN BİR DEĞERLENDİRME

Bu çalışma, Türkiye'de uygulanan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. GSS'nin 2008 yılında başlayan uygulamasının ardından sağlık sektörü üzerindeki etkilerinin anlaşılması, sağlık hizmetlerine erişim, finansman, ve sürdürülebilirlik açılarından önemli bir konu haline gelmiştir. Çalışmada, GSS'nin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bu sistem ile özellikle düşük gelirli grupların geniş kapsamlı sağlık sigortası ile kapsama alınması, sağlık hizmetlerine erişimi ve toplumun sağlık göstergelerinde olumlu gelişmelerin sağlanması hedeflenmektedir. Finansman perspektifinden bakıldığında, GSS'nin sağlık harcamalarının finansmanını nasıl etkilediği değerlendirilmiştir. Prim gelirleri ile sağlık harcamaları arasındaki denge, uzun vadeli sürdürülebilirlik için kritik bir konu olarak belirlenmiş ve politika yapıcıların bu dengeyi koruma sorumluluğu vurgulanmıştır. Ayrıca, GSS'nin sağlık hizmet sunumuna getirdiği Temel Teminat Paketi ve kapsamın belirlenmesi stratejik bir öneme sahiptir. Bu konuda yapılan düzenlemelerin, bir taraftan vatandaşın sağlık hizmetlerine erişiminin kesintisiz olarak sağlanması ve memnuniyet düzeyinin artırılması diğer taraftan sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda istikrarın oluşturulması ile ilgili olarak denge sağlayacak bir sistemin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Diğer bir ifade ile GSS'nin sağlık sistemine olan etkileri çok yönlü ve karmaşıktır. Sağlık hizmetlerine daha geniş bir kesimin erişiminin sağlanmış olması önemli bir kazanç iken, finansmanın sürdürülebilirliği ve hizmet kapsamının dengeli bir şekilde yönetilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur. Gelecekteki zorluklara karşı hazırlıklı olabilmek adına GSS'nin sürekli olarak gözden geçirilmesi ve gerekli adaptasyonların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası; sağlık harcamaları; Temel Teminat Paketi; finansman, sürdürülebilirlik.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF GENERAL HEALTH INSURANCE ON HEALTH SERVICE DELIVERY: AN EVALUATION FROM THE PERSPECTIVE OF THE TURKISH HEALTH SYSTEM

This study aims to assess the effects of the General Health Insurance (GHI) system on health service delivery in Turkey. After the implementation of the GHI in 2008, understanding its effects on the health sector has become an important issue in terms of access to health services, financing, and sustainability. In this study, the effects of the GHI on access to health services are analyzed. With this system, it is aimed to cover especially low-income groups with comprehensive health insurance, to provide access to health services and to ensure positive developments in the health indicators of the society. From a financing perspective, the impact of the GHI on the financing of health expenditures is analyzed. The balance between premium revenues and health expenditures was identified as a critical issue for long-term sustainability and the responsibility of policymakers to maintain this balance was emphasized. Moreover, the Basic Coverage Package introduced by the GHI to health service delivery and the determination of coverage are of strategic importance. It is emphasized that the regulations made on this issue should be developed in a system that will provide a balance in terms of ensuring uninterrupted access to health services and increasing the level of satisfaction of citizens on the one hand, and creating stability in the financing of health services on the other. In other words, the effects of the GHI on the health system are multifaceted and complex. While wider access to health services is an important gain, the sustainability of financing and the need to manage service coverage in a balanced manner are emphasized. Continuous review and adaptation of the GHI is recommended in order to be prepared for future challenges

Keywords: General Health Insurance; health expenditures; Basic Coverage Package; financing; sustainability.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans süreci boyunca her konuda bana yol gösteren, benden desteğini esirgemeyen ve yoğun çalışma temposunda bana sabır gösteren değerli tez danışmanım Sn. Doç. Dr. Hilmiye Yasemin ÖZÜĞÜRLÜ'ya emeği ve ilgisi için teşekkür ederim.

Tez çalışmamın değerlendirme aşamasında kıymetli yorumları ve önerileri için değerli jüri üyelerim Sn. Doç. Dr. Zeynep Ağdemir'e ve Sn. Dr. Öğr. Üyesi Kenan Gözlü'ye teşekkür ederim. Çalışmamı geliştirmeme katkıda bulunan yapıcı eleştirileri için kıymetli hocalarıma minnettarım.

Değerli hocalarımdan bilgi, tecrübe ve yol göstericiliği, tez çalışmamın her aşamasında bana yardımcı oldu.

Çalışma boyunca benden yardımını esirgemeyen, motivasyonumu yüksek tutan arkadaşlarım Lütfi ÇALIK ve Tuğçe GÜLTEKİN'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince maddi ve manevi her konuda destek olan kıymetli aileme ve ablam Filiz AYKAÇ'a sonsuz teşekkür ederim.

Yeliz ÇOTUR

15.04.2024

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları	3
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Özellikleri	5
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması	6
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
2.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	10
2.4. Sağlık Sistemi ve Amaçları	11
2.5. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Sınıflandırılması	14
2.6. Sağlık Hizmeti Finansman Modelleri	15
2.6.1. Beveridge Modeli	16
2.6.2. Bismarck Modeli	17
2.6.3. Özel Sağlık Sigortası Modeli	18
2.6.4. Semashko Modeli	19
2.7. Sağlık hizmetleri finansman modellerinde Dünya Uygulamalarından Örnekler	19
2.7.1. Amerika Birleşik Devletleri	19
2.7.2. Almanya ve Fransa	20
2.7.3. Hollanda	23
2.7.4. Küba	26
2.8. Sağlık Harcamalarının genel eğilimi	27
2.9. Sağlık Harcamalarının Finansmanı	29
2.9.1. Kamu Harcamaları	30
2.9.2. Özel Sağlık Sigortaları:	30
2.9.3. Birey Katılımı:	30
2.9.4. Uluslararası Yardımlar ve Fonlar:	30
2.9.5. Özel Sektör Katkıları:	30
2.10. Sağlık sistemlerinin Covid-19 pandemi sürecinde ülke örnekleri açısından değerlendirilmesi	31
3. SİGORTA KAVRAMI VE SAĞLIK SİGORTASI	37
3.1. Sigorta Kavramı	37
3.1.1. Sigorta Kelimesinin Kökeni	37
3.1.2. Sigortanın Amacı	38
3.1.3. Sigortanın Tarihsel Gelişimi	38
3.1.3.1. Sigortanın Dünyadaki Tarihsel Gelişimi	39
3.1.3.2. Sigortanın Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi	41
3.2. Genel Olarak Sigorta Türleri	43
3.3. Sağlık Sigortaları	44
3.3.1. Sağlık Sigortası Türleri	45
3.3.1.1. Acil Sağlık Sigortaları	45
3.3.1.2. Yabancılar ve Göçmenler İçin Sağlık Sigortaları	46

3.3.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları	47
3.3.3. Seyahat-Sağlık Sigortaları	49
3.3.4. Hastalık Sigortası	49
4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ	51
4.1.1. Sağlık Harcamaları ve Finansman Yapısı	51
4.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı	55
4.2.1. 4.2.1 Sosyal Güvenlik Yapılan Reformlar	56
4.2.2. Türkiye’de Reform Öncesi Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları	58
4.2.3. Türkiye’de Sağlık Reform Süreci	59
4.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	60
4.3. Genel Sağlık Sigortası	62
4.3.1. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi	64
4.3.2. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Sistemi	65
4.3.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Amacı	66
4.3.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Temel Esasları	67
4.3.2.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı	70
4.3.2.4. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Hizmetleri	71
4.4. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanma Sorunları	73
4.4.1. Kapsama Alınan Kişiler Bakımından Yaşanan Sorunlar	75
4.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Bakımından Yaşanan Sorunlar	75
4.4.3. Kapsamdaki Sağlık Hizmetleri Bakımından Yaşanan Sorunlar	76
4.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Bakımından Sorunlar	77
4.4.5. Genel Sağlık Sigortası’nın Avantajları	79
4.4.6. Genel Sağlık Sigortası’nın Dezavantajları	80
4.5. Genel Sağlık Sigorta Sisteminin Sürdürülebilirliği	83
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR	90
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri	16
Tablo 2. Türkiye'de sigorta kollarına göre prim oranları	57
Tablo 3. Genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kişiler	71



ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Dünya sağlık harcamaları	27
Şekil 2. Sağlık harcamaları, 2013-2022	53



KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
COVID-19	Yeni Koronavirüs Hastalığı
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü
EİBKT (OECD)	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı
EYT	Emeklilikte Yaşa Takılanlar
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu
MOSİP	Mali Otomasyon Sistemi İşletim Sendromu
MÖ	Milattan Önce
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
NHS	İngiltere Ulusal Sağlık Servisi
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TİG	Teşhis İlişkili Gruplar
TTK	Türk Ticaret Kanunu
UÇÖ(ILO)	Uluslararası Çalışma Örgütü
yy	Yüzyıl

1. GİRİŞ

Sağlık, bireylerin ve toplumların refahı için temel bir unsur olup etkili sağlık hizmeti sunumu her ülkenin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmasında kritik bir rol oynamaktadır. Türkiye, sağlık sektöründeki çeşitli reformlar ve politika değişiklikleriyle sağlık hizmetlerine erişimi genişletmeyi, kaliteyi artırmayı ve finansal sürdürülebilirliği sağlamayı amaçlayan bir dizi önlem almıştır. Bu kapsamda, 2008 yılında başlatılan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, Türkiye'nin sağlık hizmeti sunumunda önemli bir dönemeçtir (1).

Genel Sağlık Sigortası, Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansmanına yönelik bir paradigma değişimi anlamına gelmektedir ve sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde etkili bir rol oynamıştır. Bu sistem, vatandaşlara yaygın ve adil bir şekilde sağlık hizmetlerine erişim imkânı sunmayı hedeflerken sağlık sektöründe bir dizi dinamizmi de beraberinde getirmiştir. Bu çalışma, Türkiye'nin sağlık sistemi açısından Genel Sağlık Sigortası'nın sağlık hizmeti sunumu üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Sağlık hizmeti sunumu modelleri; karar verme mekanizmaları, finansman kaynakları, hizmet sunum şekli gibi konularda farklılık göstermektedir. Sağlık finansmanı; sağlık hizmetlerinin arz ve talep ilişkisini, sağlık planlamasını, sağlık hizmet sunum biçimlerini, bütçe oluşturma yöntemlerini, sağlık gücü planını ve devletin piyasadaki rolü gibi sağlığın geliştirilmesindeki birçok karmaşık durumu ele almaktadır (1).

Bu karmaşık yapı sağlık sektöründe problemlere sebep olabilmekte bu problemleri çözebilmek adına da politikalar ve hizmet sunum şekilleri geliştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kamu harcamaları, güvenlik kurumları (SSK, Emekli sandığı, BAĞ-KUR), Sağlık Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları ve çalışanların çalıştığı kamu kurumlarınca yapılan ödemelerle oluşturulmaktadır. Diğer taraftan özel harcamalar ise, kişinin şahsi hesaplarından ve özel kuruluşlar tarafından yapılan sigorta programları ile karşılanmaktadır (2). Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansmanında genellikle vergiye dayalı sistemler yer almaktadır.

Çalışmanın temel odak noktası, GSS'nin Türkiye'nin sağlık hizmeti sunum kalitesi, sağlık hizmetlerine erişim, mali sürdürülebilirlik ve vatandaş memnuniyeti gibi kritik faktörler üzerindeki etkilerini sistematik bir şekilde değerlendirmektir. Bu bağlamda, çalışma, GSS'nin sağlık sistemi üzerindeki dönüşümüne yönelik başarıları ve karşılaşılan zorlukları ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Bu değerlendirme, Türkiye'nin sağlık politikalarını daha iyi anlamak, sistemin güçlü yanlarını belirlemek ve gelecekteki politika gelişimine ışık tutmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. GSS sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir işlev görmekle birlikte, GSS'nin bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan finansman sorunlarına çözüm oluşturma potansiyeli tartışmalı bir konu olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında karşılaşılan zorlukları gidermek ve toplumun tümünü sağlık hizmetinden yararlandırmak açısından GSS'nin olumlu ve olumsuz birçok etkisini tespit

etmek mümkündür. Genel Sağlık Sigortası uygulamasının sağlık hizmetleri finansmanında etkililiğini tartışmak, sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan sorunların tespit edilmesi, değerlendirilmesi, uygulamanın etkili kılınması ve diğer finansman yöntemleri ile karşılaştırılarak finansman ve erişim eşitliği sağlayacak seçenekler geliştirmek açısından son derece önemlidir.

Çalışmada GSS'nin Türkiye'deki sağlık hizmet sunumu ve finansman yapısı üzerindeki etkileri, GSS'ye ihtiyaç duyulmasının nedenleri üzerinde durulmuştur. Eksik yönleri incelenerek çözüm önerileri sunulmuştur.



2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları

Sağlık kavramı, toplumların sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal dinamiklerinden etkilenen ve zamanla evrim geçiren bir kavramdır (4). Sağlık, geçmişten günümüze kadar bir dizi tanımlama ve açıklama ile ele alınmış olsa da genel kabul gören tanım genellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. DSÖ, sağlığı "sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunun varlığı" olarak tanımlamaktadır (2). Bu temel tanımın ötesinde, sağlık kavramını farklı bir perspektifle ele almak mümkündür. Sağlık, sadece fiziksel bir durumun ötesinde, bireylerin yaşadığı toplumsal, kültürel ve ekonomik bağlamda da şekillenen bir olgudur. Sağlık, bireyin kendisiyle, çevresiyle ve toplumuyla olan etkileşimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu bağlamda, sağlığı sadece hastalıklardan kaçınma veya fiziksel iyilik olarak değil, aynı zamanda toplumsal ilişkilerdeki denge, psikolojik sağlamlık, kültürel bağlamdaki uyum ve ekonomik refah gibi geniş bir perspektif içinde değerlendirmek önemlidir.

Sağlık kavramı, geniş bir içeriğe sahip olduğu için, hem bireyin kendi deneyimleri hem de bilimsel, objektif ölçütlerle değerlendirilebilen bir olgu olarak ele alınabilir. Sağlığı subjektif ve objektif olarak incelemek, bu kavramın daha kapsamlı ve derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlar.

Sağlığı subjektif olarak değerlendirdiğimizde; bireyin kendi fiziksel, sosyal ve ruhsal durumunu nasıl algıladığı ön plandadır. Bu perspektif; bireyin kendisini iyi hissetme, yaşamdan zevk alma, sosyal ilişkilerde tatmin olma gibi öznelerle ilgili deneyimleri içerir. Ancak subjektif sağlık algısı, bireyin kendini iyi hissetmesinin hasta olmadığı anlamına gelmediği gerçeğiyle karşılaştırılmalıdır. Aynı şekilde, kötü hissetmek de direkt olarak bir hastalık durumu anlamına gelmez. Bu nedenle, subjektif sağlık değerlendirmesi kişisel deneyimlere dayalı olduğu için objektif gerçeklikle örtüşmeyebilir ve yanıltıcı olabilir (5).

Objektif olarak sağlığa bakıldığında ise, bilimsel ve tıbbi ölçütler esas alınır. Bu perspektifte yapılan tanı testlerinin sonuçları, doktor muayenesi ve laboratuvar verileri gibi somut bilgilerle sağlık durumu değerlendirilir. Hastalığın varlığı veya yokluğu nesnel verilere dayanarak belirlenir. Ancak, objektif sağlık değerlendirmesi de bireyin sağlık durumunu tam olarak yansıtmayabilir çünkü bu yaklaşım genellikle biyomedikal faktörlere odaklanırken bireyin yaşadığı çeşitli sosyal, kültürel ve psikolojik etkenleri göz ardı edebilir (6).

Sağlığı etkileyen faktörler arasında genetik, davranışsal ve çevresel faktörler, sağlık hizmetleri gibi temel etkenler bulunmaktadır. Bu faktörler arasındaki etkileşim, bireyin sağlık durumunu etkilerken, toplumsal sağlığı etkileyen faktörler arasında nüfus, ekolojik denge, ruh sağlığı, kültürel sistemler ve doğal kaynaklar; duygusal, ruhsal ve fiziksel çevre gibi unsurlar da yer al-

maktadır. Bu bağlamda, sağlığın hem bireysel hem de toplumsal bir olgu olarak ele alınması, subjektif ve objektif değerlendirmelerin birbirini tamamlayıcı nitelikte olduğunu anlamamıza olanak tanır (5).

Sağlık, insanlığın varoluşundan bu yana en temel önceliği olmuştur. İnsanoğlunun yaşam mücadelesindeki ilk hedefi hayatta kalmak ardından hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı, bu gerçeği yansıtarak sağlığı bir ihtiyaç olarak vurgulamıştır. Sağlık, hayatta kalabilmenin en temel gereksinimidir ve insanın bu ihtiyacı karşılandığında diğer hedeflere odaklanabilmesinin kapısını aralar (5).

Sağlığın algılanışı, bireyden bireye değişebilmektedir. Birçoğumuz sağlığın değerini sağlığını kaybetme riski ortaya çıktığında fark ederiz. Sağlık, genellikle kaybedildiğinde anlaşılan bir değerdir. Sağlık personeli, hastalığı genellikle insanın değerlerinde negatif yönde bir bozulma olarak tanımlar. Çünkü hastalık, insanın günlük yaşamını etkileyebilecek bir kısıtlamaya dönüşebilmektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın tanımında sadece fiziksel bir durumu değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal boyutları da vurgular. Bu bağlamda sağlık, bireyin ruhsal, sosyal ve bedensel olarak en iyi durumda olma hali olarak tanımlanır. Ruhsal ve sosyal iyi olma, sadece bireyin kendini iyi hissetmesi değil, aynı zamanda sosyal ilişkilerde memnuniyetle yaşamasını da içerir. Bu şekilde bir memnuniyet hissi, bireyin ruhsal ve sosyal sağlığını olumlu yönde etkileyerek genel yaşam kalitesini artırır (5).

Sağlığın sadece bir fiziksel durumdan ibaret olmadığını, aynı zamanda ruhsal ve sosyal bir dengeyi de içerdiğini anlamak, bireyin sağlık algısını daha geniş bir perspektife oturtmamıza yardımcı olur. Bu perspektif, sağlığın sadece hastalık olmaması, aynı zamanda bireyin tam bir iyilik hali olarak tanımlanması gerektiğini vurgular (8).

Sağlık sektörü, sağlıkla ilgili talepleri karşılamak üzere çeşitli mal ve hizmetler sunan kurum ve kuruluşların oluşturduğu geniş bir yapıdır. Bu sektör sadece hastaların tedavisi değil, aynı zamanda hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve iyileştirme amacı güden geniş bir yelpazede hizmet sunmaktadır. İnsanların sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olan sağlık hizmetlerinin kapsamı, önleyici tedbirlerden başlayarak, tedavi süreçlerini ve rehabilitasyonu içermektedir. Bu süreçler, hataların en aza indirilmesi, hastalıkların etkili bir şekilde tedavi edilmesi ve iyileşme sürecinde bireylerin en iyi durumda olmalarını sağlamak amacıyla planlanır. Ayrıca, sağlık hizmetleri sırasında ihtiyaç duyulan tüm araç-gereçlerin temini de bu kapsamda değerlendirilir. Bu sektör, sağlığı sadece bir hastalık durumu olarak ele almaz; aynı zamanda bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri için gerekli olan bilgi, danışmanlık, eğitim gibi önleyici hizmetleri de içerir. Sağlık sektörü, toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmeyi, sağlık hizmetlerini erişilebilir kılmayı ve kaliteli bir sağlık bakımı sunmayı amaçlar (8).

Sağlık hizmetleri kavramı, sağlıkla ilgili her aşamada rol oynayan ve geniş bir yelpazede faaliyet gösteren çeşitli aktörleri içerir. Bu aktörler arasında, sağlık için gerekli araç ve gereçleri üretenlerden, hizmetleri planlayanlara, uygulayanlara ve denetleyenlere kadar çeşitli görevler ve sorumluluklar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kapsamı, sağlık ekosisteminde yer alan farklı unsurların bir araya gelerek toplumun sağlığını desteklemeyi amaçlar. Bu kapsamda, sağlık hizmetleri sunanların yanı sıra sağlık sektöründe yer alan tedarikçiler, sağlık politikalarını planlayan ve yöneten kurumlar, sağlık hizmetlerinin uygulanmasını denetleyen birimler gibi birçok farklı paydaş bulunmaktadır. Bu çeşitlilik, sağlık hizmetlerinin multidisipliner bir alan olmasını sağlar ve bireyin sağlık deneyimini etkileyen bir dizi faktörü içerir. Sağlık hizmetlerini sürdürülebilir ve etkili kılmak, sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olanlarla, sağlık politikalarını belirleyenler arasında etkili iletişim ve iş birliğini gerektirir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin uygulanması sırasında kalite kontrol, hasta güvenliği ve etik standartların takibi gibi konular da önemli bir yer tutar (9).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Özellikleri

Sağlık hizmetinin temel hedefi; toplumun sağlığını sürdürmek, hastalıklardan korunmak, hastaları etkili bir şekilde tedavi etmek ve bireylerin bağımsız bir yaşam sürmelerini desteklemektir. Bu amaçlar; sağlık yapısını koruma, sağlık kalitesini artırma, hastalıklardan korunma ve tedavi süreçlerini etkin bir şekilde yönetme gibi kapsamlı hedefleri içerir. Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlık durumlarını yönetmelerine ve iyileştirmelerine yardımcı olmak amacıyla çeşitli önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Bu kapsamda, toplumun genel sağlık yapısını güçlendirmek ve bireylerin yaşam kalitesini artırmak için önleyici tedbirler alınır. Ayrıca, hastalıkların erken teşhis ve tedavisiyle etkili sağlık hizmeti sunumu sağlanır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri bireylere sadece hastalıkları tedavi etmekle kalmaz, aynı zamanda sağlıklı bir yaşam tarzını destekler ve toplumun genel refahını artırmayı hedefler. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkabilmelerini sağlayarak, bağımsız ve sağlıklı bir şekilde yaşamalarını desteklemektir (10).

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun anahtarı, sağlığı bozulan bireylerin hızlı, kolay ve etkili bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamaktır. Bu, tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde kaliteli, eksiksiz ve zamanında hizmetin temin edilmesini gerektirir. Sağlık profesyonellerinin, tıbbi etik ilkelerine uygun tutum ve davranışlar sergileyerek hastalarına karşı nazik, güler yüzlü, sabırlı ve anlayışlı olmaları da kaliteli sağlık hizmeti sunumunda kritik bir rol oynar (11).

Eşit koşullarda sağlık hizmeti sunulması, koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıklardan önce önleyici tedbirler alınması, hastalıkların erken tespiti ve uygun tedavi yöntemlerinin kulla-

nılması, toplumda sağlık bilincinin artırılması; sağlık hizmetlerinin standartlarını yükseltme yolunda önemli adımlardır. Bu sayede, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması, toplumda sağlık bilincinin artırılması ve olası tehlikelerin önceden önlenmesi mümkün olabilir (12).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireylerin sağlığını iyileştirmek ve korumak, toplumda sağlık bilincini artırmak, olası riskleri önceden engellemek, hasta ve sakat bireylerin sosyal hayata uyumlarını sağlamaktır. Bu, sadece hastalıkların tedavisi üzerine odaklanan bir yaklaşım değil, aynı zamanda bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını sürdürmelerini teşvik eden, toplumda sağlık bilincini yükselten bütünlüklü bir stratejiyi içerir (13).

Sağlık hizmetleri, diğer sektörlerden ayrılan karmaşık bir içeriğe ve yapıya sahiptir. Sağlık süreçleri genellikle çok sayıda değişken ve etmen içerir, bu da çıktıların tanımlanmasını ve değerlendirilmesini daha zor hale getirir. Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşamları üzerinde doğrudan etkiler yapabilecek ve genellikle beklenmeyen durumları içeren bir dizi değişkeni yönetme ihtiyacı nedeni ile karmaşık yapısal özellikler taşır (14).

Acil durumlar sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır, genellikle anında ve ertelenemez bir şekilde ele alınmalıdır. Bu durumlar, sağlık profesyonellerinden hızlı ve etkili kararlar almayı gerektirir, çünkü her an önemli bir hayati müdahale gerekebilir (12).

Sağlık hizmetleri, yüksek uzmanlık düzeyini gerektirir. Sağlık profesyonelleri, genellikle uzun yıllar süren eğitim ve deneyime sahip olmalıdır. Bu uzmanlık düzeyi, karmaşık sağlık durumlarını değerlendirmek, doğru tanı koymak ve etkili tedavi planları geliştirmek için gereklidir. Ayrıca, sağlık hizmetleri, emeği yoğun soyut hizmetleri içerir. Bu, sağlık profesyonellerinin sıkça duygusal açıdan yoğun durumlarla başa çıkma, hastalarla etkileşim kurma ve insan sağlığına duyarlılık gösterme becerilerini içerir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunanlar ile alanlar arasında bir güven ve bağımlılık ilişkisi vardır (15).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması

Sağlık hizmetleri, genellikle koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlı olarak üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Bu sınıflandırma, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasında önemli bir rol oynamaktadır. Her bir grubun kendine özgü amaçları, hizmet sunum yöntemleri ve gereksinimleri vardır. Bu hizmetler aşağıdaki şekillerde ifade edilebilir (16).

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumların sağlıklarını koruma, hastalıkları önleme ve salgın hastalıkların yayılmasını engelleme amacı taşıyan bir sağlık hizmeti türüdür. Bu hizmet, bireylerin gelir düzeyinden bağımsız olarak herkesin eşit bir şekilde faydalanmasını sağlar ve genellikle devlet tarafından sunulur. Devlet, sağlık hizmetlerini bireylere yeterli, eşit ve hızlı bir şekilde ulaştırarak toplum sağlığını korur. Koruyucu sağlık hizmetleri, özellikle bulaşıcı hastalıklara karşı toplumları korur. Bu hizmetlerin önemi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engelleyerek can

kaybını, üretim ve verim kaybını, maliyetleri azaltmayı ve hastanelere olan yığılmaları önceden önlemeyi içerir. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi önerilir. Koruma, tedaviden daha etkili ve düşük maliyetlidir, bu gerçeğin unutulmaması önemlidir. Bu hizmetler, birey ve çevre odaklı koruyucu hizmetlere ayrılır. Bu, hem bireylerin sağlıklarını korumayı hem de toplum genelinde salgın hastalıkları önlemeyi hedefler (17).

Bireysel koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen, bireyin özgün sağlık ihtiyaçlarına odaklanan bir dizi hizmeti içerir. Bu hizmetler, ilaç kullanımıyla koruma, bağışıklama, erken tanı yöntemleri, kişisel hijyen uygulamaları, sağlıklı beslenme alışkanlıkları oluşturma, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması konularını içerir. Sağlık meslek üyeleri, bireylere sağlık konularında rehberlik ederek, koruyucu önlemler olarak ve sağlık eğitimi vererek bireylerin sağlıklarını destekler. Bu hizmetler, bireylerin sağlıklı yaşam tarzları benimsemelerini teşvik eder, hastalıkların erken teşhisini sağlar ve genel olarak bireylerin sağlık bilincini artırır. Ayrıca, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele edilmesi ve bireylere özgü sağlık ihtiyaçlarına yönelik tedbirlerin alınması, bireyin yaşam kalitesini artırmayı ve uzun vadeli sağlık sorunlarını önlemeyi amaçlar (18). Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıda açıklanmıştır.

Bağışıklama: Bireyin bir hastalığa karşı direncini artırmak amacıyla aşılama yoluyla yapılan bir koruma sürecidir. Aşılar sayesinde vücut, doğal savunma sistemleriyle işbirliği yaparak enfeksiyonlara karşı direncini güçlendirir ve bireylerin hastalıklara yakalanma riskini azaltır (4).

Erken Tanı: Hastalıkların erken dönemde teşhis edilmesi, tedavilerin başarılı, kolay ve düşük maliyetle olmasını sağlar. Kanseri, işitme kaybı, tüberküloz, diyabet ve böbrek hastalıkları gibi hastalıkların belirtileri henüz ortaya çıkmamışken erken tanı, tedavi başarısını artırır (7).

İlaçla Koruma: Aşı olmayan hastalıklar için ilaç tedavisi uygulanarak hastalıklardan korunma sağlanır (7).

Kişisel Hijyen: Sağlıklı çevre ortamlarının korunmasının önemi göz önüne alındığında, kişisel hijyen ve sağlık eğitimleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Bu hizmetler, aileden ve okullardan edinilen kişisel hijyen alışkanlıklarını içerir (4).

Beslenme: Düzensiz ve yetersiz beslenme, birçok hastalığın temel nedenidir. Sağlıklı beslenme, vücut direncini güçlü tutmak için önemlidir (4).

Sağlık Eğitimi: Sağlıklı yaşam için bireylerin bilinçlenmesini ve sağlık davranışlarını değiştirmelerini sağlamak amacıyla verilen eğitimlerdir. Geleneksel yüz yüze eğitimlerin yanı sıra, teknolojinin gelişimiyle birlikte web ortamında da sunulabilir (19).

Aile Planlaması: Eşlerin çocuk sayısını, doğum zamanını ve aralıklarını planlamalarına yardımcı olmak için verilen danışmanlık ve hizmetleri içerir (20).

Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar: Alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklardan uzak durma önemlidir, çünkü bu alışkanlıklar bireyin sağlığını ciddi şekilde tehdit edebilir (21).

Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Biyolojik, fizyolojik ve sosyal çevrenin hastalıklara karşı direnci etkileyen bir unsurdur. Sağlıklı bir bireyin sağlıklı bir ortamda bulunması, hastalık riskini artırabilir. Bu nedenle, her yaş ve meslek grubundaki bireylere çevre bilincini artırmaya yönelik eğitimler verilmelidir (22).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevresel faktörlere yönelik çeşitli önlemleri içerir ve bu önlemler, genel sağlığın korunması ve iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilir. Bu önlemler arasında hava ve çevre kirliliğinin azaltılması, temiz içme suyu temini, gıda kontrolü ve besin güvenliği, atık yönetimi, haşere kontrolü, iş sağlığı ve güvenliği, su güvenliği, konut sağlığı, radyasyon ve gürültü ile mücadele gibi alanlar bulunmaktadır. Bu faktörler, sağlıklı bir çevre oluşturarak bireylerin ve toplumun genel sağlığını koruma amacını taşır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sadece sağlık profesyonellerinin değil, aynı zamanda çeşitli sektörlerin işbirliği içinde çalışmasını gerektirir. Sağlık hizmeti sunucuları, çevresel sağlık risklerini azaltmaya yönelik diğer sektörlerle danışmanlık, denetim ve rehberlik yapar. Bu, çevresel faktörlerin kontrolüne dair etkili stratejilerin belirlenmesine ve uygulanmasına katkıda bulunur. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilmesi, genel sağlık düzeyini artırma ve hastalıkları önleme konusunda önemli bir adım olarak değerlendirilmelidir (23).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık bütünlüğü zarar gören bireylere yönelik bir hizmet kategorisini temsil eder. Bu hizmet türü hasta olan bireylere çeşitli muayene, tedavi ve tetkikleri içeren bir dizi hizmeti içerir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden sonra gelir ve hastalıkların tedavisi ve yönetimi odaklıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak, tedavi edici sağlık hizmetleri genellikle daha yüksek maliyetlidir. Bu hizmetler, genellikle nitelikli personel, ileri düzey ekipman ve çeşitli tıbbi müdahaleleri içerir. Hasta bireylerin tedavileri, ayaktan, gününbirlik veya yatışlı olarak sağlanabilir. Devlete ait sağlık kuruluşları, özel sektör, belediyeler ve vakıflar gibi çeşitli kurumlar tarafından sunulur (24).

Sağlık Bakanlığı, ekonomik durumu kötü olan ve sosyal güvencesi olmayan bireylere ücretsiz tedavi hizmeti sunarak sosyal devletin sorumluluğunu yerine getirir. Bu şekilde, tedavi edici sağlık hizmetleri, hastaların sağlık sorunlarını ele almak, tedavi etmek ve yönetmek amacıyla geniş bir sağlık hizmetleri ağı içinde sunulur (25).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin ortalama ömrünü uzatmanın yanı sıra ek olarak verimliliği artırarak milli gelirin artmasına da katkı sağlar. Bu hizmetler, genellikle hekimin liderliğinde ve diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla gerçekleştirilir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması, hastalıkların erken teşhis ve tedavisine olanak tanır, bu da hastaların iş gücüne daha hızlı ve sağlıklı bir şekilde geri dönmelerini sağlar. Böylece, iş gücündeki bireylerin üretkenlik seviyeleri korunur ve artırılır. Aynı zamanda, sağlıklı bireyler daha az hastalık izni kullanarak iş gücüne sürekli katılım gösterirler. Bu döngü, genel ekonomik büyümeye ve refah düzeyinin artmasına katkı sağlar. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, toplumun genel sağlık düzeyini yükseltirken, ekonomik kalkınmayı da destekler. Bu nedenle, tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde büyük önem taşır

Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle üç basamakta ele alınır:

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Hastaneye yatış gerektirmeyen ve genellikle evde veya ayakta tedavi edilen hastalara sunulan sağlık hizmetleridir. Bu tür sağlık kuruluşları, yataklı tedavi kurumları olmamakla birlikte, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, aile hekimleri, verem savaş dispanserleri, özel poliklinikler ve muayenahaneler gibi yerlerde hizmet verir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, erişimi en kolay ve maliyeti en düşük sağlık hizmetleridir (25).

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Birinci basamakta tedavi edilemeyecek durumdaki hastalara yönelik olarak, hastaneye yatış sağlanarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği, yataklı tedavi kurumlarının sunduğu hizmetleri içerir. Bu aşamada hastalar, uzman kişiler tarafından tedavi edilir.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Bu basamak, yüksek teknoloji kullanılarak, bilgi gerektiren tedavi hizmetlerini sağlayan sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetleri ifade eder. Meslek hastalıkları hastaneleri, onkoloji merkezleri, kalp cerrahisi, ruh hastalıkları hastaneleri, jinekoloji, doğum hastanesi ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini içerir (18).

Bu basamaklar arasındaki ayrım, hastanın ihtiyaçlarına ve sağlık durumuna bağlı olarak belirlenir. Birinci basamak, genel sağlık hizmetlerine odaklanırken, ikinci ve üçüncü basamaklar daha özelleşmiş ve yoğun bakım gerektiren durumlar için hizmet sunar (18).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, maliyet açısından birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleriyle kıyaslandığında genellikle daha yüksek maliyetlidir. Bu durum, üçüncü basamak hizmetlerinin ileri teknolojiye dayanması ve uzman sağlık çalışanlarının bu hizmetleri sunması gerekliliğinden kaynaklanır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin maliyetini artıran faktörler şunlardır (18):

İleri Teknoloji Gereksinimi: Üçüncü basamak hizmetleri, genellikle daha karmaşık ve ileri teknoloji gerektiren tıbbi müdahaleleri içerir. Bu nedenle, bu teknolojilere erişim ve bunların sürdürülmesi maliyeti artırır.

Uzman Sağlık Çalışanları: Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, uzmanlık ve yüksek yetkinlik gerektiren alanlarda çalışan uzman sağlık profesyonellerini içerir. Bu profesyonellerin yüksek nitelikleri ve uzmanlıkları maliyetleri artırır.

Düşük Yaygınlık: Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri genellikle daha yaygın ve sık kullanılırken, üçüncü basamak hizmetleri daha spesifik durumlar için tasarlanmıştır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri basamak sistemi, hastalanan bireylerin genellikle acil durumlar haricinde ilk başvuracakları yerin birinci basamak sağlık kuruluşları olduğunu ve burada gerekli tanı ve tedavinin başlatılacağını öngörür. Ancak, birinci basamak sağlık kuruluşlarının imkanlarının yetersiz olduğu durumlarda, hasta ihtiyacı olan sağlık hizmetini almak için bir üst basamağa sevk edilebilir. Bu durumun önemli bir sonucu, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir filtre görevi görmesi ve hastaların acil olmayan durumlarda doğrudan birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını özendirme amacını taşımasıdır. Acil olmayan durumlar için bu basamak sistemini kullanmak, daha etkin ve ekonomik bir sağlık hizmeti sunma amacını gütmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvurularda, genellikle genel muayene, temel tedaviler ve basit tanı işlemleri gerçekleştirilir. Ancak, hastanın durumu daha karmaşık veya özel bir uzmanlık gerektiriyorsa, hasta üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edilebilir. Bu şekilde, hastanın ihtiyaç duyduğu daha spesifik ve karmaşık sağlık hizmetleri, üst basamaklardaki uzmanlar tarafından sağlanabilir (23).

2.3.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri, kaza, hastalık veya ruhsal bozukluklar sonucu sakatlanan veya iş gücü kaybı yaşayan bireylerin günlük yaşama ve topluma uyumlarını artırmak amacıyla sunulan bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet, bireylerin bağımsızlıklarını kazanmalarını ve başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini hedefler (22).

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri genellikle şu durumları kapsar (24).

Fiziksel Rehabilitasyon: Kas ve iskelet sistemi sorunları, felç, amputasyon, spinal kord yaralanmaları gibi durumların ardından kişinin fiziksel fonksiyonlarını yeniden kazanmasını sağlayan terapileri içerir.

Mesleki Rehabilitasyon: İş gücü kaybına uğrayan bireylerin mesleklerine geri dönüşlerini kolaylaştırmak amacıyla yapılan eğitim ve terapi programlarını içerir.

Psikososyal Rehabilitasyon: Ruhsal bozukluklar veya travmatik olayların ardından bireylerin topluma uyumlarını sağlamak, sosyal becerilerini geliştirmek ve duygusal iyilik

hallerini desteklemek için psikoterapi ve destek grupları gibi hizmetleri içerir. Toplum Tabanlı Rehabilitasyon: Bireylerin topluma entegrasyonunu desteklemek amacıyla evde veya toplumda sunulan hizmetleri kapsar. Hasta Eğitimi: Bireylere kendi sağlıklarını yönetme konusunda bilgi verilmesi ve becerilerinin artırılması için yapılan eğitimleri içerir.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini artırmak, bağımsızlıklarını desteklemek ve topluma etkili bir şekilde entegre olmalarını sağlamak amacıyla çok disiplinli bir yaklaşım benimser (4).

2.4. Sağlık Sistemi ve Amaçları

Sağlık, insan hayatının devamı ve bireylerin kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, sağlık kavramı, sağlık sistemleri ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlı bir bütünlük oluşturur. Çünkü sağlık içinde bulunduğu sistemle birlikte düşünüldüğünde, bireylere sunulan hizmetlerin karmaşıklığını ve bu hizmetlerin toplumun genel sağlığına etkilerini içerir (26).

Sağlık sistemleri, karmaşık yapıları nedeniyle çeşitli unsurları içerir ve bu sistemler, insan odaklı oldukları için sosyal sistemler kategorisine girer. Sağlık hizmetlerinin, bireylere ne zaman ve nasıl sunulacağını belirlemek zordur, çünkü sağlık durumları önceden kestirilemeyen faktörlere bağlıdır. Bu durum, sağlık sistemini sınırlamayı oldukça zor bir süreç haline getirir. Bu bağlamda, sağlık kavramı, sadece bireyin fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda bu sağlığın korunmasında ve iyileştirilmesinde rol oynayan karmaşık ve etkileşimli bir sistemle birlikte düşünülmelidir. Bu, sağlık hizmetlerinin sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığına yönelik kapsamlı bir perspektif içinde ele alınması gerektiğini vurgular (27).

Santerne ve Neun'a göre, sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin üretilmesi, tüketilmesi ve dağıtılması süreçlerini kapsayan bir dizi örgütsel anlaşma ve süreçlerden oluşur. Bu sistem, toplumun sağlık hizmetleri konusundaki tercihlerini yansıtan bir bütün olarak tanımlanmıştır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, sağlık sistemi, toplumun sağlık hizmetlerine dair tercihlerini ve bu hizmetlerin nasıl üretileceği, tüketileceği ve dağıtılacağına dair organizasyonel anlaşmalarını içeren bir bütündür (26).

Sağlık sisteminin yapısı onun amaç ve değerlerinden kaçınılmaz olarak etkilenir. Belek'in Kleczkoski BM ve arkadaşlarından aktarımı ile, bir sağlık sistemi birbiri ile ilişkili beş temel bileşenden oluşmaktadır. Söz konusu bileşenler; sağlık kaynaklarının geliştirilmesi, kaynakların organize biçimde düzenlenmesi, sağlık hizmeti üretimi, ekonomik destek ve yönetim olarak özetlenmektedir. Sağlık sisteminin işleyiş sürecinde başlangıç noktasını kaynak yaratmak oluşturmaktadır. Sağlık sistemi için kullanılacak olan kaynaklar hükümetler ve sigorta kurumları

tarafından organize edilmektedir. Sonraki aşamayı kaynakların sağlık hizmeti üretimi için kullanılması oluşturmaktadır (28).

Roemer'in belirttiği sağlık sistemi özelliklerine değinmek önem taşımaktadır. Sağlık sistemleri; kapsayıcı, yüksek toplumsal fayda sağlama, önleyici, entegrasyon, koordinasyon, kolay erişim, rasyonalizasyon, ulaşım ve iletişim, bilgi yönetimi, eğitim ve araştırma, finansman özelliklerini taşımalıdır. Bu özellikler, sağlık sistemlerinin etkili, kapsayıcı ve sürdürülebilir bir şekilde işlemesi için gereken temel unsurları ifade etmektedir. Sağlık sistemlerinin sorumlulukları yalnızca insanların sağlığını iyileştirmekle sınırlı değildir; aynı zamanda onları hastalıkların mali bedeline karşı koruma ve onlara onurlu bir şekilde davranma yükümlülüğü de içerir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda, sağlık sistemlerinin performansını incelemiş ve bu performansın değerlendirilmesi için yeni kriterler belirlemiştir. Bu raporda, sağlık sistemlerinin yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumunda değil, aynı zamanda finansal yükümlülüklerin adil bir şekilde dağıtılması ve halkın sağlık sisteminden memnuniyetinin artırılması konularında da etkin olmaları gerektiği vurgulanmıştır (47).

DSÖ'nün bu raporu, sağlık sistemlerinin finansmanında sürdürülebilirliğin ve eşitliğin sağlanması gerektiğini, bu amaçla hem devlet hem de özel sektör tarafından çeşitli finansman modellerinin kullanılması gerektiğini ortaya koymuştur. Sağlık harcamalarının yönetimi, global bütçe yönetimi, finansal standart düzenlemeleri ve risk yönetimi gibi konular da raporda ele alınmıştır. Bu yaklaşımlar, sağlık sistemlerinin performansını artırmaya yönelik stratejik adımların atılmasına ve sağlık hizmetlerinin finansmanının daha verimli hale getirilmesine katkıda bulunmuştur (108).

Hizmet ettikleri nüfusun sağlığını iyileştirmek: Sağlık sistemleri, hizmet verdikleri toplumun sağlık durumunu geliştirmek amacıyla çeşitli sağlık hizmetleri sunar.

İnsanların beklentilerine yanıt vermek: Sağlık sistemleri, bireylerin sağlık beklentilerine uygun hizmetleri sunarak toplumun ihtiyaçlarına yanıt verir.

Hastalık maliyetlerine karşı mali koruma sağlamak: Sağlık sistemleri, bireyleri hastalıkların mali yükünden korumak amacıyla uygun finansal mekanizmaları içermelidir.

Sağlık sistemi ve amacı Feo tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: Sağlık sistemi, bir toplumda sağlık talep eden bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere oluşturulan programlar ve faaliyetler bütünüdür. Bu, toplumun genel sağlığını korumayı, hastalıkları önlemeyi, teşhis ve tedavi hizmetleri sağlamayı içerir. Sağlık sistemi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmayı, sağlık sorunlarıyla mücadele etmeyi ve toplumun genel refahını artırmayı hedefler. Feo sağlık sistemini aşağıda belirtildiği hususlara dikkat çekerek açıklamıştır (29):

Sağlık Hizmetlerine Erişim: Sağlık sistemi, toplumda ayrım gözetmeksizin her bireyin istediği zaman ve yerde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamalıdır. Bu, eşitlik ilkesine dayanır ve sağlık hizmetlerinin herkes tarafından erişilebilir olmasını amaçlar.

Toplum Katılımı: Sağlık sistemleri, hastayı odak noktasına alarak, bireylerin tedavi süreçlerine aktif bir şekilde katılmalarını amaçlar. Bu, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında toplumun görüşlerine ve ihtiyaçlarına değer verilmesini içerir.

Sürdürülebilirlik: Sağlık sistemlerinin, minimum kaynak kullanımıyla uzun süre faaliyet gösterebilme kapasitesi olarak tanımlanan sürdürülebilirlik, ekonomik ve kaynak yönetimi açısından önemlidir.

İnovasyon: Toplumun refahını artırmaya yönelik bilimsel araştırma faaliyetlerini içeren inovasyon, sağlık sistemlerinin sürekli olarak güncellenmesini ve iyileştirilmesini hedefler.

Sağlık sistemlerinin amaçları, Murray ve Frenk'in matrisinde belirtilen sağlık, duyarlılık ve finansal adalet kavramları etrafında odaklanmıştır. Bu üç iç hedef, tüm ülkeler tarafından düzenli olarak izlenmeli ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından desteklenen sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek için temel bir çerçeve oluşturmalıdır. Bu bağlamda, hedeflere ulaşma ölçümünü operasyonel hale getirme çalışmaları, sağlık sistemlerinin performansını ve kaynak kullanımını değerlendirmek amacıyla sağlık, duyarlılık ve finansal adalet kavramlarını ölçmenin yanı sıra bu hedeflere ulaşmayı kaynak kullanımıyla ilişkilendirmeye odaklanmıştır (30).

Bununla birlikte sağlık sistemini etkileyen üç temel unsurdan bahsetmek mümkündür. Bunlardan ilki sağlığa verilen toplumsal önemdir. Toplumsal olarak sağlığa yüksek düzeyde önem verilmesi, finansal ve organizasyonel sorumlulukların devlet ve kamu kurumları tarafından üstlenilmesi ve sağlık hizmetlerinin toplumsal ihtiyaçlar doğrultusunda örgütlenmesini ifade etmektedir. Orta derecede toplumsal önemin ortaya çıkmasının temel göstergesi ise devletin, kamu kurumlarının ve bireylerin sigorta şirketleri aracılığı ile sorumlulukları paylaşmasıdır. Düşük düzeyde toplumsal önemin belirtisi sorumlulukların tamamen bireysel bir yükümlülük olarak kendini göstermesidir. Sağlık sistemini etkileyen ikinci unsur bireyselliğe karşı toplumsallıktır. Toplumsallık durumunda sağlık sistemi bütün topluma sağlık hizmeti sunma sorumluluğunu üstlenmiştir. Sağlık sistemini etkileyen üçüncü unsur sağlık hizmetlerinin dağıtım sorumluluğudur. Sağlık sisteminin dağıtım sorumluluğu sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının yaratılıp yaratılmadığı ile ilişkilendirilmektedir. Bu çerçevede bireyler gerek parasal gerekse ulaşım engeli ile karşılaşmaksızın sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları anda ve ihtiyaç duydukları kadar erişim olanağına sahip ise sağlık sisteminin dağıtım sorumluluğunun varlığından söz edilmektedir (28).

2.5. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları ve Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını sağlamak için finansman yöntemleri büyük önem taşır. Bu finansman yöntemleri, üç temel bileşene dayanır: gelir toplama, fonların havuzlanması ve satın alma. Gelir toplama aşamasında, cepten ödemeler, gönüllü ve zorunlu sigortalar, genel ve özel amaçlı vergiler ve bağışlar gibi çeşitli kaynaklardan fon sağlanır. Bu fonlar, sağlık hizmetleri sağlayıcılarına ödemelerin yapılabilmesi için bir havuzda toplanır. Bu yöntem, sağlık hizmetlerinin finansmanının adil ve sürdürülebilir olmasını hedefler (26).

Temelde iki ana model bulunur: Bismarck ve Beveridge modelleri. Bismarck Modeli, işçilere yönelik sosyal sigortalar temelinde Almanya'da geliştirilmiş olup, çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından finanse edilen bir sistemdir. Beveridge Modeli ise İngiltere'de Ulusal Sağlık Sistemi olarak bilinir ve vergiler aracılığıyla finanse edilen bir yapıya sahiptir. Bu modellerin dışında, gelişmekte olan ülkelerde çoğunlukla parçalanmış risk havuzu düzenlemeleri bulunur ve bu ülkeler finansal koruma sağlamak için risk havuzlamasına katılımı arttırmayı amaçlar. Türkiye'de ise sağlık harcamaları merkezi yönetim bütçesi dahilinde olup, teşhis, tedavi, tıbbi malzeme ve ilaç maliyetlerini kapsar (46).

Hoare ve Mills'e göre ise sağlık ile ilgili olarak ortaya konulması gereken finans modelinin belirleyici olabilmesi adına bazı faktörler önem arz etmektedir. Bu faktörler şu şekilde sıralanmaktadır (2):

Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Kişi başına düşen milli gelir, bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesinin en önemli göstergelerinden biridir.

Mali Kapasite: Mali kapasite, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir ve ülkelerin sağlık harcamalarına ayırabilecekleri bütçeyi belirler.

Uygulanabilirlik: Seçilen finansal modelin, yönetim süreçleri ve hizmet talebi üzerindeki etkileri farklılık gösterir. Modelin, toplum tarafından benimsenip kullanılabilir olması, uygulanabilirlik açısından önemlidir.

Verimlilik: Yönetmelik harcamaların toplam harcamalar içindeki yüksek oranı, modelin verimliliğini gözden geçirmeyi gerektirir.

Hakkaniyet: Sağlık hizmetlerinin finansman modeli belirlenirken, ödeme yükünün hangi kesime düştüğünün adil bir şekilde incelenmesi gerekir.

Talep ve Tüketici Davranışı: Finansman modeli seçilirken, gereksiz talep veya arz yaratılmaması önemlidir. Modelin, hizmet talep edenlerin aşırı taleplerde bulunmasına veya hizmet sunanların gereğinden fazla hizmet sunmasına neden olmaması gerekir.

Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı: Hizmet sunan kurum veya kişiler, geri ödeme yöntemlerine bağlı olarak hizmeti daha az veya daha fazla sunma eğiliminde olabilirler.

Sağlık finansmanında kullanılan bu iki temel yöntem, farklı finansman modelleriyle desteklenebilir. Bireylerin doğrudan cebinden ödeme yapması yöntemi genellikle düşük gelirli ülkelerde veya özel sağlık hizmetlerinde yaygındır. Öte yandan, sigorta veya devlet desteği modeli ise daha gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerde tercih edilir. Bu model, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası veya ulusal sağlık hizmetleri gibi çeşitli finansman modellerini içerir. Örneğin, Almanya'da sosyal sağlık sigortası sistemi varken, Birleşik Krallık'ta ulusal sağlık hizmetleri modeli uygulanmaktadır. Bu modeller, finansman yöntemleri ile entegre edilerek, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği artırılabilir.

2.6. Sağlık Hizmeti Finansman Modelleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sistemlerinin etkin ve sürdürülebilir bir şekilde işlemesi için kritik bir rol oynar. Farklı ülkeler ve sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitli modeller kullanır. Her ülkenin sosyoekonomik yapısına ve sağlık politikalarına göre farklılık gösterebilir. Bu modellerin etkin ve sürdürülebilir bir şekilde uygulanabilmesi için ülke düzeyinde sağlık politikalarının ve finansman stratejilerinin dikkatle planlanması gerekmektedir.

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri

	BEVERIDGE MODELİ	BİSMARCK MODELİ	ÖZEL SİGORTA	SEMASHKO MODELİ
ÖRNEK	Ulusal Sağlık Hizmeti- İngiltere	Sosyal Sağlık Sigortası- Almanya	Birleşik Amerika	Kapsayıcı -Küba
KARAR VERME MEKANİZMASI	Devlet tarafından karar verme ve kamusal yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri Tarafından karar verme ve yönetimi	Özel girişimcilik ilkeleri- Özel sağlık sistemine dayalı yönetim.	Devlet tarafından - Devlet yönetimi
KAYNAKLAR	Vergiler	Çalışanların ve iş verenlerin katkıları	Özel finansman	Devlet Finansmanı
SAGLIK HİZMET SUNUCULARI	Kamu	Kamu/ özel	Özel	Devlet

Kaynak: Tatar, M. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri, Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi s:1, s: 103-130.

2.6.1. Beveridge Modeli

Beveridge Modeli, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuyla ilgili bir modeldir ve adını İngiliz ekonomist ve sosyal reformcu Sir William Beveridge'den alır. Beveridge Modeli, genellikle "ulusal sağlık hizmeti" olarak bilinen bir sağlık sistemiyle ilişkilidir. Bu model, devletin sağlık hizmetlerini geniş bir şekilde finanse etmesini ve sağlık hizmetlerini vatandaşlara geniş bir şekilde sunmasını öngörür.

Beveridge Modelinin temel özellikleri şunlardır (29, 48):

Ücretsiz ve Evrensel Erişim: Beveridge Modeli, sağlık hizmetlerine ücretsiz ve evrensel erişimi savunur. Vatandaşlar sağlık hizmetlerine erişim için herhangi bir ücret ödemezler ve tüm vatandaşlar eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanabilir.

Devlet Finansmanı: Sağlık hizmetleri genellikle vergiler ve diğer devlet kaynaklarıyla finanse edilir. Devlet, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamak ve hizmetlerin vatandaşlara ücretsiz sunulmasını sağlamakla sorumludur.

Devlet Kontrolü: Beveridge Modeli'nde, devlet genellikle sağlık hizmetlerinin sunumunu denetler ve yönetir. Sağlık hizmeti sunucuları genellikle devlete bağlıdır veya devlet tarafından finanse edilir.

Düzenleme ve Planlama: Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve planlanması genellikle merkezi bir otorite tarafından yapılır. Sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlara uygun bir şekilde dağıtılması ve yönetilmesi için geniş bir planlama süreci bulunabilir.

İngiltere'deki Ulusal Sağlık Servisi (NHS), Beveridge Modeli'nin bir örneğidir. Ancak, birçok ülkede bu modelin tam olarak uygulandığı veya diğer modellerle birlikte kullanıldığı çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Bu modeller, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuyla ilgili farklı yaklaşımları temsil eder.

Beveridge modeline göre sosyal güvenlik sistemi dört temel işlev üzerine kurulmuştur:

- Kişiler, iş durumlarına bakılmaksızın, sadece toplumun bir üyesi olmaları nedeniyle sosyal güvenlik kapsamına alınmaktadır.
- Ülkede çeşitli yerlerde bulunan sosyal sigorta kurumlarının tek bir çatı altında toplanması amaçlanmaktadır.
- Her vatandaşın sorumluluk üstlenmesi ve bireylerin devletle birlikte sosyal güvenlik finansmanına katkıda bulunması gerektiği prensibi benimsenmektedir.
- Tam istihdam programı, genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik modellerini destekleyen bir program olmalıdır. Ülkedeki sağlık hizmetleri, genel vergilerle finanse edilmeli ve herkes bu hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanmalıdır (49).

2.6.2. Bismarck Modeli

Bismarck Modeli, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumuyla ilgili bir modeldir ve adını Almanya'nın ilk şansölyesi Otto von Bismarck'tan alır. Bu model, sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta sistemleri aracılığıyla finanse edildiği ve sağlık hizmetlerinin çeşitli sağlık sigorta fonları tarafından sunulduğu bir sistem öngörür.

Bismarck Modelinin temel özellikleri şunlardır (50, 51):

Zorunlu Sosyal Sigorta: Bismarck Modeli'nde sağlık sigortası zorunlu bir halk sigortasıdır. İşverenler, çalışanları için sigorta primi öder ve çalışanlar da buna katılır. Sigorta primleri, işveren ve çalışan arasında bölüşülür.

Çok Paydaşlı Finansman: Sağlık hizmetleri, sigorta primleri, işveren katkıları ve bazen devlet katkıları gibi çeşitli kaynaklardan finanse edilir. Sağlık sigorta fonları, bu kaynakları toplayarak sağlık hizmetlerini finanse eder.

Çeşitli Sağlık Sigorta Fonları: Bismarck Model’inde, çeşitli sağlık sigorta fonları bulunabilir. Bu fonlar genellikle meslek gruplarına veya sektörlerle göre organize edilir. Her bir fon, kendi üyelerine özgü sağlık hizmetlerini sunar.

Özel Sağlık Hizmeti Sunucuları: Sağlık hizmeti sunucuları genellikle özel sektöre aittir. Ancak Bismarck Modeli’nin uygulandığı ülkelerde genellikle devlet tarafından düzenlenir. Sağlık hizmeti sunucuları, sigortalı bireylere karşı sorumludur ve sigorta fonları tarafından finanse edilen hizmetleri sunarlar.

Evrensel Erişim: Bismarck Modeli, evrensel sağlık hizmeti erişimini hedefler. Sigortalı bireyler, sigorta primlerini ödeyerek sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptir.

Bismarck Modeli, özellikle Almanya, Fransa, Hollanda ve Japonya gibi birçok ülkede uygulanmıştır. Bu model, sağlık hizmetlerinin finansmanını sosyal sigorta prensipleriyle düzenlemeye odaklanır (29).

2.6.3. Özel Sağlık Sigortası Modeli

Özel Sağlık Sigortası Modeli, bireylerin veya işverenlerin özel sigorta şirketlerine prim ödeyerek sağlık sigortası satın aldığı bir sistemdir. Bu model, sağlık hizmetlerinin finansmanında piyasa mekanizmalarını kullanarak rekabetçi bir ortam yaratmayı amaçlar.

Bireylerin ve işverenlerin sağlık hizmetlerini finanse etmek için özel sigorta şirketlerine prim ödedikleri bir sistemdir. Bu model, rekabet ve piyasa mekanizmalarını kullanarak hizmet kalitesini artırmayı ve çeşitli seçenekler sunmayı hedefler. Ancak, eşitsizlik ve yüksek maliyetler gibi dezavantajlar da bulunmaktadır.

Bu modelin avantajları, Bireyler, kendi ihtiyaçlarına ve bütçelerine uygun sigorta planlarını seçebilirler. Rekabetçi ortam, sigorta şirketlerinin daha kaliteli hizmetler sunmasını ve yenilikçi çözümler geliştirmesini teşvik eder ve özel sağlık sigortası, genellikle daha hızlı ve kişiye özel sağlık hizmetlerine erişim sağlar (38).

Dezavantajlar ise gelir düzeyine bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler ortaya çıkabilir. Yüksek maliyetler Primler ve cepten ödemeler, düşük gelirli bireyler için mali yük oluşturabilir. Kapsam Sorunları mevcuttur ve poliçeler arasında kapsam farkları vardır. Bazı hizmetler sigorta kapsamında olmayabilir.

2.6.4. Semashko Modeli

Semashko Modeli, Sovyetler Birliği döneminde geliştirilmiş ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında devletin merkezi bir rol oynadığı bir sağlık hizmeti modelidir. Bu model, Nikolai Semashko'nun adıyla anılmaktadır ve özellikle sosyalist ülkelerde yaygın olarak uygulanmıştır. Semashko Modeli'nin temel özellikleri şunlardır (111):

- Sağlık hizmetleri tamamen devlet tarafından finanse edilir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve organizasyonu merkezi planlama ile yürütülür.
- Tüm sağlık harcamaları devlet bütçesinden karşılanır.
- Tüm vatandaşlara ücretsiz sağlık hizmeti sunulur. Sağlık hizmetlerine erişim için herhangi bir ücret talep edilmez.

Özellikle Sovyetler Birliği, Doğu Avrupa ve Küba'da sağlık hizmetlerinin sunumunda uzun yıllar boyunca kullanılmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu model, sağlık hizmetlerinin evrensel erişimini sağlama ve halk sağlığını koruma konularında önemli katkılar sağlamıştır. Model hali hazırda Küba sağlık sistemi Semashko modeline en yakın sağlık sistemi olarak değerlendirilmektedir.

2.7. Sağlık hizmetleri finansman modellerinde Dünya Uygulamalarından Örnekler

Sağlık hizmetleri finansmanının temel modelleri olan Bismarck, Beveridge ve özel sağlık sigortası sistemi ülkeler arasında benzer temel prensipleri paylaşırlar da, uygulama biçimleri ve kapsamı açısından önemli farklılıklar gösterir. Bu modelleri temsil eden bazı ülkelerin incelenmesi, her modelin özgün özelliklerini ve uygulamadaki farklılıklarını ve her birinin avantajlarını ve dezavantajlarını vurgulamamıza yardımcı olabilir. Örneğin, Almanya gibi Bismarck modelini benimseyen ülkelerde, geniş bir sağlık hizmeti yelpazesi ve katılımın zorunlu olması, sistemi finanse etmeye yönelik bir avantaj sunabilir. Ancak, her modelin benzersiz sosyal, kültürel ve ekonomik bağlamları dikkate alınması önemlidir.

2.7.1. Amerika Birleşik Devletleri

Özel sağlık sigortası modelinin en yaygın uygulandığı ülkelerden biridir. ABD'de sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı özel sigorta şirketleri tarafından finanse edilir. ABD'de kamu sağlık sigortası uygulamaları resmi olarak 1965 yılında başlamış olabilir, ancak özel sağlık sigortalarına yönelik uygulamalar bu tarihten çok önceye dayanmaktadır. ABD'de sağlık sigortası alanında ilk önemli adım 1929 yılında atılmıştır. Bu tarihte, yenilikçi bir anlayışla, sağlık sigortasının ilk örnekleri uygulamaya konulmuştur. 1929'dan sonra, Blue Cross Planı ve Blue Shield Planı gibi girişimler ortaya çıkmıştır. Bu planlar altında, bireyler sağlık poliçesi satın alarak, doktorların sağlık hizmetlerini alma konusunda bir güvenceye sahip olmuşlardır. Blue Cross, hastane hizmetleri için kapsama sağlarken, Blue Shield, doktor hizmetlerini içermiştir. Bu uygulamalar,

bireylerin sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini ve maliyetlerini kontrol etmeyi amaçlayan bir yaklaşımın erken bir örneğidir. Bu girişimler, Amerikan sağlık sistemindeki sigorta modellerinin evrimine katkıda bulunmuş ve özel sağlık sigortası uygulamalarının yaygınlaşmasının temelini atmıştır. Bu süreç, sağlık hizmetleri finansmanının ve sigortacılığının ABD'deki karmaşık yapısını oluşturmuş, farklı sağlık sigortası modellerinin gelişimine zemin hazırlamıştır (52).

ABD'deki kamu sağlık sigortacılığı sistemi, genellikle diğer ülkelerdeki modellerden farklı bir yapıya sahiptir. ABD'de sağlık hizmetleri genellikle özel sektör tarafından sunulmakta ve finanse edilmektedir. Ancak, 1965 yılında yürürlüğe giren Medicare ve Medicaid programları, ülkede kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine yeni bir boyut eklemiştir (52).

Medicare: genellikle 65 yaş ve üstü bireyleri hedefleyen bir kamu sağlık sigortası programıdır. Bu program, yaşlı bireylerin ve bazı durumlarda genç engellilerin tıbbi hizmetlere erişimini sağlar. Medicare, genellikle federal hükümet tarafından finanse edilir ve belirli bir yaşa veya özürlülüğe ulaşan bireylere sağlık sigortası kapsamında hizmet sunar.

Medicaid: düşük gelirli bireyleri ve aileleri hedefleyen bir kamu sağlık sigortası programıdır. Bu program, federal ve eyalet hükümetleri arasında ortaklaşa finanse edilmektedir. Eyaletler, kendi Medicaid programlarını belirleyebilir ve yönetebilirler, ancak belli bir federal standartı karşılamak zorundadır. Medicaid, düşük gelirli bireylerin ve ailelerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmayı amaçlar.

Bu iki program, ABD'de kamu sağlık sigortacılığı alanında önemli rol oynar. Ancak, genel olarak, ABD sağlık sistemi karmaşık bir yapıya sahiptir ve kamu ve özel sektör arasında birçok farklı finansman ve hizmet sunumu modelini içermektedir.

2.7.2. Almanya ve Fransa

Bismark sisteminin özü, çalışma esasına dayalı sosyal sigorta mekanizmasına olmasıdır. Çalışan işçilerin maaşlarından yapılan kesintilerle beraber işveren tarafından yapılan sigorta primleri ile ortak finanse edilen, bir sistemdir. Sağlık hizmeti veren kurumların kar amacı yoktur ve herkese erişebilir hizmet sunmayı amaçlar. Bu modeli kullanan ülkelere örnek olarak Almanya, Avusturya, Belçika, Hollanda, İsviçre, Fransa verilebilir (118).

Almanya'da her bireyin sağlık sigortasına sahip olması yasal zorunluluktur. Bismarck modelini kullanılmaktadır ve Sistemin finansmanı, yararlananların ödedikleri sigorta primleriyle karşılanır. Çalışanların gelirlerinde zorunlu kesilen primlerle finanse edilen sigorta sistemidir ve işverenlerde bu birimlere katkıda bulunur. Hane halkı gelirlerine göre belirlenen prim oranları genellikle %1-2 arasındadır. 18 yaş altı çocuk ve gençler bu ödeme oranlarından muaf tutulur (119).

Sağlık hizmetleri, pratisyen doktorlar ve hastaneler aracılığıyla sunulur. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından gerçekleştirilir. Bu anlamda sağlık hizmetleri sunumu bağımsız pratisyenlerle anlaşmalar yapılarak sağlanır. Uzman hekimlerin verdiği sağlık hizmetleri kamusal hizmet üretim alanı içerisinde kamu hastaneleri yoluyla gerçekleştirilir. Finansmanı ise yalnızca çeşitli kaynaklara dayanır. Bu çerçevede Almanya'da ulusal sağlık sigortası ve özel sigorta seçenekleri mevcuttur. 2015 yılı itibariyle 124 ulusal sağlık sigortası ve 42 özel sağlık sigortası şirketi bulunmaktadır (118,119).

Devlet, sigorta temelli olmayan yardımları finanse eder ve sigorta temelli yardımlar için de katkı sağlar. Çocuk yetiştirme dönemleri için primleri öder. Bu durumda zorunlu emeklilik sigortasının %31'i devlet tarafından finanse edilir. Almanya yaşlanan nüfusuyla sosyal güvenlik sistemine daha fazla kaynak ayırmak zorundadır çünkü, yaşlıların sağlık bakım talepleri artmaktadır.(118).

Bismarck modeline ilişkin bir diğer ülke örneği Fransa'dır. Fransa'nın sosyal güvenlik sistemi oldukça kapsamlı ve karmaşıktır. Fransa, sağlık hizmetleri sunumunda Bismarck Modeli ile Beveridge Modelinin bir karışımını kullanmaktadır. Bu model, zorunlu sosyal sağlık sigortası ve kamu finansmanı unsurlarını birleştirerek kapsamlı ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunmayı amaçlar. Fransa, sosyal risklerin zorunlu sigorta yöntemiyle finansmanının karşılanmasını sağlayan öncü ülkelerden biridir. Fransa'nın sosyal güvenlik sisteminin temel unsurlarını aşağıdaki şekilde ifade edilebilir (53):

İki Tarafın Katılımı: Fransa'nın sosyal güvenlik sistemi, işverenler ve çalışanlar arasında paylaşılan bir finansman modelini benimsemektedir. Hem işverenler hem de çalışanlar, sosyal güvenlik primlerini ödemekle yükümlüdür. Bu primler, sağlık, hastalık, analık, yaşlılık ve ölüm gibi risklere karşı koruma sağlamak amacıyla kullanılır.

Sosyal Sigorta Sandıkları: Kamu müdahalesiyle oluşturulan sosyal sigorta sandıkları, belirli bir işverene bağlı çalışan kişiler arasından ücretleri belirli bir düzeyin altında kalanlar için sosyal güvence sağlamak üzere kurulmuştur. Bu sandıklar, belirli meslek gruplarına özgü olarak düzenlenmiş ve zorunlu sosyal sigorta sistemini oluşturmuştur.

Sosyal Güvenlik Sistemi Kolları: Fransa'nın sosyal güvenlik sistemi üç ana koldan oluşmaktadır. İlk olarak, işçileri kapsayan genel bir sigorta sistemi bulunmaktadır. Ayrıca, tarım sektöründe çalışanları kapsayan tarım sigortası ve serbest meslek sahipleri için geçerli olan sigorta sistemleri de bulunmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS): 2000 yılında başlatılan Genel Sağlık Sigortası, nüfusun büyük bir kısmını sosyal sigorta sistemi kapsamına dahil etmiştir. Bu sistemde bireylerin gelirlerinin belirli bir yüzdesi oranında kesinti yapılarak elde edilen primler, Genel Sağlık Sigortası fonuna

aktarılmaktadır. Genel Sağlık Sigortası, doktor muayenesi, ilaç masrafları, tetkik giderleri, cerrahi operasyonlar, hastane yatış ve bakım masrafları, tıbbi malzeme giderleri ve suni uzuv masraflarını belirli oranlarda karşılar. Ayrıca, düşük gelirli bireyler için primsiz destek sunulmaktadır.

Ödeme Sistemi: Fransa'da hastalar genellikle ilk ödemeyi kendileri yaparlar ve belirlenen oranlar dahilinde daha sonra hastaya geri ödeme yapılır. Bu, sağlık hizmetlerinin maliyetini paylaşma ve adil bir şekilde dağıtma amacını taşır ve bu unsurlar, Fransa'nın sosyal güvenlik sisteminin genel yapısını ve işleyişini yansıtmaktadır.

Fransa'da, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu, ülkenin Bismarck modeli olarak bilinen sosyal sigortacılık geleneği çerçevesinde yönetilmektedir. Aile hekimlerinin neredeyse yarısını oluşturduğu sağlık sektöründe, hastaların doktor seçimi kendilerine bırakılmıştır. Hizmet başına ödeme yöntemi uygulanmakta ve doktor ziyareti sayısında herhangi bir sınırlama bulunmamaktadır. Sevk sistemi zorunlu olmadığından, hastalar doğrudan kamu veya özel sağlık kuruluşlarına başvurabilirler. Sigortalıların sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan katılım payları hastanelerdeki tedaviler için %20, ilaçlar için ise %65 oranında değişmektedir. Ancak uzun süreli tedaviler, acil müdahaleler, ikamesi olmayan ilaçlar ve doğum gibi durumlarda katılım payı alınmamaktadır. Yüksek katılım payları, sigortalıların sağlık giderlerini daha rahat karşılamaları için tamamlayıcı sağlık sigortalarının önemli olduğu bir sistem oluşturmuştur. Fransa'nın sağlık sistemi, Almanya'nın Bismarck modeline benzerlik gösterse de finansman büyük ölçüde işverenler ve çalışanlar tarafından sağlanmaktadır. Bununla birlikte, kamu katılımının ve kapsamının yetersiz olduğu gözlemlenmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, primli sosyal sigortacılık sisteminin eksikliklerini kapatmak ve bireylere daha geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak amacıyla tercih edilmektedir. Bu durum, bireylerin sağlık harcamalarını azaltma amacını taşımaktadır (54).

Devletin Rolü ve Sağlık Sigorta Fonları: Fransa'da devlet, sağlık sigorta fonlarının toplanması konusunda daha etkin bir rol oynamaktadır. Bu, sağlık harcamalarının maliyetlerinin daha etkili bir şekilde yönetilmesine ve kontrol edilmesine olanak tanır. Devletin bu alandaki etkinliği, fiyat belirleme ve kontrol süreçlerinde daha fazla müdahale anlamına gelir.

Maliyet Kontrolü: Fransa'da devlet, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini kontrol etme konusunda önemli bir rol oynar. Bu durum, sağlık harcamalarının daha düşük kalmasına ve ortalama kişi başı harcamalarda Almanya'ya kıyasla daha ekonomik bir sistem oluşturulmasına katkıda bulunur.

Sağlık Sistemi Finansmanı: Fransa, sağlık hizmetlerinin finansmanında geniş bir şekilde devlet müdahalesini benimser. Sağlık sigorta fonları, devletin kontrolünde toplanır ve yönetilir.

Bu, sağlık sigorta primlerinin belirlenmesi, tahsisi ve harcamaların yönetilmesi konusunda daha etkili bir yapı sağlar.

Toplumsal Uygunluk ve Erişim: Fransa'nın sağlık sistemi, toplumsal uygunluk ve sağlık hizmetlerine geniş bir erişim sağlama amacını taşır. Devletin bu alandaki etkin müdahalesi, hizmetlere eşit ve adil bir şekilde erişimi destekler.

Fransa'nın sağlık sistemi, Bismarck modelini benimsemiş olmasına rağmen devletin sağlık sigorta fonlarının toplanması ve maliyet kontrolü konusundaki etkin rolü nedeniyle Almanya'dan farklılaşmaktadır. Bu durum, Fransa'nın daha ekonomik ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmaya katkıda bulunmaktadır. Hizmet başına ödeme yapılan bir sağlık sistemine sahip olan ülkelerde, devletin fiyatları belirleme ve kontrol etme yeteneği, adil bir sistem kurulması ve süreklilik sağlanması açısından önemlidir. Fransa'daki sağlık sisteminde devletin bu denetim mekanizmasını kullanması, sağlık hizmetlerinin finansmanını daha etkili bir şekilde yönetmesine ve maliyetleri kontrol etmesine olanak tanır. Bu yaklaşım, sağlık harcamalarını optimize etmeye ve hizmet kalitesini korumaya yönelik bir stratejidir (54).

Bu sağlık finansman modeli, dünyada uygulanan ve örnek alınabilecek bir yapıya sahiptir. Fransa'nın sağlık sistemi, sağlık bilinci ve gelir dağılımının etkisiyle yüksek bir tamamlayıcı sağlık sigortası katılım oranına sahiptir. Fransa'nın sağlık sistemi, ilaç kullanımı ve temel teminat paketlerindeki kalemlerin yüksek maliyetleri ve sıklığı nedeniyle, bu teminatlara uygulanan katılım paylarının yüksek olmasını içermektedir. Bu durum, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve kalitesini artırmak için tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönelmelerine yol açan çok yönlü bir motivasyonu yansıtmaktadır. Fransa'nın sağlık modeli, Bismarck ve Beveridge modellerinin en iyi yönlerini birleştirerek, kapsamlı, erişilebilir ve yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı amaçlar. Bu model, geniş kapsamı ve kapsayıcılığı ile öne çıkar ve Fransa'yı sağlık hizmetlerinde dünya genelinde üst sıralara taşır.

2.7.3. Hollanda

Hollanda Bismarck modeli uygulayan ülkeler içerisinde yer alır. Hollanda'nın sağlık sistemi, zorunlu özel sağlık sigortası ile tüm nüfusu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Bu model, bireylerin özel sağlık sigortası şirketlerinden hizmet almasını zorunlu kılarak, hem kamu hem de özel sektörün katkısıyla kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı amaçlar (38).

Hollanda, 2006 yılında sağlık sigortası sisteminde önemli bir reform gerçekleştirmiştir. Bu reformla birlikte sosyal içerikli özel sağlık sigortası sistemi oluşturulmuştur. Reform öncesinde, uzun süreli sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları ve kamunun sunduğu sosyal sağlık sigortaları gibi farklı sigorta uygulamaları ayrı olarak işlemekteydi. Ancak, 2006 yılındaki düzenlemeyle bu

farklı sigorta türleri tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Bu düzenlemenin sonucunda Hollanda'da üç farklı sigorta yapısı oluşmuştur:

Zorunlu Özel Sosyal Sağlık Sigortası:

Kapsam: Kamu tarafından belirlenen bir kapsama sahiptir ve tüm nüfus için zorunlu bir sağlık sigortasıdır.

Yönetim: Özel sigorta şirketleri tarafından yönetilmektedir.

Finansman: 16 yaş üzerindeki çalışan tüm vatandaşların ücretlerinden alınan prim ve işveren katılımı ile finanse edilmektedir (31).

Maliyet Paylaşımı: Bireylerin kişisel gelir düzeyi, ailenin ekonomik durumu ve tedavinin uygulanacağı yer gibi faktörlere bağlı olarak maliyetleri paylaşma yükümlülüklerini içerir.

Uzun Süreli Bakım Sigortası:

Bireylerin yaşlılık, hastalık veya engellilik gibi durumlarda ihtiyaç duydukları sürekli bakım ve destek hizmetlerinin maliyetini karşılamak için tasarlanmış bir sigorta türüdür. İlerleyen yaşlarda bakım hizmetleri ve sağlık giderlerini karşılamayı amaçlar. Finansman gelir üzerinden alınan katkılar ve devlet katılımı ile finanse edilmektedir (31).

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası:

Özel sosyal sağlık sigortası kapsamında yer almayan veya kısmen karşılanan sağlık giderlerini kapsamaktadır. Finansman tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sosyal sağlık sigortasının eksik kalan kısımlarını karşılamak için tasarlanmıştır. Genellikle özel sağlık hizmetleri, diş tedavileri, gözlük ve lens gibi standart sağlık sigortası kapsamında olmayan hizmetleri kapsar. Mevcut sigorta poliçesinin karşılamadığı maliyetleri tamamlayarak, sigortalının daha geniş bir sağlık hizmeti yelpazesine erişimini sağlar (57).

Bu kategoriler, farklı ihtiyaçlara ve sağlık hizmeti türlerine yönelik finansal koruma sağlamak üzere tasarlanmış çeşitli sağlık sigortası seçeneklerini temsil etmektedir. Temel sağlık sigortası, hastane yatışları ve acil durumlar gibi temel sağlık hizmetlerini kapsarken; tamamlayıcı sağlık sigortası, özel muayeneler gibi ek hizmetleri karşılar. Uzun süreli bakım sigortası ise, yaşlılık veya kronik hastalıklar nedeniyle sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireylerin mali yükünü hafifletir. Ayrıca, kritik hastalık sigortası, kanser veya kalp krizi gibi ciddi sağlık sorunları karşısında mali güvence sağlar. Bu çeşitli sigorta seçenekleri, bireylerin ve ailelerin sağlıkla ilgili mali risklere karşı daha geniş kapsamlı ve esnek çözümler bulmalarına yardımcı olur.

Zorunlu özel sosyal sigorta programı, sağlık hizmeti ihtiyacı olan tüm bireyleri kapsar ve primler, çalışan vatandaşların ücretlerinden kesilerek finanse edilir. Bu sistem, bireylerin kişisel

durumlarına ve ihtiyaçlarına uygun bir sağlık sigortası seçeneği sunarak kapsamlı ve adil bir sağlık hizmeti sağlama amacını taşır (31).

Hollanda'da özel sosyal sağlık sigortası, kamunun belirlediği yasal çerçeve içinde sigorta şirketleri tarafından sağlanan bir hizmettir. Bu kapsam, geniş bir yelpazedeki sağlık hizmetlerini içermektedir. Hollanda'nın sağlık sistemi çoğulcu bir yapıya sahiptir ve hem kamu hem de özel sağlık hizmeti sağlayıcıları aracılığıyla etkili bir şekilde işlemektedir. Özel sağlık sigortası, Hollanda vatandaşları ve ülkede gelir vergisine tabi olan tüm bireyler için zorunlu tutulmuştur. Ancak, vicdani ret hakkını seçen bireyler ve Savunma Bakanlığı aracılığıyla sağlık hizmetlerini alan ordu mensupları, bu zorunlu sisteme uymaktan muaf tutulmuşlardır. Ülkeye turistik veya iş amaçlı ziyaretlerde bulunan bireyler ise, bulundukları süre içinde sağlık sigortasına sahip olmak zorundadırlar. Bu düzenleme, Hollanda'nın sağlık hizmetlerine geniş bir katılımı teşvik etmek ve sağlık sisteminin finansmanını sürdürülebilir kılmak amacıyla yapılmıştır (57).

Özel sosyal sağlık poliçeleri yılda bir kez güncellenir ve bireyler, istedikleri takdirde özel sağlık sigorta şirketini değiştirme hakkına sahiptir. Bu poliçelerde yaşa veya geçmiş sağlık durumlarına dayalı bir prim değerlendirmesi yapılmadığı için, bireyler istedikleri sigorta şirketini seçme özgürlüğüne sahiptir. Ayrıca, bu durum sigorta şirketleri arasındaki rekabeti artırarak poliçe fiyatlarının düşmesine yol açar. Ancak, devlet denetimi altında gerçekleşen bu rekabet, zorunlu özel sağlık sigortasının kötüye kullanılmasını önlemek amacıyla düzenlenir.

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının dışında, diş, göz ve estetik gibi teminatları içeren özel sağlık sigortası da bulunmaktadır. Bu teminatlar genellikle kamu harcamaları ile finanse edilemez, bu nedenle bireylerin tercih sebebi olabilir. Özel sağlık sigortası, erken tedavi imkanı sunarak bekleme sürelerini en aza indirmekte önemli bir rol oynamaktadır. Bu durum, sosyal sigortanın sağladığı eşit prim kazanımının olmamasına neden olur (56).

Hollanda'da tamamlayıcı sağlık sigortaları, kamunun sağladığı sağlık güvencesinin yetersiz kaldığı durumlarda devreye giren bir sistemdir. Bu sigortalar, kamu tarafından karşılanmayan veya kısmen karşılanan hizmetler için kullanılır. Hollanda'da dikkate değer bir özellik, zorunlu özel sigorta anlayışının benimsenmesidir. Bu, bireylerin belirli koşullar altında özel sağlık sigortası sahibi olmalarını gerektirir.

Özel sosyal sağlık sigortacılığı Hollanda'da, işverenlerin ve çalışanların özel sağlık sigortası primlerine maddi destek sağlaması ve bireylerin ödediği vergiler üzerinden finanse edilmesiyle işler. Hükümet, maddi destek ihtiyacı olan bireylerin ve 18 yaş altındaki kişilerin prim ödemelerini karşılamak için devreye girer. Bu, sağlık sigortasının toplumun geniş bir kesimini kapsamasını ve erişilebilir olmasını sağlamak adına uygulanan bir destek mekanizmasıdır.

2.7.4. Küba

Küba, sağlık hizmetleri konusunda dünyada örnek gösterilen ülkelerden biridir. Ülkenin sağlık sistemi, Sosyalist planlı ekonomi temelinde, tüm nüfusa eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sunmayı hedefler. Bu bağlamda, Küba'nın sağlık hizmetleri kapsamı oldukça geniştir ve birçok alanda hizmet sunmaktadır (111, 112).

Küba sağlık sisteminin bazı önemli özellikleri ve hizmet kapsamı:

Koruyucu ve Tedavi Edici Hizmetler: Küba'da koruyucu sağlık hizmetleri büyük bir öncelik taşır. Aşı programları, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve besin güvenliği gibi konular bu kapsama girer. Tedavi edici hizmetler ise tüm nüfusa eşit olarak sunulur ve bu hizmetler tamamen ücretsizdir.

Ana ve Çocuk Sağlığı: Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri Küba'da önemli bir yere sahiptir. Bebek ve anne ölümlerini azaltmak için özel programlar yürütülmekte ve bu alanda dünya standartlarında hizmet sunulmaktadır.

Çevre Sağlığı: Kırsal ve kentsel alanlarda çevre sağlığının iyileştirilmesi de sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Bu kapsamda su sanitasyonu ve atık yönetimi konularında çalışmalar yapılmaktadır.

İşçi Sağlığı: Çalışanların sağlıklarının korunması ve işyerinde sağlık ve güvenlik standartlarının sağlanması Küba sağlık sisteminin diğer bir önemli bileşenidir.

Sağlık Eğitimi ve Araştırma: Sağlık eğitimi ve araştırma, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için önemli görülmekte ve bu alanlara ciddi yatırımlar yapılmaktadır. Sağlık personelinin eğitimine büyük önem verilmekte ve sürekli eğitim programları düzenlenmektedir.

Ulusal İlaç Üretimi: Küba, ilaç üretiminde de kendi kendine yeterli olmayı hedeflemektedir. Ülkede üretilen ilaçlar, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamada önemli bir rol oynamaktadır.

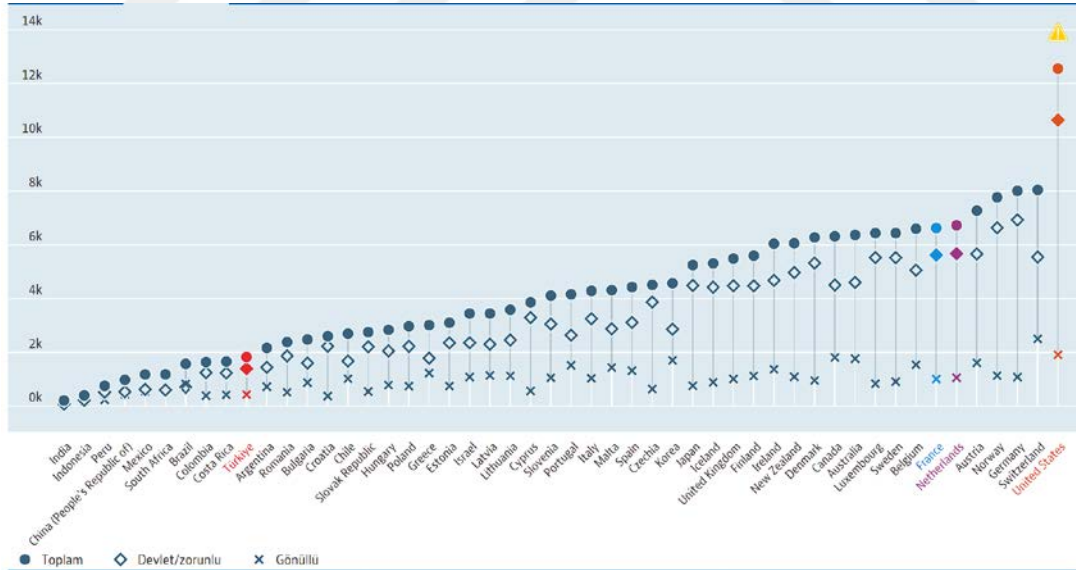
Bu hizmetlerin tümü, Küba'nın sağlık alanında elde ettiği başarının temel taşlarıdır. Küba, bu hizmetleri sunarken toplumsal katılımı ve bilimsel temellere dayalı bir planlamayı esas alır. Sonuç olarak, Küba'nın sağlık sistemi, düşük bütçeli bir ülke olmasına rağmen dünya standartlarında hizmet sunarak, sağlık göstergelerinde birçok gelişmiş ülkeyi geride bırakmaktadır (112).

Dünyada sağlık hizmetleri modeli ve sağlık harcamaları, ülkelerin sosyoekonomik yapısına, politik sistemine ve sağlık politikalarına göre büyük farklılıklar göstermektedir. Temel sağlık hizmeti modelleri ve bu modellerin sağlık harcamaları üzerindeki etkileri değerlendirmek bu anlamda önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, dünyada uygulanan sağlık hizmetleri modelleri ve sağlık harcamaları büyük çeşitlilik göstermektedir. Her modelin kendine özgü avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının artması, hizmet kalitesini ve erişimini artırma hedefiyle ilişkilidir. Ancak bu harcamaların verimli ve etkin kullanımı, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ise sağlık harcamalarının eğilimi ile ilişkilidir. Diğer bir anlatımla sağlık harcamalarının genel eğilimi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve niteliği kadar sürdürülebilirliğinin bir göstergesi olarak kullanılabilir.

2.8. Sağlık Harcamalarının genel eğilimi

Bilindiği gibi sağlık hizmetleri hastalıkları önlemeyi, teşhis etmeyi ve tedavi etmeyi içerir. Yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin maliyetini kapsar ve "sağlık harcamaları" olarak adlandırılır. Sağlık harcamaları sadece bir maliyet unsuru olarak değil, aynı zamanda bir yatırım aracı olarak da görülmelidir. Bu harcamaların temel amacı, toplumun sağlığını koruyarak sürekli kılmak ve bu sayede toplumu daha üretken hale getirmektir. Diğer bir anlatımla sağlık harcamaları, bir ülkenin işgücü potansiyelini koruma, geliştirme ve güçlendirme amacına hizmet eder. Sağlıklı bir nüfus, işgücünün verimliliğini artırır, ekonomik büyümeyi destekler ve toplumun genel refahını yükseltir. Bu bağlamda, sağlık harcamaları sadece bireylerin sağlığını korumakla kalmaz, aynı zamanda bir ülkenin sosyoekonomik kalkınmasına katkı sağlayan stratejik bir unsurdur (57).



Şekil 1. Dünya Sağlık Harcamaları

Kaynak: OECD, (2024). Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 29 May 2024).

Grafikten görülebileceği gibi, OECD tarafından sunulan 2022 Dünya Sağlık Harcamaları verilerine göre, en yüksek harcamayı Amerika Birleşik Devletleri yapmaktadır. Amerika Birleşik

Devletleri, özel sağlık sigortası modeline dayalı bir finansman sistemine sahiptir. Genel olarak grafikte, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Türkiye ve diğer gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık harcamalarının görece olarak daha düşük olduğu tespit edilebilmektedir. Sağlık harcamaları, kişisel sağlık hizmetleri (tedavi edici bakım, rehabilitasyon, uzun süreli bakım, yardımcı hizmetler ve tıbbi ürünler) ve kolektif hizmetler dahil olmak üzere sağlık ürünleri ve hizmetlerinin nihai tüketimini (cari sağlık harcamaları) ölçer. Bu ölçümde yatırım harcamaları dahil edilmemektedir. Sağlık hizmetleri; hükümet harcamaları ve zorunlu sağlık sigortası ("Devlet/zorunlu"), gönüllü sağlık sigortası ve hanehalkı cepten ödemeleri, STK'lar ve özel şirketler gibi özel fonlar ("Gönüllü") aracılığıyla finanse edilmektedir. Grafikte, sağlık harcamaları toplam olarak ve finansman türlerine göre ("Devlet/zorunlu", "Gönüllü", "Cepten ödeme") gösterilmektedir. Ayrıca, GSYİH içindeki toplam sağlık harcamalarının payı ile kişi başına düşen sağlık harcamaları, satın alma gücü paritesi (PPP) kullanılarak ABD Doları cinsinden ölçülmektedir.

Sağlık harcamalarının büyük bir kısmının sağlığın geliştirilmesine ve sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesine yönelik olduğu doğrudur. Bu harcamaların artış göstermesi, bireylerin hayat kalitelerindeki iyileşmeyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık harcamalarındaki yüksek miktarlar, çeşitli sağlık hizmetlerine ve iyileştirmelere daha fazla erişim sağlamaktadır. Bu durum, sağlık harcamaları ile kaliteli bir yaşam arasında bir dizi önemli ilişkiyi ortaya çıkarır (8)

Üretkenlik: Sağlıklı bireylerin, iş yaşamında daha üretken olma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Sağlık harcamalarının artması, çalışanların daha sağlıklı olmalarını destekleyerek genel üretkenliği artırabilir.

Eğitim: Sağlık harcamaları, sağlık eğitimi ve bilincini artırabilir. Sağlıklı bireyler, genellikle daha bilinçli kararlar alır ve toplumlarının sağlık konusundaki eğitim seviyesi yükselir.

Fiziksel Sermayeye Yatırım: Sağlık harcamaları, bireylerin fiziksel sağlıklarına yatırım yapmalarını sağlar. Bu, daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürebilmelerine olanak tanır.

Demografik Yatırım Payı: Sağlık harcamaları, bir toplumun demografik yapısını olumlu yönde etkileyerek yaşlı nüfusun sağlıklı ve bağımsız bir şekilde yaşamasına katkıda bulunabilir.

Sağlık harcamalarındaki sürekli artış, bu artışa neden olan faktörlerin incelenmesini ve düzenleyici bir kurumun varlığını gerektirir. Bu durum, sağlık sistemlerinin etkili bir şekilde yönetilmesi, finanse edilmesi ve denetlenmesi için uygun mekanizmaların oluşturulması gerekliliğini ortaya koyar. Ayrıca, kamu harcamaları içindeki sağlık harcamalarının payının artması, sağlık politikalarının daha dikkatli bir şekilde planlanması ve uygulanması gerektiğini gösterir.

Sağlık harcamalarındaki artışı etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, genellikle karmaşık ve çok boyutlu olup, sağlık sistemlerinin yapılarına, ekonomik koşullara, demografik değişimlere ve sağlık teknolojilerindeki ilerlemelere bağlı olarak değişebilir. Sağlık harcamalarındaki artışa neden olan temel faktörler şunlardır (7):

Teknolojik İlerlemeler: Sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler, daha etkili tanı yöntemleri, ilaçlar ve tedavi seçenekleri sunarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabilir. Ancak, bu teknolojik yenilikler genellikle maliyetlidir ve sağlık harcamalarını artırabilir.

Nüfusun Yaşlanması: Birçok ülkede nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artmasına ve bu hastalıkların tedavisi için daha fazla kaynağa ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerine olan talebinin artması, harcamalardaki artışı tetikleyebilir.

Sağlık Hizmetlerine Artan Talep: Toplumların sağlık hizmetlerine olan talepleri arttıkça, sağlık sistemleri daha fazla kaynağa ihtiyaç duyar. Halkın sağlık hizmetlerine daha fazla erişimi talep etmesi, harcamalardaki artışı etkileyen önemli bir faktördür.

İlaç Maliyetleri: Yeni ilaçların geliştirilmesi ve pazarlanması genellikle yüksek maliyetlidir. Yeni ve etkili ilaçların sağlık hizmetleriyle buluşturulması, ilaç maliyetlerinde artışa neden olabilir.

Personel Maliyetleri: Sağlık sektöründe çalışan profesyonel personel, genellikle yüksek niteliklere ve uzmanlığa sahiptir. Sağlık personeli maliyetlerindeki artış, genel sağlık harcamalarını etkileyebilir.

Sağlık Sigortası Sistemleri: Sağlık sigortası sistemlerindeki yapısal faktörler ve politika tercihleri, sağlık harcamalarının artış hızını etkileyebilir. Örneğin, kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerinin farklı yapıları farklı maliyet dinamiklerine neden olabilir.

Salgın Hastalıklar: Salgın hastalıklar, özellikle küresel ölçekte yayılan salgınlar, sağlık sistemlerine ek kaynak ihtiyacı doğurabilir ve harcamalarda artışa neden olabilir.

Bu faktörler bir araya geldiğinde, sağlık harcamalarındaki artışın karmaşık bir etkileşimini ortaya çıkarabilirler. Her bir faktör, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği üzerinde etkili olabilir ve sağlık politikalarının bu faktörleri dikkate alarak şekillendirilmesi önemlidir.

2.9. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık harcamalarının finansmanı, bir ülkede sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamak ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmak için kullanılan finansal kaynakların yönetimini içeren karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, genellikle kamu, özel sektör, bireyler ve uluslararası kaynakların bir kombinasyonunu içerir. Sağlık harcamalarının finansmanını anlamak, bir ülkenin sağlık sisteminin etkinliği, erişilebilirliği ve kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Bir ülkede sağlık harcamalarının finansmanını etkileyen temel faktörler arasında ekonomik koşullar, nüfus yapısı, sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerine olan talep bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanında yaygın olarak kullanılan yöntemler şunlardır (2) :

2.9.1. Kamu Harcamaları

Birçok ülkede sağlık hizmetleri genellikle kamu harcamaları ile finanse edilir. Hükümet, genel bütçeden ayrılan kaynaklarla sağlık hizmetlerini destekler. Kamu harcamaları, vergiler ve diğer gelir kaynaklarından elde edilen fonları içerir. Bu model, halkın geniş kesimlerine erişimi artırabilir ve sosyal adaleti destekleyebilir (59).

2.9.2. Özel Sağlık Sigortaları:

Birçok ülkede bireyler, özel sağlık sigortası yoluyla sağlık hizmetlerine erişim sağlarlar. Özel sigorta, bireylerin talep ettiği özel sağlık hizmetleri için ek bir güvence sunar. Ancak bu model, gelir eşitsizliği ve sosyal dışlanma riskini artırabilir (59).

2.9.3. Birey Katılımı:

Bazı ülkelerde, bireyler sağlık hizmetlerinden doğrudan maliyet payı üstlenirler. Bu, hastaların doktor ziyaretleri, ilaçlar veya hastanede yatışlar için belirli bir oranda ödeme yapmalarını içerir. Ancak aşırı birey katılımı, düşük gelirli grupların sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayabilir (59).

2.9.4. Uluslararası Yardımlar ve Fonlar:

Bazı ülkeler, uluslararası yardımlar ve fonlardan elde edilen kaynakları kullanarak sağlık hizmetlerini finanse ederler. Özellikle düşük gelirli ülkeler, uluslararası sağlık kuruluşlarından gelen destekle önemli sağlık programlarını yürütürler (60).

2.9.5. Özel Sektör Katkıları:

Sağlık sektöründeki özel kuruluşlar ve işletmeler, sağlık harcamalarına önemli bir katkıda bulunabilir. Özel hastaneler, tıbbi cihaz üreticileri ve ilaç şirketleri, sağlık sektörünün finansmanına önemli bir rol oynar (60).

Dolaylı finansman yöntemi, sağlık harcamalarının finansmanında kaynakların, sağlık hizmeti sunucuları veya sağlık profesyonelleri aracılığıyla bireylere ulaştırılması anlamına gelir. Bu yöntem, sağlık hizmeti sunucuları ve bireyler arasında bir aracı veya aracılığı içerir. Dolaylı finansman, sağlık hizmetlerinin maliyetini ödemek için bireylerin doğrudan sağlık kuruluşlarına ödeme yapmasından ziyade, genellikle bir aracı kurum veya kuruluş vasıtasıyla finanse edilmesini ifade eder.

Dolaylı finansmanın bazı yaygın örnekleri şunlardır (2):

- Sağlık Sigortaları

- Özel Sağlık Hizmeti Planları
- Kamu Sağlık Fonları veya Sigortaları
- İşveren Sağlık Planları

Dolaylı finansman yöntemleri, sağlık hizmetlerine erişimi genişletmek, mali riski azaltmak ve bireylerin belirli bir sağlık hizmeti için ödeme yapmalarını kolaylaştırmak amacıyla kullanılır. Bu yöntemler, sağlık harcamalarının toplumun geneline yayılmasını sağlayarak finansal sürdürülebilirlik ve adaleti destekleyebilir. Bu şekilde, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırırken aynı zamanda mali yükü paylaşarak sosyal güvenlik ve adil bir sağlık sistemine katkıda bulunur. Kamusal finansmanın sağlık harcamaları üzerindeki etkisi de dikkate değerdir. Kamusal finansman, sağlık harcamalarının daha planlı ve kontrol edilebilir olmasını sağlar. Vergi tabanlı finansman modelleri, sağlığa ayrılan kaynakların istikrarlı ve sürdürülebilir olmasını garanti eder. Bu da sağlık hizmetlerinin uzun vadede devamlılığını sağlar ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini destekler.

Sonuç olarak, kamusal finansman, sağlık hizmetlerinin erişilebilir, adil, kaliteli ve sürdürülebilir olmasını sağlayarak toplumsal sağlık açısından hayati bir rol oynar. Bu nedenle, kamusal finansman, pek çok ülkenin sağlık politikalarının temel taşlarından biridir. Sağlık sistemlerinin verimliliğini ve erişilebilirliğini artırmada kritik bir rol oynar. Her iki tarafın da güçlü yönlerinden yararlanarak, sağlık hizmetlerinin daha geniş kitlelere daha etkili bir şekilde sunulması mümkün olabilir. Bu denge, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Sağlık finansmanı sistemlerinin önemi ve zorlukları COVID-19 pandemi sürecinde dünya çapında gözler önüne sermiştir. Pandemi, sağlık sistemlerinin esnekliğini ve sürdürülebilirliğini test etmiş, sağlık harcamalarının artmasına ve finansal kaynakların yeniden dağıtılmasına neden olmuştur.

2.10. Sağlık sistemlerinin Covid-19 pandemi sürecinde ülke örnekleri açısından değerlendirilmesi

Bu çerçevede sağlık sistemleri yakın tarihte yaşanmış olan Covid-19 pandemisi ile ciddi bir sarsıntı geçirmiştir. Diğer bir ifade ile Covid-19 pandemi süreci yukarıda belirtildiği üzere sağlık sistemlerini etkileyen üç temel unsurun eksikliğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla bu bölümde Covid-19 süreci çerçevesinde sağlık sistemlerinin ülke örnekleri bağlamında bir değerlendirilmesi yapılmaktadır

COVID-19, ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan bir solunum yolu hastalığıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilen bu hastalığın

nedeni, SARS-CoV-2 adlı yeni bir koronavirüstür. İnsanlar arasında bulaşma özelliği gösteren bu virüs, hızla küresel bir salgına dönüşmüştür (31).

COVID-19'un ana bulaşma yolu solunum yoluyla temas etmek ve virüsün damlacıklarıyla enfekte olmuş bir kişiden bulaşmaktır. Belirtileri arasında ateş, öksürük, nefes darlığı, kas ağrıları, baş ağrısı ve tat/ koku kaybı bulunabilir. Bazı vakalarda hafif semptomlarla seyrederken, diğerleri ciddi solunum sıkıntısı, organ yetmezliği ve ölümle sonuçlanan ağır hastalık geliştirebilir (32).

COVID-19 salgını, dünya genelinde halk sağlığı sistemlerini, ekonomileri ve günlük yaşamı derinden etkilemiştir. Salgınla mücadele kapsamında birçok ülke, sınırlarını kapatma, sosyal mesafe önlemleri, karantina uygulamaları, maske takma zorunluluğu gibi önlemler almıştır. Ayrıca, hükümetler ve bilim kuruluşları, aşı geliştirme çalışmalarına hız vermiş ve aşılama önemli bir ilerleme kaydedilmiştir.

Dünya genelinde COVID-19 salgını, sağlık sektörü, ekonomi, eğitim ve sosyal yaşam gibi birçok alanı etkilemiş ve toplumlar üzerinde büyük bir stres ve belirsizlik yaratmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak nitelendirilebilmesi için hastalıkların üç temel kritere uyması gerekmektedir:

- Yeni bir virüsün ortaya çıkması veya mevcut virüsün önemli bir şekilde mutasyona uğraması,
- Bireyler arasında kolayca bulaşabilme yeteneği,
- Bireyden bireye hızlı bir şekilde yayılma kapasitesi (33).
- DSÖ'nün yaptığı veri analizlerine göre, 2000 yılı sonrasında önemli pandemilere neden olan etkenler şunlardır:
- 2002 yılında yaşanan SARS-CoV (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus) (34),
- 2009 yılında H1N1 influenza (35),
- 2012 yılında MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) (36).

Koronavirüs terimi geniş bir virüs grubunu ifade eder. Bu virüsler genellikle solunum yolu enfeksiyonlarına yol açar ve çoğu insan için hafif grip benzeri semptomlara neden olabilir. Ancak bazı koronavirüs suşları, özellikle SARS-CoV-2 ve MERS-CoV gibi, ciddi solunum yolu enfeksiyonlarına ve hatta ölümcül hastalıklara neden olabilir. Bu nedenle, koronavirüslerin çeşitli türleri arasında belirgin farklılıklar vardır ve bazılarına karşı önlem almak ve ciddi hastalıkları önlemek için özel dikkat gerektirir (37).

Salgın, belirli bir bölge, ülke veya dünya genelinde anormal derecede yüksek sayıda enfeksiyon veya hastalık vakasının meydana geldiği olağanüstü bir durumu ifade eder. Salgınlar genellikle bulaşıcı hastalıkların hızla yayılması sonucunda ortaya çıkar. Salgınlar, virüsler, bakteriler, parazitler veya diğer patojen mikroorganizmaların neden olduğu hastalıkların kontrol altına alınamaması durumunda meydana gelir. Bir salgının şiddeti ve etkileri, söz konusu hastalığın bulaşma yollarına, yayılma hızına, toplumun bağışıklık durumuna, sağlık sistemine ve alınan önlemlere bağlı olarak değişebilir. COVID-19 salgını, 2019 yılında ortaya çıkan ve SARS-CoV-2 adlı yeni bir koronavirüs tarafından neden olan bir salgındır. Ancak salgınlar tarih boyunca çeşitli hastalıklar nedeniyle ortaya çıkmıştır. Örnekler arasında 1918 İspanyol gribi, HIV/AIDS salgını, H1N1 grip salgını ve Ebola salgınları bulunmaktadır. Salgınlar, halk sağlığı önlemleri, karantina, sosyal mesafe, maske kullanımı ve aşılama yönelik önlemler gibi çeşitli müdahalelerle kontrol altına alınmaya çalışılır. Bilim, tıp ve toplum sağlığı alanındaki gelişmeler, salgınların etkilerini azaltmak ve önlemek için önemli rol oynamaktadır (31).

Doğada çeşitli virüsler ve mikroorganizmalar sürekli olarak evrim geçirir ve zaman içinde değişiklik gösterirler. Bu nedenle, mevsimsel grip gibi bazı hastalıkların etkenleri, belirli dönemlerde artan sıklıklarla ortaya çıkabilir. Ancak, her mevsimsel salgın veya hastalığın arkasındaki nedenler farklı olabilir. Pandemiler, genellikle yeni bir tür mikroorganizmanın veya virüsün insanlara bulaşması ve hızla yayılması sonucunda ortaya çıkar. Salgınlar, bulaşıcı hastalıkların belirli bir bölgede veya toplulukta artan sıklıklarla görülmesidir. Salgınlar da yeni ve daha önce karşılaşmamış mikroorganizmaların ortaya çıkması veya mevcut olanların yayılma şekillerindeki değişiklikler nedeniyle ortaya çıkabilir. Antijenik varyasyonlar, virüslerin veya bakterilerin genetik yapılarında zaman içinde meydana gelen değişiklikleri ifade eder. Bu antijenik varyasyonlar, bağışıklık sistemimizin tanıdığı mikroorganizmanın yapısal özelliklerinde değişikliklere yol açabilir. Bu durum, mevcut bağışıklık tepkilerini etkileyebilir ve yeni varyantlarla enfekte olan bireylerin daha önce geçirilmiş bir enfeksiyona veya aşılama karşı daha dirençli olup olmadığını etkileyebilir (38).

Covid-19 salgını, dünya ekonomisinin 2008 büyük ekonomik krizini henüz atlatabadığı ve 1980'li yıllar ile birlikte uygulama alanı bulan neoliberal ekonomi politikalarının yol açtığı ekonomik ve sosyal tahribatın varlığını koruduğu bir dönemde gündeme gelmiştir. Bu çerçevede neoliberalizmin etkisi ile diğer bütün alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin ve tıbbın ticarileşmesi, sermayenin ve emeğin dünya çapında dolaşımının önündeki engellerin kaldırılmasını ifade eden küreselleşme süreci salgının yayılma hızını arttıran ve bir pandemiye dönüşümüne neden olan temel etkenler olarak ifade edilmektedir. Böylece milyonlarca insanın sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen temel unsur, sağlık sistemlerinin ticarileşmesine yol açan özel çıkarların kamu yararının önünde tutulması eğilimi olarak

özetlenebilir. Nitekim gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkeleride Covid-19 pandemisi geniş halk kitleleri açısından benzer sonuçlar üretmiştir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemlerinin ticarileşme, kamusalıktan uzaklaşma, sermaye ve emeğin dünya çapında dolaşım hızının artmasına paralel olarak halk sağlığını korumayı gerektiren müdahalede bulunma potansiyelini oluşturmadıklarını belirlemek mümkündür (39). İzleyen bölümde ülkelerin Covid-19 pandemi sürecinde uyguladıkları sağlık politikaları genel hatları ile ele alınmaktadır.

İnsanlık tarihi boyunca birçok salgın hastalıkla karşı karşıya kalınmıştır. Bu salgınlar bazen belirli bölgelerde sınırlı kalırken, bazı durumlarda ise küresel çapta etkili olmuştur. Küreselleşme ve teknolojik ilerlemeler, salgın hastalıkların daha hızlı yayılmasına yol açmıştır. Bu tür hastalıklar, milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur. İspanyol gribinden sonra en önemli salgınlardan biri olan Covid-19 pandemisi, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini derinden etkilemiştir. Salgın, hükümetleri sağlık sektörü başta olmak üzere birçok alanda önlemler ve politikalar geliştirmeye zorlamıştır. Bu alınan tedbirler, salgının ülkelerdeki yayılma hızını doğrudan etkilemiştir (40).

Bu bölümde, belirli ülkelerin sağlık hizmetleri sistemleri ve Covid-19 ile mücadelede uygulanan politikalar ele alınacaktır.

ABD Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Uygulanan Politikalar (41):

- ABD'de sağlık hizmetleri sistemi, yaşlılara ulusal sağlık sigortası, gazilere ve çocuklara Beveridge modeline, çalışan kesime ise Bismarck modeline benzetilmektedir.
- Covid-19 salgını sırasında ABD, vaka ve ölüm oranlarının en yüksek olduğu ülkelerden biri olmuştur.
- ABD, Koronavirüs Görev Gücü adında bir kurul oluşturarak salgını izlemeye başlamıştır. Kamu sağlığı acil durumu ilan edilmiş ve belirli hava limanlarında Covid-19 taraması başlatılmıştır.
- Ülkedeki alınan önlemler, ülkenin yapısal özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermiştir. ABD, sağlık hizmetleri sistemi ve Covid-19 ile mücadelede eşitsiz koşulların en ağır biçimde tecrübe edildiği ülkelerden biri olarak bilinmektedir.
- İngiltere Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Uygulanan Politikalar (42):
- İngiltere'de sağlık hizmetleri sistemi, vergiye dayalı bir sistem olan Ulusal Sağlık Hizmetleri'ni içermektedir.
- İngiltere, salgından önemli ölçüde etkilenen ülkelerden biridir. Salgın sürecinde

- İngiltere'nin vaka, ölüm sayıları ve oranları seçilmiş Avrupa ülkeleri arasında ön sıralarda yer almıştır.
- İngiltere, sürü bağışıklığı anlayışı çerçevesinde salgın tedbirlerini düşük tutmuş ve bu strateji başarısızlıkla sonuçlanmıştır.
- Çin Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Uygulanan Politikalar (43, 44):
- Çin, Covid-19 salgınının en ağır yaşandığı ülkelerden biri olarak bilinmektedir. Çin'de salgınla mücadele kapsamında zorunlu karantinalar başlatılmış, sokağa çıkma yasakları getirilmiş ve sağlık ekibi sayısı arttırılmıştır.
- Çin'in salgına karşı uyguladığı politikalar, teknoloji ve altyapı gibi faktörlere dayanmaktadır.
- AB Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Uygulanan Politikalar (45):
- AB, salgınla mücadelede üye ülkeler arasında koordinasyon ve işbirliğini artırmayı hedefleyen bir yaklaşım benimsemiştir.
- Sağlık politikaları ve önlemleri konusunda bilgi paylaşımı, en iyi uygulamaların paylaşılması ve ortak stratejilerin oluşturulması için çaba gösterilmiştir.
- AB, Covid-19 aşılarının temini ve dağıtımı konusunda birlikte hareket etmeyi amaçlamıştır.
- AB Komisyonu, üye ülkeler adına aşı tedariki için anlaşmalar yapmış ve aşı dağıtımını koordine etmiştir. Aşıların adil ve etkili bir şekilde dağıtılması için çaba gösterilmiştir.
- AB, salgının yayılmasını önlemek amacıyla sınır kontrolleri ve seyahat kısıtlamaları gibi önlemler almıştır.
- AB ülkeleri arasında koordineli bir şekilde sınır kontrol ve seyahat kısıtlamalarını uygulamış, salgının yayılımını kontrol altına almaya çalışmıştır.
- AB, salgın nedeniyle ekonomik olarak zor durumda kalan ülkeleri desteklemek amacıyla ekonomik yardım paketleri oluşturmuştur.
- Recovery and Resilience Facility gibi mekanizmalar aracılığıyla AB ülkelerine finansal destek sağlanmıştır.
- AB, Covid-19'a karşı etkili mücadele stratejileri geliştirmek amacıyla bilimsel araştırmalara ve inovasyona yatırım yapmıştır.

- Horizon 2020 programı altında, Covid-19 ile mücadelede kullanılabilecek ilaç ve aşılarda geliştirilmesi için projelere destek sağlanmıştır.
- AB, üye ülkelerin sağlık altyapısını güçlendirmek ve pandemiye daha etkili bir şekilde yanıt verebilmelerini sağlamak amacıyla destek sağlamıştır.

AB'nin Covid-19 salgınına karşı uyguladığı sağlık politikaları, ortak bir strateji oluşturma ve dayanışma ruhu ile AB üyesi ülkeler arasında birliği pekiştirmeye yönelik olmuştur. Ancak, üye ülkelerin egemenlikleri nedeniyle her ülke kendi iç politikalarını belirlemede özgürdür. Bu nedenle, AB içindeki sağlık politikaları genellikle koordinasyon ve işbirliğine dayanmaktadır.

Bu ülkeler arasında sağlık sistemleri ve salgınla mücadelede uygulanan politikalar, her ülkenin yapısal farklılıklarına bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. COVID-19 pandemisi, sağlık finansmanının kritik rolünü ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığını vurgulamıştır. Pandemi, sağlık harcamalarının artmasına neden olurken, kamusal finansman ve sigorta sistemlerinin etkinliğini test etmiştir. Sağlık finansmanının doğru yönetimi, pandeminin etkilerini hafifletmek ve toplum sağlığını korumak için hayati öneme sahiptir.

COVID-19 pandemisi, sağlık sigortası sistemlerinin önemini ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini net bir şekilde ortaya koymuştur. Sigorta, bireyler için finansal güvence sağlayarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış, ancak artan talepler ve maliyetler nedeniyle sistem bazı zorluklarla karşılaşmıştır. Devlet destekleri ve poliçe kapsamının genişletilmesi gibi önlemler, sigorta sistemlerinin pandemiye yanıt vermesini desteklemiştir. Bu süreç, sigorta sistemlerinin esnekliğini ve krizlere karşı dayanıklılığını artırmak için önemli dersler sunmuştur.

3. SİGORTA KAVRAMI VE SAĞLIK SİGORTASI

3.1. Sigorta Kavramı

Sigorta, belirli bir risk veya belirsizlik durumunda finansal kayıpları azaltmak veya telafi etmek amacıyla yapılan bir anlaşma veya sözleşme sistemini ifade eder. Bu sistem, sigortalı ve sigorta şirketi arasında kurulan bir sözleşme çerçevesinde işler. Sigorta, genellikle yaşam, sağlık, araç, konut, iş, seyahat ve daha birçok alanda uygulanabilir. Temelde, sigorta, bir kişi veya kuruluşun beklenmeyen bir olayın finansal etkilerine karşı koruma sağlamak için tasarlanmış bir risk yönetimi aracıdır.

Başka bir tanıma göre, sigorta önceden belirlenmiş bir prim ödemesi koşuluyla yapılan iki taraflı bir sözleşmedir. Bu sözleşme, sigortalının karşılaşılabileceği risklere karşı koruma sağlar ve sigortalı, ödediği prim karşılığında belirli bir güvence elde eder. Bu şekilde, sigorta sözleşmesi, olası zarar durumunda maddi kayıpların paylaşılmasını amaçlayan bir anlaşma olarak işlev görür (62).

Bu ifadeyle, sigorta kavramı bir tür finansal koruma mekanizması olarak karşımıza çıkar. Sigorta, tesadüfi olaylar sonucu meydana gelen risklerin istatistiksel prensiplere dayanarak düzenlenmiş bir karşılıklılık esası üzerinden yönetilmesini sağlar. Yani, bireyler belirli bir prim karşılığında sigorta şirketi ile bir anlaşma yaparlar. Bu anlaşmaya göre, sigortalanan paranın bir karşılığı olan ölçülebilir bir menfaat, belirlenmiş riskin gerçekleşmesi durumunda ortaya çıkan zararı sigorta şirketinden talep etme hakkını beraberinde getirir. Bu sayede, bireyler öngörülemeyen risklere karşı maddi güvence elde ederler ve olası zararlarının finansal yükünü paylaşmış olurlar (63).

Sigorta, aynı türdeki risklere maruz kalan bireylerin belirli bir prim ödemesi karşılığında, belirlenen süre içinde ortaya çıkabilecek maddi zararları karşılamak amacıyla kurdukları bir sistemdir. Bu sistem, bireylerin malvarlıkları veya can güvenlikleri için olası risklere karşı finansal koruma sağlar. Sigorta, topluluk içindeki bireyler arasında riskin dağıtılması ilkesine dayanır ve prim ödemeleriyle oluşan fon, sigortalıların zarar görmesi durumunda tazminat olarak kullanılır. Bu şekilde, sigorta, beklenmedik olaylara karşı finansal güvence sağlayan bir mekanizma olarak işlev görür (64).

3.1.1. Sigorta Kelimesinin Kökeni

"Sigorta" kelimesinin kökeni, İtalyanca "assicurazione" kelimesine dayanır. Bu kelime Latince "securus" kelimesinden türetilmiştir, ki bu "güvende, emniyette" anlamına gelir. İtalyancadaki "assicurazione" kelimesi ise "güvence altına alma, sigorta etme" anlamına gelir. Türkçe'ye de İtalyanca'dan geçmiş ve "sigorta" olarak yerleşmiştir. Sigorta kavramı, bir riskin olası maddi kayıplarını telafi etmek veya hafifletmek için bir anlaşma yapmayı ifade eder. Bu

anlaşma, bir sigorta şirketi veya kuruluşu tarafından belirli bir prim karşılığında sağlanan korumayı içerir (61).

3.1.2. Sigortanın Amacı

Sigortanın temel amacı, önceden tahmin edilebilen risklere karşı tedbir alarak ortaya çıkabilecek zararları minimize etmektir. Sigorta sözleşmeleri, sigortalının prim ödemesi karşılığında, belirli bir riskin gerçekleşmesi durumunda sigortacı tarafından tazminat almayı içerir. Bu bağlamda, sigorta, potansiyel risklere karşı maddi güvence sağlamak ve finansal kayıpları en aza indirerek bireyleri korumak amacını taşır (65).

Sigortacılığın temel amacı, önceden belirlenmiş risklerin sigorta sözleşmesi kapsamına girmesi durumunda ortaya çıkabilecek maddi kayıpları güvence altına alarak sigortalıları korumaktır. Mal sigortalarında, belirlenmiş olan rizikonun gerçekleşmesi ve hayat sigortalarında ise belirli bir olayın meydana gelmesi durumunda sigortacı, sözleşme şartlarına uygun olarak zararı karşılamakla yükümlüdür. Sigortacılık, potansiyel ekonomik kayıplarla mücadele etmek ve sigortalıları finansal olarak korumak için bir araç olarak değerlendirilebilir (64).

Sigorta, ekonomik ve sosyal yaşamın çeşitli alanlarında yaygın olarak kullanılarak, bireylerin hayatta karşılaşılabilecekleri risklere karşı kendilerini güvence altına almalarını sağlayan temel bir araç haline gelmiştir. Bu durum, sigortacılığın bir meslek haline gelerek, bu faaliyeti yürüten gerçek veya tüzel kişilerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (65).

Sigortacılık, dünya genelinde gelişmiş ekonomilerde önemli bir role sahip olup, endüstrileşmekte olan ülkelerde en aktif sektörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle ekonomik gelişmelerin, sigortacılığın gelişimini etkileyerek sigorta kavramının topluma benimsetilmesiyle birlikte genel bir amaç olarak kabul edilebilir, böylece ekonomik büyümenin de artacağı öngörülebilir (66).

3.1.3. Sigortanın Tarihsel Gelişimi

Sigortacılığın tarihsel gelişimi oldukça köklü bir geçmişe sahiptir. Sigortanın tarihsel gelişimi, sosyal güvenlik sistemlerinin modern toplumlarda nasıl şekillendiğini anlamak için kritik bir konudur. İlk zorunlu sağlık sigortası sistemi, 1883 yılında Almanya'da Otto Von Bismarck'ın önderliğinde oluşturulmuştur. Bismarck Modeli olarak bilinen bu sistem, gönüllü sağlık sigortacılığı zemininde kamu yürütücülüğünün devreye girmesiyle zorunlu hale gelmiştir. Bu model, Avrupa'da sanayileşmenin ve sosyal gelişmişliğin bir yansıması olarak ortaya çıkmış ve kısa sürede geniş bir uygulama alanı bulmuştur (58).

1883 yılında Almanya'da uygulamaya konulan zorunlu sağlık sigortası, belirli bir ücret seviyesinin altındaki işçilerin hastalık fonuna katılmasını ve bu fonun işçi ve işverenler tarafından finanse edilmesini öngörüyordu. Bu sistem, zamanla iş kazaları, sakatlık ve yaşlılık sigortalarını

da kapsayacak şekilde genişlemiş ve birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemlerinin temelini oluşturmuştur (58).

3.1.3.1. Sigortanın Dünyadaki Tarihsel Gelişimi

Sigortacılıkla ilgili tarihsel gelişmelerin ilk örneklerinden biri, Babiller döneminde Kral Hammurabi tarafından oluşturulan Hammurabi Kanunları'nda görülmektedir (71). Birçok ilk olma konumundaki Hammurabi Kanunları sigortacılıkla ilgili de başvurulacak tarihi temel kaynaklardandır.

Babil'deki bu tarihi uygulama, riskin paylaşılması ve tazminat ödeme konularında erken dönemde bir sigorta benzeri sistemin varlığını göstermektedir. Kervan tüccarlarına karşı olası risklere karşı borç para veren sermayedarlar, bu risklere karşı kendilerini korumak ve olası zararları paylaşmak amacıyla benzersiz bir sistem oluşturmuşlardır. Kral Hammurabi'nin bu uygulamayı kanunlaştırması, bu sistemin toplumda daha geniş bir şekilde kabul gördüğünü ve organize bir yapıya kavuştuğunu göstermektedir. Kervanların soyulması veya diğer olumsuz durumlar karşısında yaşanan zararların adil bir şekilde paylaşılması, bu erken dönemdeki ticaretin sürdürülebilirliği ve toplumsal güvenin sağlanması açısından büyük bir önem taşımaktaydı. Bu uygulama, erken dönem sigorta benzeri sistemlerin ortaya çıkışının örneklerinden biridir ve ticaretin büyümesiyle birlikte risk yönetimi ihtiyacının nasıl doğduğunu gösterir. Antik Babil'de başlayan bu uygulama, zaman içinde evrim geçirerek günümüz sigorta endüstrisinin temelini oluşturan prensiplerin gelişimine katkıda bulunmuştur (67).

Hintlilerin M.Ö. 600'lü yıllarda gerçekleştirdiği kredi anlaşmaları ve eski Yunan-Roma dönemlerinde deniz ödünç ve müşterek avarya kuralları, sigortacılık tarihindeki önemli gelişmelere işaret etmektedir. Hint kültüründe gerçekleşen kredi anlaşmaları ve deniz ticaretindeki uygulamalar, risklerin paylaşılması ve zararın dağıtılması konularında erken dönem sigorta prensiplerinin izlerini taşımaktadır (72).

Eski Yunan ve Roma dönemlerinde, deniz ticaretinde kullanılan ödünç ve müşterek avarya kuralları, Roma hukukunda "Rodol Kaideleri" adıyla bilinmiştir. Bu kurallar, denizdeki risklere karşı taraflar arasında bir tür karşılıklı anlaşma sağlamayı amaçlamaktaydı. Ancak, bu sistemde bazı kişilerin diğerlerine göre daha fazla pay alması, zamanla Kilise'nin tepkisini çekmiş ve bu uygulama yasaklanmıştır (73).

Kilise'nin bu yasaklaması, gelecekte meydana gelebilecek tehlikelere karşı önceden tedbir alma düşüncesiyle bağlantılı olarak değerlendirilebilir. Bu durum, risklerin paylaşılması ve zararın hafifletilmesi amacıyla ortaya çıkacak olan sigortacılık kavramının temellerine işaret etmektedir. Dolayısıyla, Hint, Yunan ve Roma kültürlerindeki bu erken dönem uygulamaları, sigortacılığın evrimine ve gelişimine katkıda bulunmuştur (75).

Bu gelişmeler sonucunda diğer gemi ve yük sahipleri, gemi ve yüklerin sigorta edilmesinin, uğradıkları zararların karşılanması durumunda ticari hayatlarını kolaylaştırabileceğini fark etmişlerdir. Bu farkındalık, sigortacılık alanında yeni gelişmelerin yaşanmasına yol açmıştır (70). Bu gelişmeler, zaman içinde bireylerin sadece yüklerini değil, aynı zamanda kendi hayatlarını da sigorta ettirebileceği fikrini ortaya çıkarmış ve bu şekilde hayat sigortaları doğmuştur (71). İtalyan doktor ve banker Lorenzo Tonti'nin 17. yüzyılda ortaya koyduğu "Tontines" adlı sistem de, insan hayatının sigorta edilebileceği fikrinden türemiştir. Bu sistemde belirli kişiler belirli bir süre boyunca para koymuş ve süre sonunda hayatta kalanlara bu paralar pay edilmiştir (63).

Sigorta şirketlerinin hızla artmasının temel nedenlerinden biri, sigorta anlaşmazlıklarından kaynaklanan hesaplamaların doğru ve gerçekçi bir şekilde yapılabilmesi için istatistik yöntemlerinin aktif bir biçimde kullanılmasının başlamasıdır. İkinci önemli etken ise Londra'da 1666 yılında meydana gelen ve birçok ev ile kilisenin yanmasına sebep olan Büyük Londra Yangınıdır. Bu felaket, maddi ve manevi büyük zarara neden olmuş ve halkı gelecekteki benzer olaylara karşı daha önce tedbir almaya yönlendirmiştir (75).

Büyük Londra Yangını'nın ardından 1667 yılında İngiltere'de "Yangın Bürosu" kurulmuştur. Bu tarih, sigorta sektöründeki önemli dönemlerden birini temsil eder. Daha sonra, 1688 yılında "Lloyd's" adlı bir birlik İngiltere'de kurulmuştur. Lloyd's, başlangıçta deniz sigortası alanında faaliyet göstermiş olup zamanla diğer tüm sigortacılık faaliyetlerinde de hizmet vermeye başlamıştır. Lloyd's'un öne çıkan bir özelliği, birlik üyelerinin sorumluluklarının tüm malvarlıklarını kapsaması ve bu üyelerin sigortalı ile doğrudan iletişim kurmamalarıdır. Lloyd's, bu modeliyle hem sigorta şirketlerine geniş bir piyasa sağlamış hem de risklerin dağıtılmasına katkıda bulunmuştur. Bu sayede, büyük ve karmaşık risklerin sigortalanması daha etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmiştir. Lloyd's, uluslararası alanda da etkin bir şekilde faaliyet gösteren ve dünya çapında tanınan bir sigorta ve reasürans piyasası haline gelmiştir. Bugün, Lloyd's dünya genelinde çeşitli risklerin sigortalanması için önemli bir merkez olarak faaliyet göstermektedir ve sigorta sektöründeki yenilikçi ve öncü yaklaşımıyla bilinmektedir (76). Lloyd's, faaliyetlerini "broker"lar aracılığıyla yürütmektedir. Bu, diğer sigorta şirketlerinden farklı bir iş modelini yansıtan benzersiz bir yapının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Lloyd's, özellikle deniz sigortası konusundaki uzmanlığıyla bilinse de, zaman içinde geniş bir yelpazede sigorta hizmetleri sunmaya başlamıştır. Bu kuruluş, üyeleri arasındaki iletişimi araçlar üzerinden yöneterek, sigorta sektöründeki diğer oyuncularından ayrılan bir konum elde etmiştir. Lloyd's, tarih boyunca sigorta sektöründeki gelişmelere yön veren önemli bir aktör olmuştur (74).

3.1.3.2. Sigortanın Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, sigortacılık faaliyetleri Avrupa'daki kadar hızlı gelişim göstermedi ve Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça yavaş ilerlemiştir. Modern anlamda sigortacılığın Avrupa'da 13. yüzyılda başlamasına rağmen, Osmanlı topraklarında sigortacılığın gelişimi uzun bir zaman almak zorunda kalmıştır. Bu durumun temel nedeni, hem Osmanlı İmparatorluğu'nda deniz ticareti faaliyetlerinin Avrupa'daki kadar yaygın olmaması hem de sigorta yaptırmanın din bilginleri tarafından dinen uygun olmadığı şeklindeki görüşlerin etkili olmasıdır (67).

Bu dönemde, hukukçu Seyyid Muhammed Emin İbni Abidin tarafından yapılan ilk düzenlemelerde, sigorta yapılması durumunda sözleşmenin hukuki bir sonuç doğurmadığına dair ifadeler yer verilmiştir. Aynı dönemde, saygın bir din alimi olan Mustafa Sabri Efendi de, İslam dininde kumarla benzerlik gösterdiği gerekçesiyle sigortanın yerinin olmadığını vurgulamıştır. Osmanlı döneminde dini otoritelerin, sigortayı kumar benzeri bir faaliyet olarak gördükleri ve bu nedenle olumsuz bir görüş belirledikleri görülmektedir. Bu durum, sigortanın o dönemde gelişmesini engelleyen etmenlerden biri olmuştur (66).

Osmanlı İmparatorluğu'nda sigorta hizmetleri, modern anlamda sigortacılığın geliştiği dönemlere kadar geniş çapta kullanılmamıştır. Ancak Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde ve özellikle 19. yüzyılın sonlarına doğru, bazı sigorta uygulamalarının ortaya çıktığı ve geliştiği görülmektedir. Bu dönemde özellikle yabancı sigorta şirketlerinin faaliyet göstermesiyle birlikte sigorta hizmetleri daha belirgin hale gelmiştir (68).

Osmanlı İmparatorluğu'nda sigorta hizmetlerinin gelişimine ilişkin bazı önemli noktalar şunlardır (69):

Yabancı Sigorta Şirketleri: 19. yüzyılın sonlarına doğru Osmanlı İmparatorluğu'nda, özellikle İstanbul'da yabancı sigorta şirketleri faaliyet göstermeye başlamıştır. Bu şirketler genellikle deniz sigortaları, yangın sigortaları ve hayat sigortaları gibi alanlarda hizmet vermiştir.

İlk Türk Sigorta Şirketi: Osmanlı İmparatorluğu'nda ilk Türk sigorta şirketi, 1912 yılında "Osmanlı Sigorta Cemiyeti" adıyla kurulmuştur. Ancak Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerindeki karışıklıklar ve I. Dünya Savaşı'nın etkisiyle bu şirketin uzun ömürlü olamadığı görülmüştür.

Ticaret ve Deniz Sigortaları: Osmanlı döneminde, özellikle deniz ticareti canlı olduğu için ticaret ve deniz sigortaları daha yaygın olarak kullanılmıştır. Liman şehirleri, ticaret yolları üzerindeki önemli ticaret merkezleri, sigorta faaliyetleri açısından öne çıkan bölgeler olmuştur.

Osmanlı Hukukundaki Düzenlemeler: Osmanlı İmparatorluğu'nda 19. yüzyılın sonlarından itibaren bazı hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerle sigorta hizmetlerine dair kurallar belirlenmiş ve denetim altına alınmıştır.

Osmanlı İmparatorluğu'nun çöküşü ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşuyla birlikte, sigortacılık faaliyetleri modern anlamda daha da gelişmiş ve Türkiye'de çeşitli sigorta şirketleri kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde, sigortacılık sektörüne ilişkin kapsamlı hukuki düzenlemeler yapılmış ve bu, sigortacılık faaliyetlerinin düzenli bir yapıya kavuşmasını sağlamıştır (68).

Osmanlı döneminde, sigorta şirketlerinin neredeyse tamamı azınlıkların kontrolü altındaydı ve Türkler tarafından yönetilen bir sigorta şirketi ilk başta kurulamamıştı. İlk Türk sigorta şirketi olarak kabul edilen Osmanlı Umum Sigorta Şirketi, yabancı sermaye ile faaliyet gösteren bir kuruluştur. 1864 yılında ise, hukuki anlamda ilk düzenleme Deniz Ticareti Kanunu ile yapılmıştır. Osmanlı döneminde, sigortacılık faaliyetleri genellikle azınlıklar tarafından yürütülmüş ve cumhuriyetin ilanına kadar bu durum devam etmiştir. Ancak, cumhuriyetin ilanıyla birlikte sigortacılık sektöründe önemli değişimler yaşanmıştır. Cumhuriyet döneminde, sigortacılıkla ilgili detaylı hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu gelişmelerin ardından sigortacılık faaliyetleri artık azınlıkların değil, Türklerin kontrolü ve işletmesi altında gerçekleşmeye başlamıştır (69).

Osmanlı döneminden sonra, Cumhuriyet'in ilanından itibaren Türk şirketlerinin gelişmesiyle birlikte sigortacılık faaliyetleri Türklerin kontrolüne geçmiştir. Bu dönemde Türkiye'de sigortacılık sektörünün gelişimi, tarihsel olarak çeşitli önemli dönemleri içerir. İlk Türk sigorta şirketi, 1924 yılında kurulmuş olup, bu dönemde Türk sigorta sektörü önemli adımlar atmıştır. 1924 yılında, yabancı dilde düzenlenen poliçelerin Türkçe olarak hazırlanması zorunlu hale getirilmiş ve bu durum sektörde Türkçe standartlarının oluşmasına katkıda bulunmuştur. 1925 yılında ise İttihad-ı Milli Sigorta Şirketi ile Türkiye İş Bankası'nın ortaklığıyla Anadolu Anonim Türk sigorta şirketi kurulmuştur. Bu, Türk sermayesi ile kurulan ilk sigorta şirketlerinden biri olarak önemli bir dönemeçtir. Ardından, 1927 yılında çıkarılan yasalarla sigortacılığın yasal bir zemine oturtulmuş, bu da sektörün düzenlenmesine ve denetlenmesine olanak tanımıştır. Bu yasalar, yurtdışına döviz çıkışını önleme ve yerli-yabancı sigorta şirketlerini denetleme amacını taşımıştır. 1929'da Türkiye İş Bankası, Milli Sigorta ve Compagnie Suisse de Reassurance işbirliğiyle Milli Reasürans T.A.Ş. kurulmuştur. Bu işbirliği, uluslararası alanda rekabet edebilme ve risk yönetimi açısından önemli bir adımdır. Türkiye'nin milli sermaye ile oluşturulan reasürans şirketi, sektördeki güçlü oyuncularından biri olarak faaliyet göstermiştir. Bu tarihsel süreç, Türkiye'deki sigortacılık sektörünün evriminde önemli bir kilometre taşını temsil eder (69).

1933 yılında Sümerbank'ın tamamen yerli sermayesiyle Güven Sigorta'nın kuruluşu ve 1936 yılında Ankara Türk Sigorta şirketinin benzer bir şekilde yerli sermaye ile faaliyete geçmesi, Türkiye'de sigorta sektörünün yerelleşmesi ve kendi kaynaklarıyla güçlenmesi adına önemli adımlardır. Ancak, bu şirketlerin kuruluşuyla birlikte sektördeki faaliyetlerin etkin bir şekilde denetlenmesi ve ekonomik sıkıntıların milli çıkarlara uygun kullanılması ihtiyacı doğmuştur. Bu amaca yönelik olarak, 1938 yılında çıkarılan 3392 sayılı kanun ile sigorta şirketlerinin faaliyetlerinin etkin bir şekilde denetlenmesi sağlanmıştır. Bu düzenleme, ekonomik sıkıntıların ülke içinde kalmasını ve yerli kaynakların daha etkin bir şekilde kullanılmasını hedeflemiştir (70).

1959 yılında yürürlüğe giren 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu, Türkiye'deki sigorta hukukunu düzenleyerek sektörde daha şeffaf ve düzenli bir yapı oluşturmayı amaçlamıştır. Bu kanunla birlikte, sigorta şirketlerinin faaliyetleri ve denetimi daha net bir şekilde belirlenmiş, sektördeki düzenlemeler güçlendirilmiştir. 1968-1984 yılları arasında sigorta şirketi kurulmasına izin verilmemesi, sektördeki büyümeyi kontrol altında tutma ve daha sürdürülebilir bir yapı oluşturma amacını taşımıştır. Ancak, daha sonraki yıllarda ekonomik liberalleşme ve ekonominin güçlendirilmesine yönelik adımlar, sigorta sektöründe canlanmaya ve şirket sayısında belirgin bir artışa neden olmuştur. Bu süreçte atılan adımlar, Türkiye'deki sigorta sektörünün evrimini ve yerel şirketlerin güçlenmesini destekleyerek, ekonomik kalkınmaya katkı sağlamıştır.

3.2. Genel Olarak Sigorta Türleri

Sigorta türleri oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir, ancak bu bağlamda sadece genel hatlarıyla can sigortalarından bahsedilecek ve devamında bu çalışmanın odaklandığı sağlık sigortaları ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Can sigortaları, bireylerin hayatlarını, sağlıklarını ve çalışma yeteneklerini koruma altına alan sigorta türleridir. Bu sigorta türü, hayat sigortası, maluliyet sigortası ve uzun süreli bakım sigortası gibi çeşitli alt kategorilere ayrılmaktadır. Hayat sigortası, sigortalının ölümü durumunda geride kalanlara mali güvence sağlar; maluliyet sigortası, çalışma yeteneğini kaybeden bireylere gelir desteği sunar; uzun süreli bakım sigortası ise, yaşlılık veya kronik hastalıklar nedeniyle sürekli bakıma ihtiyaç duyan kişilere finansal destek sağlar.

Bu çalışmanın odak noktası olan sağlık sigortaları ise, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla geliştirilmiş poliçeleri içerir. Sağlık sigortaları, temel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası gibi farklı türlere ayrılır.

Özel sigortalar, zarar (tazminat, malvarlığı) sigortaları ve can sigortaları. Zarar sigortaları, rizikonun neden olduğu zararların tazminini hedefler. Diğer bir deyişle, zarar sigortaları, sigorta ettirenin para ile ölçülebilir varlıklarında meydana gelen zararın telafi edilmesini sağlar (76).

Zarar sigortaları genellikle mülkiyet, kaza, yangın, deprem gibi olaylara karşı maddi varlıkları güvence altına almak amacıyla yapılan sigortaları içermektedir. Örneğin, konut sigortası, taşıma sigortası, iş yeri sigortası gibi poliçeler zarar sigortalarına örnek olarak verilebilir. Bu tür sigortalar, sigortalının malvarlığına gelebilecek zararları telafi etmeyi amaçlar.

Can sigortaları ise genellikle kişilerin hayatlarına odaklanır. Bu tür sigortalar, sigorta sözleşmesi yapılan kişinin vefatı veya belirli bir yaşa ulaşması durumunda ödeme yapmayı amaçlar. Can sigortaları, yaşam sigortaları ve ölüm sigortaları olarak alt kategorilere ayrılabilir. Bu sigorta türü, sigorta yaptıran kişinin hayatındaki belirli risklere karşı maddi güvence sağlar.

Can sigortaları, insan hayatıyla ilgili olmayan ve parayla ölçülemeyen riskleri güvence altına alan bir sigorta türüdür (67). Bu sigorta türü, bireyin veya kanuni olarak menfaat ilişkisi bulunan yakınlarının hayatındaki çeşitli olaylara karşı koruma sağlar. Çünkü can sigortalarının amacı, para ile ölçülemeyen menfaatleri güvence altına almak ve bu menfaatlerin gerçekleşmesi durumunda finansal destek sağlamaktır.

Türk Ticaret Kanunu'na göre, can sigortalarıyla ilgili düzenlemeler TTK'nın 1487. maddesinden itibaren başlar. Bu düzenlemeler hayat sigortalarını (TTK m.1487-1506), kaza sigortalarını (TTK m.1507-1510) ve hastalık/sağlık sigortalarını (TTK m.1511-1519) içerir. TTK'nın 1520. maddesinde ise koruma kurumlarına ilişkin hükümler bulunmaktadır. Ayrıca, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'nda da can sigortalarıyla ilgili düzenlemelere rastlanmaktadır.

Bu düzenlemeler, can sigortalarının temel prensiplerini, koruma kapsamını ve sigortalanan riskleri belirleyerek bu alanda faaliyet gösteren sigorta şirketleri ile bireyler arasındaki ilişkileri düzenler. Can sigortalarının amacı, bireylerin sağlıklıyken oluşabilecek risklere karşı güvence altına alınması ve bu risklerin gerçekleşmesi durumunda maddi destek sağlamaktır. Bu sigorta türü, bireylerin refah içinde yaşama arzusu, hastalanma, yaşlanma veya çalışma gücünü kaybetme gibi olasılıklara karşı mali bir güvenceye sahip olmalarını sağlamak amacıyla tasarlanmıştır (77).

Anlaşıldığı üzere bu çalışmada, can sigortalarının genel kapsamı içinde yer alan hayat sigortaları, kaza sigortaları ve hastalık sigortaları gibi diğer sigorta türleri dikkate alınmamış, odak noktası sadece sağlık sigortalarına yöneltilmiştir. Bu sigortalar, bireylerin ve ailelerin mali yüklerini hafifletirken, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve kalitesini artırmak için de önemli bir rol oynar. Sağlık sigortaları genel bir başlık altında farklı alt branşlara ayrılarak incelenmiştir.

3.3. Sağlık Sigortaları

Tarihsel olarak, hekimlerin varlığına dair ilk kayıtlar M.Ö. 3000 yılında Sümerler zamanına dayanmaktadır. Sağlık sigortasıyla ilgili bilinen ilk yazılı kayıtlar ise M.Ö. 2000 yılında Hammurabi

Kanunlarında ortaya çıkmıştır. Bu durum, sağlık sistemlerinin tarih boyunca var olduğunu, ancak sağlık sigortası kavramının daha yakın bir zamanda ortaya çıktığını göstermektedir. Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin tarih boyunca var olmasına rağmen, modern anlamda örgütlenmiş ve sigorta temelinde yapılandırılmış bir sistem olarak daha yeni zamanlarda gelişmiştir (67).

Sağlık sektöründeki ilk uygulamalar, hastalanma olasılığının yüksek olduğu maden işçilerinde görülmüştür. Anadolu'da ise bu tür uygulamalara Osmanlı döneminde lonca ve ahi teşkilatlarında rastlanmıştır. Ancak, modern anlamda sağlık sigortası uygulamaları, Almanya'da Bismarck döneminde başlamıştır. Bu dönemde, maden işçileri gibi yüksek risk altındaki meslek grupları için sağlık sigortası uygulamaları ortaya çıkmıştır. Sağlık sigortasının ilk şekillerinden biri olan prime dayalı sağlık sigortası, Almanya'da sosyal sigorta reformları sırasında hayata geçirilmiştir. Sağlık sigortalarının özellikleri incelendiğinde, risklerin hak sahiplerinin tercihleri doğrultusunda gerçekleşebileceği, yaşam süresi arttıkça sağlık harcamalarının da doğal olarak artacağı, bireylerin sigortadan faydalanmak için sağlık durumlarıyla ilgili bilgi ve belgeleri sigorta şirketlerinden gizleyebileceği gibi önemli noktalara dikkat çekilebilir. Bu durum, sağlık sigortası konusunda hem sigorta şirketlerinin hem de sigortalı bireylerin çeşitli risklere karşı hazırlıklı olmalarını gerektirir (78). Sağlık sigortaları, sigortalının hastalık ve kazaların neden olduğu harcamalarını karşılamayı amaçlayan bir sigorta çeşididir.

Bu sigorta türü, poliçede belirtilen riskler ve genel/özel koşullar doğrultusunda faaliyet gösterir. Sağlık sigortası, sigortalının muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde ortaya çıkan masrafları belirli bir limit dahilinde ödeme yükümlülüğüne sahiptir. Sağlık sigortası, kişinin sağlığını kaybetmesi durumunda tedavi sonucunda sağlığına kavuşmasını ya da geçici/devamlı maluliyet durumuyla karşılaşmasını içerir. Bu sigorta, sigortalı bireye maddi güvence sağlayarak sağlık harcamalarının getirdiği finansal yükü hafifletmeyi amaçlar (79).

3.3.1. Sağlık Sigortası Türleri

Sağlık sigortası türlerinin tartışılması, sağlık sigortacılığının kapsamını belirlemek açısından önem taşımaktadır. Bu çerçevede izleyen alt başlıklarda sağlık sigortası türlerine yer verilmiştir.

3.3.1.1. Acil Sağlık Sigortaları

Sigorta kapsamında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen 32 acil durum olayı bulunmaktadır ve bu olaylar sigortalının hayatını tehdit eden durumları içermektedir. Bu sigorta türü, acil durumlarla ilgili yüksek maliyetli tedavileri karşılayarak sigortalıya maddi destek sağlar.

Bu tür sigortalar, belirli acil durumlar kapsamında sigortalıya sunulan hizmetleri (doktor muayeneleri, ilaçlar, radyografi, masaj, hastane ve diğer tedavi masrafları, nakil hariç) belirtilen limitlere kadar karşılar. Bu şekilde, bu sigorta türünden faydalanan bireyler, poliçede belirtilen limitler dahilinde ek bir ücret ödemeksizin teminat altına alınan tüm acil sağlık sorunları için

hastane masraflarını karşılayabilirler. Bu tür sigortalar, ani sağlık sorunları veya kazalar durumunda mali açıdan koruma sağlayarak sigortalıya ve ailesine güvence sağlar.

3.3.1.2. Yabancılar ve Göçmenler İçin Sağlık Sigortaları

Yabancılar için sağlık sigortaları, bir ülkede geçici olarak ikamet eden veya seyahat eden kişilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tasarlanmış poliçelerdir. Bu tür sigortalar genellikle özel sağlık hizmetleri ve acil durum tedavilerini kapsar. İşte yabancılar için sağlık sigortalarının temel özellikleri (80, 81):

Geçici İkamet ve Seyahat Kapsamı: Yabancılar için sağlık sigortaları genellikle belirli bir süre için geçerlidir. Bu süre, kişinin ülkede kalış süresine veya seyahat planlarına bağlı olarak değişebilir.

Acil Durum Hizmetleri: Sigorta poliçeleri, beklenmeyen acil durumlar için hızlı ve etkili sağlık hizmetleri sunmayı amaçlar. Acil durum kapsamı genellikle hastaneye yatış, ameliyat, ilaçlar ve acil tıbbi müdahaleleri içerir.

Doktor ve Diğer Sağlık Hizmetleri: Yabancılar için sağlık sigortaları, poliçe kapsamına bağlı olarak doktor muayeneleri, laboratuvar testleri, radyolojik görüntüleme, fizyoterapi gibi çeşitli sağlık hizmetlerini içerebilir.

Yatış ve Tedavi Masrafları: Sigorta poliçesi, hastanede yatış veya tedavi gerektiren durumlar için olası masrafları içerebilir. Bu, hastane ücretleri, cerrahi müdahaleler, ilaç maliyetleri ve diğer tedavi giderlerini kapsar.

Poliçeye Özel Koşullar: Yabancılar için sağlık sigortaları, poliçede belirtilen özel koşullara göre farklılık gösterebilir. Örneğin, bazı sigortalar belirli kronik hastalıkları veya önceden mevcut durumları kapsamayabilir.

Sigortanın Zorunluluğu: Bazı ülkeler, yabancı ziyaretçilere veya geçici ikamet edenlere sağlık sigortası sahip olmayı zorunlu kılabilir. Bu, ülkedeki sağlık hizmetlerinden yararlanma veya acil durumlar için gereken mali sorumluluğu yerine getirme amacını taşır.

Prim ve Teminat Seviyeleri: Yabancılar için sağlık sigortalarının primleri ve teminat seviyeleri, poliçenin kapsamına, kişinin sağlık geçmişine, yaşına ve sigorta şirketine bağlı olarak değişebilir.

Yabancılar için sağlık sigortaları, kişinin güvende hissetmesini sağlayarak seyahat veya geçici ikamet süreçlerinde olası sağlık risklerine karşı koruma sağlar.

Göçmenler, gittikleri ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim sağlamak için genellikle sağlık sigortasına ihtiyaç duyarlar. Bu sağlık sigortası, göçmenlerin sağlık harcamalarını karşılamalarına yardımcı olur ve sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlar (85, 115).

Göçmenler, sağlık sigortası ile temel sağlık hizmetlerinden, acil tıbbi müdahalelerden ve kronik hastalıkların tedavisinden yararlanabilirler. Sağlık sigortası, göçmenleri beklenmedik sağlık giderlerine karşı korur. Bu, sağlık hizmetleri nedeniyle oluşabilecek büyük maliyetlerin sigorta tarafından karşılanmasını sağlar ve göçmenlerin finansal yükünü hafifletir. Bazı ülkeler, göçmenlere kamusal sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetleri sunar. Bu sistemde, göçmenler genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya düşük maliyetle yararlanabilirler. Örneğin, Türkiye'de ikamet eden yabancı uyruklu kişiler, belirli koşulları sağladıklarında Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınabilirler.

3.3.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genellikle zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmeyen veya zorunlu sigortadan yeterli düzeyde hizmet alamayan bireyler için tasarlanmış bir sigorta türüdür. Zorunlu sağlık sigortası genellikle belirli bir seviyede sağlık hizmeti sunmayı amaçlar, ancak bazı durumlarda bu hizmetler yetersiz kalabilir veya belirli tedavileri kapsamayabilir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, bu tür durumlarda ortaya çıkan eksiklikleri gidermek için devreye girer ve bireyin üzerinde kalan sağlık harcamalarının bir kısmını veya tamamını karşılayarak ek bir koruma sağlar (80).

Örneğin, bir zorunlu sağlık sigortası belirli bir tedaviyi kapsamıyorsa veya belirli bir hastalığa yönelik ilave hizmetler sunmuyorsa, tamamlayıcı sağlık sigortası bu eksikliği giderebilir. Ayrıca, zorunlu sigorta primlerinin ödenememesi durumunda sağlık hizmetlerine erişimde yaşanabilecek sorunları önlemek amacıyla da kullanılabilir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası genellikle özel sigorta şirketleri veya kuruluşlar tarafından sunulur ve bireylerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre çeşitli paketler halinde sunulabilir. Bu paketler genellikle farklı fiyatlar ve kapsam düzeyleri sunar, böylece bireyler ihtiyaçlarına en uygun olanı seçebilirler. Bu şekilde, tamamlayıcı sağlık sigortası bireylere daha kapsamlı bir sağlık koruması sağlayarak sağlık harcamalarından kaynaklanabilecek finansal riskleri azaltmaya yardımcı olur.

Tamamlayıcı sağlık sigortası kavramı, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve erişimine ilişkin önemli bir alanı kapsar. Bu sigorta türü, birincil kamu sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel sağlık hizmetlerine de erişim sağlayarak sağlık harcamalarının bir kısmını veya tamamını karşılamayı amaçlar. Bu kapsamda, tamamlayıcı sağlık sigortası hükümetlerin sağlık sistemlerini desteklemek, hizmetleri geliştirmek ve genel sağlık düzeyini artırmak için önemli bir araç olarak görülebilir (81).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının avantajları arasında, sigortalıların temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra ekstra veya özel sağlık hizmetlerine de erişebilmesi bulunur. Bu sigorta,

özellikle ciddi hastalıklar veya yüksek maliyetli tıbbi işlemler gibi beklenmedik sağlık harcamalarına karşı finansal koruma sağlar. Ayrıca, kamu sağlık sistemlerindeki aşırı yükü azaltarak, daha hızlı ve etkili sağlık hizmetlerine erişimi teşvik edebilir (82).

Ancak, tamamlayıcı sağlık sigortasının bazı dezavantajları da vardır. Özellikle düşük gelirli bireyler için prim ödemeleri zorlayıcı olabilir ve bu durum, eşitsizlikleri artırabilir. Ayrıca, sigorta şirketlerinin belirli koşullar ve kapsamlar altında hizmet vermesi nedeniyle, herkesin tamamlayıcı sağlık sigortasına erişimi olmayabilir veya bu sigortanın yeterli koruma sağlamadığı durumlar olabilir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının etkileri ve uygulamaları ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Özellikle bir ülkedeki sağlık sisteminin yapısal özelliklerine, ekonomik koşullarına ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre şekillenir. Bu nedenle, tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanımı ve etkileri hakkında derinlemesine bir analiz yapmak için her ülkenin kendi koşullarını dikkate almak önemlidir (80).

Bu bağlamda, tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi, sosyal güvenlik sistemlerinin evriminde önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Bu sistemler, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması, sağlık risklerinin daha geniş bir nüfus arasında paylaşılması ve toplumun genel refah seviyesinin artırılması gibi hedeflere hizmet etmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortaları genellikle şu konuları içerebilir (78):

- Doktor Muayeneleri ve Hastane Erişimi: Temel sağlık sigortası kapsamında olmayan doktor muayeneleri, özel hastanelerdeki tedaviler veya cerrahi müdahaleler gibi hizmetleri içerir.
- Uzman ve Ebe Hizmetleri: Uzman doktorlar, cerrahlar ve ebelik hizmetleri gibi özel sağlık profesyonellerinden alınan hizmetleri içerir.
- Anne Sağlığı: Hamilelik, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerini içerir.
- Tıbbi Cihaz Kullanımı: İhtiyaç duyulan tıbbi cihazları kapsar.
- Akıl Sağlığı Hizmetleri: Ruh sağlığı tedavilerini, danışmanlık hizmetlerini ve psikoterapileri içerir.
- Diş Bakımı: Temel sağlık sigortasının kapsamadığı diş bakım hizmetlerini içerir.

Tamamlayıcı sağlık sigortaları, kişilerin temel sağlık sigortalarıyla karşılanmayan özel ihtiyaçlarına yönelik ek bir güvence sağlar. Bu tür sigortalar genellikle bireylerin yaş, cinsiyet, genel sağlık durumu gibi faktörlere göre primlendirilir ve poliçede belirlenen şartlar çerçevesinde

hizmet verir. Bu, bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak daha kapsamlı bir sağlık koruması elde etmelerine olanak tanır.

3.3.3. Seyahat-Sağlık Sigortaları

Seyahat-sağlık sigortaları, genellikle yurtdışına seyahat etmek isteyen kişilerin Schengen vizesi başvurularında talep edilen ve bu sebeple "yurt dışı seyahat sigortası" veya "vize sigortası" olarak bilinen poliçelerdir. Bu tür sigorta poliçeleri, seyahat öncesi yapılan vize başvuruları için bir zorunluluk olarak kabul edilmekte ve çoğu konsolosluk tarafından istenmektedir.

Seyahat sağlık sigortası, genellikle hastalık, acil sağlık sorunları, seyahat iptalleri veya bagaj kaybı gibi durumlar için tasarlanmış bir poliçe türüdür. Bu poliçe, seyahat sırasında karşılaşılabilecek acil sağlık sorunlarına karşı güvence sağlamaktadır. Sigorta şirketleri, poliçenin geçerlilik tarihi süresince meydana gelebilecek kaza veya beklenmedik hastalık durumlarında, planlanan seyahat süresi içinde olmaları kaydıyla sözleşmede belirtilen teminatları sigortalıya sunar.

Bu poliçe, sigortalının seyahat ettiği süre içinde beklenmedik sağlık sorunlarına karşı maddi koruma sağlar. Özellikle yurtdışı seyahatlerinde acil tıbbi yardım, tedavi masrafları, seyahat iptalleri, kayıp bagaj veya evrak durumları gibi beklenmedik durumlar karşısında sigortalıya destek sunar. Bu sayede seyahat eden kişiler, olası risklere karşı mali güvence altında olabilirler.

Genel olarak, seyahat-sağlık sigortaları genellikle yurtdışı seyahatlerinde karşılaşılabilecek beklenmedik sağlık sorunlarına karşı finansal koruma sağlayan poliçelerdir. Bu sigorta türü, özellikle Schengen vizesi başvurularında talep edilmekte ve seyahat süresince acil tıbbi yardım, tedavi masrafları, seyahat iptalleri, kayıp bagaj gibi durumları kapsamaktadır. Seyahat eden kişilere, planladıkları seyahat süresi içinde ortaya çıkabilecek olası risklere karşı mali güvence sunarak, beklenmedik durumların finansal etkilerini hafifletmeyi amaçlar.

3.3.4. Hastalık Sigortası

Hastalık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için gerekli olan finansmanı sağlayan bir sigorta türüdür. Bu sigorta türü, bireylerin hastalık veya sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıkan tedavi masraflarını karşılamayı amaçlar. Hastalık sigortası, sosyal güvenlik sistemlerinin bir parçası olarak, bireylerin sağlık sorunları karşısında ekonomik olarak güvende olmalarını sağlar (113, 114).

- **Finansal Güvence:** Hastalık sigortası, hastalık durumunda ortaya çıkan tıbbi masrafların bir kısmını veya tamamını karşılar. Bu, bireylerin sağlık sorunları nedeniyle büyük mali yükler altına girmesini engeller.

- Erişim Kolaylığı: Sigortalı bireyler, sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlarlar. Hastane, klinik ve diğer sağlık hizmetlerinden yararlanırken, sigorta poliçesi kapsamında bu hizmetlerin maliyeti sigorta tarafından karşılanır.
- Geniş Kapsam: Hastalık sigortası, muayene, tedavi, ilaç, ameliyat gibi birçok sağlık hizmetini kapsar. Poliçenin türüne ve kapsamına göre bu hizmetler çeşitlenebilir.
- Koruyucu Hizmetler: Bazı hastalık sigortası poliçeleri, koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsar. Bu, düzenli sağlık kontrolleri, aşılar ve erken teşhis programları gibi hizmetleri içerir.

Sağlanan yardımlar tedavi masraflarının karşılanması hastalık sigortası, doktor muayenesi, hastane yatışı, cerrahi müdahaleler ve ilaç masraflarını kapsar. Geçici iş göremezlik ödeneği, sigortalı kişinin hastalığı nedeniyle çalışmadığı süre boyunca gelir kaybını telafi etmek amacıyla sağlanır. Ayrıca, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri de sağlık hizmetlerinden faydalanabilir (114).

Hastalık sigortası, bireylerin sağlık sorunları karşısında ekonomik güvenceye sahip olmalarını sağlayan önemli bir sosyal güvenlik aracıdır. Hem kamusal hem de özel sigorta sistemleri, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırır ve maliyet yükünü hafifletir. Bu, toplum sağlığının korunmasında ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinde hayati bir rol oynar.

Sağlık sigortası türlerinin değerlendirilmesinin ardından Türkiye’de sağlık sigorta sisteminin değerlendirilmesi izleyen bölümde ele alınmaktadır.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ

Türkiye’de sağlık sigorta sistemi, çeşitli sağlık güvenceleri sağlayarak nüfusun farklı kesimlerine hizmet sunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında gerçekleştirilen reformlarla, Türkiye sağlık sistemi önemli değişimlere uğramış ve modern bir yapıya kavuşmuştur. Türkiye sağlık sigorta sistemi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) aracılığıyla tüm nüfusu kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. GSS, sosyal primler, vergiler, doğrudan cepten ödemeler ve özel sağlık sigortası primleri olmak üzere dört temel finansman kaynağına dayanmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası, SDP’nin önemli bileşenlerinden biridir ve sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir şekilde organize edilmesini, finanse edilmesini ve sunulmasını hedefler. Bu programın başlamasıyla sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış ve hizmet kalitesi artmıştır. Ayrıca, çeşitli halk sağlığı programları da devreye sokulmuştur. Türkiye’de sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu tarafından sunulmakta olup, kamu ve özel sektörün birlikte çalıştığı bir sistem mevcuttur. Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel sektör, sağlık hizmetlerinin ana sağlayıcıları olarak görev yapmaktadır (83).

Sağlık finansmanında, SGK tarafından hizmet sunucularına kamu bütçesi, paket fiyat ve hizmet başı ödeme yöntemleri kullanılmakta, teşhis ilişkili gruplara (TİG) dayalı ödemeler için çalışmalar sürdürülmektedir. Ayrıca, Yeşil Kart Programı kapsamında ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık giderleri genel vergilerle finanse edilmekte ve bu program SGK ile birleştirilerek birleşik bir sosyal sağlık sigortası uygulaması tam olarak hayata geçirilmiştir (83).

Türkiye’de sağlık sigorta sisteminin, bu reformlar ile birlikte kapsamlı ve erişilebilir bir hale gelmesi hedeflenmiştir. Bu anlamda vatandaşların sağlık hizmetlerine daha kolay ve eşit bir şekilde ulaşmalarına dayalı bir sistemin oluşturulması varsayılmıştır. Ancak sağlıkta dönüşüm programının ve programın temel bileşeni olarak GSS’nin söz konusu amacı ve hedefleri gerçekleştirip gerçekleştirmediği konusunda eleştirel değerlendirmelerin yapılması önem taşımaktadır. Nitekim reformların, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini etkileme düzeyi sorgulamaya açık bir takım sonuçlar üretmekte ve yanı sıra sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ilişkin kuşkulara yol açmaktadır. Konuya açıklık getirmek üzere izleyen bölümde Türkiye’de sağlık harcamaları ve finansman yapısı ele alınmaktadır.

4.1.1. Sağlık Harcamaları ve Finansman Yapısı

Türkiye’nin sağlık harcamaları ve finansman yapısı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artırmak amacıyla önemli değişimler geçirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, 2006 yılında başlatılan reformlarla birlikte, sağlık finansman sistemi köklü bir dönüşüm geçirmiştir. SDP öncesinde, sağlık finansmanı farklı kurumlar (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı gibi) tarafından yürütülmekteydi (3).

SDP ile birlikte, sağlık finansman kurumları tek bir çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bünyesinde Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulmuştur. Bu sistemin amacı, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayarak sağlık hizmetlerinin finansmanını daha etkin bir şekilde yönetmek olarak ifade edilmiştir. Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. 2016 yılı verilerine göre, sağlık harcamalarının %78,5'i kamu tarafından, geri kalan %21,5 ise özel sektör ve hanehalkı tarafından finanse edilmektedir. (3).

Cepten ödemeye dayalı sağlık hizmetleri finansmanının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise %16,3 seviyesindedir. Bu oran, düşük gelirli hane halkları için önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Cepten harcamaların yüksekliği, özellikle sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını olumsuz etkilemektedir. Türkiye'de uygulanan kapsamlı sağlık politikaları ve reformları hasta katılım ücreti, reçete ücreti vb ücret ödeme araçları kullanılarak cepten ödemeye dayalı sağlık finansman düzeyini yükseltmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayıcı sonuçlar üretme potansiyeli taşımaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 5502 sayılı Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES) ve Bağ-Kur'un SGK çatısı altında birleştirilerek tek çatı olan SGK oluşturulmuştur. Daha sonra, 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır.

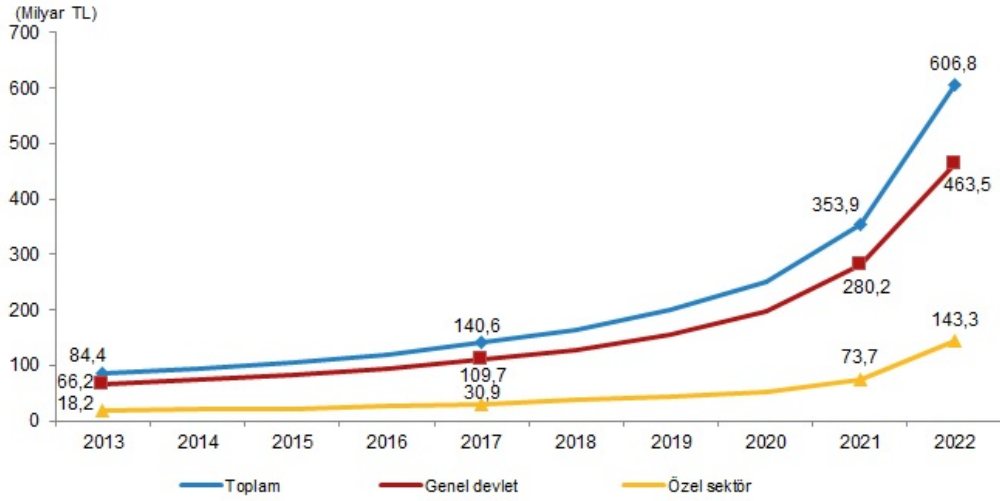
Bu düzenleme ile şu önemli değişiklikler gerçekleşmiştir:

- Tek Yasa Düzenlemesi: 5510 sayılı Kanun, sağlık sigortası ve sosyal sigortayı aynı yasada düzenleyerek tek bir yasa altında toplamıştır.
- Sağlık Hizmetinin Sunumu ve Finansmanının Ayrılması: Sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak SGK'ya devredilmiştir.
- Genel Sağlık Sigortası (GSS): GSS, SGK tarafından yürütülen bir finansman modelidir. Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak amacıyla uygulanır ve bireyler prim ödeyerek bu sistemden yararlanır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu SGK bünyesinde Genel Sağlık Sigortası aracılığıyla düzenlenmiş olup, bu durum 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile netleştirilmiştir. Bu düzenleme, sağlık sistemini daha etkili ve sürdürülebilir hale getirmeyi amaçlamaktadır. Yeni kanunla birlikte, tüm nüfusun tek bir sağlık güvencesi altına alınması ve farklı sigorta disiplinlerinin birleştirilmesi sonucunda ek finansman yükü ortaya çıkmıştır. Beklenen durum, muhtemel ek yükün, sağlık hizmeti üretiminden sağlanacak verimlilik artışları ile karşılanmasıdır. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetlerindeki verimlilik artışlarının, yeni düzenlemenin getirdiği

finansman yükünü dengelemesi planlanmıştır. Bu, sistemin daha etkili çalışmasını sağlayarak ek finansmanın etkilerini minimize etmeyi hedeflemektedir (85).

Kamu personeli, sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) devri ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasının hayata geçirilmesi, Türkiye'nin sağlık harcamaları alanında önemli değişikliklere neden olmuştur. Özellikle merkezi yönetim bütçesindeki sağlık harcamaları oranında belirgin değişiklikler yaşanmıştır.



Şekil 2 Sağlık harcamaları, 2013-2022

Kaynak: <https://www.tuik.gov.tr/>

2022 yılında Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının bir önceki yıla göre %71,5 artarak 606 milyar 835 milyon TL'ye yükselmesi, sağlık sektöründe önemli bir büyümeyi işaret etmektedir. Bu artış, çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir ve sağlık sistemi üzerindeki etkileri farklı açılardan değerlendirilebilir.

Türkiye'de 2022 yılında sağlık harcamalarındaki büyük artış, sağlık hizmetlerinin sunumunda şehir hastaneleri için yapılan ödemeleri de içermesine bağlanabilir. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve erişebilirliğinin arttırılabilmesi, sürdürülebilir bir şekilde yönetilmesi ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin kullanımı, gelecekteki sağlık hizmetlerinin devamlılığı için kritik öneme sahiptir.

Aile hekimliği uygulamasının tüm illere yaygınlaşmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında belirli farklılıklar ortaya çıkmıştır. Aile hekimliği modeli, bireylere devamlı bir sağlık hizmeti sağlama amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini hedefler. Bu model, kişi odaklı ve önleyici sağlık hizmetleri sunarak sağlık sorunlarının erken teşhis edilmesini ve tedavi edilmesini amaçlar.

2010 yılından itibaren, aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması ve Genel Sağlık Sigortası'nın devreye girmesiyle, sağlık harcamalarının dağılımında belirli değişiklikler gözlemlenmiştir. Bu değişiklikler, birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılmasını ve toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Bu çerçevede, Türkiye'de sağlık harcamalarının dağılımında ve sunumunda yaşanan değişiklikler, sağlık sisteminin daha etkin ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasını hedeflemiştir.

Bu değişikliklerle birlikte, önümüzdeki yıllarda SGK tarafından finanse edilen sağlık harcamalarındaki artışın devam etmesi beklenmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve yönetiminde önemli değişikliklere işaret etmektedir, çünkü GSS'nin ve kamu personeli sağlık hizmetlerinin SGK'ya devrinin etkisiyle merkezi yönetim bütçesindeki sağlık harcamaları dağılımında önemli bir değişim yaşanmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesinden sonra sağlık hizmetleri finansmanında beş temel kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklar şunlardır (85):

Kamu Genel Bütçesi: Sağlık Bakanlığı (SB), Milli Savunma Bakanlığı (MSB) ve üniversite hastanelerinin giderlerinin önemli bir kısmı, vergi gelirleriyle finanse edilen genel bütçeden karşılanmaktadır.

Zorunlu Sosyal Sigorta: Sağlık hizmetleri finansmanında önemli bir kaynak da zorunlu sosyal sigorta primleri ve katkı paylarıdır. Bu kapsamda, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından toplanan primler ve katkı payları, sağlık hizmetlerinin finansmanına önemli bir katkı sağlar.

Özel Sigorta: Bireylerin tercihiyle bağli olarak satın aldıkları özel sağlık sigortaları da sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan bir kaynaktır. Bu sigortalar, özel sağlık hizmetlerinden faydalanma imkanı sunar.

Yasal Katkı Payları: Sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerden alınan yasal katkı payları da finansmanın bir parçasıdır. Bu ödemeler, sağlık hizmetlerinin maliyetine bireylerin katkıda bulunmalarını sağlar.

Cepten Ödemeler: Bireylerin sağlık hizmetlerinden doğrudan nakit ödemeleri de finansman kaynaklarından biridir. Bu ödemeler, özellikle belirli sağlık hizmetlerine veya ilaçlara erişim için yapılan bireysel ödemeleri kapsar.

SB ve üniversite hastaneleri, gelirlerini SGK'nın satın aldığı sağlık hizmetleri karşılığında yaptığı ödemelerden ve hastaların katkı paylarından oluşan döner sermaye fonlarından elde ederler. Ayrıca, bazı hastaneler yerel sağlık vakıflarından bağışlar da almaktadır. Bu çeşitli finansman kaynakları, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansmanını çeşitlendiren bir sistem oluşturur.

4.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi, yıllar içinde yapılan kapsamlı reformlarla güçlendirilmiş ve genişletilmiştir. 2006 yılına kadar, sistem üç ana kurum tarafından yönetilmekteydi: Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı. Ancak, parçalı ve verimsiz yapı nedeniyle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuş ve bu üç kurum tek bir çatı altında birleştirilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası, tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına ve Türkiye’de ikamet eden yabancılara kapsamlı sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bu sistem, primli ve primsiz sigorta modellerini bir arada bulundurmakta olup, sigortalıların sağlık hizmetlerine eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde erişimini sağlamayı amaçlamaktadır. GSS kapsamındaki sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden hastalıkların teşhis ve tedavisine, analık ve ağız-diş sağlığı hizmetlerinden yardımcı üreme yöntemlerine kadar geniş bir yelpazeyi içermektedir. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi, SGK aracılığıyla vatandaşlara emeklilik, maluliyet, iş kazası ve meslek hastalığı sigortaları gibi çeşitli sosyal güvenlik yardımları sunmaktadır. Bu sistem, geniş bir sosyal güvenlik ağı oluşturmuş olup, toplumun her kesimine hizmet vermektedir (85).

Sosyal güvenlik sistemi, reformlar sayesinde daha kapsayıcı ve sürdürülebilir hale getirilmiş, vatandaşların sosyal güvenceden yararlanma oranı önemli ölçüde artırılmıştır. 2000’li yılların başında %71,1 olan sosyal güvenlik kapsamı, 2015 yılı itibarıyla %98,5’e yükselmiştir. Bu gelişmeler, Türkiye’de sosyal güvenlik hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artırarak, toplumun genel refah seviyesini yükseltmiştir (85).

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi, karma bir yapıya sahip olup çeşitli kurumlar tarafından yürütülmektedir. Ana sosyal güvenlik kurumları arasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yer alırken, özel sektörde Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) gibi kurumlar faaliyet göstermektedir. Ayrıca, özel sektör çalışanları için Türkiye Emeklilik Gözetim Merkezi (EGM) de önemli bir rol üstlenmektedir.

Türkiye’deki sosyal güvenlik sisteminin temel bileşenleri (86):

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK): 1946 yılında kurulan SSK, işçi kesiminin sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere oluşturulmuştur. SGK, Türkiye’deki genel sosyal güvenlik sisteminin ana aktörüdür. İşçi ve işveren primleri, genel sağlık sigortası primleri, işsizlik sigortası primleri ve diğer sosyal güvenlik katkıları gibi birçok alanda faaliyet gösterir. SGK, sağlık hizmetleri için de önemli bir finans kaynağıdır.

Emekli Sandığı: 1949 yılında kurulan Emekli Sandığı, devlet memurlarının sosyal güvenlik hizmetlerini sağlamak üzere kurulmuştur. Emekli Sandığı, memurların emeklilik, sağlık ve diğer sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamıştır.

Bağ-Kur (Bağımsız Çalışanlar Sosyal Güvenlik Kurumu): 1971 yılında kurulan Bağ-Kur, kendi hesabına çalışan esnaf, sanatkâr ve bağımsız çalışanların sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla oluşturulmuştur. Bağ-Kur, kendi hesabına çalışanların prim ödemelerini ve sosyal güvenlik haklarını düzenler.

Yeşil Kart: 1992 yılında başlatılan Yeşil Kart uygulaması, düşük gelirli ve ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmasını sağlamıştır. Bu program, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletmiştir (83).

Türkiye Emeklilik Gözetim Merkezi (EGM): 2001 yılında kurulan EGM, bireysel emeklilik sisteminin düzenlenmesi ve denetlenmesinden sorumludur. EGM, bireysel emeklilik fonlarının güvenli ve etkin bir şekilde yönetilmesini sağlar (86).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK): 2006 yılında gerçekleştirilen reformlarla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, SGK çatısı altında birleştirilmiştir. Özel sektörde çalışan sigortalıların sosyal güvenlik hakları SSK tarafından düzenlenir. Primlerin toplanması, sigortalıların haklarının korunması ve ödemelerin yapılması gibi görevleri vardır.

Bu kurumlar, farklı kesimlerdeki çalışanların sosyal güvenlik ihtiyaçlarına yönelik olarak görev yaparlar. Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi zaman içinde çeşitli reformlara tabi tutulmuş ve yeniden yapılandırılmıştır, bu da sistemin sürekli olarak evrim geçirmesine neden olmuştur.

4.2.1. 4.2.1 Sosyal Güvenlik Yapılan Reformlar

Sosyal güvenlik reformları, toplumun sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılamak ve sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen düzenlemelerdir. Türkiye'de bu reformlar, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanan çeşitli sigorta ve sağlık hizmetlerini içermektedir. 2006 yılında yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, bu reformların temel taşlarını oluşturur (115).

Primli Sistem: Sosyal sigortalar kapsamında ilgililerin prim ödeyerek sisteme katılması esasına dayanır.

Primsiz Sistem: Sosyal yardımlar ve hizmetlerin finansmanı, gönüllü kuruluşlar ve devlet bütçesinden sağlanır.

Kurumsal Yapının Güçlendirilmesi: SGK, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nı birleştirerek daha etkin bir sosyal güvenlik hizmeti sunmayı hedeflemiştir. 81 ilde vatandaşlara hizmet sunan Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri ve Sosyal Güvenlik Merkezleri kurulmuştur.

Mali Otomasyon Sistemi İşletim Projesi (MOSİP):Yeni muhasebe yazılımı ihtiyacını karşılamak ve ödemeleri kolaylaştırmak amacıyla MOSİP uygulanmaya başlanmıştır. Bu sistemle internet ortamında tüm borç ve alacaklar sorgulanabilir ve primler yatırılabilir hale gelmiştir.

E-Bildirge Projesi: İşverenlerin sigortalılara ait bildirimlerini elektronik ortamda yapmalarını sağlamıştır. Bu proje ile işverenlerin tamamen elektronik olarak işlem yapması sağlanmış ve önemli ölçüde iş tasarrufu sağlanmıştır.

ALO 170 Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İletişim Merkezi: Vatandaşların sosyal güvenlik konularında bilgi alabilecekleri, sorunlarını iletebilecekleri ve çözüm bulabilecekleri bir iletişim merkezi olarak hizmet vermektedir.

Bu reformlar, sosyal güvenlik hizmetlerinin hızını ve kalitesini artırarak vatandaşların sosyal güvenlik sistemine olan güvenini pekiştirmiştir.

Türkiye'de sigorta kollarına göre prim oranları 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre düzenlenmiştir. (115)

Tablo 2. Türkiye'de sigorta kollarına göre prim oranları

Sigorta Kolu	Prim Oranı (%)	Prim Ödeme Sorumluları
Bir İşverene Bağlı Çalışanlar	12.5	%7.5 işveren, %5 işçi
Kamu Görevlileri	12.5	%7.5 işveren, %5 kamu görevlisi
Kendi Adına ve Bağımsız Çalışanlar	12.5	Sigortalının kendisi
İsteğe Bağlı Sigortalılar	12	Sigortalının kendisi
İşsizlik ve Kısa Çalışma Ödeneğinden Faydalananlar	12	İŞKUR
Avukatlık Stajı Yapanlar	6	Barolar Birliği
Nakdi Ücret Desteği Alanlar, Gelir Testine Göre Muhtaç Sayılmayanlar	3	İŞKUR, Kendileri
Çalışmayan Yabancılar (İsteğe Bağlı)	24	Yabancı uyruklu kişi
Yabancı Öğrenciler (Devlet Bursu Olmadan Okuyanlar)	4	Yabancı uyruklu öğrenci
Yabancı Öğrenciler (Devlet Bursu ile Okuyanlar)	4	Devlet
Gelir Testine Göre Muhtaç Kişiler	4	Hazine (toplam tutarın üçte biri esas alınarak ödenir)
18 Yaş Altındaki Çocuklar	4	Devlet
Vatansızlar ve Mülteciler	4	Hazine
Primsiz Sigortalı Olan Bazı Özel Gruplar	12	Devlet
Çıracak, Aday Çıracak ve Meslek Eğitim Gören Öğrenciler	5	Milli Eğitim Bakanlığı veya eğitim gördükleri kurum
Staja Tabi Tutulan Meslek Lisesi ve Yükseköğretim Öğrencileri	5	Öğrenim gördükleri kurum

Bu tablo, Türkiye'de farklı sigorta kolları için belirlenen prim oranlarını ve bu primlerin kimler tarafından ödenmesi gerektiğini göstermektedir. (115)

4.2.2. Türkiye'de Reform Öncesi Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları

Günümüzde ekonomik koşullar altında, dünya genelinde sosyal güvenlik kurumlarının en büyük sorunlarından biri finansman problemidir (24). Ülkeler, bireylerin sağlığını koruma, tedavi maliyetlerini azaltma, kaynakları daha etkili kullanma ve finansman zorluklarına çözüm bulma amacıyla yeni sistem arayışlarına girmektedir. Bu tür sorunların nedenlerini belirleme ve detaylı analizler yapma, yeni çözümlerin daha sağlıklı olmasını sağlayabilir. Bu parametrelerin doğru bir şekilde tespit edilmesi, sosyal güvenlik sisteminin karşılaştığı sorunlara daha etkili ve sürdürülebilir çözümler getirilmesine olanak tanır. Bu çözümler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, maliyetleri kontrol etmek ve kaynakları verimli bir şekilde yönetmek için tasarlanabilir. Sosyal güvenlik sistemlerinin finansman sorunlarına yönelik doğru analizler, daha etkili politika ve stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu da hem bireylerin hem de toplumların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanmalarını sağlayarak sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğini artırabilir.

Ülkemizde sosyal güvenlik sisteminin yeterince gelişmemesi ve kötü yönetilmesi, çeşitli yanlış politikaların uygulanması sonucu ortaya çıkan sorunlarla ilişkilendirilebilir. Örneğin, erken emeklilik uygulamaları, devam eden işsizlik ve kayıt dışı istihdam gibi yapısal sorunlar, sistemin sürekli olarak açıklar verdiği bir yapı oluşturmuştur (87).

Sosyal güvenlik ihtiyacının artması ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle oluşan maliyet artışı da bu sorunları daha da karmaşık hale getirmiştir. Reform öncesi sosyal güvenlik sistemimizin karşılaştığı temel sorunlar şunlar olarak sıralanabilir (109)f:

İdari ve Kurumsal Yetersizlikler: Sosyal güvenlik sisteminin etkin bir şekilde yönetilememesi ve kurumsal eksiklikler.

Erken Emeklilik Uygulamaları: Emekliliğe erken yaşta geçişin sıklıkla yaşanması, sistemin mali dengesini olumsuz etkilemiştir.

İşgücüne Katılım Oranının Düşüklüğü: Çalışan nüfusun, potansiyel olarak çalışabilir nüfusa oranının düşük olması.

Kayıt Dışı İstihdamın Yüksekliği: Çalışanların resmi kayıtlara geçmemesi ve sosyal güvenlik primlerinin ödenmemesi.

Sistem Bağımlılık Oranının Yüksekliği: Emekli sayısının çalışan sigortalı sayısına oranının yüksek olması.

Prim Tahsilat Oranının Düşüklüğü: Sosyal güvenlik primlerinin toplanma oranının düşük olması.

Primi Alınmadan Yapılan Sigorta Ödemeleri: Prim alınmadan yapılan sigorta ödemeleri ve kaynak yetersizliği.

Uzayan Ortalama Ömür Nedeniyle Artan Aylık Ödemeleri ve Sağlık Yardımları: Artan yaşam süresi nedeniyle emekli aylıklarının ve sağlık yardımlarının maliyetinin artması.

Prim Gelirleri ile Ödenen Aylıklar Arasındaki İlişkinin Zayıflığı: Prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki dengesizlik.

Ödenmeyen Primlerin Gecikme Cezalarına Uygulanan Aflar: Prim borçlarına uygulanan afların mali disiplini zayıflatması.

Ülkemizde sosyal harcamalar artış gösterse de, bu ihtiyaçları tam olarak karşılamayan bir sistemde, reform süreci başlatılarak yeni çözümler aranmasına karar verilmiştir. Bu süreç, sosyal güvenlik sistemindeki sorunların çözümüne odaklanarak daha sürdürülebilir bir yapı oluşturma amacını taşımaktadır.

4.2.3. Türkiye’de Sağlık Reform Süreci

1990’lı yıllarda, sağlık ekonomisinin gelişmesiyle birlikte, birçok devletin sosyal güvenlik sistemlerine yeni bir yapı ve işlev kazandırmayı amaçladığı gözlemlenmiştir. Bu dönemde, sağlık ekonomisi alanındaki ilerlemeler ve değişen sağlık hizmeti talepleri, devletleri sosyal güvenlik sistemlerini gözden geçirmeye ve güncellemeye yönlendirmiştir (88).

Yukarıda özetlenen yapısal sorunlar nedeniyle sosyal güvenlik kuruluşları, mali yapılarını gün geçtikçe bozmaya başlamış ve 2000 yılına kadar sürekli olarak artan açıklarla karşılaşmışlardır. Örneğin, 1994 ile 1999 yılları arasında finansman açıklarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı %1’den %3.7’ye yükselmiştir.

1996 yılında, Hazine Müsteşarlığı’nın koordinasyonunda Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) uzmanları tarafından geliştirilen bir modelle, sistemin uzun vadeli aktüeryal projeksiyonu yapılmıştır. Bu model, mevcut sistemde herhangi bir iyileştirme yapılmazsa, uzun vadede finansal olarak sürdürülemez olacağı sonucuna varmıştır.

Mevcut sosyal sigorta kurumlarının finansman açıkları, reformun başlıca gerekçelerinden biri olarak öne çıkmıştır. Reform, iki aşamalı bir süreç olarak planlanmış ve 1999 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. İlk aşamada alınan önlemler şunlardır (88):

Kayıt dışı istihdamın önlenmesi için tedbirler uygulanmış ve daha fazla prim ödeyenin daha yüksek emekli aylığı alması sağlanmıştır.

- Emeklilik yaşı kademeli olarak yükseltilmiştir.

- İşsizlik sigortası sistemi devreye sokulmuştur.

İkinci aşamada odaklanılan hedefler ise şunlardır:

- Sosyal sigorta kuruluşlarının etkinlik ve verimliliklerini artırmak amacıyla teknolojik ve kurumsal yeniden yapılandırma.
- Yaşlılık için tasarrufları artıracak bireysel emeklilik sisteminin kurulması.
- Sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanılmasına yönelik yeniden yapılanma.
- Kapsamlı bir sosyal yardım sisteminin oluşturulması.

Bu çerçevede, sosyal sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliğinin sağlanması, ortak bir veri tabanının oluşturulması ve bu kurumların aktüeryal ve mali durumlarının izlenmesi amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. Ayrıca, düzenlemelerle katılımcılara devlet katkısı sağlanmıştır.

Her üç sosyal güvenlik kurumunun birlikte gerçekleştirmeyi hedeflediği çalışmalar şunlardır, ancak sınırlı başarı elde edilmiştir:

- Sağlık hizmeti alımlarında standardizasyon sağlanması.
- Merkezi bir veri tabanının oluşturulması.
- Otomasyona dayalı büyük ölçekli yönetim bilgi sisteminin geliştirilmesi.
- Ortak standart muhasebe sisteminin oluşturulması.

Sağlık hizmetlerinde tam anlamıyla ulaşılabilirlik sağlanamamış, kısıtlı kaynakların büyük bir kısmı tedavi edici hizmetlere harcanmış ve hizmet kalitesine ilişkin memnuniyetsizlik gözlemlenmiştir.

Bu süreçte ele alınan konular daha sonra revize edilerek bir dönüşüm programı olarak uygulanmaya çalışılmıştır, ancak henüz istenilen başarı seviyesine ulaşamamıştır. Kapsamlı bir reformun yalnızca yasal düzenlemelerle sağlanması beklenemez; bu düzenlemelere ek olarak, iş yapış pratiklerinin de yeniden şekillendirilmesi gerekmektedir.

4.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

2003 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında kapsamlı bir toplumsal projeler bütünü sunulmuştur. Bu program, geçmişteki başarısızlıklardan farklı olarak 'reform' yerine 'dönüşüm' terimini kullanmayı tercih etmiştir. SDP'nin temel amacı, modern ve kaliteli sağlık hizmetlerini halka eşit, etkili, verimli ve adil bir şekilde sunmak, yüksek sağlık

harcamalarına karşı mali koruma sağlamak ve finansal açıdan sürdürülebilir bir sistem oluşturmaktır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim, gelir düzeyine bağlı olarak önemli farklılıklar göstermektedir. Yapılan saha araştırmaları, gelirin arttıkça sağlık hizmetlerine talebin de arttığını, ancak düşük gelir seviyelerinde hizmetlere olan ihtiyacın daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

Önerilen sağlık finansmanı sistemi, başlangıçta sosyal sağlık güvencesi bulunmayan tüm bireyleri sigorta kapsamına almayı, ardından kamu sübvansiyonlarını gelir grupları arasında adil bir şekilde dağıtarak hakkaniyet ilkelerini etkili bir biçimde uygulamayı hedeflemektedir. Bu sistem, tüm nüfusu kapsadığında Genel Sağlık Sigortası (GSS) olarak adlandırılmaktadır (89).

2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), sağlık sisteminde yapılması planlanan değişiklikleri ve mevcut problemlere yönelik çözümleri içeren bir çerçeveyi hedeflemektedir. Programın önemli bir bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında, aile hekimliği uygulaması, GSS'nin kurulması ve politikalarla ilaç fiyatlarının kısmen düşürülmesi gibi adımlar atılmıştır. SDP'nin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileştirmeler sağlanmıştır. Ancak, GSS'nin istenen başarıyı elde etmesi ve olumlu sonuçların sağlanabilmesi, diğer bileşenlerin etkin bir şekilde hayata geçirilmesine bağlıdır (89).

Türkiye'nin sağlık politikalarının tarihine bakıldığında, 1920'lerde Refik Saydam ile başlayan önemli adımlarla birlikte sağlık hizmetlerinde sürekli bir gelişim ve dönüşüm süreci yaşanmıştır. Bu süreç içinde Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'nin sağlık politikaları açısından dördüncü önemli hamle olarak değerlendirilmektedir (93).

Özel sektörün sağlık alanına yapacağı yatırımların teşvik edilmesi gibi politikalarla sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilmesi ve kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. Bu durum özel sektöre yönelmeyi arttırmış sağlığın sosyalizasyonu üzerinde olumsuz etkisi olmuştur.

Bu önemli adımlar, Türkiye'nin sağlık politikalarında ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün bir parçası olarak değerlendirilmekte ve sağlık hizmetlerinin daha etkin, yaygın ve ulaşılabilir bir şekilde sunulması hedeflerine ulaşma sürecinin tam olarak gerçekleşmesini olumsuz yönde etkilemiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve daha geniş kitlelere ulaşmak amacıyla başlatılmıştır. Ancak, programın çeşitli olumsuz yönleri de bulunmaktadır (120):

Maliyet Artışı: Sağlık hizmetlerinde yaşanan iyileştirmeler ve genişleyen hizmet yelpazesi, sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bu durum, bütçe üzerinde ciddi bir yük oluşturmıştır.

Eşitsizlikler: Sağlık hizmetlerine erişimdeki iyileşmelere rağmen, bazı bölgeler ve kesimler arasında eşitsizlikler devam etmektedir. Kırsal ve uzak bölgelerde yaşayanların kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi, şehir merkezlerinde yaşayanlara göre daha zordur.

Personel Yetersizliği ve Aşırı İş Yükü: Sağlık personelinin sayısındaki yetersizlik ve artan hasta yoğunluğu, sağlık çalışanları üzerinde büyük bir baskı yaratmıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve çalışanların tükenmişlik sendromuna yakalanma riskini artırmaktadır.

Kamu ve Özel Sektör Arasındaki Dengesizlik: Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sağlık sektörünün büyümesi, kamu sağlık hizmetlerinde bazı dengesizliklere yol açmıştır. Özel sektörün daha fazla tercih edilmesi, kamu hastanelerinde hizmet sunumunda aksamalara neden olabilmektedir.

Denetim Sorunları: Sağlık hizmetlerinde artan özelleştirme ve hizmet çeşitliliği, denetim mekanizmalarının yetersiz kalmasına neden olabilmektedir. Bu durum, hizmet kalitesinin düşmesine ve hasta güvenliğinin tehlikeye girmesine yol açabilir.

Hastaların Memnuniyetsizliği: Sağlık hizmetlerine erişimin artmasına rağmen, hastalar arasında memnuniyetsizlik oranları yüksek olabilir. Uzun bekleme süreleri, randevu sistemindeki aksaklıklar ve hizmet kalitesindeki dalgalanmalar, hastaların memnuniyetsizliğine neden olmaktadır.

Bu olumsuz yönler, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başarısını gölgeleyebilecek unsurlar arasında yer almaktadır. Programın sürdürülebilirliği ve etkinliği için bu sorunların çözülmesi büyük önem taşımaktadır.

4.3. Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası (GSS), bireylerin sağlıklarını korumayı ve sağlık riskleriyle karşılaştıklarında ortaya çıkan maliyetlerin finansmanını sağlayan bir sigorta türüdür. GSS, kişinin ekonomik durumuna veya tercihlerine bakılmaksızın, herkesin olası hastalık risklerine karşı eşit, erişilebilir ve etkili bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlayan bir sistemdir. Bu sistem, toplumun tüm bireylerini kapsayarak sağlık hizmetlerine adil bir şekilde erişimi ve finansmanı sağlar (90).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve toplumun sağlık hizmetlerine erişimi, insan hakları açısından son derece önemlidir. Herkesin sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahip olduğu kabul edilirken, bu hakkın gerçekleşmesi için sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması ve

erişilebilir olması gerekmektedir. Her ülke, kendi koşullarına göre sağlık hizmetlerini düzenler ve sunar. Genel sağlık sigortası, bu hakka erişimi sağlamak için yaygın bir araçtır. Bu sigorta türü, herkesin ekonomik durumuna ve isteklerine bakılmaksızın, potansiyel hastalık risklerine karşı koruma sağlar. Böylece, toplumun her kesimi sağlık hizmetlerinden faydalanabilir ve finansal açıdan zorlanmadan sağlık hizmetlerine erişebilir (91).

Genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik sisteminin önemli bir parçası olarak kabul edilir. Bu sigorta türü, hastalıkların tedavisi için gerekli olan maliyetleri paylaşır ve bireylerin sağlık harcamalarının yüksek olması durumunda finansal koruma sağlar. Böylece, sağlık hizmetlerinin maliyeti nedeniyle tedaviye erişimde yaşanan engeller azaltılır ve toplumun genel sağlık düzeyi artırılır. Ancak, genel sağlık sigortası sistemleri de ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir ve her sistemin kendi avantajları ve dezavantajları vardır. Bu nedenle, her ülke kendi ihtiyaçlarına ve koşullarına uygun bir genel sağlık sigortası modeli geliştirmekte özgürdür. Temel amaç, herkesin sağlık hizmetlerinden eşit ve adil bir şekilde faydalanmasını sağlamaktır (90).

Genel sağlık sigortası kavramı, sağlık hizmetlerine erişim ve maliyetlerin paylaşımı gibi önemli sağlık politikalarını içeren karmaşık bir konudur. Bu nedenle, genel sağlık sigortasının kapsamını daha detaylı bir şekilde ele almak gerekmektedir.

Öncelikle, genel sağlık sigortasının "genel" ifadesi, toplumdaki her bireyin sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkını vurgular. Bu, çalışan ve çalışmayan herkesin, hatta bazı ülkelerde yabancıların bile genel sağlık sigortası kapsamına alınmasını gerektirebilir. Ancak, kapsamın belirlenmesi ülkeye göre değişiklik gösterebilir; bazı ülkelerde tüm nüfus genel sağlık sigortası kapsamında olabilirken, diğerlerinde belirli gruplar dışarıda bırakılabilir (56).

Sağlık hizmetlerinin konusu, genel sağlık sigortasının merkezinde yer alır. Ancak, sağlık hizmetlerinin ne tür hizmetleri kapsayacağı ülkenin yasalarına bağlı olarak değişir. Gelişmiş ülkelerde, genellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin her ikisi de sağlanır. Genel sağlık sigortasının yöntem bakımından ise, genellikle sigorta tekniği kullanılır. Ancak, bazı ülkeler ulusal sağlık sistemini genel sağlık sigortası adı altında uygularlar. Bu durumda, sigorta kavramı daha çok finansal korumayı ifade eder ve sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumu genellikle devlet tarafından gerçekleştirilir (56).

Sonuç olarak, genel sağlık sigortası terimi, her ülkede farklı unsurları içerebilir ve farklılıklar gösterebilir. Bu nedenle, terim tek bir sistem olarak değil, ülkeden ülkeye değişen bir dizi sağlık politikası ve uygulama şeklini ifade eder.

Genel sağlık sigortası sistemi içinde önemli bir mekanizma olan katılım payları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak, maliyetleri kontrol etmek ve sağlık hizmetlerine erişimde dengeyi kurmak açısından büyük önem taşır. Sigortalılar ve onların bakmakla yükümlü

olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için belirli katılım payları ödemeleri gerekmektedir. Bu katılım payları, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önlemek ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır (85, 117). Aile hekimliği ve iş yeri hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ve diş hekimi muayeneleri için katılım payı alınmazken, ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında bu ücret 6 TL, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 TL, üniversite hastanelerinde 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL olarak belirlenmiştir. İlaç katılım payları ise emekliler ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için reçete edilen ilaç tutarının %10'u, diğer kişiler için ise %20'si oranındadır. Ayrıca, reçete başına sabit katılım payı üç kutuya kadar temin edilen ilaçlar için 3 TL olup, bu üç kutuya eklenen her bir kutu ilaç için 1 TL katılım payı alınır. Kronik hastalıklar, örneğin hipertansiyon ve diyabet gibi durumlarda, sağlık raporu ile belgelendirildiğinde ilaç katılım payı uygulanmamaktadır. Tıbbî malzeme katılım payları ise emekliler ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için vücut dışı ortez ve protezler, görme yardımcı tıbbî malzemeler ve ağız protezleri gibi malzemeler için %10, diğer kişiler için %20 oranındadır. Bu katılım payı tutarı, vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgari ücretin %75'ini geçemez.

Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payı:

- Birinci Deneme: %30 oranında katılım payı.
- İkinci Deneme: %25 oranında katılım payı.
- Üçüncü Deneme: %20 oranında katılım payı.
- Tahsilat: Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilir

Katılım payları, GSS'nin önemli bir bileşeni olarak, sağlık hizmetlerinin herkes için erişilebilir olmasına katkıda bulunur ve sağlık sisteminin dayanıklılığını artırır (116).

4.3.1. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık sorunlarının niteliği, bireylerin sağlık sistemlerinden beklentileri ve tercih ettikleri hizmetler zamanla değişmektedir. Ülkemizde genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve yönetilmesi her zaman karmaşık ve zorlayıcı konular olarak görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin kapsamı, teknolojisi ve maliyeti sürekli bir artış göstermektedir. Bu durum, ülkeleri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürme, kaynakları daha etkili kullanabilme ve sağlığı koruyup geliştirme amacını taşıyan ideal sistemleri aramaya yöneltmiştir.

Geçmişten günümüze kadar sağlık hizmetlerine tam anlamıyla ulaşılabilirlik olmadığı, sınırlı kaynakların büyük bir kısmının tedavi odaklı harcamalara yönlendirildiği ve hem hizmet alanların hem de sağlık hizmeti sunanların hizmet çeşidi ve kalitesinden memnun olmadığı gözlemlenmektedir. Bu nedenle, sağlık sektöründe iyileşme ihtiyacının farkında olan devlet, alternatif modeller arayışına girmiştir (92).

4.3.2. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Sistemi

Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, bireylerin ekonomik durumlarına ve kişisel tercihlerine bakılmaksızın, toplumdaki herkesin eşit, erişilebilir, etkili ve verimli sağlık hizmetlerinden faydalanmasını hedefleyen bir sağlık sigortası sistemidir. Bu sistem, toplumun tamamına sağlık hizmeti sunmayı amaçlar ve hizmet alacak kişilerden toplanan primlere dayalı bir sosyal sigorta sistemi olarak işlev görür. Ayrıca, Türkiye’de ikamet eden yabancıların sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını amaçlayan zorunlu bir sigorta sistemidir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) kavramı ilk olarak 1960’larda gündeme gelmiş ve 1967’de bir kanun taslağı hazırlanmıştır, ancak bu taslak Bakanlar Kurulu’na sunulamamıştır. Daha sonra, 1969 yılında kanun teklifi Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne getirilmiş, ancak kabul edilmemiştir. 1982 Anayasası’nın 56. maddesi, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından tek elden ve yaygın bir şekilde sunulması gerektiğini belirtmiştir. Bu görev kapsamında, kanunla bir genel sağlık sigortası kurulabileceği ifade edilmiştir. Anayasa’nın bu 56. maddesi, sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili olarak devletin sorumluluğunu ve genel sağlık sigortası gibi bir mekanizmanın oluşturulabileceğini vurgulamaktadır (93).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000) döneminde, sağlık sigortasının bağımsız bir sigorta dalı olarak yapılandırılması hedeflenmiş, ancak bu hedef gerçekleştirilememiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) döneminde ise Hükümetin Acil Eylem Planı (2002) kapsamında, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sigortacılığı alanında önemli değişiklikler öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu program, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, hizmet kalitesini yükseltmek ve genel sağlık sigortası sistemini oluşturmak amacıyla uygulanmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetleri ve finansmanının ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleştirilmiştir (56).

Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) döneminde gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Güvenlik Reformu, Türkiye’nin sağlık hizmetleri alanındaki önemli dönüşümlerden biridir. Bu süreçte, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve genel sağlık sigortası sisteminin kurulması hedefleri öne çıkmıştır. Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında, tüm sosyal sigorta kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi ve kamu sağlık sigortacılığının finansmanı ile sağlık hizmeti sunumunun ayrılması önemli adımlardan biridir. Bu reformla birlikte, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında Genel Sağlık

Sigortası (GSS) sistemi hayata geçirilmiştir. Bu sistem, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit, erişilebilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını amaçlamaktadır.

5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" bu dönemde çıkarılmış ve genel sağlık sigortası sisteminin temel yasal dayanağını oluşturmuştur. Bu kanunla birlikte, genel sağlık sigortası kapsamı genişletilmiş, sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmış ve sağlık harcamalarının finansmanı düzenlenmiştir. Böylece, Dokuzuncu Kalkınma Planı döneminde sağlık sektöründe yapılan reformlar, Türkiye'nin sağlık politikalarında önemli bir dönüşümü temsil etmiş ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı, daha geniş kitlelere ulaştırmayı ve finansmanını sağlamayı amaçlamıştır.

GSS, sigortalı olup olmamalarına bakılmaksızın, ekonomik durumları ne olursa olsun, Türkiye'de yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır. Sağlık sigortası sistemi, herkesin kapsama alınmasını ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesini hedefler. Bu kavram, tüm vatandaşları kapsama altına alma gerekliliğini vurgular. Bu, çalışan veya çalışmayan tüm bireylerin temel hak sahibi olmalarını sağlar. Başka bir deyişle, GSS, toplumun her kesimine adil ve kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunma amacını taşır (98).

4.3.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Amacı

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerini daha adil ve eşit bir şekilde sunmak amacıyla önemli bir adım olarak görülmektedir. Ancak, sistemin sürdürülebilirliği ve etkinliği için sürekli olarak değerlendirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir. Kişilerin sağlıklarını korumak ve sağlık riskleriyle karşılaştıklarında ortaya çıkan sağlık harcamalarını finanse etmek için kurulmuştur.

Genel sağlık sigortasının amaçları şunlardır:

- Eşitlik ve Adalet: GSS, toplumun her kesimine eşit sağlık hizmeti erişimi sağlamayı amaçlar. Ekonomik durumu ne olursa olsun herkesin aynı kalitede sağlık hizmetlerine erişebilmesini hedefler.
- Kapsamlı Sağlık Güvencesi: GSS, bireyleri beklenmedik sağlık harcamalarına karşı mali olarak korur. Acil durumlar, hastalıklar veya diğer sağlık ihtiyaçları için geniş kapsamlı bir sağlık güvencesi sunar.
- Toplum Sağlığını İyileştirme: GSS'nin amacı, toplum genelinde sağlıklı bir yaşam standardını desteklemek ve toplum sağlığını iyileştirmek için önleyici sağlık hizmetlerini teşvik etmektir.

- Finansal Güvence: Sağlık harcamalarının yüksek maliyeti nedeniyle finansal zorluklarla karşılaşan bireyleri korumak ve sağlık harcamalarının finansmanını sağlamak amacıyla tasarlanmıştır.
- Sağlık Sistemine Katkı: GSS, genellikle sağlık hizmetlerini finanse etmek ve sürdürmek için bir kaynak oluşturarak sağlık sistemine katkıda bulunmayı amaçlar.

4.3.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Temel Esasları

1963 yılından itibaren Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili çeşitli kanun tasarı çalışmaları yapılmış ve bu çalışmalar, 7., 8. ve 9. Beş Yıllık Kalkınma Planları çerçevesinde şekillenmiştir. Bu planlar kapsamında GSS'nin temelleri atılmıştır. İlgili planlarda öne çıkan bazı önemli hususlar şunlardır:

Hastanelerin İdari ve Finansal Özerkliği: Bu dönemde, hastanelerin idari ve finansal özerkliğe sahip olarak işletilme haklarının özel sektöre devredilmesi öngörülmüştür.

Aile Hekimliği ve Etkin Sevk Sistemi: Birinci kademe sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla, etkin sevk sistemi kapsamında işleyen aile hekimliği sistemi planlanmıştır.

Prim Esaslı GSS Uygulaması: GSS'nin temel finansman modeli olarak prim esaslı bir uygulama benimsenmiştir.

Emeklilik ve Sağlık Sigortası Ayrımı: Emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin birbirinden ayrılması planlanmıştır.

Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerinin Özel Sermayeye Açılması: GSS ile birlikte sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılması teşvik edilmiştir.

Özel Sektör Tarafından Sigorta Hizmetleri: Ayrıca, özel sektörün sağlık ve hayat sigortası sunmasının teşvik edilmesi planlanmıştır.

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı'nın rolü, halk sağlığını koruma, standartları belirleme, düzenleme ve denetleme konularında artırılmıştır. Yatarak tedavi hizmetlerinin azaltılması ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerin ilerleyen tarihlerde özelleştirilmesi hedeflenmiştir (99, 100).

Sosyal devlet ilkesine bağlı olarak, nüfusun tamamının eşit şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanması ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulması amacıyla, 20 Mayıs 2006 tarihinde 5502 sayılı Kanun ile SSK, ES ve Bağ-Kur gibi temel sigorta kurumları lağvedilmiş ve yerine yeni bir idari yapı olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. SGK'nın idari organları olarak Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık belirlenmiş; ayrıca Sosyal Güvenlik Danışma Kurulu da mevcut hale getirilmiştir.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu: Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası alanında kapsamlı bir reform niteliğindedir (109, 110).

Kapsayıcılık ve Eşitlik: Tüm vatandaşların ve Türkiye'de ikamet eden yabancıların sosyal güvenlik sistemine dahil edilmesi sağlanmıştır. Bu, herkesin sosyal güvenlik haklarına erişimini garanti altına almıştır.

Primli ve Primsiz Sistem: Sosyal güvenlik sisteminde primli (sigorta primi ödeyenler) ve primsiz (sosyal yardımlar ve hizmetler) rejimler bir arada yer almıştır. Bu, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesine ve daha fazla kişinin sistemden faydalanmasına olanak tanımıştır.

Genel Sağlık Sigortası (GSS): Genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmıştır. Bu, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve adaletin sağlanmasında önemli bir adımdır.

Sigorta Kolları: Kısa vadeli sigorta kolları (iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık) ve uzun vadeli sigorta kolları (maluliyet, yaşlılık ve ölüm) ile işsizlik sigortası kapsamındaki düzenlemeler yapılmıştır. Bu, sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesine ve çeşitlendirilmesine katkıda bulunmuştur.

Finansal Sürdürülebilirlik: Sosyal güvenlik sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu, sistemin uzun vadede devamlılığını ve etkinliğini artırmıştır.

5502 sayılı Kanun, Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması amacıyla kabul edilmiştir. Bu kanunun önemi şu şekildedir (109, 110):

Tek Çatı Altında Toplanma: 5502 sayılı Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tek bir çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. Bu düzenleme, sosyal güvenlik hizmetlerinin koordinasyonunu ve yönetimini daha verimli hale getirmiştir.

Kurumsal Yeniden Yapılanma: SGK'nın kuruluş, teşkilat, görev ve yetkileri yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenleme, kurumun daha etkin ve verimli çalışmasını sağlamayı hedeflemiştir. Kurumun mali disiplininin sağlanması ve finansal işlemlerinin daha şeffaf hale getirilmesi amaçlanmıştır.

Hizmet Kalitesinin Artırılması: Sosyal güvenlik hizmetlerinin daha hızlı ve etkili bir şekilde sunulması amaçlanmıştır. Vatandaşlara yönelik hizmetlerin kalitesini artırmak için çeşitli yapısal değişiklikler yapılmıştır.

5502 ve 5510 sayılı kanunlar, Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin modernizasyonu ve sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu kanunlar, sosyal güvenlik hizmetlerinin

daha etkin, verimli ve kapsayıcı bir şekilde sunulmasını sağlayarak, vatandaşların sosyal güvenlik haklarına erişimini kolaylaştırmıştır. Bu reformlar, sosyal güvenlik alanında önemli yapısal değişiklikler getirerek, sosyal güvenlik sisteminin daha adil ve eşitlikçi olmasını hedeflemiştir.

Bu süreçte, 16.06.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan ve 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı SSGSS (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası) Kanunu ile sistemin idari yapısı değerlendirilmiştir.

GSS'nin uygulanmasıyla birlikte, hizmet sunucuları ile ilişkiler genişletilmiş, hizmet alıcıların takibi yapılmış ve bu alanda devasa bir hizmet ağı oluşturulmuştur. GSS sistemiyle ilgili işlerin yürütümü, Başkanlık teşkilatı içinde yer alan GSS Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

Bu reformlar sayesinde, vatandaşlar sigorta türlerine bakılmaksızın devlet, üniversite veya özel hastanelerden tedavi hizmeti alabilme imkanının sağlanması hedeflenmiştir. Ancak randevu sistemlerinin teknoloji kullanımına dayalı özellikler taşıması hastaların sağlık kurumlarına erişiminde önemli dezavantajları beraberinde getirmektedir. GSS, bireylerin finansal durumlarına ve isteklerine bakılmaksızın tüm nüfusun gelecekteki sağlık risklerine karşı etkin bir şekilde sağlık hizmeti almasını amaçlamaktadır. GSS kapsamında, tıbbi zorunluluk dışında gerçekleştirilen estetik operasyonlar, yardımcı üreme yöntemleri ve alternatif tıp uygulamaları haricinde geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti sunulmaktadır, ancak belirli durumlarda devlet tarafından belirlenen orandaki katkı payı ve ilave ücret ödenmesi gerekmektedir. Bu durum sistemin finansmanının giderek cepten ödeme yöntemine dayalı bir yapısal özellik taşımasına yol açmaktadır(103).

Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları, belirli durumlar ve hizmetler için ek ücret talep edememektedir. Bu durumlar şunları içermektedir:

- Acil servislerde verilen sağlık hizmetleri
- Acil durumlar sebebiyle sağlanan sağlık hizmetleri
- Yoğun bakım hizmetleri
- Yanık tedavileri
- Kansere karşı tedaviler (radyoterapi, radyo izotop tedavileri, kemoterapi)
- Yeni doğum yapmış bebeklere sunulan sağlık hizmetleri
- Organ, doku ve hücre nakilleri
- Doğumsal anormallikler amacıyla gerçekleştirilen cerrahi operasyonlar
- Kalp-damar cerrahi işlemleri

- Diyaliz tedavileri

Bu hizmetler için özel sağlık hizmeti sağlayıcıları ek ücret talep edememektedir, böylece belirli kritik sağlık hizmetleri kamusal bir şekilde erişilebilir kalmaktadır. Bu şekilde, GSS modeliyle sağlık hizmetlerinin finansmanında paydaşlar arasında adil bir dağılım sağlanmaya çalışılmaktadır (102).

4.3.2.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı

GSS sisteminin temel unsurlarından biri, genişletilmiş kapsamıdır. Bu sistemin hedefi, sağlık sigortası sistemine dahil olmamış hiçbir kişinin bulunmamasıdır. Özellikle dar gelirli primlerinin devlet tarafından ödenmesi amacı güdülmektedir. Sistemin detayları, 5510 sayılı Kanun'un "GSS Hükümleri" başlıklı 3. bölümünde düzenlenmiştir.

5510 sayılı Kanun'un "Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar" başlıklı 60. maddesi, GSS kapsamına dahil olan bireyleri düzenlemektedir. Bu maddeye göre, kapsama giren kişiler üç ana kategoride gruplandırılmıştır:

a) Prim Ödeyerek Genel Sağlık Sigortalısı Olanlar: Bu gruba, hizmet akdi ile çalışanlar, kamu idarelerinde memur statüsünde çalışanlar, köy ve mahalle muhtarları, kendi adına ve hesabına çalışanlar, ticaret kazançları nedeniyle gelir vergisi mükellefi olanlar, esnaf ve sanatkarlar, şirket ortakları ve tarımsal faaliyette bulunanlar gibi sigortalılar dahildir.

b) Primleri Devlet Tarafından Ödenerek GSS Kapsamına Alınanlar: Bu kategoride düşük gelirli, vatansızlar ve sığınmacılar, muhtaç vatandaş aylığı alanlar, şeref aylığı alanlar, vatani hizmet tertibinden aylık bağlananlar, nakdi tazminat ve aylık alanlar, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu kanunu kapsamında ücretsiz hizmet alanlar, harp malullüğü aylığı alanlar, terörle mücadele kanunu kapsamında aylık alanlar, geçici köy korucuları, işsizlik ödeneği alanlar ve çeşitli sosyal sigorta kanunlarına göre aylık bağlanmış kişiler bulunmaktadır.

c) Çalışmaya Bağlı Geliri Olmayan, Ancak Prim Ödeyerek Kapsama Alınanlar: Bu gruba, gelir getirici bir işte çalışmayan ancak prim ödeyerek genel sağlık sigortasına dahil edilen kişiler dahildir. Bu kategoride özellikle isteğe bağlı olarak sigortalı sayılan kişiler, ülkede oturma izni almış yabancı ülke vatandaşları ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma imkanı olmayan kişiler yer almaktadır.

Tablo 3, genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kişilerin belirli kategorilere göre sınıflandırılmasını içermektedir (115).

Tablo 3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı Dışında Kalan Kişiler

Kapsam Dışı Kalan Kişiler	Açıklama
Yabancı Ülkede Çalışanlar	Yabancı bir ülkede bulunan bir kuruluş tarafından Türkiye'ye iş amacıyla gönderilen ve o ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler, üç aydan az süreyle Türkiye'de bulunanlar ve Türkiye'de kendi adına bağımsız çalışanlar ile yurt dışında ikamet eden ve o ülkenin sosyal güvenlik mevzuatına tabi olan kişiler.
Dış Temsilciliklerde Çalışan Kamu Personeli	Kamu idarelerinin yurt dışı temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya o ülkenin vatandaşlığına sahip olan Türk uyruklu sözleşmeli personel, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin gerektirdiği durumlarda, işverenleri tarafından o ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılan kamu idarelerinin yurt dışı temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personel.
Ceza İnfaz Kurumlarındaki Hükümlü ve Tutuklular	Ceza infaz kurumları ve tutukevlerinde bulunan hükümlü ve tutukluların sağlık giderleri, Adalet Bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır.
Kısa Süreli Yabancı Ülke Vatandaşları	Oturma izni almış ancak yabancı ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan yabancı uyruklu kişilerden, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle ikamet edenler.

4.3.2.4. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Hizmetleri

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu kapsamında, bireylerin sağlıklarını korumak, hastalık durumlarında sağlıklarını yeniden kazanmalarını sağlamak, hastalık ve doğum durumlarında gerekli sağlık yardımlarını sunmak ve bireyleri tekrar sağlıklı duruma getirmek temel amaçlar arasında yer almaktadır. Bu sağlık hizmetleri, 5510 sayılı Kanun'un 63. maddesinde belirtilmiştir ve kapsamı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenir (102)

5510 Sayılı Kanun'un 63. Maddesine Göre Sunulan Sağlık Hizmetleri

a) Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bu kapsamda, hastalanmayı önleyen tüm sağlık hizmetleri yer alır. Bireylerin hastalanmasını engellemek amacıyla kişiye ve çevreye yönelik alınan önlemleri içerir.

b) Hastalık Halinde Sağlık Yardımı: Hastalanmış bireylere yönelik tedaviye yönelik sağlık yardımları şunlardır:

- Hekim tarafından gerçekleştirilecek klinik muayene,

- Teşhis için laboratuvar ortamında tetkik ve tahliller,
- Röntgen, tomografi gibi diğer teşhis yöntemleri,
- Teşhis sonucuna göre ihtiyaç duyulan diğer tıbbi müdahale ve tedaviler,
- Tedavi boyunca izleme, rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve hücre nakil operasyonları, hücre tedavisi,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Fizik tedavi ve masaj gibi sağlık personeli tarafından uygulanacak tıbbi bakım ve tedaviler.

c) Analık Halinde Sağlık Yardımları: Doğum sürecinde sunulan yardımlar şunlardır:

- Doktor tarafından gerçekleştirilecek klinik muayene,
- Teşhis için laboratuvar ortamında tetkik ve tahliller,
- Röntgen, tomografi gibi diğer teşhis yöntemleri,
- Teşhise ihtiyaç duyulan diğer tıbbi operasyon ve tedaviler,
- Doğumun sağlanması, rahmin alınması, tıbbi sterilizasyon,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Fizik tedavi ve masaj gibi sağlık personeli tarafından uygulanacak tıbbi bakım ve tedaviler.

d) Ağız ve Diş Tedavisi: Bu başlık altında ağız ve diş tedavisiyle ilgili sağlık yardımları şunlardır:

- Ağız ve diş muayenesi,
- Teşhis amacıyla klinik muayeneler, laboratuvar tahlilleri ile diğer tetkik metodları,
- Diş çekimi, diş tedavisi, kanal tedavisi,
- Hastaların takibi,
- Diş protez uygulanması,
- Acil sağlık hizmetleri,
- 18 yaşından küçük kişilerin ortodontik diş tedavilerinin belirlenen tutarı.

e) Diğer Sağlık Yardımları: Yukarıdaki kategorilere girmeyen yardımları içerir ve şu şekilde sıralanır:

- Tetkik ve tedavi için ihtiyaç duyulan kan ve kan ürünleri, kemik iliği, ilaç, aşı, protez, medikal araç ve gereç, kişiye özel tıbbi cihazlar, medikal sarf malzemeleri, bu malzemelerin uygulanması, garanti süresi sonrası bakımı, tamiri ve yenilenmesi hizmetleri.
- SGK Tarafından Finanse Edilmeyen Sağlık Hizmetleri
- Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ve estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- Sağlık Bakanlığı tarafından izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen hizmetler,

Yabancı ülke vatandaşlarının, genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.

Bu maddenin uygulanması hakkında usul ve esaslar, Kurum tarafından belirlenecek yönetmelikle düzenlenecektir. Ancak, bu yönetmeliğin sağlık hakkı ile uyumlu olup olmadığı konusunda bazı endişeler bulunmaktadır

4.4. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanma Sorunları

Türkiye'deki genel sağlık sigortası sistemi, dünya genelinde benzer bir modeli olan Almanya Sağlık Sigortası sistemiyle önemli benzerlikler göstermektedir. Almanya'daki sağlık sigortası sistemi kapsamında sunulan hizmetler, Türkiye'deki hizmetlere benzer şekilde hastalıkların önlenmesi, erken teşhis, diş sağlığı, hastane hizmetleri, sürekli bakım, evde bakım, ev işleri yardımı, rehabilitasyon ve laboratuvar hizmetlerini içermektedir. Finansman açısından, Almanya'da sigortalılar, işverenler ve devlet tarafından sağlanan bir sistem bulunmaktadır. Sigortalılar ve işverenler aylık kazançlarının belirli bir yüzdesini prim olarak öderken, devlet de sisteme katkı sağlamaktadır. Almanya'da olduğu gibi Türkiye'de de çalışanlar işe başladıkları anda sigortalı sayılmakta ve bildirimler genellikle işverenler tarafından yapılır. Ancak, Türkiye'de özel sağlık sigortalarının rolü Almanya'dakinden farklıdır ve Türkiye'de sevk zinciri uygulaması Almanya'dakinden daha esnek bir yapıya sahiptir (106).

Türkiye'de uygulanan sistem, iş göremezlik ödemeleri bakımından Fransa Hastalık Sigortası sistemiyle benzerlik göstermektedir. Hastalık sigortası, iş görmezlik durumlarında sağlık hizmetlerini ve geçici iş göremezlik ödeneğini karşılar. Analık sigortası ise gebelik ve doğum nedeniyle ortaya çıkan sağlık hizmetleri ve iş göremezlik ödeneklerini içerir. Kısa vadeli sigorta kolları, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası, hastalık sigortası ve analık sigortasından oluşur. İş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan sağlık sorunları ve gelir kaybını kapsar. Türkiye’de

hastalığın üçüncü gününden itibaren ödenirken, Fransa'da dördüncü günden itibaren verilmektedir. Ancak, her iki ülkede de hastalığın başladığı tarihten önce sigorta tescilinin yapılmış olması ve belirli bir süre çalışılmış olması gerekmektedir (104).

Uzun vadeli sigorta kolları ise malullük, yaşlılık ve ölüm sigortasından oluşur. Malullük sigortası, sigortalının çalışma gücünün en az %60'ını kaybetmesi durumunda malullük aylığı bağlanmasını sağlar. Yaşlılık sigortası, belirli bir yaş ve prim ödeme süresini dolduran sigortalılara emeklilik aylığı bağlanmasını temin eder. Ölüm sigortası ise sigortalının vefatı durumunda, geride kalan hak sahiplerine aylık bağlanmasını kapsar. Bu sigorta kolları, sigortalıların ve ailelerinin çeşitli risklere karşı korunmasını sağlayarak, sosyal güvenlik ağının temel taşlarını oluşturur ve toplumun sosyal ve ekonomik istikrarına katkıda bulunur.

Türkiye'de uygulanan sağlık sigortası sistemi, karma bir yapıya sahip olup, farklı ülkelerin sağlık sigortası modellerinden çeşitli özellikler taşır. Sağlık hizmetleri kapsamında Almanya'nın sağlık sigortası sistemine benzerlik gösterirken, iş göremezlik ödemeleri bakımından Fransa'nın hastalık sigortası modeline benzemektedir. Bu nedenle, Türkiye'deki sistem, dünyada hastalık sigortasını uygulayan ülkelerin modellerine benzer bir yapı sergiler (106).

Türkiye'de genel sağlık sigortası uygulaması, uzun yıllar süren tartışmaların ardından 58. Hükümet programı ve acil eylem planında öncelikli hedeflerden biri olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, devlet, kurum ve sigorta ayrımının kaldırılması, hastanelerin özertleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrıştırılması gibi önemli adımlar atılmıştır. Ayrıca, genel sağlık sigortası sisteminin kurulması, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların primlerinin devlet tarafından karşılanması ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi gibi hedefler de belirlenmiştir. Sosyal Güvenlik Reformu kapsamında beş alanda yeni düzenlemeler yapılması planlanmıştır. Bu düzenlemeler arasında sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliğinin sağlanması, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı oluşturulması ve uzun vadeli ile kısa vadeli sigorta programlarının ayrılması gibi önemli adımlar yer almaktadır (106).

Sağlık sistemine ilişkin olarak, genel sağlık sigortası uygulamasıyla hedeflenenler arasında sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı ve etkin bir şekilde sunulması, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, sevk zinciri uygulamasının hayata geçirilmesi gibi önemli adımlar bulunmaktadır. Ancak, uygulama sürecinde birçok aksaklık ve sorunla karşılaşmıştır. Bu sorunların başında, sağlık hizmetlerinin herkesi etkin bir şekilde kapsamaması, sağlık hizmetlerinin etkin olmaması, finansmanın sürdürülebilirliğinin sağlanamaması gibi konular gelmektedir.

Bu çerçevede, genel sağlık sigortası uygulamasının gerçekleştirilmesiyle ortaya çıkan sorunların ve eksikliklerin değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

4.4.1. Kapsama Alınan Kişiler Bakımından Yaşanan Sorunlar

Genel sağlık sigortası (GSS) uygulamasına geçilmesinin savunulması, toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerine eşit, erişilebilir ve etkin bir şekilde ulaşmasını sağlama amacı taşımaktadır. GSS, kişilerin ekonomik durumuna veya isteğine bakılmaksızın, potansiyel hastalık risklerine karşı koruma sağlamayı hedefler. Bu sistem, zorunlu sigortalılar, işsizlik sigortası hakkı kazananlar, gelir ve aylık alanlar, sosyal korumadan yararlananlar, Türk vatandaşı olmayanlar, öğrenciler ve isteğe bağlı sigortalılar gibi çeşitli grupları kapsar (59).

Ancak, uygulamada bazı sorunlar yaşanmaktadır. Bunlardan biri gelir tespitine dayalı olanlardır. Gelir tespiti esnasında aile kavramının tanımı, gelir testi sonuçlarını etkileyebilmekte ve bazı aile bireylerinin gelirinin hesaplanmasında sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle geleneksel aile yapısının yoğun olduğu bölgelerde, aile kavramının tanımı ve gelir testi sonuçları arasında uyumsuzluklar gözlemlenmektedir. Bu durum, gelir tespitindeki doğruluğu ve adil olmayan bir sonuç ortaya çıkmasına neden olabilir (105).

Diğer bir sorun, genel sağlık sigortalısının tescili ile ilgilidir. Özellikle bazı kişilerin yanlış bir şekilde GSS'ye tescil edilmesi veya prim tahakkuklarının hatalı yapılması gibi sorunlar yaşanmaktadır. Bu durumlar, sistemin doğru ve adil bir şekilde uygulanmasını engelleyebilir ve güven duygusunu sarsabilir (104).

Ayrıca, kısmi süreli çalışanlar için de sorunlar bulunmaktadır. Özellikle eksik günler için prim ödeme zorunluluğu veya gelir testine tabi tutulma gerekliliği gibi durumlar, kısmi süreli çalışanları dezavantajlı hale getirebilir. Bu durum, bazı çalışanları kayıt dışı çalışmaya yönlendirebilir veya dezavantajlı konuma düşürerek sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını engelleyebilir (105).

Sonuç olarak, genel sağlık sigortası uygulamasının temel amacı olan toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanması hedefine ulaşabilmek için, uygulamadaki bu tür sorunların çözülmesi ve sistemin daha etkin bir şekilde işlemesi gerekmektedir. Bu sorunların çözümü, hem sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesini hem de toplumun güven duygusunun artırılmasını sağlayabilir.

4.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Bakımından Yaşanan Sorunlar

Sağlık hizmetlerinin hizmet satın alma yöntemiyle sunulması, kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlarken, hizmet alanlar açısından sağlığa erişimi kolaylaştırıcı bir etkiye sahiptir. Ancak, genel sağlık sigortalıları için bazı yasal farklılıklar bulunmaktadır. Geliri asgari ücretin üçte birinden az olanlar, 65 yaş aylığı alanlar ve geçici köy korucuları, birinci ve ikinci basamak resmi sağlık hizmet sunucuları tarafından sevk edilmedikçe özel sağlık hizmeti sunucularına başvuramazlar. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunucuları, tedavi sağlanamadığında bu kişilere doğrudan başvuru hakkı tanıyabilirler (106).

Sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedellerinin Kurum tarafından karşılanabilmesi için belirli koşulların yerine getirilmesi gereklidir. Bu koşulların başında, sağlık hizmetinin acil müdahale edilmemesi halinde uzuv kaybı veya vücut fonksiyonlarının kaybına yol açacak durumlar nedeniyle alınmış olması ve bu durumun Kurumun inceleme birimi tarafından kabul edilmesi gelmektedir. Bu koşullar dışında, sözleşmesiz özel sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmeti bedelleri Kurum tarafından karşılanmamaktadır (104).

Sevk zinciri konusunda ise, genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmeti sunucularına başvurularında sevk zincirine uygun hareket etmeleri gerekmektedir. Ancak, bu konuda uygulamada bazı sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında verilen hizmetlerin gereken nitelikte olmaması, hastaların doğrudan ikinci basamak sağlık hizmet sunucularına yönlendirilmesine neden olmaktadır. Bu durum, sevk zincirinin sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak adına katı bir şekilde uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır (106).

Aile hekimliği uygulaması da genel sağlık sigortasının işleyişinde önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, aile hekimliği uygulamasının yetersiz uzmanlaşmaya bağlı olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına sevk yapma yetkisinin ötesine geçmediği görülmektedir. Bu durum, aile hekimliğinin beklenen verimi sağlayamamasına ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilir olmamasına neden olmaktadır.

4.4.3. Kapsamdaki Sağlık Hizmetleri Bakımından Yaşanan Sorunlar

Sosyal güvenlik reformu, sağlık alanında iki temel politikayı benimsemiştir: Vatandaşların hastalanmalarını önlemek için koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hastalık durumunda vatandaşların sağlık hizmetlerine kolay erişimini sağlayarak en etkili tedavi yöntemleriyle tedavi edilmelerini sağlamak.

Bu temel politikalardan biri, genel sağlık sigortası uygulamasına geçildiğinde, önceki kurumlar tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin tamamının kapsamının korunmasını içermektedir. Genel sağlık sigortası, sigortalının sağlıklı kalmasını, hastalandığında sağlığına kavuşmasını, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve doğum sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını amaçlamaktadır (59).

Genel sağlık sigortası kapsamında, yardımcı üreme yöntemleri dahil olmak üzere daha önce finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerinin tamamının yer alması öngörülmüştür. Ancak, bazı hastalıkların tedavisi veya belirli sağlık hizmetlerinin finansmanı genel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulabilir veya kısmi olarak üstlenilmeyebilir. Bu düzenleme, özel sağlık

sigortacılığının sisteme dahil edilmesini teşvik etmekte ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilirliğini sağlamaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamında belirlenen yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin dışında kalan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanmayacağı veya kısmi olarak finanse edilmeyeceği belirtilmektedir. Bu durum, özel sağlık sigortacılığının sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir rol oynaması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak, bu alanda henüz detaylı alt düzenlemelerin yayımlanmamış olması, finansmanın sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı bakımından bazı sorunlara yol açabilir (59).

4.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Bakımından Sorunlar

Sosyal sigortaların finansmanı ile ilgili, sosyal devlet anlayışının benimsenmesi farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Örneğin, primli dağıtım sistemiyle primlere katılımın yanı sıra, sigorta yardımlarının finansmanı veya sosyal sigorta açıklarının genel bütçeden karşılanması gibi yöntemler kullanılabilir.

Genel sağlık sistemi finansman tercihlerinin dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde kısıtlar oluşturduğu ve kapsam sorununu beraberinde getirdiğini görülmüştür.

Genel sağlık sigortası (GSS) fonu, gelirleri genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer hakların finansmanı için ayrılarak izlenir. Ancak, bu fon ile sosyal sigorta fonu arasında aktarma yapılmaz. Son yıllarda, gelir-gider dengesindeki iyileşmeyle birlikte gelirlerin giderleri karşılama oranı artmış gibi görünmektedir (104).

Ancak, sağlık harcamalarındaki artışın aynı ivmede devam etmediği gözlemlenmektedir. Özellikle, hastanelerin fatura tutarlarının artması dikkat çekicidir. Bu artışın bir kısmı kamu kuruluşunda çalışanların ve ödeme gücü olmayanların sağlık giderlerinin SGK'ya devredilmesinden kaynaklanmıştır.

Genel sağlık sigortası prim oranları ve ödeme yükümlülerinin karmaşıklığı, prim tahakkuk ve tahsilatında çeşitli uygulamaların olduğunu göstermektedir. Bu durum, sigortalılar, kamu kurumları ve SGK açısından karmaşaya neden olmaktadır (105).

Ayrıca, genel sağlık sigortası prim borçları ve bu borçların yapılandırılması da önemli bir konudur. Uygulamada, genel sağlık sigortası prim borçlarının tahsilatında ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu nedenle, borçlulara yapılandırma imkanı sağlanarak ödeme kolaylığı getirilmiştir. Ancak, bu durumun prim ödeme alışkanlıklarını olumsuz etkileyebileceği ve adaletsizlik hissi yaratabileceği de unutulmamalıdır.

Toplumun büyük bir kısmı kamu sağlık hizmetlerine erişim imkanı bulsa da, nüfus yoğunluğunun dengeli bir dağılım göstermediği durumlarda, özellikle belirli gelir seviyelerinin üzerinde olan bireyler ve aileler, özel sağlık hizmetlerine talep göstermektedir. Bu nedenle, özel

sağlık sigortası önemli bir güvence ve destek sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, vergiler veya toplanan primler yoluyla ya da her ikisinin bir kombinasyonu ile sağlanabilir. Ancak, hiçbir sistemin tüm sağlık risklerini ve harcamalarını tamamen karşılaması beklenemez. Bu bağlamda, kamu sağlık sigortasıyla birlikte oluşturulacak özel sağlık sigortası, mali yükün dağıtımını ve sağlık hizmetlerine sürekli erişimin sağlanması için önemli bir tamamlayıcı rol oynar (106).

GSS'nin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak ve sağlık harcamalarını kontrol altına almak için bazı uygulamaların hayata geçirilmesi gereklidir. Bu dengeyi sağlamak için ilk olarak toplanan prim gelirlerinin özellikle işveren payının artırılması gerekmektedir. İşçi ve işverenlere yüklenen prim yükünün ağırlığı göz önüne alındığında, prim oranlarının bir bütün olarak artırılması uygun olmayabilir. Bunun temel nedeni işveren primlerinin teşvik kapsamında olmasıdır. Dolayısıyla işverenlere tanınan teşvik süreci çalışan prim ödemelerinin sistem içerisindeki ağırlığını arttırmaktadır. Diğer bir uygulama, genel sağlık sigortası kapsamının daraltılması olabilir, ancak bu temel sağlık hizmetlerinin daraltılmasını gerektirmediğinden uygulanabilirliği sınırlıdır. Bu noktada, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının kontrol altına alınması ve fiyat tarifelerinin düşürülmesi önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmede kullanılabilecek en önemli yöntemlerden biri, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesidir. Bu, hastalıkların önlenmesine odaklanarak sağlık harcamalarını azaltabilir (106).

Diğer bir uygulama ise genel sağlık sigortasının kapsamadığı veya katkı payı gerektiren hizmetlerin tamamlayıcı özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmasıdır. Örneğin, Fransa'da hastalar sağlık hizmetlerinin niteliğine bağlı olarak katkı payı öderken, Avustralya'da kamu sağlık sigortası üzerindeki finansal baskıyı azaltmak için tamamlayıcı sağlık sigortası modelleri geliştirilmiştir. Bu politikaların sonucunda, Avustralya'da özel sağlık sigortası kapsamı önemli ölçüde genişlemiştir. Özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortasının tamamlayıcısı olarak, sağlık hizmetlerine erişim ve mali yükün dengeli bir şekilde dağıtılması açısından önemlidir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini amaçlar. Bu sistemde, işverenlerin çalışanları için ödediği katkı payı ve/veya prim ödemeleri teşvik kapsamında değerlendirilmektedir. Bu sayede, işverenlerin yükü hafifletilmekte ve çalışanların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmaktadır. (117).

Buna karşılık, işsiz olan veya gelir testini geçememiş vatandaşlar, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için katkı payı ödemek zorundadırlar. Gelir testi, vatandaşların maddi durumlarını belirlemek amacıyla yapılır ve test sonucunda belirli bir gelir seviyesinin altında olanlar katkı payı ödemekten muaf tutulur. Ancak, bu gelir seviyesinin üzerinde olanlar sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için belirlenen katkı payını ödemek durumundadır. (117).

Bu durum, özellikle işsizler ve düşük gelirli vatandaşlar için sağlık hizmetlerine erişimde ciddi kısıtlamalar yaratmakta ve sağlık sistemindeki kapsam sorunlarını beraberinde getirmektedir. İşverenler için sağlanan teşvikler ve indirimler, işsizler ve gelir testi şartlarını sağlayamayanlar için aynı şekilde uygulanmadığından, bu gruplar arasında sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler oluşmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası finansman sorunları ve düşük gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zorluklar, sistemin etkinliğini sınırlamaktadır. Katkı payları ve prim ödemelerinin yarattığı finansal yük, dar gelirli vatandaşlar için büyük bir engel teşkil ederken, bürokratik zorluklar da sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Bu sorunların çözülmesi, GSS'nin olumlu yönlerinin daha etkin bir şekilde ortaya çıkmasını sağlayacaktır..

4.4.5. Genel Sağlık Sigortası'nın Avantajları

Gelişmekte olan ülkelerde, sağlık altyapısının ve teknolojisinin hızla geliştirilmesi ve ardından ulusal sağlık sistemlerine geçilmesi, stratejik bir politika olarak değerlendirilebilir. Bu yaklaşım, etkili bir şekilde planlandığında kısa sürede somut sonuçlar elde etmeyi mümkün kılar. Ayrıca, işverenlerin çalışanların sigorta primlerinin veya sağlık harcamalarının bir kısmının karşılanması durumunda, işverenlerin koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem vermeye teşvik edilmesi gibi avantajlar sağlayabilir. Özellikle genç nüfusa sahip ülkelerde, yaş grupları arasında daha fazla sağlık harcaması gerektiği göz önüne alındığında, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi bu anlamda maliyet açısından avantajlı olabilir (94).

Sağlık hizmetlerinin finansmanının bütçe dışına çıkarılması, iktidarlar için önemli bir politik avantaj sunabilir. Bu, diğer sektörlerle bütçe kaynakları üzerinde rekabetin azalmasına ve iktidarların sağlık hizmetlerine öncelik vermesine olanak tanır. GSS sistemiyle toplanan sigorta primlerinin, sadece sağlık hizmetlerine harcanacağı garantisinin verilmesi, bu finansman modelini diğer vergi toplama yöntemlerinden daha cazip hale getirebilir. Bu sayede, sağlık alanında yapılan harcamaların diğer sektörlerle kaydırılması engellenir ve sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarılabilir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimi genişletmek ve toplumun genel sağlık güvencesini sağlamak amacıyla uygulanan bir sistemdir. GSS'nin getirdiği avantajlar şunlardır (95):

- Erişilebilirlik: GSS, tüm nüfusu kapsayacak şekilde tasarlanmış bir sağlık sigortası sistemidir. Bu, sigortasız veya kısıtlı sağlık güvencesine sahip bireylerin de sağlık hizmetlerine erişimini artırır.

- **Finansal Koruma:** GSS, katılımcılara mali koruma sağlayarak beklenmedik sağlık harcamalarına karşı güvence sunar. Bu, bireylerin yüksek maliyetli sağlık hizmetleri alırken maddi sıkıntı yaşamamalarını sağlar.
- **Adil Sağlık Hizmetleri:** GSS, toplumun her kesimini kapsayan adil bir sağlık hizmeti sunmayı hedefler. Bu, gelir düzeyi düşük olan bireylerin de kaliteli sağlık hizmetlerine erişebilmesini sağlar.
- **Kapsamlı Hizmetler:** GSS, geniş bir sağlık hizmeti yelpazesini kapsar. Temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra önleyici hizmetler, tedavi seçenekleri ve ilaçlar gibi çeşitli sağlık alanlarını içerir.
- **Tek Bir Çatı Altında Toplanmış Sistem:** GSS, farklı sosyal güvenlik kurumlarını birleştirerek tek bir çatı altında toplamayı amaçlar. Bu, sağlık hizmetlerinin yönetimini ve koordinasyonunu kolaylaştırabilir.
- **Önleyici Hizmetlerin Güçlendirilmesi:** GSS, koruyucu sağlık hizmetlerine vurgu yaparak hastalıkların önlenmesine odaklanır. Bu, toplumun genel sağlığını iyileştirmeye yönelik stratejileri destekler.
- **Çeşitli Sağlık Kuruluşlarıyla Anlaşmalar:** GSS kapsamında birçok özel ve kamu sağlık kuruluşuyla anlaşmalar yapılır. Bu, katılımcılara geniş bir sağlık hizmeti ağından faydalanma imkanı tanır.
- GSS, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin daha adil ve kapsayıcı bir şekilde sunulmasını amaçlayan önemli bir adımdır.

Ancak, her sistemde olduğu gibi, uygulama sürecinde bazı zorluklar ve iyileştirme alanları da ortaya çıkabilir.

4.4.6. Genel Sağlık Sigortası'nın Dezavantajları

Türkiye'de herkesin eşit şekilde sağlık hizmetine erişimi ve bu hizmetlerden eşit derecede yararlanması ideal bir hedeftir. Ancak, hekimlerin ve sağlık tesislerinin ülke genelinde dengesiz dağılımı, bu hedefin gerçekleşme olasılığını zayıflatmaktadır ve bu hedefin fazla iyimser bir görünüm olduğunu ortaya koymaktadır.

Özellikle hekimlerin dengesiz dağılımı, zorunlu birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmayı öngören aile hekimliği uygulamasının etkili bir şekilde işlemesini engellemektedir. Ülkedeki nüfusun 75 milyonun üzerinde olduğu düşünüldüğünde, her 3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde yaklaşık 25 bin aile hekimine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak, Türkiye'deki mevcut aile hekimi sayısı 20 bini geçmemekte ve bu durum, aile hekimliği uygulamasının gerektirdiği kapsamda yetersiz kalmaktadır. Üstelik, aile hekimi olabilmek için pratisyen hekimlerin üç yıl

daha uzmanlık yapması gerekmektedir. Ancak, bu sürecin tamamlanması için Sağlık Bakanlığı'na başvuru yapılması ve olumlu yanıt alınması yeterli olmaktadır. Bu durum, pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında meslek fonksiyonları konusunda belirsizlik yaratabilir ve pratisyen hekimlerin yeterli bilgi ve beceri düzeyine sahip olmadığı durumlar da göz önüne alındığında, daha ciddi sorunlara yol açabilir.

Aile hekimliği sistemi, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ve Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) sağlık güvencesi olmayan kesime hizmet götürme amacının önündeki en büyük engellerden birini oluşturmaktadır. Bu sistem, sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi bir rol oynamaktadır ancak kırsal kesimde yaşayan kişilere sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde ulaştırılmasında ve hizmetlerin kırsal kesimde sunulmasında sorunlar yaşanmaktadır. Eğer kırsal kesimdeki nüfusa temel askeri hizmetler sunulamıyorsa, sağlık sigortası programının etkili bir şekilde uygulanması mümkün olmayabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde ve eşitliğinde ciddi bir adaletsizliğe yol açabilir ve sağlık sigortası programının amacına ulaşmasını engelleyebilir (96).

Özel statüdeki hekimlerin kırsal bölgelerde veya genel olarak taşrada hizmet vermesini beklemek, sadece yetersiz bir yaklaşım olabilir. Çünkü genellikle en yetkin ve en bilgili hekimler büyük kentlerde bulunmaktadır, bu da kırsal bölgelerde yaşayan hastaların aynı kalitede sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanamayacağı anlamına gelmektedir.

Yataklı tedavi hizmetlerinin sağlık sigortası kapsamında sunulmasının gerekliliği, hastalara ihtiyaç duydukları hizmetlerin derhal sağlanması gerektiğinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu hasta yatağı sayısının ve dağılımının dikkatli bir şekilde incelenmesi ve değerlendirilmesi önemlidir. Mevcut durumda ülkedeki yatak sayısı yeterli görünse de, bunların yeterince kullanılmadığı görülmektedir. GSS'nin getireceği yatak gereksiniminin karşılanması için mevcut yatakların daha etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Ancak dengesiz dağılım nedeniyle, belirli bölgelerde yatak yetersizliği gibi sorunlar ortaya çıkabilir (97).

GSS için öngörülen gelir kaynakları yeni bir kaynak gibi görünebilir; ancak Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan harcama kaynağının ortadan kalkması durumunda, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin kendi giderlerini kendi gelirleriyle karşılama ve işletme haline dönüşme durumu ortaya çıkabilir. Bu durumda, genel bütçe yükü hafifleyebilir; ancak sağlık harcamaları için ayrılan kaynak daha da azalabilir. GSS'nin en büyük gelir kaynaklarından biri olarak görülen kamu fonlarının, kaynak yaratmada yeterince başarılı olmayabileceği söylenebilir. Bu nedenle, GSS'nin finansmanı için yeni ve etkili kaynaklar bulunması gerekebilir.

Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) uygulanmasıyla birlikte bazı dezavantajlar ve sorunlar da ortaya çıkabilir. Ancak, bu dezavantajlar zaman içinde düzeltilebilir veya sistem geliştirmeleriyle aşılabılır. GSS'nin potansiyel dezavantajları şunlardır (95):

Finansman Zorlukları: GSS'nin sürdürülebilirliği ve finansmanı bazı zorluklarla karşılaşabilir. Sağlık harcamalarındaki artış, finansman kaynaklarının yetersiz olması ve sistemdeki bütçe açıkları gibi faktörlerle ilgili sorunlar ortaya çıkabilir.

Yetersiz Hizmet Kapasitesi: GSS'nin hızlı bir şekilde genişlemesi, sağlık hizmetlerine olan talebi artırabilir. Bu durumda, sağlık kuruluşları ve personeli yetersiz kalabilir, bekleme süreleri uzayabilir ve hizmet kalitesi düşebilir.

Altyapı Sorunları: GSS'nin başarılı bir şekilde uygulanması için güçlü bir sağlık altyapısına ihtiyaç vardır. Ancak, bazı bölgelerde altyapı eksikliği, tıbbi teçhizat yetersizliği ve personel sorunları gibi altyapı zorlukları ortaya çıkabilir.

Özel Sağlık Sigortası Talebinde Artış: GSS'nin bazı kısıtlamaları veya eksiklikleri, insanların özel sağlık sigortası satın almaya yönlendirebilir. Bu durum, toplum içinde sağlık hizmetlerine eşitsiz erişim sorunlarına neden olabilir.

Bürokratik İşlemler ve Gecikmeler: Sigorta başvuru, onay ve diğer bürokratik işlemlerle ilgili yaşanan gecikmeler ve karmaşıklıklar, bazı kişilerin sağlık hizmetlerine hemen erişimini sınırlandırabilir.

Bilinçsiz Kullanım ve Rasyonel Olmayan İlaç Kullanımı: GSS'nin sağlık hizmetlerini ücretsiz veya düşük maliyetli hale getirmesi, bazı durumlarda hizmetlerin bilinçsizce veya gereksiz kullanılmasına neden olabilir. Ayrıca, reçeteli ilaçların rasyonel olmayan bir şekilde kullanılması sorunu da ortaya çıkabilir.

Hizmet Kalitesinde Değişkenlik: GSS'nin yürürlüğe girmesiyle birlikte, sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında hizmet kalitesinde değişkenlik görülebilir. Özel ve kamu sağlık kuruluşları arasındaki farklar ve kalite standartlarına uyumsuzluklar bazı sorunlara neden olabilir.

Bu dezavantajlar, sağlık sistemlerinin karmaşıklığı ve geniş kapsamlı bir reformun getirdiği zorluklarla ilişkilidir. GSS'nin etkili bir şekilde yönetilmesi ve sürekli olarak iyileştirilmesi, bu sorunların azaltılmasına katkı sağlayabilir.

GSS'nin hayata geçirilmesiyle, özellikle aile hekimliği sistemi ve hekim dağılımındaki dengesizlik gibi bazı önemli zorluklar ortaya çıkmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde çalışabilmesi için yeterli sayıda aile hekimine ihtiyaç duyulmaktadır, ancak mevcut sayı bu talebi karşılamaktan uzaktır. Ayrıca, özel statüdeki hekimlerin kırsal bölgelerde hizmet

vermesini beklemek gerçekçi olmayabilir, bu da sağlık hizmetlerinde eşitsizliğe yol açabilir. Sağlık hizmetlerinin hemen sunulması gerekliliğinden kaynaklanan yataklı tedavi hizmetindeki dağılım sorunları da dikkate alındığında, GSS'nin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için sağlık altyapısında önemli geliştirmelerin yapılması gerekmektedir. Finansman zorlukları, bürokratik işlemlerde gecikmeler ve sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı gibi faktörler de sistemin başarısını etkileyebilir. Farklı bir perspektifle, GSS'nin sürdürülebilirliği ve etkinliği için yapılması gereken yeterli finansman, güçlü bir sağlık altyapısı ve dengeli bir hekim dağılımı gibi önemli alanlarda iyileştirmeler yapılması kaçınılmazdır (96).

4.5. Genel Sağlık Sigorta Sisteminin Sürdürülebilirliği

Türkiye'de uzun yıllar boyunca sağlık hizmetlerinin finansmanı, farklı ve düşük ilişki düzeyine sahip finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. Ancak, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin uygulanmaya başlamasıyla birlikte, sistemde düzen ve kontrol sağlanmış, çeşitli finansman kaynaklarının yerini denetlenabilir finansman kaynakları almıştır.

Dünya genelinde sağlık harcamaları hızla artmaya devam etmektedir ve bu artış genellikle sağlık kuruluşlarındaki tedavi ödemelerinden kaynaklanmaktadır. Türkiye'de de, yeni sistemin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırması nedeniyle sağlık harcamalarının gelecekte artması muhtemeldir (70). Ülkeler zenginleştikçe sağlık harcamalarında artış eğilimi gösterirler; bu durum, daha yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerin genellikle daha kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sağlamalarına bağlıdır.

Sağlık harcamalarının etkin bir şekilde kullanılması, toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmeye ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya yönelik politika ve uygulamaların önemini göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve etkililiği, bir ülkenin sağlık sistemini değerlendirirken dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir (95).

GSS uygulamasının sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyinde olumlu gelişmeler sağladığı gözlemlenmektedir. Örneğin, son 10 yılda doğumda beklenen yaşam süresi 71,8'den 76,8'e yükselmiş, memnuniyet oranı ise %39,5'ten %74,8'e çıkmıştır. Bu veriler, GSS'nin sağlık hizmetlerine erişimi ve kalitesini artırdığını göstermektedir (70).

Türkiye'de artan sağlık harcamalarının karşılanması ve mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılması sürdürülebilirlik açısından önemlidir. SGK'nın sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından değerlendirildiğinde, kurumun prim gelirlerine oranla sağlık harcamalarının payı önemli bir göstergedir. Kamu sağlık harcamalarının uzun vadede sürdürülebilirliğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır (103).

GSS'nin en önemli konularından biri, Temel Teminat Paketi kapsamının belirlenmesidir. Bu kapsamın belirlenmesi, sistemin harcama düzeyini ve alınması gereken primleri etkileyerek stratejik bir öneme sahiptir. Kapsamın belirlenmesi sonrasında değiştirilmesi zor olduğundan, finansal riskleri öngörerek sürdürülebilir bir yapı oluşturulması önemlidir (104).

GSS'nin hedefleri arasında, finansal açıdan sürdürülebilir, geniş kapsamlı, toplumu içeren, vatandaş memnuniyetini ön planda tutan, rekabetin arttığı ve etkinliğin ve verimliliğin yaygınlaştığı bir sistem oluşturmak yer almaktadır.

Son yıllarda, küresel gelişmeler ve sosyal güvenlik sistemlerindeki bütçe açıkları, özel sektör uygulamalarını sağlık alanında ön plana çıkarmıştır. Bu bağlamda, GSS'nin kapsamının genişlediği ve nüfus yapısının değiştiği durumlarda, sürdürülebilirlik açısından GSS'ye ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortası seçeneği değerlendirilebilir (105).

Sonuç olarak, Türkiye'de uygulanan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi, sağlık hizmetlerine erişimi genişletmeyi, finansmanı düzenlemeyi ve toplumun sağlık göstergelerini artırmayı hedefleyen bir çaba olarak öne çıkmaktadır. GSS'nin uygulanmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi artmış, doğumda beklenen yaşam süresi gibi temel sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak, sürdürülebilirlik açısından dikkat edilmesi gereken önemli konular bulunmaktadır. SGK'nın sağlık harcamalarının uzun vadede finanse edilebilirliği, prim gelirlerine oranla harcamaların payı önemli bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. Temel Teminat Paketi kapsamının belirlenmesi, sistemin finansal denge açısından hassas bir konudur ve dikkatlice yönetilmesi gerekmektedir (104).

Emeklilikte Yaşa Takılanlar (EYT) düzenlemesi, genel sağlık sigortası (GSS) üzerinde çeşitli etkiler yaratmaktadır. EYT yasası kapsamında emekli olan kişiler, prim gün sayısı ve sigortalılık süresi gibi şartları tamamlamış ancak yaş şartını dolduramamış bireylerdir. Bu kişilerin emekli olabilmeleri için yaş şartının kaldırılması, emeklilik sistemine erken girişlerini sağlamıştır (116).

EYT'nin GSS üzerindeki etkileri şu şekildedir:

Sağlık Hizmetlerine Erişim Süresi: EYT kapsamında emekli olan kişiler, işten ayrıldıklarında 10 gün boyunca sağlık hizmetlerinden faydalanmaya devam edebilirler. Son bir yıl içinde 90 gün sigortalılığı olanlar ise işten ayrıldıktan sonra 100 gün boyunca GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Bu sürenin sonunda, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için prim ödemeye devam etmeleri gerekmektedir.

Prim Ödemeleri ve Borçlanma: İşten ayrılan ve EYT kapsamında emekli olamayan kişiler, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam etmek için GSS primlerini ödemek zorundadırlar.

Eğer prim ödemeleri yapılmazsa, SGK'ya prim borcu oluşur. Bu durumda, primlerini ödemeyenler sağlık hizmetlerinden yararlanamazlar ve borçları birikir.

Gelir Testi: İşsiz kalan ve EYT kapsamında emekli olamayan kişiler, GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmek için gelir testi yaptırabilirler. Gelir testi sonucunda hane halkı kişi başına düşen gelir, net asgari ücretin üçte birinden az ise, bu kişiler yeşil kart kapsamında sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilirler.

EYT düzenlemesinin GSS üzerinde yarattığı bu etkiler, emeklilik sürecinde olan bireylerin sağlık güvencelerini koruma ve sürdürülebilirliğini sağlama açısından önemli değişiklikler getirmektedir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Türkiye'de uygulanan Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. GSS'nin sağlık sistemine getirdiği değişiklikler, finansman mekanizmaları, kapsamı ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimine yönelik getirdiği dönüşümler incelenmiştir.

Sonuçlar, GSS'nin sağlık hizmetlerine erişimi genişletme konusunda katkılarının olduğu konusunda göstergeler içermekle birlikte cepten ödemeye dayalı finansman biçimini de büyük ölçüde genişlettiğini ortaya koymaktadır. Sistemin uygulanmasıyla birlikte, toplumun geniş kesimlerine sağlık sigortası kapsamı sağlanmış, bu da sağlık hizmetlerine daha kolay ve yaygın bir erişimi beraberinde getirmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi gibi temel sağlık göstergelerinde olumlu gelişmeler kaydedilmiş ve memnuniyet oranları artmıştır. Ancak, çalışma aynı zamanda GSS'nin sürdürülebilirlik açısından dikkatle yönetilmesi gereken bazı zorlukları da vurgulamaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanı, prim gelirlerine oranla sağlık harcamalarının payı gibi kritik göstergelerin sürekli değerlendirilmesi ve sürdürülebilir bir finansman modelinin oluşturulması önemlidir.

Temel Teminat Paketi'nin belirlenmesi, finansal dengenin sağlanması ve vatandaş memnuniyetinin sürdürülmesi için stratejik bir konudur. GSS'nin, finansal açıdan sürdürülebilir, geniş kapsamlı ve etkinliği yaygınlaştıran bir sağlık sistemi oluşturma hedefine ulaşabilmesi için bu konularda dikkatlice planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

GSS'nin sağladığı sağlık sigortası kapsamı, özellikle düşük gelirli ve dar gelirli gruplara yönelik geniş bir kesime ulaşmıştır. Bu, toplumun daha geniş bir kesiminin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmış ve önemli sağlık göstergelerinde olumlu etkiler yaratmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunun gerçekleştirilmesi doğrultusunda işveren primleri için sık sık uygulanan teşvik programları çalışan kesimin prim yükünün doğrudan ve dolaylı artışını beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla sağlıkta sosyalizasyon hedefinin gerçekleştirilmesi konusunda önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır.

Çalışma, GSS'nin finansman modelinin sürdürülebilirlik açısından dikkatle yönetilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Prim gelirleri ile sağlık harcamaları arasındaki denge, uzun vadeli sürdürülebilirlik için önemlidir. Bu bağlamda, GSS'nin mali kaynakları etkin bir şekilde kullanabilmesi için politika yapıcılarının finansman mekanizmalarını sürekli değerlendirmesi gerekmektedir. GSS'nin amacı, etkin bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Bu, hizmet kalitesini yükseltmeye ve maliyetleri optimize etmeye yönelik bir zorunluluktur. Politika yapıcılarının sistemin etkinliğini sürekli olarak değerlendirmesi ve gerekli düzenlemeleri yapması gerekmektedir.

Türkiye'deki Genel Sağlık Sigortası sistemi önemli bir adım olsa da, sağlık hizmetlerinin miktarı ve niteliği ile erişim olanaklarının artırılması konusunda daha fazla çalışma gereklidir. Bu bağlamda, hastaların değişen beklentileri ve sağlık hizmetlerinin sunumu şekilleri dikkate alınarak Genel Sağlık Sigortası sisteminin yeniden değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Öncelikle, sağlık hizmetlerinin miktarının artırılması için sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve sağlık personelinin yetiştirilmesi gerekmektedir. Bu gereklilikler yeni hastaneler, klinikler ve sağlık merkezlerinin açılmasıyla sağlanabilir. Ayrıca, mevcut sağlık personelinin eğitim ve motivasyonunun artırılması da kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlayabilir. Sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi için ise hasta memnuniyeti odaklı bir yaklaşım benimsenmelidir. Hasta odaklı hizmet anlayışıyla birlikte, teknolojik yeniliklerin sağlık hizmetlerine entegrasyonu ve tedavi protokollerinin güncellenmesi gerekmektedir. Ayrıca, hasta güvenliğinin sağlanması ve hasta bilgilendirme süreçlerinin iyileştirilmesi de nitelikli sağlık hizmetlerinin temel unsurları arasındadır.

Erişim olanaklarının artırılması için ise coğrafi olarak dezavantajlı bölgelerdeki sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak önemlidir. Mobil sağlık hizmetleri, tele tıp uygulanması ve sağlık tesislerinin yaygınlaştırılması gibi çeşitli yöntemlerle erişim kolaylıkları sağlanabilir. Ancak belirtmek gerekir ki sağlık hizmetleri hasta ile doktor arasındaki doğrudan etkileşime dayanan bir hizmet üretim alanıdır. Dolayısıyla söz konusu yöntemler hasta açısından sadece tanı ve tedavi süreçleri açısından yönlendirici bir işlev görmektedir. Ayrıca, Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki hizmetlerin kapsamının genişletilmesi ve sigortalıların daha fazla sağlık hizmetinden yararlanabilecekleri bir yapı oluşturulması da erişim olanaklarını artırabilir.

Özetle sonuçlar, gelecekteki zorluklara karşı hazırlıklı olma ihtiyacını vurgulamaktadır. Özellikle küresel gelişmeler ve nüfus yapısındaki değişiklikler, sağlık sistemlerini etkileyebilir. Bu nedenle, GSS'nin adaptasyon yeteneği ve politika yapıcıların sistem üzerindeki etkilerini sürekli değerlendirmeleri önemlidir.

Bu çerçevede çalışmadan çıkan sonuçlar bağlamında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Finansal Denge: GSS'nin uzun vadeli sürdürülebilirliğini sağlamak adına, prim gelirleri ile sağlık harcamaları arasındaki denge sürekli olarak gözden geçirilmelidir. Gelir ve harcamalar arasındaki dengenin sürdürülebilirliğini sağlamak için sağlık politikalarının gözden geçirilmesi ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu anlamda işveren prim desteklerinin azaltılması ve/veya tamamen ortadan kaldırılarak işveren primlerinin arttırılması sistemin finansal sürdürülebilirliği açısından hayati önem taşımaktadır.

Kapsam Yönetimi: Temel Teminat Paketi'nin belirlenmesi ve kapsamın yönetimi stratejik bir önem taşımaktadır. Kapsam genişletmeleri, sağlık hizmetlerinin bedelsiz sunumu ile birlikte

ele alınmalıdır. Tamamen kamusal finansmanı içeren bir sağlık hizmetleri sunum modeli sağlık hizmetlerinin kapsamını genişleteceği gibi erişim olanaklarını arttırmak anlamında önemli katkılar sağlayabilir

Hizmet Kalitesi ve Erişim: Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve erişimi güvence altına almak adına hizmet sunucuları arasındaki hizmet sunum farklarının giderilmesi önem taşımaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyalizasyonun sağlanmasına dayalı önlemler alınmalıdır.

Teknolojik Yatırımlar: Sağlık teknolojilerine yapılan yatırımlar, hizmet sunumunu iyileştirebilir. Özellikle tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılan teknolojinin yurt içinde, kamusal kaynaklara dayalı üretimi ve sağlık hizmeti sunan birimlere ulaştırılması hizmet sunumunu etkinleştirebilir.

Toplum Bilincini Artırma: Sağlık sigortası ve hizmetlerine yönelik toplum bilincini artırmak için kampanyalar düzenlenmelidir. Bu, vatandaşların haklarından tam anlamıyla faydalanmalarını sağlayabilir.

Etkin bir sevk zinciri oluşturma: Etkin bir sevk zinciri, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır, maliyetleri kontrol altına alır ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini destekler. Bu nedenle, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sevk zincirinin düzgün işlemesi hem sağlık hizmet sunucuları hem de hizmet alanlar için büyük önem taşır.

GSS, tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanmasını hedefleyen kapsamlı ve erişilebilir bir sistem olarak işlev görmesi sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonuna yaptığı katkıya bağlıdır. Finansman sorunları ve düşük gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zorluklar, sistemin etkinliğini sınırlamaktadır. Katkı payları ve prim ödemelerinin yarattığı finansal yük, dar gelirli vatandaşlar için büyük bir engel teşkil ederken, bürokratik zorluklar da sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Bu sorunların çözülmesi, GSS'nin olumlu yönlerinin daha etkin bir şekilde ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için temel finansman kaynağı olarak kamu bütçesinin kullanılması ve mevcut kaynakların daha etkin dağıtılması sağlanmalıdır. Bu, kırsal ve kentsel alanlar arasında eşit bir sağlık hizmeti sunumu için gereklidir. Merkezi ve yerel yönetimler arasındaki koordinasyon artırılarak, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmelidir. Gelir düzeyi düşük vatandaşların prim ödemesinden muaf tutulmalı ve prim oranları gelir düzeyine göre ayarlanmalıdır. Gelir testi uygulamaları gözden geçirilmeli ve dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca, prim borcu biriken vatandaşlar için af uygulamaları getirilmelidir.

Katkı payları ve ek ödemeler, dar gelirli vatandaşlar için minimize edilmeli veya tamamen kaldırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve adaleti artırmak amacıyla, bu tür ödemelerin devlet tarafından sübvansede edilmesi sağlanmalıdır. GSS kapsamına alınmayan veya kısmen alınan sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmelidir. Özellikle pahalı tedaviler ve ilaçlar için kapsamın artırılması, dar gelirli vatandaşların bu hizmetlere erişimini kolaylaştıracaktır. Ayrıca, tamamlayıcı sağlık sigortası gibi alternatif çözümler de değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkileri karmaşık bir dengeyi gerektirir. Sistemin başarıyla sürdürülebilmesi için finansman mekanizmalarının güçlendirilmesi, kapsamın dengeli bir şekilde belirlenmesi ve vatandaş memnuniyetinin ön planda tutulması büyük önem taşımaktadır. GSS'nin getirdiği yeniliklerin etkin bir şekilde yönetilmesi ve sürekli olarak değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltabilir ve toplumun genel sağlık düzeyini olumlu yönde etkileyebilir. Bu süreçte politika yapıcıların, sağlık profesyonellerinin ve toplumun tüm kesimlerinin işbirliği içinde çalışması, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından hayati bir öneme sahiptir. Ayrıca, teknolojik gelişmelerin takip edilmesi ve sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, hizmet kalitesini artırabilir ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. GSS'nin sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkilerinin sürekli olarak izlenmesi ve değerlendirilmesi, sistemin geliştirilmesi adına önemli bir strateji olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Orhaner, E. (2000). *Türkiye’de Sağlık Sigortası* (1. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
2. Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’den gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 14(2), 103-133.
3. Liv, Y, Çelik, Y ve Şahin B. (2005). *Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları*. Sağlıkta Umut Vakfı.
4. Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. Beta Yayınları.
5. Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2010). Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
6. Aslan, Ş., Uyar, S., ve Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar Ve Yönetim Dergisi*(1), 45-56. <https://doi.org/10.35375/sayod.520957>
7. Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu. ATAUM 25 nolu Araştırma Dizisi Yayını, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
8. Akın, C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Harcamaları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Çukurova Üniversitesi.
9. Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
10. Marşap, A., Akalp, G. ve Yeniman, E. (2010). Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1), 307-326.
11. Yurtsever, A. (2015). Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi İstanbul.
12. Altındış, M. (2018). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
13. Kumbasar, B. (2016). *Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim*. Beta Yayınları.
14. Atlı, Y. ve Yücel, N. (2018). Sağlık kurumları, sağlık kurumlarında marka ve elazığ ili sağlık sektörü. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64.
15. Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. Beta Yayınları.
16. Ceyhan, A. (2007). *Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Uygulaması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.
17. Yüksel, N. (2015). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
18. Ergun, A. (2010). Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi.
19. Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y. ve Deveci, S. E. (2008). Bingöl ili uydukent sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemi kullanım düzeyinin belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 185-191.
20. Demir, Y. ve Gözüm, S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4), 196-203.
21. Soysaldı, H. M. (2007). Gençliğimizi tehdit eden zararlı alışkanlıklar: Sigara, Alkol ve Uyuşturucu. *Humanities Sciences*, 2(2), 80-101.

22. Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
23. Altındış, M. (2018). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
24. Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
25. Baş, M. (2017). *Özel Hastanelerde Çağdaş Yönetim Anlayışı Üzerine Bir Çalışma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
26. Çelebi, A. ve Cura, S. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
27. Kavuncubaşı, P. ve Yıldırım, D. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
28. Belek, İ (2016). *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*. Yazılama Yayınları.
29. Yıldırım, H., Yıldırım, T. ve Akbulut, Y. (2012). *Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
30. Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J. ve Lauer, J. A. (2000). The Comparative Efficiency Of National Health Systems In Producing Health: An Analysis Of 191 Countries. *World Health Organization* 29(29), 1-36.
31. Ural, O. (2022). Klinik Hepatit Akademisi 2022. Geçmişten Günümüze Pandemiler, 13-15 Mayıs, Çorum (ss.13)
32. Akkan, C. S. (2022). *Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Aşı Uygulaması Öncesi ve Sonrasındaki Anksiyete ve Depresyonunun Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın.
33. Aysan, A. F., Balcı, E., Karagöl, E. T., Kılıç, E., Gültekin, F., Şahin, F., Parlakpınar, H., Bulut, M., Garipağaoğlu, M., Solak, M., Erin, N., Özçelik, T., Kara, F., Çınarka, H., Gür, M., Mete, B., Emek, M., Şimşek, M. ve Gündüz, K. (2020). COVID-19 pandemi değerlendirme raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, Ankara.
34. Peiris, J. S., Guan, Y. ve Yuen, K. (2004). Severe acute respiratory syndrome. *Nature Medicine*, 10(12): 88-97.
35. Zaki, A. M., Van Boheemen, S., Bestebroer, T. M., Osterhaus, A. D. ve Fouchier, R. A. (2012). Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *New England Journal of Medicine*, 367(19): 1814-1820.
36. Sepetçi, Ş. (2022). *Sigara İçen Bireylerde Covid-19 Sıklığı ve Covid-19’lu Hastalarda Sigaraya Bağlı Yoğun Bakım Ünitesi Yatış İhtiyacının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.
37. Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., ve Shi, Z. L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798): 270-273.
38. Şeker, M., Özer, A. ve Korkut, C. (2020). *Küresel Salgının Anatomisi İnsan ve Toplumun Geleceği*. TDV Yayın Matbaacılık Tesisleri.
39. Navarro, V.(2020) . The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic. *International Journal of Health Services*, 50(3), 271-275
40. Duran, M. S, ve Acar, M. (2020). Bir Virüsün Dünyaya Ettikleri: Covid-19 Pandemisinin Makroekonomik Etkileri. *International Journal Of Social and Economic Sciences* 1(10), 54-67

41. Daştan ,İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
42. Sarıyıldız, A, Paşaoğlu, M. T. ve Yılmaz, M.E. (2021). Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri ve Covid-19 Politikaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 314-327.
43. Çağlayan, Ç. (2022). Covid 19 Pandemisi ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 26-49
44. Ergenay, O. ve Şataf, C. (2021). İngiltere’de Sağlık Harcamaları ve COVID-19. *Journal of Public Economy and Pubic Financial Management*, 1(1), 10-27.
45. Yorulmaz, M.-Kıraç, R. ve Aydoğdu, A. (2021) Covid-19'a karşı alınan ekonomik önlemlerin büyüklüklerinin değerlendirilmesi: Amerika, Almanya, İngiltere, İtalya ve Türkiye örneği. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 7(1), 161-175.
46. Kaya, M. V. (2020). *Türk Sağlık Sisteminin Panel Veri ve Karşılaştırılmalı Analiz Yöntemleriyle İncelenmesi ve Bir Değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
47. Sert, S. (2019). Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
48. Güven, E. (2020). Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi.
49. Arıcı, K., (2015). *Türk Sosyal Güvenlik Hukuku*. Gazi Yayınları.
50. Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu*, 8(3), 400-428.
51. Korkusuz, R. ve Uğur, S. (2010). *Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş*. Ekin Yayınevi.
52. Oral, İ. (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 57-72.
53. Çeçem, B., Üstü, Y. ve Uğurlu, M. (2015). Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. *Ankara Medical Journal*, 15(3), 147-159.
54. Özer, Ö., Gözlü, M., Karsavuran, S., ve Gözlü, K. (2014). Türkiye sağlık finansmanında yeni bir alternatif: tamamlayıcı sağlık sigortası. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*(42).
55. İnce, T. (2012). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi.
56. Tapan, B. (2008). Genel Sağlık Sigortası’nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Gerekliliği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi.
57. Ertürk, E. (2020). G-20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
58. Tosun, C. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
59. Kaya, S. (2010). 5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası ve Uygulanmasından Doğabilecek Sorunlar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi.
60. Aktan, C. C. ve Işık, A. (2010). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler*. Ekin Yayınları.

61. Ersu, Ö. (2018). Sigorta ve poliçe tarihine etimolojik yolculuk. <http://ozge.ersu.net/yazilar/geziyazilari/sigorta-police-tarih-etimolojik-yolculuk>
62. Rekabet Kurumu. (2018). Rekabet Kurulu Kararı (Tarih: 03.05.2018 – Sayı: 18-13/241-112). <https://www.rekabet.gov.tr/Karar?kararId=cc43a598-430f-491f-be0c-4994d5588d3f>
63. Yaslıdağ, B. (2017). *Sigortacılık*. Seçkin Yayıncılık.
64. Atalay, M. (2019). Türk Hukukunda Sigorta Sözleşmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi.
65. Bozkurt, T. (2017). *Sigorta Hukuku*. On İki Levha Yayıncılık.
66. Onur, M. (2018). *İslam Borçlar Hukukunda Risk Teorisi ve Rizikolu Akitler*. Astana Yayınları.
67. Arseven, H. (1991). *Sigorta Hukuku*. Beta Yayınları.
68. Baskıcı, M. M. (2002). Osmanlı Anadolu'sunda sigorta piyasası: 1860-1918. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 57(4), 1-33.
69. Kotan, Y. (2020). Sigortacılık sektörünün gelişimi ve dijitalleşmesi sürecinin SWOT analizi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 12(2), 179-192.
70. Özbolat, M. (2017). *Temel Sigortacılık*. Seçkin Yayıncılık.
71. Akbay, O. S. (2014). *Dünya'da ve Türkiye'de sigortacılığın tarihçesi*. F. Kaya (Ed.), Sigortacılık içinde (s. 67-78). İstanbul: Beta Yayınları.
72. Kayıhan, Ş., ve Bağcı, Ö. (2017). Türk Özel Sigorta Hukuku Dersleri. Umuttepe Yayınları.
73. Ulaş, I. (2002). Uygulamalı sigorta hukuku – Mal ve sorumluluk sigortaları. Turhan Kitabevi.
74. Akev, S. T. (1964). Türk Hususi Hukukunda Kumar ve Bahis. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi.
75. Çeker, M. (2018). *6102 Sayılı Türk Ticaret Kanunu'na Göre Sigorta Hukuku*. Karahan Kitabevi.
76. Yazıcıoğlu, E., ve Atamer, K. (2012). *Sigorta Hukuku Ders Notları*. Şahsi Basım.
77. Ayhan, B. (2004). Türkiye'de Sağlık ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sakarya.
78. Zakaryan K. (2015). *Sağlık sigortaları. Risk yönetimi ve sigortacılık*. (Der. Kırkbeşoğlu E.) Ankara: Gazi Kitabevi.
79. Orhaner, E. (2000). *Türkiye'de Sağlık Sigortası* (1. Baskı). Gazi Kitabevi.
80. Mossialos, E. & Thomson, S. (2004). Voluntary Health Insurance: In the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies.
81. Thomson, S (2011). Voluntary Health Insurance and Health System Performance in The European Union, Ph.D. Thesis, The Department of Social Policy of the London School of Economics.
82. Tajika, E & Kikuchi, J. (2012). The Roles of Public and Private Insurance for The Health-care Reform of Japan, Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan. *Public Policy Review*, 8(2), 123-144
83. Yıldırım, H. H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. (1.Baskı). SASAM. Sağlık-Sen Yayınları
84. Teksöz, T., Kaya, Y., Helvacıoğlu, K. (2009). *Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi*. TEPAV
85. Gözlü, K. (2020). *Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı*. F. Şantaş ve G. Şantaş (Ed.), Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Görünümü (1. Baskı) İçinde (S.207-228). Ankara: Nobel Yayın.

86. Bayri, O. (2013). Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin kurum ve kapsam olarak gelişimi ve sosyal güvenlik adaleti. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(2), 18-60.
87. Alceylan, Ç. (2007). Sosyal güvenlik açıkları ve dünden bugüne sosyal güvenlik sistemimiz. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2(26), 70-84.
88. Gillion, C. (1994). Social Security and Social Protection In The Developing World. *Monthly Labour Review*, 24-31.
89. Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları*. Hermes Matbacılık.
90. Kifmann, M. (2006). Risk Selection and Complementary Health Insurance: The Swiss Approach, *International Journal Health Care Finance and Economics*, 6:151-170.
91. Vrangbaek, K. (2010). The Danish Health Care Ssytem, 2009 İçinde: International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund
92. Uğurluoğlu, E., ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
93. Glaser, W. A. (1991). *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*. Oxford: Jossey-Bass Publishers.
94. Hayran, O. (1992). Genel sağlık sigortası çözüm olabilir mi? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 49, 31-33.
95. Öztürk, N. (2014). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Türkiye’de uygulanabilirliği: Vatandaş görüşlerinin belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
96. Sabuktay, A. (2008). Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu; *TODAİE Amme İdaresi Dergisi*, 41(2), 81-100.
97. TTB, (2010). Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Raporu 2010. Erişim Tarihi: 10.03.2024. http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2010-2011/cp2010-2011w.pdf
98. İnce, G. (2014). Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi.
99. Belek, İ. (1998). *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*. Sorun Yayınları.
100. Belek, İ. (1999). Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Üretim Temelli Örgütlenme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 14(5), 367-374.
101. 5510 SSGSS Kanunu, 2006, m. 63).
102. Pekten, A. (2006]. Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikleri. *Sayıştay Dergisi*, (61), 119-138.
103. Bostancı, Y. (2007). Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi.
104. Kuruca, M. (2012). Genel Sağlık Sigortası. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi.
105. Varoğlu, F., Ö. (2012). Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Gelişim Süreci ve Sürdürülebilirliği Açısında İyi Uygulama Örnekleri Çerçevesinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İle İlişkisi. (Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi). Ankara.
106. Yıldız, R. (2013). Avrupa Birliği Çerçevesinde Türkiyede Genel Sağlık Sigortası Uygulaması. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi.

107. WHO (2020). WHO Advice For International Travel And Trade In Relation To The Outbreak Of Pneumonia Caused By A New Coronavirus In China. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china>
108. World Health Organization. (2000). World health report 2000: Health systems: Improving performance. World Health Organization. Retrieved from https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true
109. Çalışır, Y. C. (2018). Türk sosyal güvenlik mevzuatında afetlerin yeri. *Afet ve Risk Dergisi*, 1(1), 72-80.
110. Umdu, E. (2011). 5510 sayılı kanuna göre uzun vadeli sigorta kollarından bağlanan aylıklar. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi.
111. Altındağ, Ö., & Sevin, Ç. (2017). Küba'da Sağlık Sisteminin ve Sosyal Hizmetlerin Gelişimine Bir Bakış. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 17(1), 84-106.
112. Çelebi, A. K., & Serkan, C. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
113. Kayıhan, Ş. (2020). Hastalık Ve Sağlık Sigortası. *Regesta Ticaret Hukuku Dergisi Regesta Journal of Commercial Law*.
114. Yıldız, S. (2001). Sosyal Sigortalar Kurumunun Hastalık Sigortası Uygulaması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi.
115. Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sosyal Güvenlik Sistemi. (2019). T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
116. Mevzuatgov, (T.Y.). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=375&MevzuatTur=4&MevzuatTertip=5> (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.375.pdf>)
117. Serin, İ. (2001). Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
118. Özmen, Z. (2017). Avrupa'da sosyal güvenlik sisteminin finansmanı: farklı refah devletleri üzerine bir inceleme. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 600-620.
119. Sönmez, A. R. (2024). Bismarck sağlık modeli nasıldır?. *IIENSTITU*, 28.05.2024 tarihinde [Bismarck Sağlık Modeli Nasıldır? | IIENSTITU](https://www.iienstitui.com.tr/Bismarck-Saglik-Modeli-Nasildir?) adresinden erişilmiştir.
120. Seçtim, H. (2019). Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme. *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.

ÖZGEÇMİŞ

