

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

TÜRK SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİNE YÖNELİK PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE ÖNERİLERİ*

STAKEHOLDER OPINIONS AND RECOMMENDATIONS ON THE TÜRKİYE HEALTH FINANCING SYSTEM

Arş. Gör. Ebrar ULUSINAN ÇUBUKÇU¹

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT²

ÖZ

Çalışmanın amacı; Türk sağlık finansman sistemine yönelik paydaş görüşlerini almak ve alınan görüşler doğrultusunda öneriler geliştirmektir. Bu amaca ulaşabilmek adına nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Sektörde rol oynayan paydaşlar ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmış ve elde edilen veriler NVivo programı kullanılarak içerik analizine tabi tutulmuştur. Yapılan analizler sonucunda, 'güçlü yönler', 'zayıf yönler' ve 'geliştirilebilecek yönler' olmak üzere toplam üç tema ve 22 kategori oluşturulmuştur. Türk sağlık finansman sistemine yönelik en sık dile getirilen güçlü yön erişim ve hakkaniyet olmuştur. Ödeme yöntemleri ile sürdürülebilirlik kategorileri zayıf yönler teması altında vurgulanarak sisteme olan dezavantajları tartışılmıştır. Geliştirilebilecek yönler teması altında finansman sistemine yönelik öneriler sunulmuş ve en çok vurgulanan kategoriler toplanan fonun artırılması, vatandaş bilincinin artırılması ve geri ödeme yöntemlerine yönelik düzenlemeler olmuştur. Çalışmanın neticesinde daha güçlü bir finansman sistemi için katkı paylarında ve prim ödemelerinde artış, sevk zincirinin geliştirilmesi, biyomedikal ürünlerde yerli üretimin önemi ve sağlık hizmetlerinin kullanımında vatandaşların bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Türk Sağlık Finansman Sistemi, Sürdürülebilirlik, Hakkaniyet, Erişim, Verimlilik.

JEL Sınıflandırma Kodları: I13, I18, H51, G22.

ABSTRACT

The purpose of the study is to gather the opinions of stakeholders on the Türkiye health financing system and to formulate recommendations based on these perspectives. To achieve this aim, a qualitative research design is adopted. Semi-structured interviews are conducted with stakeholders playing roles in the sector, and the obtained data are subjected to content analysis using the NVivo software. As a result of the analysis, three main themes and 22 categories emerge: 'strengths,' 'weaknesses,' and 'areas for improvement'. The most frequently mentioned strengths of the Türkiye health financing system are access and equity. The categories of payment methods and sustainability are highlighted under the weaknesses theme, discussing their disadvantages to the system. Under the areas for improvement theme, recommendations for enhancing the financing system are presented. The most emphasized categories included increasing the amount of funds collected, improving public awareness, and adjusting reimbursement methods. The study concludes that, in order to strengthen the financing system, it is essential to increase co-payments and premiums, improve the referral chain, emphasize the importance of domestic production of biomedical products, and raise public awareness about the appropriate use of health services.

Keywords: Türkiye Health Financing System, Sustainability, Equity, Access, Efficiency.

JEL Classification Codes: I13, I18, H51, G22

* Bu çalışma Mahmut AKBOLAT danışmanlığında Ebrar ULUSINAN ÇUBUKÇU tarafından hazırlanan ve 07.06.2021 tarihinde savunulan "Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanarak hazırlanmıştır. Çalışma için Sakarya Üniversitesi Etik Kurulundan E-61923333-050.99-29 sayılı ve 09.12.2020 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

¹  Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ebrar.ulusinan1@ogr.sakarya.edu.tr

²  Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health financing is a crucial component that determines individuals' and societies' access to healthcare services and ensures the sustainability of the system. For the successful implementation of the health financing system, it is important that health service stakeholders such as policy-makers, practitioners, non-governmental organizations, private health institutions, and insurance managers actively participate in the process and their opinions are taken into account. In this sense, determining stakeholder perceptions and opinions provides a valuable guide for future steps to be taken by policy-makers in health services. In this context, the main purpose of the study is to examine stakeholder views on the Türkiye health financing system and to guide policy-makers by suggesting feasible solutions in line with these views. The study incorporates the views of stakeholders with direct and indirect influence on Türkiye health financing system, including hospital managers, private health insurance executives, Social Security Institution (SSI) officials, and members of parliament. By evaluating the strengths and weaknesses of the system, the study aims to develop practical and applicable solutions for improvement.

Design/methodology/approach:

Existing research on healthcare financing highlights the effectiveness of qualitative methods in producing in-depth and multi-dimensional analyses. In this regard, the study is designed using a qualitative research approach, and in-depth interviews are conducted with different stakeholders in the sector. A semi-structured interview form, developed based on the relevant literature, is used as the data collection tool. The opinions of four academicians are obtained regarding the suitability of the research form, and necessary revisions are made. Additionally, pilot interviews are conducted before the main research to ensure clarity and applicability of the questions. Since the study is a qualitative research, sample selection is carried out in two stages. Firstly, the qualifications of the people who would participate in the study are determined using the purposive sampling method. The sample group of the study consists of stakeholders in various components of the health financing system in Türkiye. Interviews are conducted with managers, insurance representatives, health policy makers and health service providers who play a role in decision-making processes. The second stage focused on determining the sample size. In the study, the sample size is determined according to the data saturation principle. In this context, interviews are conducted with a total of 19 participants who are currently active in the sector. Data collected through audio recordings and notes are transcribed into Word documents and subsequently analyzed using the NVivo software. The study employs summative content analysis, an inductive approach that examines the meanings of words and concepts within the data.

Findings:

As a result of the analysis of the data obtained from the interviews with the participants, 3 themes and 22 categories are created, namely 'strengths,' 'weaknesses,' and 'areas for improvement'. The strengths of Türkiye health financing system include access, equity, the state's role as a key provider, low co-payments, and reimbursement mechanisms. The themes of access and equity stand out as the strongest aspects of the system. Regarding weaknesses, participants highlight several key challenges in Türkiye health financing system. These include insufficient updates to Health Implementation Circular prices, fluctuations in exchange rates, and the financial strain caused by increasing healthcare costs. Additionally, there are criticisms that easy access to health services may lead to overutilization, and that the low individual financial contribution to healthcare poses a threat to the system's sustainability. Various recommendations are proposed to address the weaknesses and enhance the strengths of Türkiye health financing system. These suggestions cover a wide range of topics, from increasing funds to awareness-raising activities, from regulating private sector contributions to supporting domestic production. Participants' views reveal the need not only to strengthen the existing structure but also to develop innovative and long-term solutions for a sustainable financing system.

Conclusion and Discussion:

The findings of the study underscore several key aspects of healthcare policy. While enhancing access and equity are among the most notable achievements of Türkiye health financing system, challenges related to financial sustainability and reimbursement mechanisms suggest the need for significant reforms. One of the main recommendations is revising co-payment policies to ensure a balance between accessibility and financial responsibility. Implementing a referral-based contribution system could help mitigate unnecessary healthcare utilization while alleviating the financial burden on public resources. The findings of the study show that individuals do not use primary care services effectively. This situation increases unnecessary health expenditures and weakens financial sustainability. Therefore, increasing awareness of primary health care services and restructuring the referral chain are critical to maintaining the financial balance of the health system. In addition, early diagnosis can reduce financial burden and improve sustainability. Another key issue frequently raised by participants was the inadequacy of Health Implementation Circular price adjustments. The lack of regular updates to these prices has led to financial difficulties for hospitals, prompting them to seek additional out-of-pocket payments from patients. In private healthcare institutions, this situation has resulted in higher unofficial fees, thereby restricting access to private healthcare. To solve this problem, it is recommended that public and private sector representatives be included in the commission that determines the Health Implementation Communiqué prices. Moreover, price updates should be conducted periodically, taking into account changes in producer price index (PPI), consumer price index (CPI), exchange rates, minimum wage adjustments, and civil servant salary coefficients. Although Türkiye health financing system has achieved significant success in terms of access to health services with its comprehensive and centralized structure, it has aspects that need to be improved in terms of sustainability and efficiency. It is thought that Türkiye experience in health financing may serve as an example to other countries in the future, and the difficulties encountered may serve as a lesson for many countries.

1. GİRİŞ

Geçtiğimiz yüzyılda antibiyotiklerden aşılar, organ naklinden robotik cerrahiye kadar bir dizi ilerleme kaydedilmiş ve geçmiş nesiller için ölümcül olan pek çok hastalık ilerleyen tanı ve tedavi yöntemleri yardımıyla sorun olmaktan çıkmıştır (World Economic Forum, 2012, s. 5). Sağlık hizmetlerinde mühim gelişmeler olması bir yana bu imkanlar herkes için ulaşılabilir değildir. Sağlık hizmetlerine erişim konusu dünya nüfusunun önemli bir bölümü için hala problem olmayı sürdürmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar küresel nüfusun yarısının temel ve yeterli sağlık hizmetlerine erişemediğini ve her yıl çok sayıda hanenin cepten ödemeler sebebiyle yoksulluğa sürüklendiğini göstermektedir (Shrime vd., 2015; WB [World Bank] ve WHO [World Health Organization], 2017). Yıkıcı sağlık harcamaları yükünün, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler sadece ülkeler arasında değil ülke içinde de görülmekte ve düşük gelirli bireyler, kırsal bölgelerde yaşayanlar, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi dezavantajlı nüfus gruplarını etkilemektedir (WHO, 2010; Shrime vd., 2015; WB ve WHO, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılı raporunda erişim engellerinin önüne geçebilmek için sağlık sistemlerinde adil finansmanın önemini vurgulamıştır. Söz konusu rapor; bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini karşılarken yoksullaştığı veya yüksek maliyetler nedeniyle ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alamadığı bir sağlık sisteminin adaletsiz olduğunu belirtmektedir. DSÖ evrensel sağlık sigortasını; toplumdaki herkesin ihtiyaç duyduğu koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve palyatif sağlık hizmetlerini yeterli kalitede ve etkili şekilde kullanabilmesi ve aynı zamanda oluşabilecek risklere karşı güvence sağlaması olarak ifade etmektedir. Adil bir finansmana ulaşmanın en önemli bileşenlerinden birisi olan evrensel sağlık sigortası, 2015 yılında Birleşmiş Milletler'in Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında yer alması ile birlikte giderek artan bir ilgi görmektedir (Grépin vd., 2020).

Herkes için erişilebilir bir sağlık sistemine ulaşmak ortak hedef olmasına karşın kısıtlı mali kaynaklar sürdürülebilirlik endişesini de beraberinde getirmektedir. “Bir sağlık sisteminin kaynaklarındaki artışın, sağlık harcamalarındaki artışa eşit veya daha büyük olması” olarak tanımlanabilen finansal sürdürülebilirlik (Balcı ve Kurt Gümü, 2021, s. 61), dünyanın her yerinde giderek tartışılan bir konu haline gelmiştir (Sammour vd., 2020). Tıbbi gelişmeler ile yaşam beklentisinin artması, değişen yaşam tarzları ile birlikte hastalık yapılarının değişmesi, yeni ve pahalı teknolojilerin daha fazla kullanılması, nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artması, mali krizler ve pandemiler sağlık harcamalarını ve sürdürülebilirlik endişelerini arttırmaktadır (Sammour vd., 2020; Šimović vd., 2021; Eriçok, 2023, s. 110). Nitekim son 60 yılda OECD ülkelerinin çoğunda sağlık harcamalarındaki artışın ülkedeki ekonomik büyümeyi geride bıraktığı görülmektedir (World Economic Forum, 2012, s. 6). Bahsi geçen ülkelerin finansmanının büyük çoğunluğunun kamu kaynaklarından sağlandığı göz önüne alındığında, sağlık harcamalarındaki yükseliş sürdürülebilirlik konusundaki endişeleri de arttırmaktadır (Lorenzoni vd., 2019: 7).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge ve Bismarck olmak üzere temelde iki model bulunmaktadır. Beveridge modeli, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulduğu ve vergiler ile finanse edildiği bir yapıyı ifade etmektedir. Bismarck modeli, hizmetlerin hem kamu hem özel sektör tarafından sunulabildiği zorunlu sosyal sigorta primi esasına dayanmaktadır (Alfaro vd., 2021, s. 2; Kozuñ-Cieślak ve Zdrazil, 2021, s. 400-401). Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansman sistemine bakıldığında her iki yöntemi de barındıran karma bir yapıya sahip olduğu ve adil ve sürdürülebilir bir finansman sistemine ulaşabilmek için önemli çaba ve değişim gösterdiği görülmektedir. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte 5502 Sayılı Kanun'la Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı kurularak Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Yeşil Kart gibi farklı sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Bu reformla birlikte sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması ve genel sağlık sigortasının kurulması amaçlanmıştır. 2006 yılında kabul edilen 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile bu amaç doğrultusunda adımlar atılmıştır. 2012 yılında yeşil kart ödemelerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bünyesine dahil edilmesi ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu tam olarak uygulanmaya başlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS), primler, devlet katkıları ve katkı payları gibi üç temel mekanizma tarafından finanse edilmektedir (Şantaş ve Çıraklı, 2019, s. 17). Türkiye'de GSS vatandaşların %99'unu kapsama almaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK], 2023). Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, sağlık hizmetlerine müracaat sayısını ve sağlık harcamalarındaki artışı da beraberinde getirmiştir (Tatar, 2011, s. 131; Türkiye İstatistik Kurumu, 2023; SGK, 2024). Neticede sağlık hizmetlerine erişimi zarara uğratmadan sürdürülebilirliği sağlama konusu dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de tartışma konusu olmuştur. Bahsi geçen konular doğrultusunda Türkiye'deki sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili ikincil verilerin kullanıldığı (Koçkaya vd., 2021; Attila ve Gülay, 2022; Şahin ve Cezlan, 2023) veya uzman görüşlerinin alındığı

(Özer ve Yıldırım, 2016; Balcı ve Kurt Gümüş, 2021) çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Ancak, genel bir bakış açısı ile sektör aktörlerinin görüşlerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık finansman sisteminin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için politika yapıcılar, uygulayıcılar, sivil toplum örgütleri, özel sağlık kuruluşları ve sigorta yöneticileri gibi sağlık hizmetleri paydaşlarının sürece aktif katılımı ve görüşlerinin dikkate alınması önem taşımaktadır (Afriyie vd., 2021; Ganza, 2022). Bu anlamda paydaş algılarının ve görüşlerinin belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde politika yapıcılar için gelecekte atılacak adımlara yönelik önemli bir rehber işlevi görmektedir (Zeng, 2017; Abuya, 2018). Bu doğrultuda, çalışmada Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansman sisteminde doğrudan ve dolaylı etkisi olan paydaşların (hastane yöneticileri, özel sağlık sigortası yöneticileri, SGK yetkilileri, milletvekilleri) görüşleri alınmış ve finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönleri değerlendirilerek çözüm önerileri geliştirilmiştir. Türk sağlık finansman sisteminin bütüncül bir şekilde analiz edilmesini sağlamak amacıyla çalışmaya farklı paydaş grupları dahil edilmiştir. Bu araştırma önceki çalışmalardan farklı olarak, sağlık finansman sistemine ilişkin güçlü yönler, zayıf yönler ve geliştirilmesi gereken alanları çok boyutlu bir içerik analizi ile incelemeyi hedeflemektedir. Literatürde yer alan benzer araştırmalar genellikle tek bir paydaş grubuna (Yiğit ve Yiğit, 2016) odaklanmakta veya sürdürülebilirlik (Özer ve Yıldırım, 2016) gibi belirli bir konu üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak çeşitli paydaşların görüşleri incelenerek sağlık finansman sisteminin değerlendirilmesi ve politika yapıcılara daha geniş bir bakış açısı sunulması amaçlanmaktadır.

2. YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Amacı ve Kapsamı

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve eşit erişim hakkı, dünya çapında olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir konudur. Birçok ülke, sağlık hizmetlerinin temel bir insan hakkı olduğunu, özel ilgi ve finansman gerektirdiğini ve sürdürülebilirliğin kilit bir ölçüt olduğunu kabul etmektedir. Özellikle son yıllardaki sağlık maliyetlerindeki artış, hastalık yapılarındaki değişim, teknolojiye ileriye gidenler ve beklentilerin artması gibi faktörlerle birlikte sağlık harcamaları önemli ölçüde artmıştır. Finansal kaynakların etkili kullanımı, politika yapıcılar ve sağlık uzmanları arasında sürekli tartışılan bir konu haline gelmiştir (Qolipour vd., 2017, s. 33). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansman sistemlerini değerlendirmek ve olası sorunlara karşı önceden eylem planları geliştirmek büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda çalışmada Türk sağlık finansman sistemine yönelik paydaş görüşleri ve önerileri alınarak hem literatüre katkı sağlanması hem politika yapıcılara tavsiyelerde bulunulması amaçlanmaktadır.

2.1. Çalışmanın Analiz Süreci ve Yöntemi

Sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin literatüründeki araştırmalar, konunun nitel yöntemlerle incelenmesinin derinlemesine ve çok boyutlu sonuçlar üretilmesinde etkili olduğunu göstermektedir (Özer ve Yıldırım, 2016; Balcı ve Kurt Gümüş, 2021). Bu doğrultuda, çalışma nitel araştırma deseninde planlanmış ve sektördeki farklı paydaşlarla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, literatüre dayalı olarak geliştirilen yarı yapılandırılmış bir mülakat formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat formu, katılımcılara esneklik sağlaması, görüşme esnasında gerekli görülmesi halinde ek sorular ile konunun zenginleştirilebilmesi ve sağlık finansmanına ilişkin farklı bakış açıları derinlemesine incelemeye olanak tanınması sebebiyle tercih edilmiştir (Güçlü, 2019). Araştırma formunun uygunluğu konusunda dört akademisyenin görüşleri alınarak gerekli revizyonlar yapılmıştır. Ayrıca, araştırmaya başlamadan önce, Mart 2021 tarihinde Sakarya ilinde iki katılımcı ile pilot görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler sayesinde mülakat formunun uygulanabilirliği test edilmiş, gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen temel araştırma soruları şunlardır:

- Sağlık sektöründe rol alan paydaşların Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin görüşleri nelerdir?
- Sağlık sektöründe rol alan paydaşların Türk sağlık finansman sisteminin geliştirilmesine yönelik önerileri nelerdir?

Ayrıca, görüşme sırasında katılımcıların görüşlerini daha derinlemesine anlamaya yönelik olarak mülakat formunda yer alan ek sorular da yöneltilmiştir. Aşağıda, bu sorulardan bazıları örnek olarak sunulmaktadır:

- Türkiye sağlık hizmetleri finansman sistemini değerlendirebilir misiniz?
- Sigorta sisteminin yanı sıra özel sağlık sigortasının kullanımı hakkında görüşleriniz nelerdir?

- Uygulanan geri ödeme yöntemlerinin uygunluğu konusunda görüşleriniz nelerdir?
- Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği hakkında ne düşünüyorsunuz?

Çalışma, nitel bir araştırma olduğu için örneklem seçimi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak çalışmaya katılacak kişilerin nitelikleri belirlenmiştir (Baltacı, 2018: 244). Çalışmanın örneklem grubu, Türkiye’de sağlık finansman sisteminin çeşitli bileşenlerinde yer alan paydaşlardan oluşmaktadır. Karar alma süreçlerinde rol oynayan yöneticiler, sigorta temsilcileri, sağlık politikası yapımcıları ve sağlık hizmeti sunucuları ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada örneklem büyüklüğünün belirlenmesine odaklanılmıştır. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için kesin bir kural bulunmamakla birlikte, bu süreç araştırmacının hedefleri, araştırmacının bilgi gereksinimleri, araştırma konusu, hangi bilgilerin daha faydalı olduğu, çalışmanın süresi ve mevcut kaynaklar gibi faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir (Yıldız, 2017; Baltacı, 2018). Bu çalışmada, örneklem büyüklüğü veri doygunluğu ilkesine göre belirlenmiştir. Bu ilke doğrultusunda, tüm sorulara ayrıntılı yanıtlar alındığında ve ek görüşmeler sırasında yeni kavram ya da temaların ortaya çıkmayacağı kanaati oluştuğunda, diğer bir deyişle veri doygunluğuna ulaşıldığında, mülakat süreci sonlandırılmıştır (Trotter, 2012, s. 399). Bu kapsamda, halen sektörde aktif olarak yer alan toplamda 19 katılımcıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri 23 Şubat 2021 ile 14 Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Katılımcılar, İstanbul, Ankara ve Sakarya illerinde aktif olarak görev yapan kişiler arasından seçilmiştir. Görüşmeler esnasında ses kayıtları ve notlar ile elde edilen veriler Word programına aktarılmış ve ardından NVivo istatistik programından yararlanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada kelimelerin anlamlarını tümevarımsal bir bakış açısı ile araştırmayı amaçlayan özetleyici içerik analizinden faydalanılmıştır (Güçlü, 2019).

Çalışma, Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu’nun E-61923333-050.99-29 sayılı ve 09.12.2020 tarihli kararıyla etik açıdan uygun bulunmuştur.

2.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma, nitel bir araştırma olarak belirli bir zaman aralığında (23 Şubat–14 Nisan 2021) sınırlı sayıda (n=19) katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle elde edilen bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Katılımcılar farklı kurumlardan (kamu hastanesi, özel sigorta şirketi, SGK ve TBMM) seçilmiş olsa da, akademi ve hasta temsilcileri gibi bazı paydaşların temsil edilmemiş olması, çeşitli bakış açılarının eksik kalmasına neden olabilir. Gelecek çalışmalarda, farklı paydaş gruplarının dahil edilmesi ile çok boyutlu bir bakış açısı elde edilebilir. Buna ek olarak bu çalışma yalnızca mevcut durumu belirlemeye ve politika yapımcılara rehberlik edecek bulgular üretmeye odaklanmıştır. Ancak ilerleyen araştırmalarda, sağlık finansmanına ilişkin temalar arası ilişkilerin kavramsal düzeyde modellenmesi, kuramsal derinliğin artırılması açısından faydalı olabilir.

3. BULGULAR

Tablo 1’de katılımcıların unvan bilgileri bulunmaktadır. Katılımcılar, amaçlı örnekleme yöntemine uygun olarak kamu ve özel sağlık sigortacıları, hizmet sunucuları ve politikacılar arasından seçilmiştir. Örnekleme oluşturan katılımcıların kişisel bilgilerinin korunması için isim bilgileri verilmemiştir.

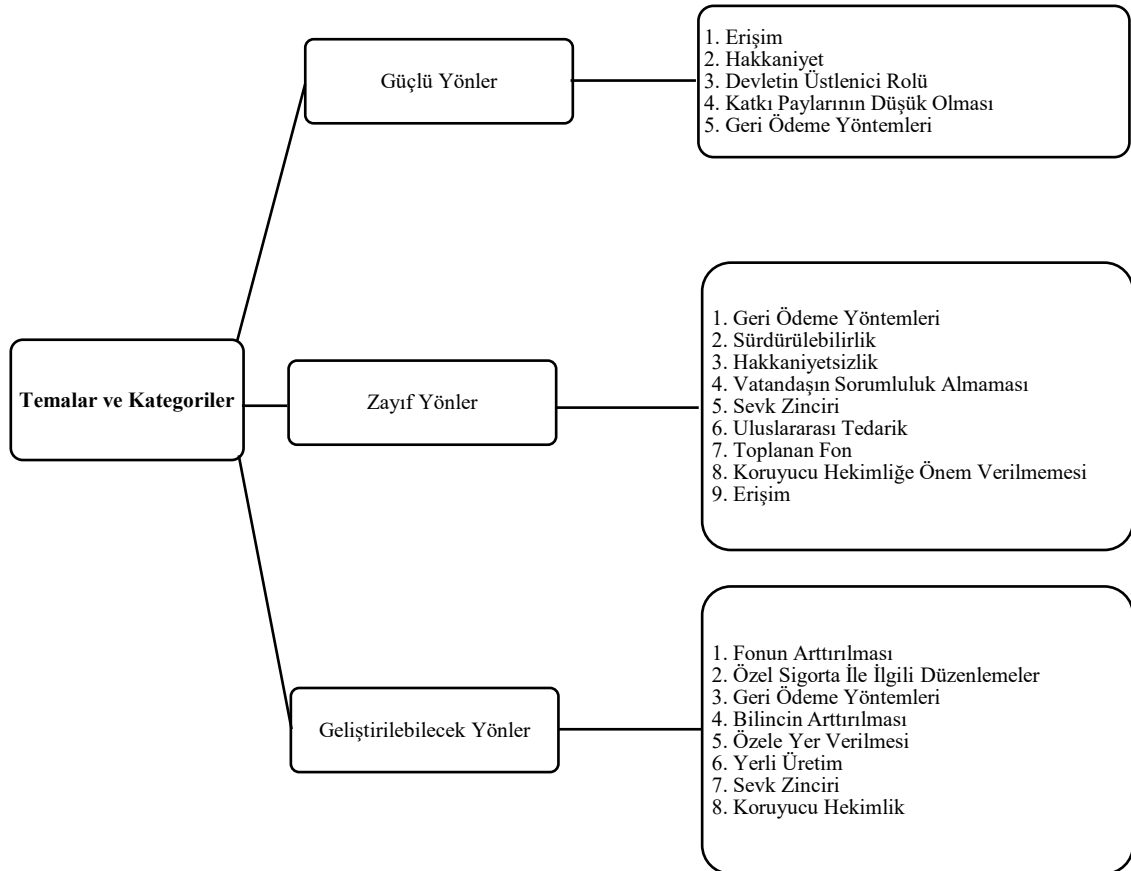
Tablo 1. Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Katılımcı	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Unvan
K1	Erkek	Lisans	Hastane İdari ve Mali İşler Müdürü
K2	Erkek	Lisans	Hastane İdari ve Mali İşler Müdürü
K3	Erkek	Lisansüstü	Hastane Baş Müdürü
K4	Erkek	Lisansüstü	Başhekim
K5	Erkek	Lisansüstü	Hastane Mesul Müdür Yardımcısı
K6	Erkek	Lisans	Hastane Genel Direktör Yardımcısı
K7	Erkek	Lisans	Hastane İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı
K8	Erkek	Lisans	İl Sağlık Müdürlüğü Mali Hizmetler Uzmanı
K9	Erkek	Lisans	İl Sağlık Müdürlüğü Mali Hizmetler Uzmanı
K10	Erkek	Lisansüstü	Başhekim
K11	Erkek	Lisans	SGK Mali Hizmetler Genel Müdürü

Katılımcı	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Unvan
K12	Erkek	Lisans	SGK İl Müdürü
K13	Kadın	Lisansüstü	Milletvekili
K14	Kadın	Lisans	Özel Sigorta Şirketinde Yönetmen Yardımcısı
K15	Erkek	Lisans	Özel Sigorta Şirketinde Bölge Müdürü
K16	Erkek	Lisansüstü	SGK İl Müdürü
K17	Erkek	Lisans	İl Sağlık Müdürlüğü Başkan Yardımcısı
K18	Erkek	Lisans	Milletvekili
K19	Erkek	Lise	Milletvekili

Şekil 1’de görüldüğü üzere, katılımcılar ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi neticesinde ‘güçlü yönler’, ‘zayıf yönler’ ve ‘geliştirilebilecek yönler’ olmak üzere 3 tema ve 22 kategori oluşturulmuştur. Bulgular incelendiğinde aynı kategorinin birden fazla tema altında yer aldığı görülmektedir. Bu durum katılımcıların farklı uzmanlık alanlarından seçilmiş olması nedeniyle aynı konuyu farklı şekillerde değerlendirmesinden kaynaklanmaktadır. Buna ek olarak zayıf yönler ve geliştirilebilecek yönler temalarının altında da ortak temaların olduğu görülmektedir. Bunun sebebi ise katılımcıların zayıf yön olarak ifade ettikleri kategorilere öneriler geliştirmesinden kaynaklanmaktadır. Örneğin, erişim konusu sistemin güçlü bir yönü olmasına karşın gereksiz hizmet kullanımına da sebep olabilmektedir.

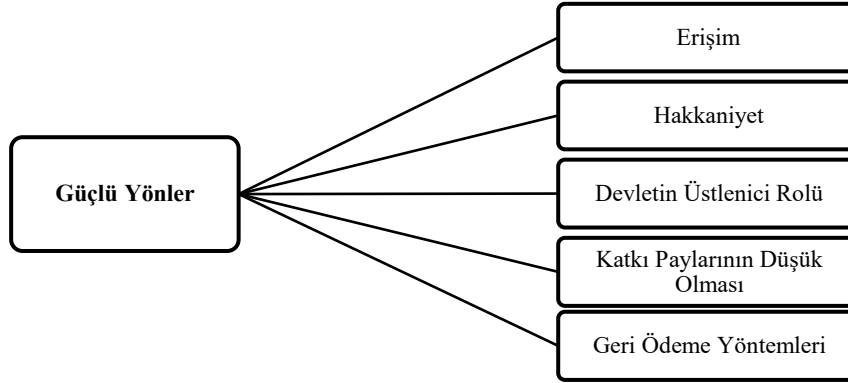
Şekil 1. Görüşmelerden Elde Edilen Temalar ve Kategoriler



3.1. Güçlü Yönler

Çalışmanın güçlü yönleri erişim, hakkaniyet, devletin üstlenici rolü, katkı paylarının düşük olması ve geri ödeme yöntemleri kategorilerinden oluşmaktadır (Şekil 2).

Şekil 2. Güçlü Yönler Teması ve Kategoriler



3.1.1. Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin sahip olduğu en temel haklardan biri olarak kabul edilmekte ve literatürde sağlık hizmetleri finansmanının temel amaçlarından biri olarak sıkça tartışılmaktadır. Erişim, bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına bakılmaksızın gerekli sağlık hizmetine ulaşabilmelerini ifade etmektedir (Mossialos vd., 2008). Erişim kategorisi sağlık finansman sisteminin en güçlü yönlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Katılımcılardan 12'si Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanının güçlü yönü olarak 25 defa erişim kavramından söz etmektedir. Bu bağlamda katılımcılar, sağlık hizmetlerinin finansal anlamda herkes için erişilebilir hale gelmesinin büyük bir başarı olduğunu vurgulamaktadır. Bir katılımcı bu durumu şu sözlerle ifade etmektedir:

"Bugün yurdumuzun her bir köşesinde doğusunda batısında, güneyinde, kuzeyinde herhangi bir vatandaşımız ekonomik durumu ne olursa olsun sosyo-kültürel yapısı ne olursa olsun dili, dini, ırkı, cinsi ne olursa olsun eşit hizmet alabiliyor. Bu gerçekten Türkiye'nin gurur duyacağı bir tablo. Dolayısıyla erişilebilirlik konusunda eşitlik neredeyse sağlanmış durumda." (K13)

Başka bir katılımcı Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin, yapısal ve yasal değişiklikler ile Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) oluşturulması sonucunda, ödeme gücünün öneminin azaldığını ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişim imkânlarının arttığını belirtmekte ve bu görüşünü şu ifadelerle desteklemektedir:

"Sağlıkta dönüşüm projesi çerçevesinde yapılan yapısal ve mevzuatsal değişimler sonucunda ülkemizde ödeme gücü olsun olmasın genel sağlık sigortası yapılanması sayesinde sağlık hizmetlerine erişimde vatandaşlarımıza ödeme gücüne bakılmaksızın kapsamlı bir biçimde sağlık hizmetlerine erişim imkânı tanınmaktadır." (K17).

K3 rumuzlu katılımcı, finansman sisteminin kapsayıcılığını ve bu anlamda erişime çok güçlü bir katkı sağladığını; *"Aslında sadece Türkiye'de yaşayan vatandaşlarımız değil özellikle son dönemlerde Suriye'den gelen vatandaşlar, Afganistan da buraya gelen, her müracaat eden vatandaş mutlaka değerlendiriliyor. ... Türkiye'nin şöyle bir özelliği var: Kimse ortada bırakılmıyor. Yani biz kendi vatandaşlarımızın yanında batı ülkesi gibi davranış içerisinde bulunmuyoruz. Gerçekten kişinin sağlık hizmetine ihtiyacı varsa onu karşılıyor, gerekli karşılama yapılıyor yani"* sözleriyle vurgulamaktadır. Bu sözler finansal yapının Türkiye'de yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişimini sağlaması bakımından ne kadar güçlü olduğunu göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır.

3.1.2. Hakkaniyet

Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin güçlü yönlerinden biri hakkaniyetin sağlanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (2000), birey ya da hane halkının sağlık harcamaları sebebiyle yoksullaşmasına veya ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşamamasına yol açan bir finansman sistemini "hakkaniyetli" olarak değerlendirmemektedir. Ancak, hakkaniyet kavramı ve adalet kavramı sıklıkla karıştırılmaktadır. Adalet (justice), herkese hak ettiği ölçüde kaynak sağlanmasını ifade ederken (Braveman ve Gruskin, 2003), hakkaniyet (equity), tüm bireylerin mali durumlarından bağımsız olarak ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişebilmesi olarak ifade edilmektedir (WHO, 2000). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında hakkaniyet önemli bir ilke olarak benimsenmiş ve şu şekilde ifade edilmiştir: "Hakkaniyet, insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve

hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent, gerekse doğu - batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması ve finansal engellerin azaltılması amacıyla önemli reformlar hayata geçirilmiştir. Özellikle, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile birlikte, kamu finansmanının kapsayıcılığı genişletilerek sağlık hizmetleri erişilebilirliği artırılmıştır. Nitekim katılımcılar da sağlık hizmetlerinin sosyo-kültürel, ekonomik ya da coğrafi farklılık gözetmeksizin herkes için erişilebilir olmasını finansman sisteminin en önemli başarı göstergelerinden biri olarak değerlendirmektedir.

"Kamuda her birey aynı ölçüde hizmete erişebiliyor. Çünkü dediğim gibi kamuda %90 hizmetler ücretsiz olduğu için ekstra bir maliyet istenmediği için kamuda %90 gelen herkes eşit burada ve herkes her hizmete erişebiliyor diye düşünüyorum. Hakkaniyetli bir yapı var." (K7).

3.1.3. Devletin Üstlenici Rolü

Türkiye, sağlık hizmetleri sunumunu sosyal devlet anlayışı ile yürütmektedir (Karaca ve Çam, 2019, s. 76). Katılımcılar da bu anlayış doğrultusunda devletin üstlenici bir rol benimsemiş olmasını sistemin güçlü bir yönü olarak ele almaktadır. Bu temada görüş bildiren katılımcılar hizmet sunucuları ve bir politikacıdan oluşmaktadır. Özellikle özel sigorta şirketinde çalışan katılımcıların bu konuda görüş bildirmemesi dikkate değer bulunmuştur.

Katılımcılardan birisi sağlık hizmetlerinin kontrolünde devlet iradesinin mutlaka olması gerektiğini şu şekilde vurgulamaktadır (K1): *"Genel olarak sağlık hizmetlerinde devlet elinin hiç çekilmemesi Türkiye'nin artı yönlerinden biri. Şimdi biliyorsunuz sağlık hizmetleri eğitim gibi tüm gelişmiş ülkelerde dahi devlet politikalarında aslında çıkmak istedikleri, o yükümlülükleri almak istemedikleri bir alan. Çünkü neden? Pahalı. Ama şu da bir gerçek ki salgın döneminde gördük, eğer bu özel sektörün eline de bırakılırsa hakikaten kişilerin insafına ve vicdanına bırakılmış gibi oluyor. Bu da çok büyük bir sıkıntı. Mutlaka devlet eli ile kontrol mekanizmalarının bulunması gerekiyor."*

Bir başka katılımcı sağlık giderlerinin yüksek olmasına karşın devletin bu durumu vatandaşa yansıtmadığını ve yükü üstlenici bir rol benimsediğini şu cümleler ile ifade etmektedir.

"Bizde sağlık giderleri ciddi rakamlar tutuyor, fakat insanı yaşat ki devlet yaşasın şiarından yola çıkarak insan sağlığını her şeyin üzerinde tuttuğumuz için bu yüke katlanıyoruz. Tabi bir bu kadar da vatandaşa yansımaz, sağlık giderleri noktasında." (K13)

3.1.4. Katkı Paylarının Düşük Olması

Dünya Sağlık Örgütü (2023), Türkiye'de SGK'nın geri ödeyici kurum olarak finanse ettiği genel sağlık sigortası sisteminin oldukça geniş bir teminat kapsamına sahip olduğu ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik yaptıkları harcamaların, dünya çapındaki birçok ülke ile karşılaştırıldığında oldukça düşük seviyelerde kaldığını belirtmektedir. Bu durum bu çalışmanın bulgularında da ortaya çıkmaktadır. Nitekim katılımcıların bir kısmı cepten yapılan sağlık harcamalarının düşük olmasını, sistemin güçlü yönlerinden biri olarak değerlendirmektedir.

Bir katılımcı (K13), geçmiş yıllara göre katkı paylarının düzenlenmesiyle sağlık harcamalarının vatandaşlar üzerindeki yükünün önemli ölçüde azaldığını vurgulamaktadır. Katılımcı, eski dönemde ilaç fiyatlarının sürekli artış gösterdiğini ve fiyat etiketlerine ek olarak yapılan gizli zamların, tüketiciyi zor durumda bıraktığını belirtmektedir. Ancak günümüzde, katkı paylarının azalması ile birlikte, vatandaşların sağlık harcamalarıyla ilgili yüklerinin çok daha hafiflediğini ifade etmektedir.

3.1.5. Geri Ödeme Yöntemleri

Görüşmelerde Türkiye'de sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri en çok eleştiri yapılan alan olmasına karşın, bazı katılımcılar geri ödeme yöntemlerini sistemin güçlü yönü olarak kabul etmekte ve memnuniyetlerini dile getirmektedir. Mevcut geri ödeme yöntemlerinin basit ve uygulamasının kolay olduğu düşünülmekte ve şu şekilde ifade edilmektedir.

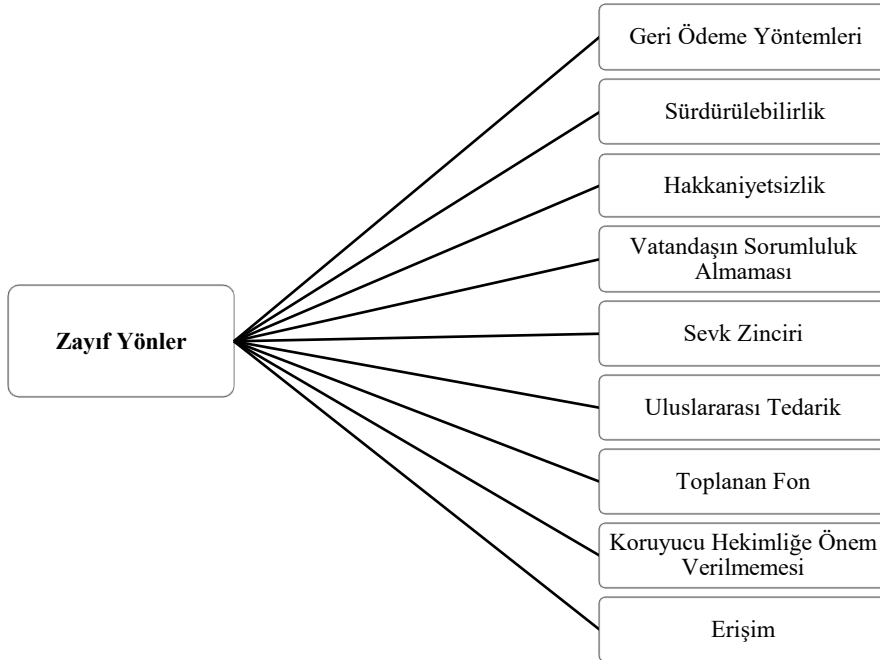
"Şu an uygulanan geri ödeme modeli karmaşık değil, basit bir uygulamadır. Hastanın hak sahipliği SGK medula sisteminden provizyon alınarak kabul edilir, hizmetler verilir ve süresinde kayıt edilir, taburculuk sonrası fatura oluşturulur. SGK'dan da izleyen ay on beş gün içerisinde ödeme gelir. Sistem yalın ve basittir." (K17)

Çalışma sonuçlarına göre, Türkiye sağlık finansman sisteminin güçlü yönleri; erişim, hakkaniyet, devletin üstlenici rolü, düşük katkı payları ve geri ödeme yöntemleri temalarından oluşmuştur. Erişim ve hakkaniyet teması sistemin en güçlü yönleri olarak öne çıkmaktadır. Nitekim 2008 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ve 2012'de Genel Sağlık Sigortasının Türkiye nüfusunun büyük bir bölümünü kapsamına alacak şekilde zorunlu hale getirilmiş olması sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmıştır. Bunlara ek olarak sonuçlar sağlık hizmetlerine ulaşımın, coğrafi ve ekonomik engellerin minimize edilmesi ile iyileştirilebileceğini de vurgulamaktadır. Ayrıca çalışmada özellikle kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimin arttığını ve aile sağlığı merkezlerinin yaygınlaşmasının bu konuda olumlu etkiler yarattığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar coğrafi erişimin geliştiğine dair algının paydaşlar arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Ancak, coğrafi erişim konusunda daha kapsamlı bir analiz yapılabilmesi için bölgesel farklılıkları içeren verilerle desteklenen çalışmaların gerekliliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca devletin sağlık hizmetleri üzerindeki üstlenici bir rol üstlenmesi, bu hizmetlerin erişilebilir ve hakkaniyetli olmasını sağlayan önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. SDP ile birlikte katkı paylarında yapılan düzenlemeler ve sağlık harcamalarının düşük seviyelerde olması, bireylerin finansal yükünü hafifletirken erişim unsuruna da katkı yapmaktadır. Genel olarak katılımcılar nezdinde Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin erişim ve hakkaniyet gibi temel unsurlarda başarılı bulunduğu anlaşılmaktadır.

3.2. Zayıf Yönler

Türkiye'de sağlık finansman sisteminin zayıf yönlerinin bir kısmı, güçlü yönlerde ifade edilen kategorilerle ilişkili kavramlardan oluşmaktadır. Geri ödeme yöntemleri, hakkaniyetsizlik ve erişim kategorileri bu kapsamda değerlendirilebilir. Bunlarla birlikte zayıf yönler arasında sürdürülebilirlik, vatandaşın sorumluluk almaması, sevk zinciri, uluslararası tedarik, toplanan fon ve koruyucu hekimliğe önem verilmemesi diğer kategorileri oluşturmaktadır (Şekil 3).

Şekil 3. Zayıf Yönler Teması ve Kategoriler



3.2.1. Geri Ödeme Yöntemleri

Zayıf yönler teması, sağlık hizmetleri finansman sisteminin bazı önemli eksikliklerini ele alırken, özellikle geri ödeme yöntemlerinin katılımcılar tarafından en fazla dile getirilen konu olduğu görülmektedir. Bu konu pozitif anlamda dört katılımcı tarafından beş defa zikredilmesine karşılık olumsuz anlamda dokuz katılımcı tarafından 27 defa zikredilmiştir. Bu bağlamda geri ödeme yöntemlerinde meydana gelen sorunların sistemsel verimsizliklere yol açtığı vurgulanmakla beraber özellikle Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarında yeterli güncellemelerin

yapılmaması ve uygun düzenlemelerin eksikliği üzerinde durulmaktadır Türkiye'nin enflasyonist ortamında giderler artarken, SUT fiyatlarında düzenli artışların olmaması sıklıkla dile getirilmektedir. Bunun yanı sıra, ithal malzemelere olan bağımlılık ve döviz kurlarındaki artışın kurumlar üzerinde ek mali yük oluşturduğu ifade edilmektedir. Bazı katılımcıların konuya ilişkin görüşleri şu şekildedir:

“Türkiye’de her yıl onlarca hastane kapanıyor ya da el değiştiriyor. Sırf ayakta kalamamaktan dolayı. İşte maliyetlerin artması ilaç ve sarf malzemelerinin maliyetlerinin artması personel giderlerinin artması. Ama gelirler hiç değişmiyor. 2008 yılından beri SUT fiyatlarında bir değişiklik, çok nadir oldu. Güncelleme olmadı. Ama maliyetlere baktığımız zaman maliyetler en az 10 kat arttı. Bunun için sağlık zor ve prestijli bir iştir, ama maliyetli bir iştir, ama karlılığımız çok düşüktür.” (K6)

“Kesinlikle SGK tarafından global bütçe dahilinde yapılan geri ödemelerin şu andaki mevcut sağlık harcamalarının karşılığı olabilecek nitelikte olduğunu düşünmüyorum. Özellikle son 7-8 yıldır. İşte bu döviz kurlarındaki yükselmeler, sabit giderlerdeki fazlalaşmalar, işte neticede ilaç ve sarf konusundaki ithal mala olan mahkûmiyetten dolayı hala ben meslek hayatıma başladığımdaki muayene ücreti ile şu anda yine ikinci basamaktaki muayene ücreti aynı. 10 yıl olmuştur benim çalıştığım. Güncelleme kesinlikle olmadı. Ara ara bazı düzeltmeler ve güncellemeler oluyor ama onlar kesinlikle bu durumu karşılayabilecek ya da finansal sürdürülebilirliği sağlayacak seviyede olmadığı gibi gün geçtikçe makas git gide büyüyor.” (K8)

3.2.2. Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik, sağlık sisteminin sahip olduğu yükümlülükler ile bu yükümlülükleri sürekli olarak yerine getirme yeteneği arasındaki denge olarak ifade edilmektedir (Thomson vd., 2009, s. 5). Sağlık hizmetlerine artan talep, değişen ve gelişen teknolojiler, yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinin artması ve bunlara bağlı olarak sağlık harcamalarındaki artış neticesinde sürdürülebilirlik konusundaki endişeler de artmaktadır (Liaropoulos ve Goranitis, 2015, s. 3; OECD, 2015). Bu endişeler katılımcılar tarafından da dile getirilmiş ve geri ödeme yöntemlerinden sonra en fazla vurgulanan kategori olmuştur (10 katılımcı tarafından 18 defa).

Bazı görüşler, mevcut sistemin sürdürülebilir olmamasının vatandaşların üzerindeki yükün az olmasından kaynaklandığını belirtmektedir. Nitekim devletin üstlenici bir rol benimsemesi, erişim ve hakkaniyet bakımından sistem güçlü olmasına karşılık bu durumun sürdürülebilirlik açısından sorun oluşturabileceği öngörülmektedir. Bu endişe katılımcılardan birisi tarafından şu şekilde ifade edilmektedir:

“Çünkü bu sürdürülebilirlik çok uzun gitmez. Sürekli her şeyi devlet yapsın mantığıyla bu olmaz. Sağlık zaten pahalı bir hizmet ve devlet mutlaka yapacaktır, mutlaka üzerine alacaktır. Ki ülkemiz yapıyor bunu. Ama sonrasında bir katkı sağlama noktasında da muhtemelen vatandaştan bir şekilde katkı paylarını arttıracığını tahmin ediyorum. Şu haliyle bütün yük devlette, vatandaş da dolayısıyla çok fazla sorumluluk almıyor.” (K10)

Sürdürülebilirlik konusundaki endişelerin bir başka kaynağı da geri ödeme yöntemlerine yöneltilen eleştirilerle ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle hastanelerin mali yük ve borç altında olması ve firmaların alacak sürelerinin uzaması gibi durumların sürdürülebilirlik açısından sorun oluşturacağı düşünülmektedir. Bu görüşlerden biri şu şekilde ifade edilmektedir:

“Hastanelerin borçları hat safhada. Aslında bu bir kısır döngü. Hastanenin borcu demek aynı zamanda devletin borcu demek. Devletin kime borcu var? Firmalara borcu var. Firmaların alacak gün sürelerinin uzaması, aynı zamanda maliyetlerin de artmasına sebep oluyor. Yani bir kısır döngü, ne kadar geç parasını alırsa o kadar pahalıya satıyor. Ne kadar pahalıya satarsa o kadar geç parasını alıyor. Bu kısır döngü böyle gidiyor. Onun için bu finansman bu haliyle çok da uzun gitmez gibi geliyor bana.” (K2)

3.2.3. Hakkaniyetsizlik

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet olgusu, katılımcılar tarafından Türkiye sağlık finansman sisteminin güçlü bir yönü olarak ele alınsa da bu görüşün aksini düşünen katılımcılar bulunmaktadır. Ayırtıkları nokta ise ödeme gücünün etkili olduğu alanlardadır. Yani kamu sınırları içerisinde hakkaniyet sorunu oluşmasa da özel sağlık hizmetleri de dahil edilerek ele alındığında bir hakkaniyetsizlik durumunun oluşabildiği ifade edilmektedir. Bu görüşlere şu ifadeler örnek olarak verilebilir:

“Sadece devletin hastaneleri açısından bakarsak üç aşağı beş yukarı adil olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü hiçbiri para almıyor. Herkes randevu ile erişim sağlayabiliyor. Onun için sadece devletin hastanelerinde bu hakkaniyetten

bahsedebilir. Ama Türkiye’deki sağlık sistemini global olarak düşünürsek o zaman çok da hakkaniyetten bahsedemeyiz. Ödeme gücünün farklılaştığı noktalarda hakkaniyetsizlikler ortaya çıkabiliyor.” (K2)

3.2.4. Vatandaşın Sorumluluk Almaması

Katılımcılardan bir kısmı, vatandaşın sağlık hizmetine katkılarının az olmasının ve kolay erişimin, hizmetlerin israfını artırdığı görüşündedir. Sağlık hizmetlerine yapılan kullanıcı ücretlerinin arkasındaki temel mantığın, gereksiz kullanımı engellemek, sağlık hizmetleri için gelir artırmak ve bireylere tükettikleri hizmetlerin değerini hatırlatmaktır (Gulliford vd., 2002, s. 38). Ancak burada önemli olan, herhangi bir erişim engeli oluşturmadan bunu sağlamaktır. Bu konuda yapılan eleştirilerden biri şu şekildedir:

“Dediğim gibi çok ucuza vermemiz nedeniyle şöyle bir dezavantajımızda var; insanların sağlığa kolay erişebiliyor olması bir bakıma bazen israfı da getirebiliyor.” (K10)

3.2.5. Sevk Zinciri

Yapılan görüşmelerde katılımcıların bir kısmı, etkili ve kademeli sevk zinciri uygulanmamasını Türk sağlık finansman sisteminin zayıf yönlerinden biri olarak değerlendirmektedir. Gereksiz kullanımı azaltarak finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla bu alanda iyileştirme yapılması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Katılımcılardan biri, sevk zincirinin uygulanmamasının, Türkiye’deki sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli problemlerden biri olduğunu şu şekilde ifade etmektedir:

“.... Tetkik, araştırmalar hepsi maliyetli; yani çok basit bir baş ağrısı buraya geldiği zaman korkunç bir maliyet oluşabiliyor. Yani tetkiklerden film tomografi buna benzer şeyleri zaman zaman vatandaşların birkaç sağlık kurumuna giderek maliyet artırıcı unsurlarla karşılaştırabiliyor devleti.” (K3) Bir başka katılımcı durumu şu şekilde özetlemektedir; “Grip olan aile hekimine de gidebiliyor; gelip burada profesöre de gidebiliyor. Herhangi bir ücret ödemezse profesörü tercih ediyor.” (K4).

3.2.6. Uluslararası Tedarik

Özellikle özel hastanelerde yöneticilik yapan hekimlerin üzerinde durduğu konulardan birisi alım güçlerinin düşmesi ile birlikte uluslararası tedarik konusunda sıkıntılar yaşaması olmuştur. Katılımcılardan biri (K8), yukarıda üzerinde durulan SUT fiyatlarında güncellemelerin yapılmamasının yanı sıra asıl problemin artan döviz ile birlikte uluslararası tedarıkte yaşanan sorunlardan kaynaklandığını ifade etmektedir. Diğer bir katılımcı sorunu şu şekilde ifade etmektedir:

“İşin finans kısmında ise özel sektörün ayakta kalması için biliyorsunuz bütün malzemeler hemen hemen dışarıdan geliyor. Bizim küçük diyebileceğimiz bir kalem grubunu işte gazlı bezdi, pamuktu oksijenli suyu onları saymıyorum; ama kullandığınız diğer bütün malzemeler dışarıdan geliyor” (K5).

3.2.7. Toplanan Fon

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin üç işlevinden (fon toplama, havuzlama ve fonların dağıtımı) ilki olan fon toplama katılımcılar tarafından sistemin zayıf yönü olarak ileri sürülmektedir. Bu kategori altında özellikle çalışan ve emekli nüfus arasındaki orantısızlık nedeniyle çalışanlar üzerindeki mali yük vurgulanmaktadır. Fon toplama konusunda yaşanan bir diğer zorluk ise kayıt dışı istihdam oranıdır. Bu bağlamda, finansal sürdürülebilirlik açısından, sosyal güvenliğin uzun vadeli ödeme gücünü ve sağlık sisteminin uzun vadede gelir ve giderlerinin dengesini ifade eden aktüeryal denge ilkesine ulaşmak önemli bir hedef olarak görülmektedir (Barr ve Goss, 2018). Katılımcılar tarafından bu konulara ilişkin görüşler şu şekilde ifade edilmektedir:

“...Avrupa ülkelerinde 3 çalışana bir emekli düşerken. Bizde bir çalışana 1,73 emekli düşüyor. O yüzden finansman açısından SGK çok ama çok zorda...” (K11)

“Bence mevcut sistem vatandaşlar vergisini düzgün yatırdığı müddetçe özellikle kayıt dışılık çok çok önemli bir kayıt dışılık kamu bütçesine yaklaşık 1 milyon dolarlık bir ekstra bir yük getiriyor. Şimdi şu anda Türkiye çapında kayıt dışılık yaklaşık %34’lük civalarda. Ki bu 10 il içerisinde %34’lere kadar geliyor. Bu kayıt dışılığın önlenmesi durumunda finansmanın sürdürülebilirliği daha sağlam temellere oturur diye düşünüyorum.” (K12)

3.2.8. Erişim

Erişim teması, katılımcıların çoğunluğu tarafından Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından güçlü bir yön olarak ele alınsada bazı katılımcılar aksini düşünmektedir. Özellikle özel sağlık hizmetlerinin

yaygınlaşmasıyla birlikte, erişim konusundaki endişelerin arttığı ifade edilmektedir. Bu görüş şu şekilde dile getirilmektedir:

“Türkiye sosyal bir devlet olmasına rağmen, son 20 yılda uygulanan sağlık politikalarıyla maalesef sağlık giderek özelleşmiştir. Bu bağlamda vatandaşın cebinde parası yoksa nitelikli sağlık hizmetine erişimde sorun yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim tüm devletlerin öncelikli meselesidir. Türkiye açısından da kritik önemdedir.” (K18)

3.2.9. Koruyucu Hekimliğe Önem Verilmemesi

2002 yılından bu yana mevcut istatistikler incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan müracaat oranlarının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hemen hemen yarısı kadar olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022) Katılımcıların bazıları bu konuda eksikliğe vurgu yaparak geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğunu şu sözler ile belirtmektedir.

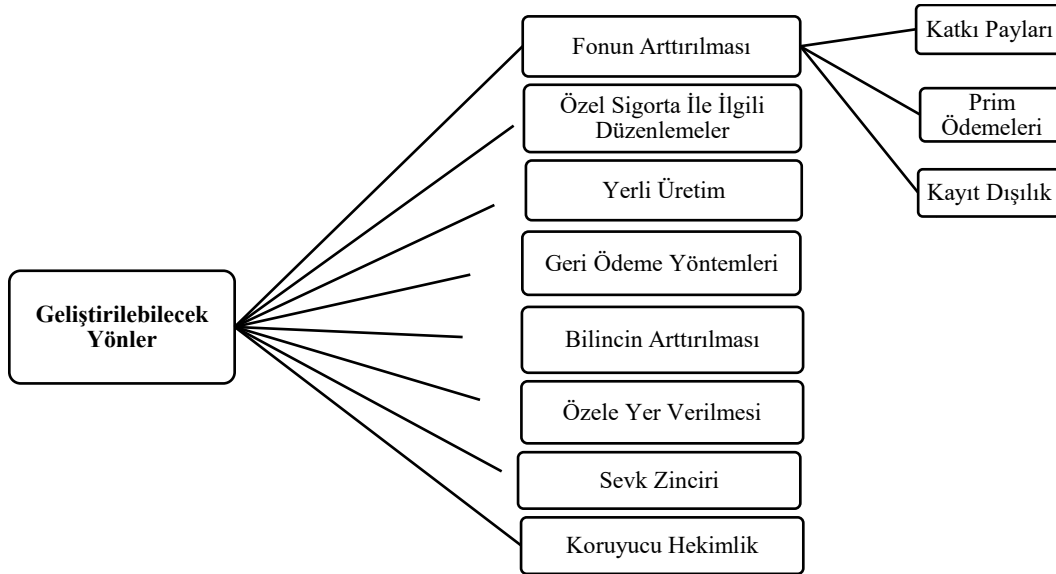
“Bu bilinç vatandaşlarda henüz oluşmamış. Onun için aile hekimliği sistemi biraz daha kenara itildi. Devlette biraz daha popülist olsun diye tedaviye eğildi. Çünkü tedavi ettiğin şey gözükiyor, ama koruduğun şey uzun zamanda gözükiyor. Onun için biraz daha tedavi edici hizmetlere, biraz daha önem verilmiş durumda.” (K2)

Çalışmada, Türkiye'nin sağlık finansman sistemine yönelik katılımcıların görüşleri ışığında ortaya çıkan zayıf yönler değerlendirildiğinde katılımcılar tarafından, özellikle SUT fiyatlarındaki güncellemelerin yetersiz olması, döviz kurlarındaki dalgalanmalar ve mali yüklerin artışının sağlık hizmetleri finansmanı üzerindeki olumsuz etkileri dile getirilmektedir. Ek olarak sağlık hizmetlerine erişimin kolay olmasının bazen israfa yol açtığı ve bireylerin sağlık hizmetlerine olan katkılarının az olmasının sistemin finansal sürdürülebilirliği açısından tehdit oluşturduğu yönünde eleştirilerin geldiği görülmektedir. Ayrıca sağlık sisteminin hakkaniyetli olduğu yönündeki görüşler ağırlıklı olmasına karşın özel sağlık hizmetlerinin artması ile birlikte eşitlik ve erişim sorunlarının gündeme geldiği görülmektedir.

3.3. Geliştirilebilecek Yönler

Çalışmanın üçüncü temasını geliştirilebilecek alanlar oluşturmaktadır. Bu başlık altında oluşan kategoriler genel olarak zayıf yönler temasında üzerinde durulan konulara geliştirilen öneriler ile ilişkilidir.

Şekil 4. Geliştirilebilecek Yönler Teması ve Kategoriler



3.3.1. Fonun Arttırılması

Toplanan fonlarla ilgili yetersizlikler, sürdürülebilirlik endişeleri ve vatandaşın sağlık hizmetlerine yeterince katkı sağlamaması gibi temalar, sistemin geliştirilebilecek yönleri arasında öne çıkmaktadır. Katılımcıların önerileri,

fonların artırılmasının üç ana başlıkta toplanabileceğini göstermektedir: katkı payları, prim ödemeleri ve kayıt dışılık. Katılımcıların sırası ile konuya ilişkin görüşleri şu şekildedir:

“Sürdürülebilirlik açısından, katkı paylarının mutlak şart olduğunu ve genişletilerek uygulanması gerektiğini düşünüyorum” (K17).

“Prim kesintilerinin artırılması ve katkuların artırılması söyleyebilirim. Vatandaşa yansıyacak, yani tabii ki ilk etapta başka türlü bir finansman nereden sağlanabilir? Tabii ki burada ilk akla gelen bu oluyor.” (K9)

“Bir emekliye 3 çalışan denk getirebileceğimiz duruma gelene kadar istihdam. Bunu getirirsek bu sistemi sürdürebiliriz” (K11) şeklinde ifade edilmektedir.

3.3.2. Özel Sigorta ile İlgili Düzenlemeler

Katılımcıların bir kısmı, özel sağlık sigortası ile ilgili düzenleme yapılmasının finansal sistemin iyileştirilmesi açısından faydalı olacağını iddia etmektedir. Katılımcılardan bazıları (Örn. K1, K7), özel sağlık sigortasının kamunun denetiminde olmasının daha faydalı olacağını belirtmektedir. Bu görüşe göre, denetime tabi olmayan özel sektör hizmetleri, karlılığı ön planda tutarak vatandaşların mağduriyetine yol açabilmektedir. Devletin ise daha adil bir hizmet sunabileceği ve vicdanî bir yaklaşım benimseyebileceği ifade edilmektedir.

3.3.3. Geri Ödeme Yöntemleri

Geri ödeme yöntemleri, zayıf yönler temasında en çok dile getirilen alanlardan biri olmuş ve bu konuda çeşitli çözüm önerileri sunulmuştur. Geri ödeme yöntemlerine getirilen önerilere bakıldığında bunların büyük çoğunluğunun SUT fiyatlarında güncellemelere gitmek olduğu görülmektedir. Bu ifadelerden bir tanesi şu şekildedir;

“Kamu mali politikaları ile doğru orantılı olarak Sağlık Uygulama Tebliği fiyat listesinde yukarı yönde değişiklik, sistem aktörlerini mali bakımdan daha da rahatlatacaktır.” (K17)

Başka bir katılımcı (Örn. K3), bazı hastanelerde personel giderlerinin genel bütçeden karşılanmamasının, kaynakların etkin kullanımını engellediği belirtilmiştir. Çözüm olarak, personelin kadrolarının Hazine ve Maliye Bakanlığı'na bağlanması önerilmiştir.

3.3.4. Bilincin Arttırılması

Katılımcılar, vatandaşların sağlık hizmetlerini bilinçsizce kullanmasının sürdürülebilirlik açısından sorun oluşturduğunu ve sağlık bilincinin artırılmasının önemli bir gereklilik olduğunu ifade etmektedir. Bilinçlendirme çalışmalarının özellikle eğitim yoluyla yaygınlaştırılması gerektiği vurgulanmıştır:

“Ama öncelikle sağlık anlamında bilgilendirmenin ve bilinçlendirmenin yapılıyor olması aslında tüm bu yatırımların çok daha ötesinde bir anlam taşıyacaktır. İnsanlarımız sağlığını nasıl koruyacaklarına dair belki de ilkokuldan itibaren bunun ile ilgili bir eğitim almaları gerekir.” (K15).

3.3.5. Özele Yer Verilmesi

Katılımcılar, Türkiye'nin daha iyi bir finansal yapıya kavuşabilmesi için özel sağlık sektörüne daha fazla yer verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu öneri, finansal sürdürülebilirlik açısından GSS'nin üstlendiği yükün azaltılarak özel sağlık sigortasının payının artırılması gerektiği görüşüne dayanmaktadır:

“GSS'nin payı ve üstlendiği hizmetler zaman içerisinde azaltılarak özel sağlık sigortasının payı artırılması yoluna gidilebilir. Finansal sürdürülebilirlik bakımından bu gereklidir.” (K17)

3.3.6. Yerli Üretim

Uluslararası tedarik bağımlılığına karşılık yerli üretimin artırılması, katılımcılar tarafından en önemli çözüm önerilerinden biri olarak dile getirilmektedir. Katılımcılar, sağlık sektöründe katma değeri yüksek ürünlerin yerli olarak üretilmesi gerektiğini vurgulamış ve bu durumun finansal bağımsızlık açısından kritik bir önem taşıdığını ifade etmektedir.

“Ama bu noktada dediğim gibi üretimimizi kendimiz yaparsak, ihracatımızı kendimiz yaparsak tabii ki olay çok daha farklı olacaktır. Mutlaka vatandaşın bilinci arttırılacak, mutlaka ar-geye yönelik çalışmalar yapacağız, mutlaka katma değeri yüksek ürünler üreteceğiz; sağlıkta da bu böyle yani olay sadece savunma sanayinde veya başka şeyde değil. Sağlıkta da mutlaka katma değeri yüksek ürünler üretmek zorundayız. Başka çaresi yok bunun.”

Biz en azından üretimimizi kendimiz yapar dışarıya paramızı vermezsek ülke içerisinde dönen bir çarkla bu şekilde bu sirkülasyon devam edecektir.” (K10).

3.3.7. Sevk Zinciri

Sevk zinciri, katılımcılar tarafından hem bir sorun hem de bir çözüm alanı olarak ele alınmaktadır. Üniversite hastanelerine başvuruların aile hekimliği ve devlet hastanelerinden geçilerek yapılması gerektiği, aksi halde muayene ücretlerine katkı payı eklenmesi gibi uygulamaların sürdürülebilir bir sistem için gerekli olduğu önerilmektedir. 9 Ocak 2025'te Resmi Gazete'de yayımlanan kanun değişikliği ile katkı paylarına yönelik düzenleme yapılmıştır (T.C. Resmî Gazete, 2025). Söz konusu değişiklik ile aile hekiminden sevk edilen hastalar için katılım payının yüzde 50 oranında azaltılması kararlaştırılmış olup, bu düzenleme sevk sisteminin etkinliğini artırmaya yönelik konunun önemine vurgular niteliktedir.

“Ama siz buna şunu söylerseniz; aile hekimine gitmeden devlet hastanesinden geçmeden üniversiteye gelemesin. Eğer böyle bir tercih yaparsan bu muayene ücreti 50 TL ise 50 TL karşılığında sen de bir 50 TL ödeyerek profesöre muayene olabilirsin, bunu da sisteme yatırarak gelirsin, profesör ile hiçbir tür para bağlantın olmaz dersen, bu çok hakkaniyetli ve sürdürülebilir bir sistem olur.” (K4)

3.3.8. Koruyucu Hekimlik

Koruyucu hekimlik, sistemin sürdürülebilirliği açısından kritik bir alan olarak belirtilmekte ve bu konuda çeşitli çözüm önerileri sunulmaktadır. Katılımcılar, erken teşhis durumlarında katkı paylarının alınmaması veya gereksiz kullanımların ceza ile engellenmesi gibi ödüllendirme ve cezalandırma yöntemlerinin kullanılabileceğini ifade etmektedir. Örneğin, bir katılımcı “Erken teşhis, maliyetleri düşürerek sürdürülebilirliği artırabilir” diyerek bu yaklaşımın önemini vurgulamıştır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık finansman sisteminin zayıf yönlerini ortadan kaldırmaya güçlü yönlerin ise devamının sağlanmasına yönelik farklı öneriler ileri sürülmektedir. Bu öneriler fonların artırılmasından bilinçlendirme çalışmalarına, özel sektör katkılarının düzenlenmesinden yerli üretimin desteklenmesine kadar geniş bir yelpazede ele alınmaktadır. Katılımcıların görüşleri, sürdürülebilir bir finansman sistemi için sadece mevcut yapının güçlendirilmesinin değil, aynı zamanda yenilikçi ve uzun vadeli çözümler geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle kaynak kullanımında verimliliğin sağlanması, fonların çeşitlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha bilinçli tüketimi için önerilen politikaların, sistemin etkinliğini artırmada kritik rol oynayacağı düşünülmektedir.

4. TARTIŞMA

4.1. Sistemin Güçlü Yönleri

Sağlık hizmetlerinde erişim kişilerin sosyo-ekonomik durumlarından bağımsız olarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini ifade etmektedir (Mossialos vd., 2008). Bu çalışma kapsamında erişim ve hakkaniyet, katılımcılar tarafından sistemin güçlü yönü olarak en sık vurgulanan temalar olmuştur. SDP ile erişim ve hakkaniyet alanında önemli iyileşmeler sağlanmış; GSS ve kamu hizmet sunum örgütlerinin tek çatı altında toplanması sisteme erişimi kolaylaştırmıştır. Literatürde de SDP sonrası sağlık hizmetlerine erişimin arttığına dair çalışmalar bulunmaktadır (Atun vd., 2013, s. 65; Jadoo vd., 2014, s. 4; Soysal ve Yağar, 2015, s. 333). Bu çalışmaların yanı sıra uluslararası kuruluşlar da evrensel sağlık güvencesine ulaşmada SDP'yi bir başarı öyküsü olarak nitelendirmektedir (Agartan 2021).

Hakkaniyet ve erişim ile ilişkili olarak katkı paylarının düşük olması ve devletin üstlenici bir rol oynaması, sistemin diğer güçlü yönleri olarak değerlendirilmektedir. Bazı katılımcılar bu unsurların sağlık hizmetleri finansmanında dar boğaz oluşturarak sürdürülebilirliği tehlikeye sokabileceğini düşünse de diğer katılımcılar bu durumun hakkaniyeti desteklediğini belirtmektedir. Nitekim bireyin geliri ile orantılı olmayan katkı payları gibi cepten ödemelerin, hakkaniyet ve hizmete erişim açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (Tatar, 2011, s. 114). Bu durum, bireylerin sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları halde başvurmamalarına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda sağlık ihtiyaçları artmakta ve uzun vadede sürdürülebilirliğe engel oluşturabilmektedir. Türkiye sağlık hizmetlerindeki durum incelendiğinde SDP'nin etkisi ile birlikte kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki oranının arttığı görülmektedir (European Observatory on Health Systems and Policies & WHO,

2022). Öte yandan, cepten yapılan sağlık harcamalarının %28,9'dan (2000) %18,5'e (2022) gerilemesi, bu alandaki yükün hafiflediğini göstermektedir (WHO, 2022; TÜİK, 2023).

4.2. Sistemin Zayıf Yönleri ve Sorunlar

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansman sisteminde kamu katkılarının yüksek olması ve prim ödemelerinin SGK çatısı altında toplanması, Bismarck modeline benzerken; devletin hizmet sunumundaki ve finansman sağlamadaki rolü itibarıyla Beveridge modeline özgü unsurları da içeren karma bir yapı ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda, Beveridge modelinin etkisiyle erişim ve hakkaniyet gibi güçlü yönler öne çıkarken, fon toplama sorunları, kayıt dışı istihdam oranının yüksekliği ve işsizlik oranı gibi Bismarck modelinin yapısal zorlukları da ortaya çıkmaktadır. Bu zorlukların yanı sıra sistemin zayıf yönleri arasında en sık vurgulanan konu, geri ödeme yöntemleridir. Özellikle hizmet sunucuları, SUT fiyatlarının güncellenmemesi üzerinde durmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalar bu bulguları desteklemekte ve SUT fiyatlarının güncellenmemesinin şikâyet unsuru olduğunu ortaya koymaktadır (Yiğit ve Yiğit, 2016, s. 264; Göktaş, 2018; Acar, 2019, s. 71). Öte yandan bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olarak SUT fiyatlarının enflasyon oranına göre güncellenmesi gerektiği belirtilirken, bu durumun SGK üzerinde ek bir mali yük oluşturabileceği ve finansal sürdürülebilirlik açısından risk yaratabileceği de mevcut ikilemler arasında yer almaktadır (Attila ve Gülay, 2022, s. 29). Dolayısıyla yapılan eleştiriler doğrultusunda SUT fiyatlarında güncellemeye gidilmesinin gerekliliğinin yanında çözüm yollarının doğru planlanmasında fayda vardır. Katılımcılar tarafından geri ödeme yöntemlerine yönelik gelen çözüm önerilerinin başında Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ile ödeme yöntemi yer almaktadır. TİG ödeme yönteminin olumlu birtakım çıktılar sağladığını gösteren pek çok çalışma da bu düşüncüyü destekler niteliktedir (Choi vd., 2019, s. 8; Aycıl ve Köse, 2020, s. 53; Barouni vd., 2020, s. 10; Zou vd., 2020, s. 9).

Sürdürülebilirlik açısından eleştirilen bir diğer unsur, gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz etkinliğidir. Literatürde yer alan başka çalışmalarda da bu unsurların finansal sürdürülebilirliği tehdit ettiği yönünde görüşler bulunmaktadır (Balcı ve Kurt Gümüş, 2021, s. 67; Attila ve Gülay, 2022, s. 20;). Ayrıca kayıt dışı istihdamın yüksekliği ve işsizlik oranı gibi yapısal sorunlar da hem bu çalışmada hem başka çalışmalarda dile gelmektedir (Erumut, 2015, s. 109; Kara ve Öztürk, 2021, s. 14). Bu sorunlar, finansman yapısının aktüeryal dengede tutulmasını güçleştirmekte ve çalışan emekli oranındaki bu dengesizlikler ile birlikte finansman sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Bunlara ek olarak bu çalışmanın bulgularında yer alan gereksiz müdahaleler ve tıbbi muayeneler, geri ödeme kapsamı geniş olan SGK fayda paketi, sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince yaygın ve etkin şekilde uygulanamaması, sürdürülebilirliği tehdit eden unsurlar olarak ifade edilmekte ve benzer çalışmalarla da desteklendiği görülmektedir (Güvercin vd., 2016, s. 92; Balcı ve Kurt Gümüş, 2021, s. 67; Attila ve Gülay, 2022, s. 23).

4.3. Katılımcılar Tarafından Sunulan Çözüm Önerileri

Çalışmada yukarıda sunulan olumsuzlukların önüne geçerek sürdürülebilirliği, verimliliği ve erişimi artırmaya yönelik çeşitli öneriler belirlenmiştir. Bu önerilerden bazıları zorunlu sevk uygulamasının hayata geçirilmesi ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların azaltılabileceği yönündedir. Katkı paylarının sevk zincirine uygun şekilde yeniden düzenlenmesi, gereksiz kullanımın önüne geçerken kamu üzerindeki finansal yükü hafifletebilmektedir. Katılımcılar tarafından sunulan bu önerinin başka çalışmalar tarafından faydalı olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışma da belirli bir hastalık türü için sevk zincirinin takip edilmesinin mali açıdan tasarruf sağladığı kanıtlanmaktadır (Bankur, 2017). Mali faydanın yanı sıra sevk zincirinin etkin uygulanması, sağlık çalışanlarının üzerindeki yükü hafifletecek ve tedavi kalitesini artıracaktır. Nitekim mevcut politikalarda da sevk zincirine uyan kişilerden katkı payı alınmaması yönünde planlamaların gündemde olması bu ihtiyacı desteklemektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Katılımcılar tarafından gelen önerilerden bazıları ise bireylerin sağlık hizmetlerini bilinçsiz şekilde kullanmasını engellemeye yöneliktir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerine ve sağlıklı yaşam projelerine daha fazla önem verilebileceği, ilkökul düzeyinden başlayarak eğitim kurumları, toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimliklerinin bu alandaki rolünün artırılması ile toplum bilinçlenmesine fayda sağlayabileceği vurgulanmaktadır. Nitekim çalışmalardan ve klinik deneylerden elde edilen veriler, birçok kronik hastalığın sağlıklı yaşam tarzı ve eğitim ile önlenilebileceğini desteklemektedir (WHO, 2005; Fontana, 2010, s. 7; Pulimeno vd., 2020). Bu kazanımlar eğitim sisteminin, halk sağlığı merkezlerinin ve aile hekimlerinin entegrasyonu ile daha mümkün kılınabilir (Cruden, 2016, s. 7; Abdullah vd., 2022).

Finansal sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik katılımcılardan gelen diğer öneriler ise kayıt dışı istihdam ve işsizlikle mücadele konularının ele alınması, sağlık alanında yerli üretimin artırılması, ithalat bağımlılığını azaltarak maliyetlerin kontrol altında tutulması şeklindedir. Nitekim Özer ve Yıldırım (2016)'ın yapmış olduğu çalışmada finansal sürdürülebilirliği arttırmaya yönelik katılımcılar tarafından sunulan öneriler arasında kayıt dışı ekonominin önüne geçilmesi ve istihdamın artırılması sıklıkla dile getirilen konular olmuştur. Buna ek olarak yerli üretimin artırılması konusunun Türkiye'nin 2024-2028 kalkınma hedefleri arasında yer aldığı konuya verilen önemi göstermektedir. Bunlara ek olarak, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'nın yapmış olduğu çalışmalar doğrultusunda yerli aşı, biyoteknolojik ilaç ve tıbbi cihaz üretimine yönelik çeşitli teşebbüslerde bulunmaktadır. Bu kapsamda AR-GE programları ve projeleri hayata geçirilmeye devam etmektedir (TÜSEB, 2025). Türkiye'nin teknoloji ithalatına olan bağımlılığının kontrol altına alınmasının, ilerleyen süreçlerde kalkınma hedeflerine ulaşmada itici güç olurken sürdürülebilir bir finansmanın da anahtar noktası olacağı düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Türkiye sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini paydaş görüşleriyle ortaya koymayı ve geliştirilebilir alanlara yönelik çözüm önerileri sunmayı amaçlamaktadır. Nitel araştırma yöntemiyle yürütülen çalışmada, kamu ve özel sektör temsilcileri, politika yapımcılar ve uygulayıcılardan oluşan 19 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen görüşmelerde erişim ile hakkaniyet sistemin güçlü yönleri olarak vurgulanırken; geri ödeme yöntemleri, sürdürülebilirlik ve fon toplama gibi alanlar zayıf yönler olarak belirtilmiştir. Katılımcılar tarafından bu sorunların giderilmesine yönelik katkı paylarının artırılması, sevk zincirinin etkinleştirilmesi, kayıt dışılıkla mücadele, yerli üretimin teşviki ve toplumsal bilinçlendirme gibi çeşitli öneriler sunulmuştur.

Elde edilen sonuçlar, sağlık politikaları açısından çeşitli kritik noktaları öne çıkarmaktadır. Öncelikle, erişim ve hakkaniyetin güçlendirilmesi, Türkiye'nin sağlık finansman sisteminde olumlu yönler olarak öne çıkarken, sürdürülebilirlik ve geri ödeme sistemine ilişkin zorluklar, finansal dengeyi sağlama konusunda önemli reformlara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak için kamu politikalarında bazı düzenlemelere gidilmesi gerektiğini göstermektedir. Katılımcıların sunduğu çözüm önerileri hem politika düzeyinde hem de pratikte hayata geçirilebilir stratejiler sunmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgulara dayanarak katkı payları ile ilgili düzenlemelere gidilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Katkı paylarının, erişimi zedelemeyen sevk zincirine uygun şekilde artırılması önemlidir. Bu sayede gereksiz sağlık hizmeti kullanımı azalırken, kamu üzerindeki mali yük hafifletilebilir.

Katılımcılar tarafından kayıt dışı istihdamın ve işsizlik oranlarının sağlık sistemine olumsuz etkileri dile getirilmektedir. Bu durum, işsizlik ve emekli nüfusun artışı karşısında aktif çalışan sayısının sınırlı kalması nedeniyle aktüeryal dengenin sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla uzun vadeli bir finansal istikrar için hem istihdamın artırılması hem de kayıt dışılıkla mücadele önem arz etmektedir. Bu kapsamda, sosyal güvenlik sistemine entegrasyonu sağlayacak denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi ve istihdam yaratma potansiyeli yüksek olan sektörlerde yatırımların artırılması faydalı olabilir. Sosyal güvenlik sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla uluslararası başarılı örnekler incelendiğinde, Danimarka'nın esnek güvence (flexicurity) modeli dikkat çekmektedir. Bu model kapsamında yer alan yeniden istihdam için eğitim programları, iş gücü piyasasında esneklik sağlarken, çalışanlara güvence sunmaktadır (Anderson ve Svarer, 2008). Ayrıca, Danimarka'da 60 yaşındaki çalışanlara yılda iki, 61 yaşından itibaren üç, 62 yaşında ise dört gün ekstra tatil hakkı sunulmakta ve çalışanlara ek ücret ile emeklilik hakları verilmektedir. Bu teşvikler, yaşlı iş gücünün istihdamda kalmasını ve sosyal güvenlik sistemine katkı sağlamasını hedeflemektedir (OECD, 2024, s. 7). Almanya'da ise, düşük ücretli ve kısa süreli işler için oluşturulan "Mini-Job" uygulaması, sosyal güvenlik sistemine düşük primlerle dahil edilmekte ve çalışanlar için neredeyse vergisiz bir gelir imkânı sunmaktadır. Bu uygulama, özellikle gençler ve düşük gelirli çalışanlar için cazip bir seçenek oluştururken, aynı zamanda kayıt dışı istihdamın önüne geçmektedir (Collischon vd., 2024).

Yukarıda bahsedilen uygulamaların yanı sıra bireylerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik çalışma ve projelerin artırılması hem sağlık hizmetlerine olan talebi hem de maliyetleri azaltmaya fayda sağlayacaktır. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin, sağlık hizmetlerini bilinçli kullanarak gereksiz başvuruları azalttığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlandığı ve daha iyi bir sağlık durumuna sahip olduğu bilinmektedir (Berkman vd., 2011; Yokoyama, 2023). 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında aile hekimliği uygulaması yaygınlaştırılmış ve birinci basamak hizmetleri güçlendirilmiştir. Ancak, çalışmada elde edilen bulgular, bireylerin birinci basamağı yeterince etkin kullanmadığını göstermektedir. Bu durum, gereksiz sağlık harcamalarını arttırırken finansal sürdürülebilirliğin zayıflamasına neden olmaktadır. Bu nedenle, birinci

basamak sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığın artırılması ve sevk zincirinin yeniden yapılandırılması, sağlık sisteminin finansal dengesini korumak açısından kritik önem taşımaktadır. Sevk sistemine uygun bir şekilde hizmet alınması durumunda katkı paylarının azaltılmasına yönelik yapılan yeni düzenlemeler konunun önemini göstermektedir. Bunlara ek olarak erken teşhis ile finansal yük azaltılabilir ve sürdürülebilirlik konusunda iyileştirmeler sağlanabilir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yürütülen sağlık politikaları, özellikle aile hekimliği sistemi ve ulusal kanser tarama programları gibi uygulamalar bu hedefe yönelik olarak atılan adımlardan bir kaçıdır. Bunlara ek olarak sağlık okuryazarlığı ve hizmetlere yönelik farkındalığın artırılması, erken teşhis hizmetlerinin daha etkin kullanılmasına ve sağlık sistemine olan mali yükün azaltılmasına katkı sağlayabilir. Ayrıca yatan hastalara yönelik birtakım çalışmalar planlanabilir. Örneğin hastanelerde yatan hastalara yönelik düzenlenen hasta okullarında, taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gereken konular, beslenme, kronik hastalıkla yaşam, doğru ilaç kullanımı gibi konularda eğitimler verilebilir.

Katılımcılar tarafında sıklıkla dile getirilen sorunlardan birisi de SUT fiyatları olmuştur. SUT fiyatlarında gerekli düzenlemelerin yapılmaması hastanelerin finansal zorluklar yaşamalarına ve ek ödemelere yönelmesine neden olmaktadır. Özel sağlık kurumlarında bu durum resmi fiyatlar dışında ek ücretler ödenmesine yol açmakta ve neticede kişilerin özel sağlık kuruluşlarına erişimleri güçleşmektedir. Bu sorunun çözümü için SUT fiyatlarını belirleyen komisyona kamu ve özel sektör temsilcilerinin dahil edilmesi önerilmektedir. Ayrıca, fiyatların ÜFE/TÜFE, döviz kuru, asgari ücret artış oranları ve memur maaş katsayılarındaki değişimler dikkate alınarak periyodik olarak güncellenmesi faydalı olabilir. Bu çalışma, sağlık finansman sisteminde önemli kavramlar olan erişim, hakkaniyet, verimlilik ve sürdürülebilirliği bir arada ele alarak genel bir bakış açısı sunmaktadır. Ancak, her bir kavramın başka araştırmacılar tarafından ayrı ayrı ve derinlemesine incelenmesi, daha spesifik çözüm önerilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Küresel açıdan değerlendirildiğinde Türkiye’nin sağlık finansman sistemi, kapsamlı ve merkezi yapısıyla sağlık hizmetlerine erişim konusunda önemli bir başarı elde etmiş olsa da sürdürülebilirlik ve verimlilik gibi konularda geliştirilmesi gereken yönleri sahiptir. Gelecekte Türkiye’nin sağlık finansmanı konusundaki deneyimi, farklı ülkelere örnek teşkil edebileceği gibi, karşılaşılan zorlukların da birçok ülke için ders niteliğinde olabileceği düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abdullah, M. Y., Alshehri, S. A., Mahnashi, H. A., Alshahrani, S. S., Alkhalidi, S. S., Alshammari, S. M. ... ve Binnahri, M. (2022). Role of primary care physician in health promotion and education. *Int J Community Med Public Health*, 9, 4705-9.
- Abuya, T., Obare, F., Matanda, D., Dennis, M. L. ve Bellows, B. (2018). Stakeholder perspectives regarding transfer of free maternity services to National Health Insurance Fund in Kenya: Implications for universal health coverage. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), e648-e662.
- Acar, E. (2019). *Sağlıkta geri ödeme sistemlerinin incelenmesi ve Türkiye’de kullanılan geri ödeme sisteminin değerlendirilmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Afriyie, D. O., Hooley, B., Mhalu, G., Tediosi, F. ve Mtenga, S. M. (2021). Governance factors that affect the implementation of health financing reforms in Tanzania: An exploratory study of stakeholders’ perspectives. *BMJ Global Health*, 6(8), e005964.
- Agartan, T. I. (2021). Politics of success stories in the path towards universal health coverage: The case of Turkey. *Development Policy Review*, 39(2), 283-302.
- Alfaro, M., Muñoz-Godoy, D., Vargas, M., Fuertes, G., Duran, C., Ternero, R., ... ve Karstegl, N. (2021). National health systems and COVID-19 death toll doubling time. *Frontiers in public health*, 9, 669038.

- Anderson, T. M. ve Svarer, M. (2008). Flexicurity in Denmark. *CESifo DICE Report*, 6(4), 15-20
- Attila, İ. ve Gülay, A. (2022). Türkiye'de genel sağlık sigortası'nın sürdürülebilirliği için zorunlu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli önerisi. *Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-40.
- Atun, R. Aydın, S. Chakraborty, S. Sümer, S., Aran, M., Gürol, I. ... ve Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Aycıl, K. ve Köse, İ. (2020). Türkiye'de sağlık yöneticileri açısından DRG uygulamasının değerlendirilmesi. *Sağlık Sistemleri ve Politikaları Dergisi*, 2(1), 33-55.
- Balcı, N. ve Gümüş, G. K. (2021). Financial sustainability of the Turkish health care system: Experts' opinion. *İzmir İktisat Dergisi*, 36(1), 61-79.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Bankur, M. (2017). Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: Üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. *Sosyal Güvence*, 6(12), 60-88.
- Barouni, M., Ahmadian, L., Anari, H. S. ve Mohsenbeigi, E. (2020). Investigation of the impact of DRG based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilization, and efficiency-a systematic review. *International Journal of Healthcare Management*, 1(12). Doi: 10.1080/20479700.2020.1782663
- Barr, J. M. ve Goss, S. C. (2018). *An actuarial perspective on the 2011 social security trustees report*. American Academy of Actuaries.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. ve Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Braveman, P. ve Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.
- Choi, J. W., Kim, S. J., Park, H. K., Jang, S. I., Kim, T. H. ve Park, E. C. (2019). Effects of a mandatory DRG payment system in South Korea: Analysis of multi-year nationwide hospital claims data. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-9.
- Collischon, M., Herget, A. ve Riphahn, R. T. (2024). Minijobs as stepping stones to regular employment: overall trends and the role of Midijob reforms. *Journal for Labour Market Research*, 58(1), 15.
- Cruden, G., Kelleher, K., Kellam, S. ve Brown, C. H. (2016). Increasing the delivery of preventive health services in public education. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(4), S158-S167.
- Eriçok, R. E. (2023). Sağlık sisteminde mali sürdürülebilirlik tartışmaları: Türkiye örneği, U. Selen ve A. Gerçek , (Ed), *Maliye Araştırmaları-6* içinde (s.110-131). Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Erumut, M. C. (2015). Türkiye için alternatif sağlık finansman önerisi: İki sütunlu sistem. *Sosyal Güvence Dergisi*, 15, 93-126.
- European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). *Health Systems in Action: Türkiye: 2022*. <https://iris.who.int/handle/10665/362347> adresinden 24 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.

- Fontana, L. (2009). Modulating human aging and age-associated diseases. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-General Subjects*, 1790(10), 1133-1138.
- Ganza, P., Atiase, V., Ameh, J., Sambian, R. ve Agbanyo, S. (2022). Sustaining healthcare financing in Africa: The stakeholder perspective. *The Academy of Sustainable Finance, Accounting, Accountability & Governance – The Role of Accounting, Finance & Governance in Sustainability and Sustainable Development, Turkey*. İstanbul, Türkiye.
- Göktaş, P. (2018). *SUT fiyatlarında 12 yıldır düzenleme yapılmamasının sonuçları ne oldu?*. <https://www.klimik.org.tr/2018/01/03/sut-fiyatlarinda-12-yildir-duzenleme-yapilmamasinin-sonuclari-ne-oldu/> adresinden 21 Mayıs 2021 tarihinde alınmıştır.
- Grépin, K. A., Irwin, B. R. ve Sas Trakinsky, B. (2020). On the measurement of financial protection: An assessment of the usefulness of the catastrophic health expenditure indicator to monitor progress towards universal health coverage. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1744988.
- Güçlü, İ. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri teknik – yaklaşım – uygulama* (1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Güvercin, A., Mil, H. İ. ve Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 80-95.
- Jadoo, S. A. A., Aljunid, S. M., Sulku, S. N. ve Nur, A. M. (2014). Turkish health system reform from the people's perspective: A cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.
- Kara, F. ve Öztürk, İ. (2021). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılaştırmalı analizi (benchmarking): Türkiye ve İspanya örneği. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(1), 19-26.
- Karaca, C. ve Çam, Y. (2019). Türkiye’de sosyal devlet anlayışının değerlendirilmesi. *Maliye Dergisi*, 176, 72-97.
- Koçkaya, G., Oguzhan, G. ve Çalışkan, Z. (2021). Changes in catastrophic health expenditures depending on health policies in Turkey. *Frontiers in Public Health*, 8, 614449.
- Kozuń-Cieślak, G. ve Zdrazil, P. (2021). Efficiency of healthcare systems in the European Union states - who performs better - bismarckians or beveridgeans?. *European Research Studies Journal*, XXIV(4), 397-411
- Liaropoulos, L. ve Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*, 14(80), 1-4.
- Lorenzoni, L., Marino A., Morgan D. ve James, C. (2019). *Health spending projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology*. OECD Health Working Papers. No. 110. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>
- Mossialos, E., Papanicolas, I. ve Smith, P. C. (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. WHO Regional Office for Europe.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015) *Healthcare costs unsustainable in advanced economies without reform*. <http://www.oecd.org/health/healthcarecostsunsustainableinadvancedeconomieswithoutreform.htm> adresinden 21 Mayıs 2021 tarihinde alınmıştır.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2024). *Health expenditure and financing*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#> adresinden 1 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (2024). *Key policies to promote longer working lives: Country note Denmark*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/10/key-policies-to-promote-longer-working-live-country-notes_a9fc14ca/denmark_70fdce64/9ed75592-en.pdf adresinden 24 Temmuz 2024 tarihinde alınmıştır.
- Özer, Ö. ve Yıldırım, H., H. (2016). Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine yönelik bir uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 149-161.
- Pulimeno, M., Piscitelli, P., Colazzo, S., Colao, A. ve Miani, A. (2020). School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health Promotion Perspectives*, 10(4), 316.
- Qolipour, M., Faraji Khiavi, F. ve Saadati, M. (2017). An association between change in health expenditures and health indicators; A cross country comparison. *Iranian Journal of Health Sciences*, 5(2), 32-41.
- Sammour, G., Alghzawi, A. ve Vanhoof, K. (2020). A fuzzy cognitive map approach to investigate the sustainability of the social security system in Jordan. *ICEIS 2020 - 22nd International Conference on Enterprise Information Systems* (s. 481-489). Çek Cumhuriyeti, Prag.
- Shrime, M. G., Dare, A. J., Alkire, B. C., O'Neill, K. ve Meara, J. G. (2015). Catastrophic expenditure to pay for surgery: A global estimate. *The Lancet. Global Health*, 3(0 2), 38-44.
- Šimović, H., Mihelja Žaja, M. ve Primorac, M. (2021). Fiscal (un) sustainability of the croatian healthcare system: Additional impact of the COVID-19 crisis. *Public Sector Economics*, 45(4), 495-515.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2024). *Sağlık istatistikleri aylık bülteni Ocak 2024*. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylık/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 28 Nisan 2024 tarihinde alınmıştır.
- Soysal, A. ve Yağar, F. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 313-344.
- Şahin, K. ve Cezlan, E. Ç. (2023). OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık finansman modellerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 41(1), 44-61.
- Şantaş, F. ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık hizmetlerinin finansman ve geri ödenme yöntemleri: Türkiye’de mevcut durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12 -20.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). *On birinci kalkınma planı (2019-2023)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/07/On_Birinci_Kalkinma_Planı-2019-2023.pdf adresinden 12 Aralık 2024 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2023). *On ikinci kalkınma planı (2024-2028)*. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/11/On-Ikinci-Kalkinma-Planı_2024-2028_17112023.pdf adresinden 12 Aralık 2024 tarihinde alınmıştır.
- T.C. Resmî Gazete. (2025). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (Kanun No: 7538). (2025, 15 Ocak) - <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/01/20250115-1.htm>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Bakanlığı Yayınları. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden 8 Şubat 2025 tarihinde alınmıştır.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık istatistikleri yılı*. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> adresinden 11 Aralık 2024 tarihinde alınmıştır.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1),103-133.
- Thomson, S., Cylus, J. ve Evetovits, T. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. *Eurohealth*, 25(3), 41-46.
- Trotter, R. T. (2012). Qualitative research sample design and sample size: Resolving and unresolved issues and inferential imperatives. *Preventive Medicine*, 55(5), 398-400.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). *Sağlık harcamaları istatistikleri*, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2022-49676> adresinden 28 Nisan 2024 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB). (2025). <https://www.tuseb.gov.tr/> adresinden 7 Şubat 2024 tarihinde alınmıştır.
- World Bank ve World Health Organization. (WB ve WHO) (2017). *Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*. 2017. <https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses> adresinden 25 Nisan 2024 tarihinde alınmıştır.
- World Economic Forum (WEF). (2012). *The financial sustainability of health systems: A case for change*. World Economic Forum.
- World Health Organization (WHO). (2000). *The world health report 2000: Health systems: improving performance*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Preventing chronic diseases : a vital investment*: WHO global report. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Health systems in action: Türkiye: 2022 Edition*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Global health expenditure database*. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> adresinden 8 Aralık 2024 tarihinde alınmıştır.
- Yıldız, S. (2017) Sosyal bilimlerde örnekleme sorunu: Nicel ve nitel paradigmalardan örnekleme kuramına bütüncül bir bakış *Kesit Akademi Dergisi*, 3(11), 421-442.
- Yiğit, A. ve Yiğit, V. (2016). Üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 265-266.
- Yokoyama, H., Imai, D., Suzuki, Y., Ogita, A., Watanabe, H., Kawabata, H. ... ve Okazaki, K. (2023). Health literacy among Japanese college students: Association with healthy lifestyle and subjective health status. *Healthcare*, 11(5), 704

Zeng, W., Kim, C., Archer, L., Sayedi, O., Jabarkhil, M. Y. ve Sears, K. (2017). Assessing the feasibility of introducing health insurance in Afghanistan: a qualitative stakeholder analysis. *BMC health services research*, 17, 1-9.

Zou, K., Li, H. Y., Zhou, D. ve Liao, Z. J. (2020). *The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review*. *BMC Health Services Research*, 20(1), 112.