

**T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
SİYASET BİLİMİ VE KAMU YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**YENİ SAĞ ANLAYIŞI ÇERÇEVESİNDE BİR  
DEĞERLENDİRME: TÜRKİYE'DE ZORUNLU GENEL  
SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI**

**ÇAĞLAR MIZRAK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN:  
Dr. Gökhan ÇINKARA**

**KONYA-2025**



## BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Öğrencinin	Adı Soyadı	Çağlar MIZRAK		
	Numarası	22810401915		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi/Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans	x	
		Doktora		
Tezin Adı	YENİ SAĞ ANLAYIŞI ÇERÇEVESİNDE BİR DEĞERLENDİRME: TÜRKİYE'DE ZORUNLU GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI			

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

**Çağlar MIZRAK**



ÖZET

ÖZET

Öğrencinin	Adı Soyadı	Çağlar MIZRAK		
	Numarası	22810401915		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi/Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans	x	
		Doktora		
Tezin Adı	YENİ SAĞ ANLAYIŞI ÇERÇEVESİNDE BİR DEĞERLENDİRME: TÜRKİYE'DE ZORUNLU GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI			

Geçmişten günümüze yaşanan krizler hâkim iktisadi ve siyasi düşünceleri değişmesine sebep olmuştur. Özgürlük ve serbest piyasa anlayışına dayalı liberal anlayış, 1929 krizi ile yerini ekonomik ve sosyal hayata devletin müdahalesini öngören Keynesçi anlayışa bırakmış; fakat 1970'li yıllarda patlak veren arz krizi bu düşünceye eleştirileri gündeme getirmiştir. Söz konusu eleştiriler doğrultusunda özelleştirme yoluyla devletin küçültülmesini esas alan düşünce akımı, gelişmekte olan Dünya ülkelerini etkilemiş, bu ülkeler ekonomi ve sosyal politikalarını bu düşünce doğrultusunda yeniden reforme etmeye başlamıştır. 1980'lerden itibaren ülkemizde de bu anlayış etkisini göstermiş, bu etki ile beraber sosyal güvenlik ve sağlık sistemine yönelik reform çalışmaları gerçekleştirilmiştir. 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile söz konusu reform çalışmalar nihai hale gelmiş, son olarak reformun en önemli ayağı olan zorunlu genel sağlık sigortası uygulaması 2012 yılından itibaren uygulamaya alınmıştır.

Bu çalışma, ile ülkemizde halihazırda uygulanan zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasını tarihsel ve ideolojik arka planını orta koyarak; aynı zamanda ülke karşılaştırması da yaparak yeni sağ anlayışı çerçevesinde değerlendirmek ve öneriler sunmak amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Liberalizm, Yeni Sağ, Sağlık Hakkı, Genel Sağlık Sigortası



ABSTRACT

ABSTRACT

Author' s	Name and Surname	Çağlar MIZRAK		
	Student Number	22810401915		
	Department	Department Of Political Science and Public Administration		
	Study Programme	Master's Degree (M.A.)	x	
		Doctoral Degree (Ph.D.)		
	Supervisor	Dr. Gökhan ÇINKARA		
Title of the Thesis/Dissertation	AN EVALUATION WITHIN THE FRAMEWORK OF THE NEW RIGHT: MANDATORY GENERAL HEALTH INSURANCE IMPLEMENTATION IN TÜRKİYE			

Crises throughout history have significantly shaped the dominant economic and political ideologies worldwide. The liberal paradigm, grounded in individual freedom and free-market principles, gave way to Keynesian economics following the Great Depression of 1929, ushering in an era of increased state intervention in economic and social affairs. However, the supply-side crises of the 1970s prompted a wave of criticism, paving the way for a neoliberal approach that advocated for the minimization of the state through privatisation and market liberalisation. This shift notably influenced developing countries, including Turkey, which began reforming its economic and social policies in alignment with this new paradigm. Since the 1980s, Türkiye has progressively implemented reforms in its social security and healthcare systems, culminating in the enactment of Law No. 5510 on Social Insurance and General Health Insurance in 2006. The introduction of compulsory general health insurance in 2012 marked a significant milestone in these reforms.

This study aims to evaluate the currently implemented compulsory general health insurance system in Turkey by revealing its historical and ideological background within the framework of the New Right approach, while also conducting a comparative analysis with other countries and offering relevant policy recommendations.

**Keywords:** Liberalism, New Right, Right to Health, General Health Insurance

## İÇİNDEKİLER

<b>BİLİMSEL ETİK SAYFASI</b> .....	i
<b>ÖZET</b> .....	ii
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	vii
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	viii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ix
<b>GİRİŞ</b> .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KAVRAMSAL ÇERÇEVE: YENİ SAĞ VE SAĞLIK SİGORTACILIĞI

1.1. Yeni Sağ: Neo Liberalizm ve Neo Muhafazakarlık .....	3
1.1.1. Liberalizm .....	3
1.1.1.1. Klasik Liberalizm .....	5
1.1.1.2. Sosyal Liberalizm .....	6
1.1.1.3. Neo-Liberalizm .....	8
1.1.2. Muhafazakarlık .....	11
1.1.2.1. Neo-Muhafazakarlık .....	13
1.1.3. Yeni Sağ .....	15
1.1.3.1. Dünya’da Yeni Sağ: Thatcherizm ve Reaganizm .....	18
1.1.3.2. Türkiye’de Yeni Sağ: Turgut Özal .....	21
1.2. Sağlık ve Sağlık Sigortacılığına İlişkin Temel Kavramlar .....	23
1.2.1. Sosyal Güvenlik Kavramı .....	23
1.2.2. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı .....	24
1.2.3. Sağlık Hizmetleri .....	27
1.2.3.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Özellikleri .....	27
1.2.3.2. Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	28
1.2.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	28
1.2.3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	29
1.2.3.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri .....	30
1.2.4. Sağlık Sigortacılığı ve Sağlık Sigortası Sistemleri .....	30
1.2.4.1. Sağlık Sigortacılığı Kavramı .....	30
1.2.4.2. Dünya Sağlık Sigorta Sistemleri .....	31
1.2.4.2.1. Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli) .....	31
1.2.4.2.2. Sosyal Sağlık Sigorta Sistemi (Bismarck Modeli) .....	32
1.2.4.2.3. Liberal Sağlık Sigorta Sistemi (Serbest Piyasa Modeli).....	33

### İKİNCİ BÖLÜM

#### GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI: ABD, BİRLEŞİK KRALLIK VE TÜRKİYE SİSTEMLERİ

2.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi .....	35
2.2. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi .....	41
2.3. Türkiye Zorunlu Genel Sağlık Sigortası Sistemi .....	45
2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve GSS’ye Geçiş Süreci .....	45
2.3.2. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Amacı .....	49

2.3.3. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin İşleyişi.....	50
2.3.4. Genel Sağlık Sigortasının Zorunluluğu .....	52
2.3.5. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar .....	52
2.3.6. Genel Sağlık Sigortasında Gelir Testi Uygulaması .....	55
2.3.7. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar .....	56
2.3.8. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler .....	57
2.3.9. Genel Sağlık Sigortası Primleri .....	59
2.3.10. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları .....	60
2.3.11. Genel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılanan Sağlık Hizmetleri.....	61
2.3.12. Genel Sağlık Sigortası Tarafından Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri.....	63
2.3.13. Katılım Payı ve İlave Ücret .....	64
2.3.14. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri .....	67

### **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

#### **YENİ SAĞ ANLAYIŞINA GÖRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

3.1. Yeni Sağın Sosyal Politika Anlayışı.....	69
3.2. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Değerlendirilmesi .....	71
3.3. Karşılaştırmalı Değerlendirme.....	78
<b>SONUÇ .....</b>	<b>80</b>
<b>ÖNERİLER .....</b>	<b>83</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>86</b>

## KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANAP	: Anavatan Partisi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri safi Yurtiçi Hasıla
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İHEB	: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSGSSK	: Sosyal Sigortalar ve Genel sağlık Sigortası Kanunu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
y.y.	: Yüzyıl

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>ŞEKİL 1:</b> Türkiye GSS Sisteminin İşleyişi .....	51
<b>ŞEKİL 2:</b> Türkiye Hastane Sayısı (2002-2023).....	74
<b>ŞEKİL 3:</b> Hasta Memnuniyet Oranı (2003-2023) .....	75

## TABLO LİSTESİ

<b>TABLO 1:</b> Sağlık Sistemleri Modelleri .....	34
<b>TABLO 2:</b> Gelir Testi Sonucuna Göre Kapsamlar .....	56
<b>TABLO 3:</b> SGK Katılım payı ve İlave Ücret.....	65
<b>TABLO 4:</b> GSS Kapsamı.....	73
<b>TABLO 5:</b> Türkiye Toplam Sağlık Harcaması (2021-2022) .....	76
<b>TABLO 6:</b> Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hastanelere Müracaat Sayısı (2002-2023).....	77

## TEŞEKKÜR

Tez sürecimde bilgi, birikim ve yol göstericiliği ile bana rehberlik eden tez danıőmanım Dr. Gökhan ÇINKARA hocama;

Tez sürecine yönelik tecrübelerini benimle paylaşan ve beni bu süreçte motive eden kıymetli arkadaşım meslektaşım Sosyal Güvenlik Uzmanı Dr. Fetullah EVLİYAÖĞLU'na ve SGK GSS Tescil ve Prim Daire Başkanlığı'nda görevli mesai arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen annem Handan MIZRAK ve babam Mehmet MIZRAK'a,

Son olarak, yoğun tez yazım sürecimde her zaman bana anlayış ve sabırla destek olan eőim Saliha kızım Kübra ve oğlum Mehmet Ertuğrul MIZRAK'a,

Teşekkür ederim.

## GİRİŞ

Keynesyen refah anlayışını eleştiren ve özellikle batı dünyasından yükselen “Yeni Sağ” iktisadi anlamda özelleşmeyi, devletin küçülmesini öngören neo-liberal anlayış ile kültürel anlamda güçlü aile yapısını esas alan neo-muhafazakâr anlayışın bir sentez oluşumu olarak başta Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi ülkelerde ortaya çıkmıştır.

Neo-liberal ve neo-muhafazakâr değerlerin sentezinden doğan bu anlayış birey sorumluluğunu artırmayı, beraberinde özelleştirme, yerelleşme gibi kavramlarla devletin iktisadi ve sosyal alanda küçülmesini öngörmüş, bu noktada özellikle küresel çapta gelişmekte olan birçok ülkeyi etkilemiştir.

İktisadi, sosyal ve kamu politikaları noktasında söz konusu bu düşünce ile kendi uygulamalarını gerçekleştirdiği reform politikaları ile değiştiren pek çok gelişmekte olan ülke arasına kurduğu Anavatan Partisi (ANAP) ile iktidara gelen Turgut ÖZAL ile Türkiye’de dahil olmuş, 1980’li yıllarda ekonomi ve kamu yönetimi alanında gerçekleştirilen reform çalışmaları 2000’li yıllarda sosyal politika alanına da yansımıştır. Özellikle planlı ekonomiye geçilmesi ile birlikte sosyal güvenlik alanında neo-liberal anlayışın etkisi ile ortaya konan sosyal güvenlik reform hedefi 2006 yılında gerçekleştirilmiş, bu tarihte yasalaşan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSSK) ile dağınık yapıdaki sosyal güvenlik kuruluşları tek çatı altında toplanmıştır.

Kurumsal yapı ve mevzuat anlamında köklü değişiklikleri beraberinde getiren sosyal güvenlik reformunun bu yeniliğinin yanı sıra; sosyal güvencesi olsun olmasın herkese sağlık güvencesi sunan genel sağlık sigortası (GSS) sistemi en önemli yeniliklerinden biri olmuş geçiş sürecinin sone erdiği 1/1/2012 tarihinden itibaren bu uygulama ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK); herkesi sağlık güvencesi kapsamı altına alırken prim toplayarak sağlık hizmetini sunan ve finanse eden bir yapıdan, yalnızca sağlık hizmetini finanse eden bir yapıya kavuşmuştur.

Bu çalışmanın temel amacı; sosyal güvenlik reformu sonrası ülkemizde uygulanan zorunlu GSS sistemini yeni sağ anlayışının temel kavramları ekseninde ele almak, GSS

sisteminin amaç ve özelliklerini göz önüne alarak yeni sağın ortaya koyduğu temel kavramlar etrafında değerlendirmektir.

Çalışma ile sistemin bireyin sağlık erişimini ne şekilde sağladığı, sistemin finansmanı ve hizmet sunumunun bu ideolojinin hangi ilkeleri uyumlu olduğu, yeni sağ politikalarının en belirgin şekilde gözlemlendiği Birleşik Krallık ve ABD ile karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünde yeni sağ anlayışın ve sağlık sigortacılığının temel kavramları anlatılmış, ikinci bölümde dünya genelinde iki farklı sağlık sistemine sahip ve özellikle kapsam ve finansman noktasında birbirinden farklı ABD ve İngiltere'nin sağlık sistemleri anlatılmıştır. Bu bölümde son olarak ülkemiz genel sağlık sigortası sistemine geçiş süreci, sistemin temel özellikleri ve işleyişi ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise başta yeni sağı sosyal politika anlayışi devamında bu anlayış doğrultusunda GSS sisteminin değerlendirilmesi ve son olarak 3 ülkenin sağlık sigortacılığı sistemlerinin karşılaştırması yapılmıştır. Bu bölümde literatürde yer alan kavramsal açıklamaların yanı sıra Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve diğer veri kaynaklarından edinilen istatistiklerden de yararlanılmıştır.

Sonuç kısmında ise tezin amacı doğrultusunda yapılan değerlendirmelerin yanı sıra GSS sisteminde prim tahsilatında etkinliğin artırılması, finansman maliyetlerinin azaltılması, hizmet sunumunun kolaylaştırılması hususunda önerilerde bulunulmuştur.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE: YENİ SAĞ VE SAĞLIK SİGORTACILIĞI

#### 1.1. Yeni Sağ: Neo Liberalizm ve Neo Muhafazakarlık

##### 1.1.1. Liberalizm

Liberalizm İngilizcede “özgürlük” ve “serbestlik” anlamına gelen bir kelime olan “Liberty”den gelmektedir. Buradan hareketle tanım olarak “özgürlük ve serbestiyi savunan bir fikir” olarak tanımlanmaktadır (Özer, 2021:137).

Liberalizm kelime anlamı olarak Merriam-Webster (n.d.b) sözlüğünde; “*ilerleme sağlamak için sosyal ve politik değişimin değerine olan inanç*”; Cambridge Sözlüğünde (n.d.b) ise “*ticaretin serbest olmasına, insanlara daha fazla kişisel özgürlük verilmesine ve toplumda kademeli olarak değişiklik yapılması gerektiğine dair siyasi inanç*” olarak tanımlanmıştır (İçirgen, 2023: 6).

Tarihsel süreçte liberalizm kavramının ortaya çıkışı orta çağ Avrupa’sına hâkim olan feodal ve kilise anlayışına dayanmaktadır. Bu dönemde başlayan kentleşme, ticaretin gelişimi ve bu doğrultuda burjuvazinin pay arayışına girmesi bir dönüşümü beraberinde getirmiş, bu noktada karşımıza çıkan kavram ise “özgürlük” olmuştur. Özgürleşme de insanların hukuki kurallara dayanan statülere sahip olmasını sağlamıştır. Bu süreç sonunda kilisenin ağırlığı gitgide azalmış ve özellikle Rönesans ve Reform hareketleri ile birey ve özgürlük kavramını temel alan bir anlayış hâkim olmuştur. Avrupa’da 18. yüzyılda (y.y.) gerçekleşen Sanayi Devrimi ile birlikte insanın doğaya olan hakimiyeti artmış burjuvazi iktidara gelmiş ve ekonomiye “bırakınız yapınlar, bırakınız geçsinler” anlayışı yerleşmiştir (Aksu, 2018: s.5; Cizrelioğulları, 2013: s.18).

Temelleri 17. y.y. sonu ve 18. y.y.’ın başlarında atılan bu ideoloji sistematik olarak iktisadi alanda Adam Smith; siyasi alanda ise John Locke tarafından geliştirilmiştir. John Locke toplum olarak birlikte yaşayan insanların bir takım doğal haklara sahip olduğunu ve devletin bu hakların korunması noktasında bir görevi olduğunu belirtmiştir (Dural, 2013: s.306; Aktan, 1995: s.5).

Locke 1689 yılında kaleme aldığı “Hükümet Üzerine İki inceleme” adlı eserinde insanın doğuştan sahip olduğu mülkiyet, yaşam ve özgürlüğün doğa yasası kapsamında bulunan bu yasadan eşit ve kontrolsüz şekilde faydalanan insanlar tarafından tehdit altına alındığını, mülkiyet hakkını kullanamayan toplumun varlığını uzun süre sürdüremeyeceğini belirtmiştir. Aynı zamanda Locke söz konusu bu hakka karşı işlenen suçların cezalandırılması için doğa yasa güçlerinin bir egemene devredilerek feragat edildiği bir doğa durumu tasviri yapmıştır (İçirgen, 2023: s.8).

Bu düşünceleri ile kendinden sonraki bazı düşünürleri etkilemiş, bu düşünürlerden biri olan David Hume’da fikir ve eserleriyle bu ideolojiye önemli katkılar sağlanmıştır. Hume’a göre kuruluşlar kendiliğinden oluşmuş, müdahale gerektirmeyen yapılardır (Rawls, 2022: s.277).

Liberalizmin iktisadi boyutunu geliştiren Adam Smith “Ulusların Zenginliği” kitabında iktisadi alanda işleyen doğal bir düzenin varlığından söz etmiş, bu durumu “görünmez olarak” adlandırmıştır. Smith bu düzenin tanrı değil, bireysel teşebbüse dayanarak sürdürülebileceğini savunmuştur (Smith 2020: ss.347-360).

Doğal düzen; Tanrı tarafından sunulan, insanların varlıklarını sürdürebilmelerinin şartlarını belirleyen Tanrısal bir düzendir ve insanların görevi ise hayat biçimlerini bu düzene uyumlu hale getirmektedir. Bu durum gerçekleştiğinde mutluluk insan için kaçınılmazdır bu noktada devletin gerek ekonomiye gerekse de toplumsal yaşama müdahale etmemesi gerekmektedir, bu müdahalenin insana herhangi bir yararı olmayacaktır (Ryan, 2017: 106-111; Talas, 1993: s.4).

Literatürde liberalizmin temel ilkeleri bireycilik, rasyonalite, özgürlük ve doğal düzen başlıkları altında incelenmektedir. Buna göre liberalizm bireyi esas alan ve onu toplumdan ve kolektif yapılardan üstün tutan bir anlayışa sahiptir. Toplumu olan birey farklılıklara sahiptir ve bu farklılığa yönelik her müdahale doğal dengenin bozulması anlamına gelir. Bununla birlikte bireylerin tercihleri her zaman rasyonel ve tutarlıdır. Bu noktada liberalizme göre bireyler faydalarını maksimize eden tercihlerde bulunurlar ve toplumun iyiliği bireyin özel çıkarımının artışı ile sağlanabilir (Yılmaz, 2001: ss. 35-38; Özer, 2021: s.141).

Liberalizmin ilkelerinden biri olan özgürlük ile kastedilen bireyin baskı ve zorlama altında kalmaksızın istediği davranışta bulunabilmesidir. Liberalizmin en merkezi değeri olan bu kavram bireyin kendi seçtiği veya beğenip istediği şekilde davranmasını ifade eden negatif özgürlük olarak da ifade edilmektedir (Küp, 2013: s.21).

Son olarak, liberalizme göre ekonomide doğal bir düzen vardır. Bu düzene devlet hiç müdahale etmemeli yahut bu müdahale oldukça sınırlı kalmalıdır (Küp, 2013: s.21).

#### **1.1.1.1.Klasik Liberalizm**

Klasik liberalizm *“negatif özgürlüğe dayanan, bireyci, devletin müdahale etmemesini yani sınırlandırılmasını ve sorumlu olmasını isteyen, adaletin en iyi piyasa mekanizması içinde doğal bir düzenle gerçekleştiğine inanan liberalizm”* olarak tanımlanmaktadır (Yayla, 2018: s.159).

Kavram literatürde iki boyutta ele alınmaktadır. Bunlar, Locke, Montesquieu gibi düşünürlerin eserleriyle ortaya koyduğu devlet müdahalelerine karşı bireyin korunması gerektiğini, devlet gücünün yasalarla sınırlandırılması gerektiğini savunan siyasi boyut; Smith, Mill, Ricardo, Malthus gibi liberal düşünürlerin katkılarıyla oluşan bireyin ekonomik alanda özgür olması gerektiğini, ekonomide devlet müdahalesinin sınırlandırılması gerektiğini yine üretimin önünde her türlü engelin ortadan kaldırılmasını ifade eden iktisadi boyut olarak karşımıza çıkmaktadır (Tayyar & Çetin, 2013: ss.107-120).

Klasik liberalizm devletin görevlerini adaleti, güvenliği ve düzeni sağlamak ile sınırlandırmıştır. Buna göre birey-devlet ilişkisinde bireyi, devlet baskısından kurtarmak liberalizmin en temel amacı olarak görülür. Birey, devlet müdahalesinden uzaklaşıp özgürleştiği noktada daha çok üretecektir, bu yüzden devlet yalnızca kendisine verilmiş görevler ile yükümlü olmalı Locke’un tabiri ile “gece bekçisi” rolünü üstlenerek topluma dışarıdan gelebilecek saldırılarla karşı korumalı ve ülke düzenini sağlamalıdır (Erdoğan, 2017: ss. 71-74; Heywood, 2020: s.67).

Klasik liberalizmin iktisadi boyutunda liberaller fırsat eşitliğini, özel mülkiyetin korunmasını ve devletin ekonomiye müdahale etmemesi gerektiğini savunmaktadırlar. Adam Smith milletlerin zenginleşmesinin iş bölümü ve uzmanlaşmadan geçtiğini ve bu noktada herhangi bir devlet müdahalesinin buna zarar vereceğini belirtmiştir. Yine doğal hukuk düşüncesinden hareketle kendi çıkarlarını düşünen bireylerin görünmez el vasıtasıyla toplumsa çıkarlar doğrultusunda hareket edeceğini savunmuşlardır (Smith 2020: ss.29-43; Aksu, 2018: s.16). Smith'in teorisine göre zenginliğin kaynağının altın ve gümüşlerin toplamı yerine bir yerde yaşayan insanların temel ihtiyaçlara ulaşımına göre belirlenmesi gerekmektedir. İnsanlar, istediği yerde istediği mesleği yapma amacı doğrultusunda istediği gibi hareket edebilme, şehirler hatta ülkeler arası yer değiştirebilme imkanına sahip olmalı bunun önünde herhangi bir engel kesinlikle olmamalıdır (Smith, 2020: ss.331-361; İçirgen, 2023: s 12).

Smith'in teorisine göre devletin üç temel görevi bulunmaktadır. Bunlardan ilki toplumu, askeri gücü ile şiddetten ve başka devletlerin işgalinden kurtarmak; ikincisi her bir vatandaşını diğer vatandaşlarının baskısından korumak ve bunun için adalet sistemi kurmak. Üçüncü ve sonuncusu ise topluma yarar sağlayacak bazı kamusal hizmetleri gerçekleştirmektedir (Smith, 2020: 548-554; Aksu, 2018: s.16).

Söz konusu bu fikirler doğrultusunda klasik liberalizm uzun süre gündemde kalmış fakat Dünya çapında 1920'li yıllarda ortaya çıkan ve 1929 yılında etkisi zirveye ulaşan büyük bunalım halihazırda gündemde olan bu teorileri tartışmalı hale getirmiştir. Yaşanan kriz sonrasında teorinin temel öğelerinden "görünmez el" kuramı devre dışı kalmıştır. Yaşanan krizde görünmez el üretim ve tüketimi düzenleyememiş yine bununla beraber enflasyonu düşürmek, para dengesini sağlamak, istihdamı artırmak ve ekonomik durgunluğu ortadan kaldırmak gibi fonksiyonları yerine getirememiştir (Küp, 2013: s.24).

### **1.1.1.2.Sosyal Liberalizm**

Bir önceki başlıkta ele alınan klasik liberalizm liberal düşüncenin başlangıcı olmuş, sosyal teorinin de olgunlaşmasına ortam hazırlamıştır. Sosyal liberalizm ise

klasik liberalizme tepki niteliğinde aynı zamanda klasik liberalizme sosyal bir içerik kazandırma amacıyla ortaya çıkmıştır (Yayla, 2018: s.159).

Sosyal liberalizmi genel anlamda, pozitif özgürlük anlayışına dayalı, piyasanın başarısız kaldığı noktalarda eşitliği ve refahı sağlama için devlete çeşitli ödevler yükleyen, yalnızca düzenleyici denetleyici değil aynı zamanda gerek duyulduğunda ekonomiye müdahaleyi devlete bir görevi sayan anlayış olarak tanımlanmaktadır (Tayyar, 2011: s.10).

1929 yılında yaşanan krizle birlikte refahı artırma, yoksulluğu azaltma ve sosyal adaleti sağlama amacıyla ortaya çıkan sosyal liberalizm; bireycilik, negatif özgürlük, serbest piyasa gibi unsurların aksine pozitif özgürlük, sosyal adalet, toplumculuk ve müdahaleci devlet unsurlarını ön plana çıkarmıştır (Yayla, 2018: s.160).

Yaşanan kriz ile birlikte “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” anlayışı yerine devlet müdahalesinin gerekli olduğunu ifade eden sosyal refah devleti anlayışı benimsenmiş, sosyal, siyasi ve iktisadi alanda devleti ve toplumu merkeze alan anlayış ön plana çıkmıştır (Yanbaş, 2019: s.118).

Bu anlayışın fikir adamları; Leonard Trelawny Hobhouse, John Hobson, John Stuart Mill ve John Rawls olarak karşımıza çıkmaktadır Bununla birlikte bu kavram ilk olarak İngiliz Filozof T. H. Green tarafından savunulmuştur (Tok, 2020: s.180).

T. H. Green pozitif özgürlük anlayışını esas alan bu doğrultuda devletin rolünü artıran ve devlete aktif rol veren bir liberal anlayış getirmiştir. Bu anlayışa göre özgürlük yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal bir olgu olup bu kavrama hukuki bir söylemden öte devletin varlığını desteklemekle yükümlü olduğu bir olgu olarak yaklaşılması gerekmektedir (Çılğın, 2022 s 286).

Özgürlük, bireylerin bireyselliği önce kazanması sonra gelişimini sağlama kabiliyetidir. Bunun içerisinde gizliliği sağlama, bilgi ve mahremiyeti sağlama ve doyuma ulaşma kabiliyeti bulunur. Pozitif anlayış insanları sosyal yıkımlardan korumayı ve aynı zamanda da bireyi güçlendirmeyi amaç edinmektedir (Heywood, 2020: s.77).

Sosyal liberalizm serbest piyasa ve kapitalist sistemi reddetmemekte ancak başarısızlık noktasında yaşanan sıkıntıların sosyal devletin getirdiği olumlu unsurlarla giderilmesi gerektiğini öngörür. Negatif özgürlükleri kabul etmekle birlikte bu özgürlüklerin etkin bir şekilde kullanması için sosyal ve ekonomik haklar ile sosyal devletin olumlu faaliyetlerinin gerekli olduğunu ifade etmektedir. Bu noktada bireyin hastalık yaşlılık, yoksulluk, engellilik ve eğitimsizlik gibi engelleyici hususların ortadan kaldırılmasının temel bir hak olduğunu savunur. Bu doğrultuda devlet sosyal haklar temelinde sosyal politikalar yoluyla gerekli tedbirleri mutlaka alması gerekmektedir. Yine bu amaçlar doğrultusunda toplumdaki her kesimin yönetiminde söz sahibi olabilmesi için sosyal demokrasi anlayışının benimsenmesi gerekmektedir (Yanbaş, 2019: s.124).

Siyasi ve iktisadi iki boyutu olan bu anlayışın Keynes tarafından “İstihdam, Faiz ve Paranın Genel Teorisi” adlı eseriyle dile getirdiği ve ekonominin tam istihdam düzeyinde dengede kalacağı tezini reddeden, ekonominin eksik istihdam düzeyinde de dengeye gelebileceğini savunan, devletin görevinin ekonominin tam istihdam seviyesine gelinceye kadar harcama yaparak ekonomiyi yönlendirme olduğunu belirten iktisadi boyutu 1970’lere kadar uygulanmıştır (Görmüş, 2014: ss. 452-453; Doğan, 2008: s.56).

1970’li yıllarda arz krizi, ekonomik durgunluk ve yükselen enflasyon gibi sıkıntılı iktisadi süreç, piyasa ile devlet arasındaki ilişkinin yeniden yapılandırılmasını gerektirmiştir. Bu yapılanmayla birlikte planlı ekonomi ve kamusal harcamalara tepki olarak doğan “neo-liberal” düşünce ortaya çıkmıştır (Barry, 1989: ss. 1-26; Doğan, 2008: s.56).

### **1.1.1.3.Neo-Liberalizm**

1929 buhranı ve bununla birlikte siyasi ve iktisadi alanda ortaya çıkan sosyal liberalizm 1970’li yıllarda yaşanan kriz beraberinde meydana gelen yüksek işsizlik, yetersiz iktisadi büyüme ve yüksek fiyat artışı bu döneme kadar hâkim olan anlayışın sorgulanmasına sebep olmuştur. Bu dönemden itibaren, bireycilik, özgürlük, serbest ticaret, piyasa ekonomisi ve sınırlandırılmış devlet anlayışını esas alan neo-liberal düşünce anlayışı hâkim olmaya başlamıştır. Bu anlayış özel mülkiyete, piyasa

ekonomisine ve bireysel özgürlüklere önem vermiş, devletin ekonomideki etkinliğinin azaltılması ve kamu kesiminin ekonomideki payının azaltılması gerektiğini savunmuştur (Tayyar & Çetin, 2013: s.19).

Neo-liberal anlayışın temel ilkeleri birey ve piyasadır. Müdahale edilmeyen, devlet tarafından düzenlenmeyen piyasanın verimliliği, büyümeyi ve refahı beraberinde getireceğine inanır. Bu nedenle de devletin piyasa üzerindeki hakimiyetini geriye bırakmayı tercih eder. Ne kadar iyi niyetli olursa olsun yönetenlerin beşerî işlerde zararı mutlaka olmaktadır (Heywood, 2020: s.73).

Başlangıçta Şili’de Amerikalı ekonomi danışmanlarının öncülüğünde başlayan neo-liberal ekonomik politikalar daha sonra İngiltere’de Thatcher, ABD’de Reagan hükümetlerince uygulanmıştır. Özellikle SSCB’nin dağılmasıyla Avrupa’da doğu bloğu ülkelerinde yayılmaya başlayan yine Batı Avrupa ülkelerinde de görülen bu anlayış ile telekomünikasyon, enerji ve ulaşım gibi sektörlerde kamu mal ve hizmetlerinin özelleştirilmesi yoluna gidilmiş, sosyal devlet uygulamaları büyük oranda azaltılmış, ülkeler dışardan elde ettikleri mallar üzerindeki vergileri azaltma yoluyla dış ticaretin önündeki engelleri ve gümrük duvarlarını kaldırmıştır (İçirgen, 2023: s.24).

Neo-liberal anlayışa göre, devletin görevleri güvenliği ve adaleti sağlamak, dışardan gelebilecek dış tehditlere karşı savunma görevini yerine getirmek bununla birlikte ekonomide girişimciliği teşvik ederek piyasa ekonomisini canlandırıp güçlendirmektedir. Bu görevleri yerine getiren devlet doğrudan piyasaya müdahale etmemeli, özel sektörün daha verimli ve etkin olduğu düşüncesiyle hareket ederek mümkün olduğunca özel girişimi teşvik etmelidir. Birey bu anlayışta hak sahibi olmaktan öte kendisinin sağlık, eğitim ve emeklilik risklerini idare eden girişimci birey olarak tanımlanmaktadır (Bülbül, 2019: ss.269-271).

Neo-liberal anlayışın öncüsü düşünürler olarak karşımıza Friedrich August von Hayek, Milton Friedman ve Norman Barry çıkmaktadır. Bu düşünürlerin ifadesiyle neo-liberalizm bilimsel bir kuram niteliğinde olup klasik liberalizmin devamı ve onun hatalarından arındırılmış biçimini anlatmaktadır (Çalışkan, 2017: s.29).

Klasik liberalizmin hükümetin sınırlandırılması, serbest piyasa ve seçim serbestisi gibi temel değerlerine bağlı kalan neo-liberalizm sosyal liberalizmin bu değerleri göz ardı ettiğini düşünür. İktisadi açıdan klasik liberaliz anlayışla ortak fikri sahip bu anlayışın temel farkı muhafazakarlığın temel kurumları ve geleneği sahiplenmesi, devlet veya ilahi güce itaati, piyasa şartlarında oluşan fiyatın adalet süzgecinden geçirilme eğiliminin meydana getirdiği müdahale gibi hususlardaki farklı tutumu olarak karşımıza çıkmaktadır (Çalışkan, 2017: s.29).

Devleti ön plana alan anlayışın dışlama etkisiyle yatırımı engellemesi ve yapılan yardımların çalışanları tembelliğe itmesi, bürokrasi ve baskı gruplarının kendi çıkarlarının toplum çıkarları üstünde tutarak genel refahı düşüreceği anlayışı ile neo-liberalizm 1980’li yıllardan günümüze Dünya genelinde hâkim anlayış olarak yükselen “yeni sağ” anlayışının temel dayanaklarından biri olmuştur (Barry, 1989: s.1-26).

1980’li yıllarda Latin Amerika ülkelerinin içine düştükleri krizleri anlamak ve çözümler üretmek adına iki temel yorum gündeme getirilmiştir. Bu yorumlardan biri İngiliz İktisatçı John Williamson tarafından gündeme getirilen ve 10 temel politika demetinden oluşan Washington Uzlaşması’dır (Karakurt, 2011: s.31-32).

Neo-liberal anlayışın temel düşüncelerini yansıtan söz konusu bu politikalara öz konusu bu politikalar; Mali disiplin ve denk bütçe; devletin stratejik olarak gördüğü alanlar dışında ekonomiden çekilmesi aynı zamanda altyapı, sağlık gibi sektörlerdeki uzun süreli harcamalarda düzenlemeye gitmesi, sermaye hareketlerini engelleyen vergilerin kaldırılması, tüm finansal hareketlerin serbest bırakılması, serbest dalgalı kur rejimine geçilmesi, dış ticaretin serbestleşmesi ve gümrük tarifelerinin kaldırılması, doğrudan yabancı sermaye yatırımlarının desteklenmesi, devlete ait iktisadi kuruluşların özelleştirilmesi, devletin piyasa denetimi yapan tüm araçlarının kaldırılması veya kısıtlanması son olarak da mülkiyet haklarına saygı olarak sıralanmıştır (Turgut, 2019: s. 31).

### 1.1.2. Muhafazakarlık

Sözlük anlamı olarak muhafazakâr; “*değişimden hoşlanmamak veya güvenmemek*” veya “*büyük veya ani sosyal değişime karşı olmak; geleneksel tarz ve değerleri tercih ettiğini göstermek*” olarak açıklanmaktadır (İçirgen, 2023: s. 16).

Tarihsel süreçte muhafazakarlığın doğuşu aydınlanma hareketlerine ve aristokrasiye karşı başlatılan siyasi ve felsefi tepkilere karşı uzanmakta olup bu kavramın tarih sahnesine çıkışı Fransız Devrimi kabul edilmektedir. Fransız devriminin geleneksel kurumlara karşı saldırgan tavrı ile birlikte muhafazakarlığı daha belirgin bir hale getirmiştir (Çetin 2021: s.34). Fransız Devrimi ile ortaya çıkan hızlı değişim ve dönüşüm aile gibi toplumun temel kurumlarına zarar vermiş, siyasi istikrarı bozmuş bu durum tepkisel bir hareket oluşturmuştur (Şener & Çolak, 2015: s. 396).

Muhafazakâr düşüncenin fikrini oluşturan düşünürler Joseph de Maistre, Louis de Bonald, Kustus Möser, Adam Müller, F. Carl Von Savigny olarak karşımıza çıkmaktadır (Koç, 2019: s. 3). Bununla birlikte muhafazakâr ilkelere ilk olarak Edmund Burke’ün “Fransız Devrimi Üzerine Düşünceler” adlı eserinde rastlanılmıştır. Aynı zamanda İngiliz muhafazakarlığının oluşumuna katkı sağlayan Burke eserinde Fransız devriminin geleneksel kurumlara verdiği zarardan bahsetmiş, kilise ve aristokrasinin geri plana itilmesi noktasında devrimi eleştirmiştir. Burke toplumda değişim hızlı ve ani şekilde gerçekleşirse bu durum zarar ortaya çıkaracağını, eğer bir değişim olacaksa bunun aşama aşama gerçekleşmesi gerektiğini dile getirmiştir (Özipek, 2017: s.86; Aksu, 2018: s. 23).

Bu düşünceler çerçevesinde Muhafazakârlık; “*toplumu bir organizma olarak kabul eden, onu oluşturan din, aile, gelenek gibi temel kurumların korunmasını öngören, radikal ve devrimci değişim önerilerine karşı tedrici değişimi tercih eden, tarihten, tecrübeden bağımsız akıl yürütmeye dayalı rasyonalist siyaseti ve onunla ilişkili olarak toplum mühendisliğini reddeden bir düşünce geleneği*” olarak tanımlanmaktadır (Özipek, 2006b: ss. 67-68).

Andrew Heywood’a göre; muhafazakârlığın otoriter, paternalist ve özgürlükçü olmak üzere üç şekli bulunmaktadır. Otoriter Muhafazakârlık; tek amacı halihazırda var olan düzeni korumak olan dayanağının sorgulanmayacağı, tek gücün bütün

toplumu saran kuvveti savunan muhafazakarlık şeklidir. Paternalist muhafazakarlık ise devrime daha ılımlı yaklaşan muhafazakarlık şeklidir. Özgürlükçü Muhafazakârlık ise liberalizmin bırakınız yapsınlar anlayışından etkilenen şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (Heywood, 2020: s. 105-111).

Muhafazakâr düşüncüyü oluşturan temel kavramları gelenek, hiyerarşi ve otorite olarak sayabiliriz. Buna göre muhafazakâr düşünce sürekli geleneği savunmaktadır. Bu kavram muhafazakâr düşüncenin çekirdeği görevini üstlenmektedir ve Muhafazakârlık düşüncesinin temelini oluşturan tüm düşünürler tarafından savunulmuştur. Burke'a göre devlet kurmanın veya devleti revize etmenin geleneksel değerlerle gerçekleşebilecektir (Duman, 2004 : ss.44-51). David Hume ise yine akıl değil tecrübe ve geleneğin önemli olduğunu savunmuştur. Gelenek bir toplumun kazanımları için korunmalı ve geliştirilmelidir (Çaha, 2012: 120; Çetin, 2021: s.37; Rawls 2022: s.303).

Muhafazakâr anlayışa göre, insanlar doğuştan aynı yeteneklerle dünyaya gelmezler bu nedenle toplumda hiyerarşik bir katman bulunmakta ve insanlar yeteneklerine göre bu katmanlar içerisinde yerlerini almaktadır. Bu durum eşitlik kavramı ile çatışmaz çünkü bireylerin birbirlerine karşı sorumlulukları ve ödevleri bulunmakta ve birey bunların farkında olduğu noktada toplumsal düzen sağlanmaktadır (Çetin, 2021: s.37; Heywood, 2020: s.102).

Otorite ise düzenli bir toplumsal ortamın sağlanması adına gerekli unsurlardan biridir. Buna göre merkezi bir güç ve otorite olması bireye rehberlik etmekte ve ona destek sağlamaktadır. Nasıl ki ana ve babanın çocukları üzerindeki otorite çocuğun çıkarınadır aynı şekilde iktidarın yönetilenler üzerindeki otoritesi de vatandaşların çıkarına olmaktadır. Söz konusu otorite muhafazakâr insanları yönlendirerek onlara rehberlik ederek düzensizliği önlemektedir. Muhafazakâr anlayışa göre birey kusurlu yaratılmıştır, yalnızlık ve istikrarsızlıktan korkmaktadır, suçu da üreten aynı zamanda odur (Kesgin 2014: s.74; Nisbet, 2023: ss. 71-84).

Muhafazakâr anlayışta toplumsal dayanışma “aile” de başlamaktadır, bireyler aile ile kimlik kazanmakta, bireyin kendi ailesi olan bağı eğer zayıf ise toplumla bağı da aynı şekilde zayıflar. Bu anlayış için bir diğer önemli kavram ise “din” olarak

karşımıza çıkmaktadır. Din ile bağıni koparmış bir toplum varlığını sürdüremez. Din toplum için birleştirici ve bütünleştirici rol oynar. Bu doğrultuda muhafazakâr anlayış din kavramına sıklıkla başvurmuştur (Koç, 2019: s. 4).

Muhafazakâr anlayışa yönelik söz konusu bu görüşler ve unsurlar birlikte değerlendirildiğinde bu düşüncenin toplumda yaşanan değişimlere karşı oluşacak zararı önlemeye çalışma mücadelesi olduğunu söylenebilir. Muhafazakâr düşünce gerici bir anlayış olmayıp aksine var olanı koruyarak toplum ve düzenin yeni koşul ve gelişmelere daha emin şekilde adapte olmasını gaye edinmektedir (Koç, 2019: s. 7).

Aile ve din kavramlarının yanı sıra bu anlayış milliyetçiliği de önemsemektedir. Muhafazakârlığın, milliyetçilik anlayışında liberal milliyetçiliğin kendi kaderini tayin etme düşüncesinden farklı olarak sosyal bütünlüğü koruma ve kamu düzenine katkı sağlama ve bu doğrultuda ulusal yurtseverlik duygusuna yer verilmektedir. Bu anlayışta milliyetçilik bireylerin görüş, alışkanlıklar, yaşam biçimleri açısından aynı duyguları beşmelerinden kaynaklı doğal bir bütünlük olarak değerlendirilmektedir (Şener & Çolak, 2015: s.397).

18. ve 19. yy'da burjuva özgürleşmesine tepkiden beslenen klasik muhafazakâr anlayış 1960'lı yıllarda liberal düşünce ile eklemlenmiş; yaşanan reformlar ve ilerlemeci değerlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığına inanılan Toplumsal düzeninin sağlanmasını ve toplumun güçlendirilmesini, otoritesinin onarılmasına ve sosyal disiplinin sağlanmasını esas alan neo-muhafazakarlığa bırakmıştır (Heywood, 2020: ss.118-120).

#### **1.1.2.1. Neo-Muhafazakarlık**

20 yy.'da özellikle liberal anlayışta değişim ile başlayan değişim rüzgarından muhafazakâr düşünce de etkilenmiş, özellikle 1970'lerde tekrar klasik liberal değerlere dönmek isteyen neo-liberal anlayış ve yükselen sağ ideolojiler muhafazakâr düşünceyi de dönüşüme itmiştir. Bu doğrultuda muhafazakâr artık bu tarihten itibaren temel anlayışı reddetmeden, piyasa ekonomisine karşı çıkmayan, din ve aile kavramlarındaki tahribatı engellemeyi, unutulmuş gelenekleri yeniden oluşturmayı amaçlayan, yeni toplum değerlerinin istikrara zarar vermeden uyumunu sağlamak gibi

sorunlara çözüm üretmede teori olarak dönüşüm yaşamıştır. Bu dönüşüm beraberinde neo- muhafazakâr kavramını getirmiştir (Işık, 2023: s.57).

Neo-muhafazakâr anlayışı refah devleti anlayışı sonucu ortaya çıkan merkezi, bürokrasi ağırlıklı ve müdahaleci anlayışa karşı tepki göstermiş, bu durumun bireyi devlete muhtaç kıldığını belirtmiştir. Yaşanan süreçte refah devleti anlayışı aile ve kilise kurumları başta olmak üzere geleneksel kurum ve değerleri oldukça zayıflatmıştır (Işık, 2023: s. 57).

Neo-liberalizmin iktisadi alanda devlet müdahalesini sınırlandırma politikasına karşılık neo-muhafazakarlık sosyal alanda eksikliği hissedilen söz konusu değerlerin ve kurumların öne çıkarılması gerektiğini savunmuştur (Aksu, 2018: s.30).

Neo-muhafazakâr anlayış, toplum ile devlet arasındaki sınırların aşılmasının, çoğunluğun tahakkümüne, insan doğasına aykırı bir eşitlik ve özgürlük anlayışına, daha fazla toplumsal çatışmaya, siyasi istikrarsızlığa ve ekonomik verimsizliğe yol açacağını savunmaktadır. Bu anlayış çerçevesinde, neo-muhafazakâr politikaların öncelikli hedefi; yasaları önemseyen, girişimci ruh taşıyan ve sorumluluk bilinci yüksek bir yurttaş profili oluşturmaktır (Aksu, 2018: s.30).

Neo-muhafazakâr anlayış, ahlaki prensipleri ve geleneksel değerleri yeniden canlandırarak zedelenmiş düzen ve yasaların onarılmasını, aile kurumlarının güçlendirilmesini, cezaların artırılmasını ve ulusal kimlik ile bağların pekiştirilmesini temel öncelik olarak görmektedir. Toplum düzeninin korunmasında devletin rolünü vazgeçilmez gören neo-muhafazakârlar devletin müdahalesinin süreklilik arz etmesi halinde ise toplumsal yapıda kendiliğinden oluşan hiyerarşik dengenin zarara uğrayacağını değerlendirmektedir (Duman, 2017: ss.15-34).

Neo-muhafazakâr anlayış muhafazakarlık ve liberalizmin bir sentezidir. Muhafazakârlar, başlangıçta değişime karşı dururken, zaman içinde sanayileşme ve ilerlemeyi reddetmenin toplumu geri bırakacağı görüşünü benimsemişler, bu doğrultuda bireysel özgürlük ile mülkiyet ilişkisini bütüncül bir şekilde ele almışlardır. Eşitlik anlayışını kabul etmekle birlikte güçlü bir devlet anlayışını savunmaktadırlar. Ancak söz konusu güçlü devlet ahlâk ve kamu düzeninin korunması ile sınırlı kalmalı özellikle ekonomik alandan uzak durmalıdır (Çetin, 2021: s.40).

Bu anlayışa göre, mülkiyetin korunması, serbest piyasanın etkili şekilde işleyişinin ve toplumsal düzenin sağlanması küçük ancak güçlü devlet ile mümkün olabilecektir. Devlet bu doğrultuda gerektiğinde güç kullanmalı, katı yaptırım ve cezalar uygulamalıdır (Tok, 2020: ss.241-242).

Neo-muhafazakâr anlayışı neo-liberal anlayışı ile bir sentez oluşturduğunda “*Yeni Sağ*”ın ideolojik temellerini oluşturmaktadır. Bu sentez, ekonomik anlamda piyasa özgürlüğünü, sosyal alanda ise geleneksel değerlerin ve otoritenin güçlendirilmesini öngören bütüncül bir dünya görüşü ortaya koyar. Bu yaklaşım, iktisadi ve sosyal politikaların piyasalaşması kadar bireyin sorumluluklarının artırılması ve ahlaklaştırılması süreçlerini de kapsamaktadır.

### **1.1.3. Yeni Sağ**

Liberal anlayışın; işsizliğin oranının düşürülerek, tam istihdamın sağlanması ve enflasyonun azaltılması noktasında herhangi bir fonksiyonu olmadığını savunan Keynes, bu anlayış doğrultusunda devletin sorunları giderecek şekilde politikaları yönlendirmesi gerektiğini önermiştir. Bu doğrultuda sosyal politika alanları genişletilmiş, kamu istihdamının artırılması, sağlık ve sosyal güvenlik gibi sosyal sektörlerin desteklenmesi, bu yönde sübvansiyonlar uygulanması Keynesyen “refah devleti” anlayışının araçları olmuştur. 1930’lu yıllarda Roosevelt tarafından yürürlüğe konan sendika ve çalışma düzenine yönelik “New Deal” politikaları, sosyal güvenlik sistemlerinin oluşturulması noktasında karşılığını bulan Keynesçi politikalar İkinci Dünya Savaşı sonrasında hızlıca kurumsallaşmıştır (Turgut, 2019: s.24).

1929’da yaşanan ekonomik buhrandan sonra ortaya çıkan söz konusu Keynesyen anlayış; işçi talepleri, eylemler ve sosyalizm gibi faktörler ile devlet-emek-sermaye arasında bir uzlaşmayı ifade eden refah devleti anlayışını ortaya çıkarmış fakat refah devleti 1970’lere gelindiğinde sermaye yatırımlarındaki azalmaya bununla birlikte talep artışına ve bu doğrultuda enflasyon ve durgunluğa sebep olmuş, süreçte yaşanan kriz Keynesyen ekonomi yerine yeni sağ anlayışı gündeme getirmiştir (Baltacı, 2004: s.360).

Yeni sağ ideolojisine ilişkin yapılan tanımlamalardan aslında bu kavramın daha önceki başlıklarda yer alan iki ideolojinin sentezinden oluşan bir kavram olduğu

anlaşılmaktadır. Buna göre bu kavram, iktisadi olarak neo-liberal anlayışı, kültürel ve toplumsal olarak ise Neo-muhafazakâr anlayışı esas alan, bu iki ideolojinin sentezi bir yapıda kendisini göstermektedir. Özellikle 1970’li yılların sonunda ortaya çıkan neo-liberal yaklaşıma felsefi alanda Neo-muhafazakâr anlayış eşlik etmiş bu iki ideolojinin birlikte oluşturduğu bütüncül anlayış “yeni sağ” kavramını meydana getirmiştir (Çalışkan, 2017: s.33). Yeni sağ anlayışının kurucusu Friedrich Hayek, muhafazakâr unsurlarını şekillendiren kişi ise Michael Oakeshott; bu kavramı literatürde ilk kez kullanan kişi ise Norman Barry olmuştur (Akıncı, 2013: s.113; Çetin, 2021: s.16).

Yeni sağ anlayışı devletin iktisadi alandan geri çekilmesi, sosyal harcamaları kısıması, bir işveren olarak hareket etmekten vazgeçmesini savunurken bununla birlikte değişim ile ortaya çıkabilecek boşluk ve toplumsal tepkilerin; aile, din, milli kimlik gibi muhafazakâr kurum ve değerlerle kapatılmasını amaçlamaktadır. Buna göre bu anlayış, iktisadi alanda piyasa önceliği ve müdahalenin olmadığı asgari devleti savunurken, geleneksel ve milli değerlerin korunması için güçlü devlet anlayışını dile getirmektedir (Küp, 2013: s.10).

Yeni Sağ anlayışına göre müdahaleci sosyal refah devleti anlayışı, kamu harcamalarının artması, bürokrasinin genişlemesi ve sosyal yardımların yaygınlaşması yoluyla devletin ekonomik ve toplumsal alanlardaki rolünü aşırı biçimde genişletmiş; bu durum da bireylerin özgürlük alanlarını daraltarak devlet bağımlılığını artırmıştır. Devletin piyasa müdahalesi piyasanın rasyonel tercih yapmasını engellemiş, özellikle hantallaşmış bürokrasi kaynakların israfına neden olmuştur. Oluşan bu sorunların çözümü için devletin yalnızca bireylerin can ve mal güvenliğini sağlamak, adaletin tesisi için yargı sistemini işletmek ve ülke sınırlarını korumak gibi geleneksel görevleri ile yetindiği, ekonomideki doğrudan üretici ve dağıtıcı anlayıştan çıktığı bir yapıda olması gerektiği savunulmuştur (Güler, 2005: s.97; Küp, 2013: s. 17). Devlete yüklenen aşırı sorumluluk piyasa hantallığına, bir tür tiranlığa neden olacak, günün sonunda devlet kendisine yüklenen bu aşırı sorumluluğu yerine getirmemekle birlikte halihazırda bunu yapabileceği dair inanç da ortadan kalkmış olacaktır (Barry, 1989: ss.1-26).

Yeni sağ anlayışı 1929’da yaşanan ekonomik buhran ile birlikte iktisadi alanda hayata geçirilen Keynesyen anlayışa tamamen karşı çıkmaktadır. Buna göre kamu harcamalarının azaltılmasını, devletin ekonomik ve sosyal alanlardaki etkinliğinin azaltılmasını savunmaktadır. Bu anlayışa göre devlet sosyal yardım sağlayan ya da hizmet üreten bir aktör olmaktan çok, denetleyici düzenleyici bir pozisyonda olmalıdır. Bürokrasi de bu anlayışa göre küçültülmeli, kamuda istihdam edilen personeli sayısı düşürülmelidir (Görmüş, 2014: ss.452-453; Jessop, 2002: s.367-405).

Bu anlayışın en temel ilkelerinden biri özelleştirmedir. Ekonomik verimlilik devlet desteğinden öte serbest piyasa koşulları altında sağlanabilecektir. Buna göre, kamuya ait iktisadi kurum ve kuruluşlar özelleştirilmeli; sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi devlet tarafından sağlanan hizmetler mümkün olduğunca piyasa aktörlerine devredilmelidir. Fiyat mekanizmasının serbest işlemesi, piyasa dışı müdahalelerin en aza indirilmesi gerekmektedir, bireylerin ihtiyaçları en etkili ve verimli şekilde karşılanması piyasanın müdahaleden uzak serbest şekilde işlemesi ile sağlanabilecektir (Akıncı, 2013: ss.112-113; Harvey, 2015: ss.72-95).

Yeni Sağ anlayışa göre birey rasyoneldir ve kendi hayatı boyunca yaptığı ve yapacağı tercihlerden aynı zamanda bu tercihler sonucunda ortaya çıkan sonuçtan sorumludur. Bu açıdan sosyal yardımlara bireyi bağımlı hale getireceğı için olumlu yaklaşmaz. Özellikle sosyal güvenlik sisteminin bu noktada bireyin çalışma hayatına katılması ve kendi primini ödeyerek sisteme katkı sağlaması noktasında yürütümünü savunmaktadır. Bu anlayışa göre toplumsal düzenin sağlıklı şekilde devamı noktasında aile, din ve ahlaki değerleri önemser. Özellikle bireyin toplumsal değerleri öğrenmesi ve sosyal hayatın kontrolünün sağlanması noktasında temel kurumu aile olarak kabul etmektedir. Yine sosyal politikalar birey değıl aile yapıları göz önüne alınarak oluşturulmalıdır (Heywood, 2020: s.119).

Serbest piyasa ekonomisinin sağlıklı bir şekilde işlemesi için kuvvetli bir hukuk sisteminin var olması gerekmektedir. Bunu ortaya çıkarabilmek için otoriter önlemler alınmalı ve güçlü bir hükümet etme düzeninin olması gerektiğini savunmaktadır (Bilir, 2021: s.73).

Söz konusu bu hususlar doğrultusunda yeni sağ; “Devletin küçültülmesi ile devletin faaliyet alanına giren iktisadi, siyasi ve toplumsal faaliyetlerin mümkün olduğunca piyasa dâhilinde düşünülmesini böylece piyasa aracılığı ile bireylerin girişim ve tercih serbestliklerinin artacağını savunan liberal kabuller ile muhafazakâr eğilimlerin sentezlendiği ideoloji” olarak tanımlanmaktadır (Ersöz, 2010: s.5).

Ekonomik durgunluk, devlet borçlarının artışı ve refah devleti anlayışına olan eleştirilerin odağında şekillenen yeni sağ anlayışı, neo-liberal yönüyle devletin ekonomik faaliyetlerden çekilmesini, piyasanın serbest şekilde işlemlenmesini ve kamu harcamalarının azaltılması gerektiğini vurgularken; neo-muhafazakâr yönüyle de geleneksel aile yapısını, bireysel sorumluluğu ön plana çıkarmaktadır (Bozdağlıoğlu, 2014: ss. 202-203).

Yeni sağ politikalar ilk olarak İngiltere’de 1979 Margeret Thatcher iktidarı ile başlamış, ABD’de ise 1980 yılında Ronald Reagan seçim zaferi ile birlikte iktisadi ve siyasi hayatta egemen olmuştur. 1970’de yaşanan kriz doğrultusunda Thatcher’ın enflasyon kontrolü ve devlet borçlarının azaltılmasını öngören monetarist politikayı; Reagan ise arz yanlı iktisat görüşünü benimsemiş iki liderin uyguladığı politikalar ekonomik açıdan güvenilirlik, medya tarafından desteklenme ve yayılma, politik destek gibi faktörler ile diğer ülkelerde de rağbet görmeye başlamış bu anlayışın Türkiye’deki temsilcisi ise Turgut Özal ve partisi Anavatan Partisi (ANAP) olmuştur (Şener & Çolak, 2015: ss.400-401).

### **1.1.3.1. Dünya’da Yeni Sağ: Thatcherizm ve Reaganizm**

1970’lerde yaşanan tecrübe İngiltere’de Margeret Thatcher’in ismiyle anılan “Thatcherizm”in doğuşunu beraberinde getirmiştir. Refah devletinin yerine getirmesi gereken sorumluluklarda yetersiz kalması ve oluşan kriz ortamı Thatcherizmi’i doğurmuş; oluşan koşulların bir ürünü olarak İngiltere’de Muhafazakâr Parti lideri Thatcher ve temsil ettiği siyasi felsefe içerisinde “yeni sağ” anlayışı söz konusu konjonktür içerisinde kendisini göstermiştir. Muhafazakâr Parti lideri Margeret Thatcher yeni sağ anlayışının muhafazakâr yönünü ve özellikle geleneksel muhafazakarlığın temel unsurlarını özgün düşünce şekli ve imajıyla birleştirerek ülkesinde önemli bir güç haline gelmiştir (Çoruk, 2020: s.32).

1975'te Muhafazakâr Parti'nin lideri olan ve 1979 seçimlerinden galip çıkarak iktidar olan Margeret Thatcher İngiltere'de yeni sağ anlayışı çerçevesinde üç dönem boyunca bu ülkeyi yönetmiştir (Küp, 2013: s.43).

Thatcher'ın iktisadi anlayışı yoğun para akışı, tasarrufun teşviki, devlete ait kurum ve kuruluşların özelleştirilmesi, piyasa mekanizması içerisinde bireysel tercihlerin serbest bırakılması, bireysel risk alımının iktisadi hayatta artışının sağlanması ve varlıklı kesimin sayısının artırılması şeklinde sıralanmaktadır. Özellikle Thacher'ın siyasi ve ekonomik anlayışı içerisinde sorumluluk duygusu önemli bir yer tutmaktadır. Buna göre birey, sorumluluk alırsa girişimcilik fırsatlarını daha iyi değerlendirebilecek bu sayede işsizlik ve yoksulluk azalabilecektir. Thacher'a göre birey eğer girişimci değil ise risk almıyorsa bu sorumsuz bir bireydir (Çoruk, 2020: s.35).

Bu anlayış ve uygulamalar doğrultusunda Thacher'ın izlediği politikaların adı olan "Thatcherizm"; *"güçlü liderlik ve her tür uzlaşmaya muhalefet olma; serbest piyasa ekonomisi, özelleştirme, kamu harcamalarının ve vergilerin azaltılması gibi yeni liberal öğeler ile geleneksel değerlerin savunucusu olma ve sendikal düşmanlık"* gibi unsurları içermektedir (Gül, 2006: s.215; Küp, 2013: s.44).

Devletin amacı (Küp, 2013: s.44); *"iş gücünü de içeren serbest piyasaya, kendi kendini düzenleyebileceği bir kurallar ve tüzükler çerçevesi sağlamaktır. Buna göre, işçiler ve piyasa arasında duran aracı kurumlar olan sendikaların rolünün değiştirilmesi ve zayıflatılması gerekmektedir."*

Thatcher uyguladığı politikalar arasında sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirdiği reformlarda önemli yer edinmiştir. ABD'li ekonomist Alan Enthoven'ı ülkesine getiren Thatcher ile İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi yeniden güncellenmiş, hastaneler doğrudan merkezi idareye bağlı birimler olmaktan çıkarılarak yarı özerk birimler olarak yapılandırılmıştır. Bu düzenleme ile söz konusu yapılar kâr amacı gütmeyen ancak işletme gibi yönetilen kurumlar haline gelmiş, aile hekimlerine bütçe verilerek hastalar adına hizmet satın alma yetkisi tanımış söz konusu bu uygulamalarla doğrudan hizmet sunan devlet yerine, piyasa mekanizmasına entegre olan, düzenleyici

rol üstlenen ve bireysel sorumluluğu artıran hâkim anlayış bu dönemde ön plana çıkarılmıştır (Yarar & Tunç, 2021: s.91).

ABD ise; birey, mülkiyet hakkı, serbest girişim ve sınırlı devlet gibi liberal değerlere bağlı olarak kurulmuş, bireyci ve bırakınız yapsınlar bırakınız geçsinler değerlerini benimsemiştir. Sosyal refah anlayışının ABD’de ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar, yine sosyal hayatta aile kavramı üzerinde oluşturduğu tahribat, gelir adaletsizliği ile birlikte ortaya çıkan siyahiler ile beyazlar arasındaki çatışma sonucunda muhafazakâr düşünce ile liberalizm taraftarlarını aynı noktada buluşturmuş ve bu buluşma ABD’de yeni sağ anlayışının doğuşunu beraberinde getirmiştir (Barry, 1989: ss.160-200).

Ronald Reagan, Cumhuriyetçi Parti’den girdiği seçimlerden başarıyla çıkarak iki dönem bu ülkeyi yönetmiş bu yönetimi doğrultusunda; ekonomide para politikasını uygulamış, sermaye birikim sürecini hızlandırmış, girişimcilerin önünde engel olduğu düşünülen unsurları kaldırmıştır. Yine federal devletin harcamaları bu dönemde azaltılmış bu sayede kamunun ekonomik hayattaki yeri gittikçe küçültülmüştür. Bu noktada bu dönemde sosyal güvenlik harcamalarının da önemli ölçüde azaltıldığını söyleyebiliriz. Yine Reagan döneminde, yerel yönetimlerin sorumlulukları artırılmış, ulusal savunmanın güçlendirilmesine ağırlık verilmiştir. Tüm bu neo-liberal politikalarla Ronald Reagan yeni sağ ideolojinin önemli bir temsilcisi halinde gelmiştir (Köksal, 2006: s.42).

Reagan uyguladığı liberal politikalar ile serbest piyasa sistemini geliştirmiş, ihracat ve sermaye birikimini teşvik etmiş, girişimci sınıfı destekleyici önlemler almıştır. Reagan federal devletin harcamalarını kıstak için kamuyu küçültme, sosyal güvenlik harcamalarını ve programlarını azaltma yolunu tercih etmiştir (Köksal, 2006: s.42).

İktisadi yönüyle “Reagan-ekonomi” olarak adlandırılan uygulamalar doğrultusunda ekonomide vergilerin düşürülmesi, kamu harcamalarının azaltılarak para arzını kontrol altına alınması sağlanmış, bu uygulamalar ile özellikle yatırım yapmadan iktisadi anlamda devlete bağımlı vatandaş anlayışını sona erdirilerek yatırım ve özel sektörün teşviki amaçlamıştır (Çetin, 2021: s.49).

### 1.1.3.2. Türkiye’de Yeni Sağ: Turgut Özal

Türkiye 1980’li yıllarda siyasi ve ekonomik anlamda ciddi bir dönüşüm yaşamış, 12 Eylül askeri darbesi ile birlikte oluşan otoriter istikrar ortamı neo-liberal politikaların uygulanmasına zemin hazırlamıştır. Bu sürecin aktörlerinden biri olan Turgut Özal kurduğu ANAP ile 1983 yılında iktidara gelmiştir. ABD’de Reagan ve İngiltere’de Thatcher hükümetinin uyguladığı yeni sağ ideoloji, Özal hükümetinin uyguladığı neo-liberal politikaların kaynağı olmuş; Özal benimsediği bu anlayış ile kapsamlı reformlar başlatmıştır (Boratav, 2011: s.175).

Özal’ın kurduğu ANAP 1970’li yılların sağ partilerinin unsurlarını bir araya getirmiş, Adalet Partisi gibi muhafazakâr, Milli Selamet Partisi gibi geleneklere bağlı, Milliyetçi Hareket Partisi gibi milliyetçi olmuş yine bununla birlikte sosyal demokratlar gibi sosyal adalete de inanmıştır. Liberalizm, muhafazakarlık, sosyal demokrasi ve milliyetçiliği ön plana çıkaran parti aynı zamanda teknolojik dönüşüme dayanan bir model benimsemiş; demokrasi, insan hakları ve sivil toplum kavramlarını ön plana çıkarma çabası içerisinde kendisine has bir yol izlemiştir (M. Z. Duman, 2008: s.142).

ANAP, 1980’li yıllarda merkezileştirmeyi başararak siyasette dönüşümün öncüsü olmayı başarmış, liberal yönü ile de yeni sağ anlayışına uyum sağlamıştır. Özellikle girişimci özgürlüğü, serbest piyasa anlayışı aynı zamanda aile, din, toplum ve devlet konusunda tutucu yanı ile yeni anlayışı içerisinde hareket etmiştir (M. Z. Duman, 2008: s.142).

*“Yirminci asrın ilk ve ikinci çeyreğinde, revaçta bulunan usul, refah devletiydi. Devletin refahı temin etmesi diye bir şey önümüzdeki asırda yok. Yani eğer bu yanlış tercihe kalkarsak, Türkiye’yi çok geriye atarız. Hatta asrın üçüncü çeyreğinde gelen bir sosyal devlet mefhumu var. O da bitiyor. Devletin rolü değişiyor. Yerine insanın rolü geliyor. 21. asra doğru giderken, bu faktörü çok iyi bilmemiz lazım. Her şeyi temin eden devlet yok, bitti. Yerine süratle, ferdin çok daha hareketli, üretken, yaratıcı olduğu, olabileceği, çok daha serbest bir ortam meydana gelecek.”* ifadesi ile Özal iktidar olduğu dönemde yeni sağ anlayışını tercih etme sebeplerini açıklamıştır (Aksu, 2018: s.76).

Özal'ın ekonomik politikalarının temelini 24 Ocak 1980 kararları oluşturmuştur. Söz konusu bu kararlar ile Türkiye'nin uygulamakta olduğu ithal ikameci iktisat politikası terk edilerek ihracata dayalı büyüme ve serbest piyasa temelli ekonomi modeline geçilmiştir. Bu süreçte devletin ekonomi içinde rolü azaltılmış, fiyat kontrolleri kaldırılmış ve özel sektör desteklenmiştir. Söz konusu bu kararlar neo-liberal politikaların başlangıç noktası kabul edilmektedir (Boratav, 2011: s.175).

Söz konusu kararlara göre; Türk Lirası'nın değeri döviz karşısında devalüe edilerek kontrol altına alınacak ve serbest bırakılacak, İthalat rejimi serbest bırakılacak ve ihracat kredileri gibi mekanizmalarla ihracat özendirilecek, Mal ve hizmetlerin fiyatlarının oluşumu piyasadaki arz ve talep güçlerine bırakılacak; mallar üzerindeki sübvansiyonlar kaldırılacak, ekonomideki kamu ağırlığı azaltılacak, taban fiyatlar ve ücretler artırılabacaktır (Aksu, 2018: s.72).

Özal'ın iktidarda olduğu 1983-1989 dönemi uyguladığı yeni sağ politikaları şu şekilde özetleyebiliriz. Bu dönemde dışa açılım sağlanmış, başta Amerika, Avrupa ve Ortadoğu ülkeleriyle ilişkiler geliştirilmiş, Avrupa Birliği'ne giriş için başvuruda bulunulmuştur. İnanç ve vicdan, düşünce ve ifade, serbest girişim özgürlüğü gibi özgürlüklerin önündeki engeller kaldırılmıştır. Serbest piyasa ekonomisine dayalı liberal politika ile milli gelir ve sanayiye dayalı ihracat arttırılmış, önemli altyapı yatırımlarına öncelik verilmiştir. Özal yeni sağ anlayışında olduğu gibi sağlık, eğitim, güvenlik ve altyapı gibi alanlarda destekleyici ve yönlendirici olmasını savunmuş, başlattığı özelleştirme politikası ile iktisadi kararların piyasada alınmasını sağlamayı ve bu sayede hizmet sunumunda kaliteyi arttırmayı, demokrasiyi güçlendirmeyi, hayat standartlarını yükseltmeyi amaç edinmiştir (M. Z. Duman, 2008: s.256).

Bu dönemin anlayışına göre sosyal güvenlik ve sosyal yardım politikası ve uygulamaları ölçülü olmalı, çalışmayı teşvik etmelidir. Uygulanacak sosyal politika muhtaçların korunmasını esas almalı, gelişimlerini kolaylaştırmaya yönelik olmalıdır. Özellikle gönüllü sosyal dayanışmayı, geleneksel sosyal yardımlaşma esaslarını ve kuruluşlarını teşvik edecek tedbirler alınmalıdır (Uyar, 2008: s.38).

Yeni sağ anlayışının etkisiyle sosyal politikalar da ekonomik rasyonaliteye bağlanmıştır. Bu dönemde sosyal harcamaların azaltılması, sosyal güvenlik sisteminin

mali sürdürülebilirliği ön plana çıkıştır. Emeklilik yaşının yükseltilmesi, katkı oranlarının artırılması ve özel sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması gibi adımlar atılmıştır. Bu dönem sosyal güvenlik sisteminin bir hak değil, maliyet unsuru olarak değerlendirilmesi ise dikkat çekicidir (Metin & Özaydın, 2014: ss.186-189; Buğra & Keyder, 2006: ss.211-228).

Yeni Sağ ideolojisinin sosyal politikalar üzerindeki etkisi, sağlık alanında yapısal dönüşümleri beraberinde getirmiştir. Bu dönüşüm; devletin rolünün yeniden tanımlanması, piyasa mekanizmalarının öne çıkarılması ve bireysel sorumluluğun artırılması gibi unsurlarla somutlaşmıştır. Bu ideolojik çerçevenin sağlık politikalarına etkisini kavrayabilmek için, sağlık ve sağlık sigortacılığı kavramlarının teorik temelde incelenmesi gerekmektedir. Bu çerçevede, sağlık ve sağlık sigortacılığı kavramları teorik temelleriyle ele alınacaktır.

## **1.2.Sağlık ve Sağlık Sigortacılığına İlişkin Temel Kavramlar**

### **1.2.1. Sosyal Güvenlik Kavramı**

İnsan, yaratılışından bu yana, yaşamı sırasında karşılaşılabileceği risklere karşı korunma ve geleceğinden emin olma ihtiyacı hissetmiş, bu amaç doğrultusunda bireysel veya toplu önlemler almaya çalışmıştır. Söz konusu bu önlemler 20. yüzyılda sosyal adaleti ve sosyal refahı sağlamayı hedefleyen sosyal devletin ortaya çıkmasıyla birlikte “sosyal güvenlik” adı verilen bir sistem içerisinde ele alınmaya başlanmıştır (Gerek, 2000: s.2).

Sosyal güvenliği herkes tarafından kabul edilebilecek bir şekilde tanımlamak zordur. Bunun en önemli nedeni olarak; sosyal güvenlik kavramı ile sosyal güvenliğin amaç ve hedeflerini ifade eden sosyal güvenlik politikaları kavramı ve bu politikalar doğrultusunda oluşturulan hukuki yapı ve Kurumları oluşturan sosyal güvenlik sistemi kavramının zaman zaman birbirleri yerine kullanılmasından (Oral, 2001: s.3) veya sosyal güvenlik kapsamına hangi risklerin girmesi gerektiğinin somut olarak belirlenememesinden kaynaklanabilmektedir (Bostancı, 2007: s.6).

Bu durum, yapılan tanımların dar anlamda sosyal güvenlik ve geniş anlamda sosyal güvenlik olmak üzere temelde iki gruba ayrılacak şekilde oluşmasını sağlamıştır. Dar anlamda sosyal güvenlik, iş kazaları, hastalık, işsizlik, yaşlılık,

malullük, ölüm gibi en çok rastlanan, en çok zarar veren sosyal risklerle karşılaşan bireylerin ekonomik güvencelerini sağlamaya yönelik yeniden dağıtım konusundaki organizasyonun tümünü ifade eder. Geniş anlamda sosyal güvenlik ise, belirli risklerle karşılaşan bireylere ekonomik güvencenin sağlanmasının yanı sıra bu risklerin ortaya çıkmasını engelleyen önlem ve tekniklerden yararlanılmasını, sosyal risklere karşı korunan bireylerin kişiliğinin geliştirilmesini kapsamaktadır (Güzel vd., 2024: s.9).

Sosyal güvenlik tanımı içerisinde yer alan sosyal riskler sosyal güvenlik sistem ve politikalarının hareket noktası olup insanı can, mal veya sağlık yönünden etkileyecek gelir azalmasına, gider artışına ya da gelir kesilmesine neden olan, gerçekleşmesi kesin ya da olası her türlü olay olarak tanımlanmaktadır (Oral, 2001: s.7).

Sosyal riskler ortaya çıkış nedenlerine göre üç grupta ele alınmaktadır. Bunlar iş kazaları ve meslek hastalıklarının içerisinde yer aldığı mesleki riskler; hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm risklerinin içerisinde yer aldığı ve kişinin kendi bünyesinde meydana gelen fizyolojik riskler ve işsizliğin de içerisinde yer aldığı sosyo-ekonomik risklerdir. Bu ayrımın yanı sıra; 1952 tarihli ve 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki ILO Sözleşmesi de sosyal riskleri; hastalık halinde sağlık yardımı, hastalık durumunda tazminat, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, malullük, aile yardımları ve ölüm yardımları şeklinde sıralamıştır (Tuncay & Ekmekçi, 2012: s.45).

Sosyal güvenlik; çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmuş olan bu sosyal risklere karşı kişilere ekonomik güvence sağlamayı ve gelecek endişesinden kurtarmayı amaçlamaktadır (Miras, 1998).

### **1.2.2. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı**

Sağlık kavramının ne olduğu konusunda farklı tanımlamalar söz konusudur. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun 2 nci maddesinde sağlık; *“yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali”* olarak tanımlanmıştır (Bostancı, 2007: s.25).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hemen tüm dünya ülkeleri tarafından kabul gören tanımına göre sağlık (Tekin, 1987: s.268); “*Bireyin sadece hastalık ya da sakatlığının bulunmayışı değil aynı zamanda bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam bir uyum ve iyilik içerisinde hayatını devam ettirebilmesidir.*”

Bir başka tanıma göre ise sağlık; fiziki ve sosyal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafanın ahenkli bir şekilde çalışması ve fonksiyonlarını yerine getirmesi olup hayattan zevk alınmasını, kişinin kendisi ve çevresi hakkında en doğru kararı vermesini ve verimli bir üretim seviyesine ulaşılmasını mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla toplum refahının sağlanmasında sağlık şartlarının iyileştirilmesi toplumsal bir amaçtır. Bununla beraber insanların ekonomide daha verimli olabilmesi ve amaçlanan üretim artışı için sağlık şartlarının iyileştirilmesi bir araç olmaktadır. (Orhaner, 2014: s.6).

Sağlık hakkı kavramı ise; “*genel olarak kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Hakeri, 2013: s.78).

Sosyal güvenliğin en önemli unsurlarından olan sağlık hakkı, ülkelerin temel insan haklarının sağlanması ve korunması yönündeki sorumluluklarının bir getirisi olarak yıllardır uluslararası ve ulusal düzeyde birçok düzenlemede yer almaktadır (Bostancı, 2007: s.35).

Ulusal düzenlemelere baktığımızda sosyal devlet ilkesini benimsemiş ilk Anayasa olan 1961 Anayasası'nda sağlık hakkı 49. madde ile; “*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayacağı tedbirler alır.*” şeklinde düzenlenmiştir (Bostancı, 2007: s.35).

1982 Anayasasında ise, 1961'den farklı olarak 56. maddesinde; Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu ve sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabileceğini düzenlenmiş, sağlık hakkından daha ziyade yaşam hakkı ile sağlık ve dengeli bir çevre vurgusu yapılmıştır. Yaşanan çevre sağlıklı değilse, bireye ne kadar

özen gösterilirse gösterilsin onu sağlığa kavuşturmak mümkün olmayacaktır (Bostancı, 2007: s.35).

Uluslararası kaynaklara baktığımızda ise sağlık hakkının birçok belge içerisinde yer aldığını görmekteyiz. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (İHEB) 25. maddesine göre sağlık hakkı; *“Herkesin, gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli toplumsal hizmetler dâhil olmak üzere sağlık ve gönencini güvence altına alacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak öteki durumlarda güvenliğe hakkı vardır.”* olarak tanımlanmaktadır (Doğru, 1998: s.13).

İHEB'in hukuksal bağlayıcılığı olmayan bir belge olması nedeniyle bu bildiride açıklanan ilkelerin geçerlilik kazanabilmesi amacıyla 1966 yılında imzalanan, bağlayıcı niteliği olan ve çeşitli yaptırımlar içeren Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesinde *“Bu sözleşmeye taraf devletler, herkese erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanır.”* ifadesiyle sağlık hakkına yer verilmekte ve sözleşmeye taraf devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler ayrıca belirtilmektedir (Doğru, 1998: s.13).

1961 yılında imzalanan, 1965 yılında yürürlüğe giren ve Türkiye'nin de 1989 yılında onayladığı Avrupa Sosyal Şartı'nın 13. maddesinde sağlık ve toplumsal yardım hakları, *“Toplumsal ve tıbbi yardım hakkının etkin bir şekilde kullanılmasını sağlamak için imzacı taraflar, yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla ya da başka kaynaklardan, özellikle bir toplumsal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık durumunda bu durumun gerektirdiği bakımı sunmayı üstlenirler.”* şeklinde düzenlenmektedir (Doğru, 1998: s.18).

Temelde sağlık hakkı konusu insan sağlığı olmakla birlikte, özellikle devlete çok yönlü bir ödev sorumluluğu altına alması noktasında büyük önem arz etmektedir. Sağlık hakkı yalnızca bireyin sağlığının korunması noktasında öznel bir yapıda olmayıp, toplumun sağlığının korunması noktasında da nesnel bir yapı arz etmektedir.

Buna göre sağlık hakkının yerine getirilmesi ile hem bireysel hem de toplumsal yararın gerçekleşmesi söz konusu olacaktır (Erdil, 2023: s.70).

### **1.2.3. Sağlık Hizmetleri**

#### **1.2.3.1. Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Özellikleri**

Sağlık hizmetleri kavramı bireyi ve toplumu sağlık risklerine karşı korumak, bu risk ile karşılaştıklarında tedavilerini sağlamak, maruz kaldıkları hastalık sonucu sakat kalmaları halinde hayatlarına devam etmelerini sağlama ve genel olarak tüm toplumun sağlık seviyesini yükseltme amacıyla gerçekleştirilen planlı çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Kızılova, 2015: s.21).

Bu hizmetin etkin bir şekilde gerçekleştirilebilmesi iki ana koşula bağlanmıştır. Bunlar kamu veya özel sektör aracılığı yeterli, erişilebilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması, ikincisi ise sağlık hizmetlerine erişim noktasında oluşacak masrafların yani tedavi giderlerinin finansman riskine karşı güvence sağlanmasıdır (Kuruca, 2012: s.43).

Kavram olarak sağlık hizmetlerinin özelliklerini dört ana başlıkta toplayabiliriz. Buna göre sağlık hizmetleri;

Belirsiz ve ertelenemez özellik taşır yani kişinin ne zaman bu hizmete ihtiyaç duyacağı önceden kestirilemez ancak bu hizmete ihtiyaç duyulduğunda ise acilen ihtiyacın karşılanması gerekmektedir (Kızılova, 2015: s.22).

Kamusal hizmet yönün ağır basmaktadır. Bireyin sağlıklı kalması yalnızca kendisini ilgilendiren bir husus olmayıp hayatta kalma sürecinin uzaması, çalışma hayatındaki kalış süresini artırması ve yine iş gücü kalitesini artırması nedeniyle kamusal yönünün ağır bastığı kabul edilmektedir. (Kızılova, 2015: s.22).

Alternatifsiz olması bu kavramın üçüncü özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmeti aynı düzeyde fayda sağlayacak başka bir hizmet ile ikame edilmesi söz konusu olmamaktadır. Sağlık riski ile karşılaşılmaması durumunda bu riski önleyebilecek belirli bir ilaç ve tedavi yöntemi söz konusu olabilmektedir. (Kızılova, 2015: s.22).

Çeşitli faktörlere göre değişim gösterebilmesi ise bu kavramın son özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu faktörler teknolojik, sosyolojik veya kültürel

faktörler olabilmekle birlikte, sağlık hizmet sunucularının söz konusu değişiklikleri takip etme ve değişen koşullara kendilerini uyarlamaları gerekmektedir (Kızılova, 2015: s.22).

### **1.2.3.2. Amaçlarına Göre Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri kavramının tanımından hareketle amaçlarına göre sağlık hizmetleri üç bölümde incelenmektedir. Bunlardan ilki sağlık hizmetleri sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı bozacak durumların ortadan kaldırılmasını ve toplumun tamamına yönelik sağlık risklerine karşı korumayı içeren koruyucu sağlık hizmetleri, diğeri ise bireylerin sağlık riski ile karşılaştıklarında kişilere verilen teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren tedavi edici sağlık hizmetleridir. Üçüncü hizmet olarak ise rehabilitasyon hizmetleridir (Tatar, 2011: s.4).

Koruyucu sağlık hizmeti bireyi ve toplumu söz konusu riske karşı korumayı amaçlarken; tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise amaç, erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi son olarak da bu riskle karşı karşıya kalan hastanın sağlığına en kısa sürede kavuşmasıdır (Tatar, 2011: s.4).

#### **1.2.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık riski ile karşı karşıya kalmadan bireyi ve toplumu bu risklere karşı koruma, bu riskleri önleme unsurlarını içeren koruyucu sağlık hizmetleri bireye yönelik olmakla birlikte aynı zamanda çevreye yönelik olarak da gerçekleştirilebilir (Kuruca, 2012: s.51).

Yeteri kadar temiz su sağlama, katı veya sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut ve endüstri sağlığı, haşerelerle savaş, hava kirliliği ile mücadele, gürültü ile mücadele hizmetleri çevreye yönelik önleyici sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmakta olup erken teşhis ve tanı, aşı, beslenme eğitimi, sağlık eğitimi ve aile planlaması hizmetleri ise bireye yönelik önleyici tedavi hizmetleri olarak uygulanmaktadır (Kuruca, 2012: s.51).

Söz konusu koruyucu sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetlerine göre daha etkili, ucuz ve kolaydır. Bu hizmetlerin birey ve topluma sunumu için personel ve araç-gereç ihtiyacı ve maliyeti daha azdır. Koruyucu sağlık hizmetleri için kullanılan

teknoloji basit ve ucuzdur. Bu hizmetler sayesinde sağlık hizmet sunucularının iş y¼k¼ b¼y¼k ¼l¼de azalmaktadır (Tatar, 2011: s.4).

#### **1.2.3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen sağlık riski ile karşılaşılması neticesi hastaların muayene ve tedavilerini içeren hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir ¼st aşamasını oluşturan bu hizmetler daha fazla ¼zel ve bireysel fayda doğurmaktadır. Kişiler aldıkları hizmet karşılığında sağlıklarına kavuşarak bireysel fayda elde ederken aynı zamanda topluma da sosyal fayda kazandırmaktadırlar (Başmanav, 2014: s.39).

Bu hizmetler kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve ¼¼nc¼ basamak tedavi hizmetleri olmak ¼zere 3 basamaklı olarak incelenmektedir.

*Birinci basamak tedavi hizmetleri;* sağlık riski ile karşı karşıya kalan hastanın m¼racaat ettiği sağlık hizmet sunucusunda yataksız hizmet verildiği basamaktır. Bu basamak verilecek muayene hizmetinin yataksız olarak y¼r¼t¼ld¼đ¼ ve yataklı olarak hizmet veren diğer basamaklara sevkini gerçekleştirilebileceği birimlerin yer aldığı basamaktır. Bu basamakta yer alan birimler aynı zamanda yataklı birimlerdeki hasta yoğunluğunun da ¼n¼ne geçilmesini amaçlamaktadır (Başmanav, 2014: s.40).

*İkinci basamak tedavi hizmetleri;* uzman doktorlar tarafından yataklı sağlık hizmeti verilen basamağı ifade etmektedir. Birinci basamakta yer alan birimler hastalara poliklinik hizmeti sunarken; ikinci basamak sağlık hizmetleri veren birimler ise yataklı tedavi hizmeti sunmaktadırlar. Bu noktada hastaneler esas olarak yataklı olarak hizmet vermekle birlikte ¼lkelerin sağlık sistemlerine g¼re hastalar birinci basamak hizmet sunucusuna m¼racaat etmeden ikinci basamağa m¼racaat edememektedir (Başmanav, 2014: s.40).

*¼¼nc¼ basamak tedavi hizmetleri;* teknoloji ve ihtisaslaşmanın ¼n planda olduğu basamaktır. Bu basamakta sağlık hizmet sunucuları ihtisaslaştığı alana g¼re ayrılmakta ve isimlendirilmektedir. ocuk hastalıkları hastanesi, ruh ve sinir hastalıkları hastanesi bu basamakta yer alan sağlık hizmet sunucularına ¼rnek olarak

gösterilebilir. Bununla birlikte bu basamakta yer alan üniversite hastaneleri aynı zamanda ikinci basamak sağlık hizmeti de sunabilmektedir (Başmanav, 2014: s.41).

### **1.2.3.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra karşılaştığı risk sonucunda bedenen veya ruhen engele uğramış kişilerin bu engellerinin düzeltilmesi eğer bu engellerin düzeltilmesi mümkün değil ise herhangi bir başka işte çalışmalarına olanak sağlayacak şekilde iş öğretme, iş bulma ve işe adapte sürecini içeren hizmetlere ise rehabilitasyon hizmeti adı verilmektedir (Başmanav, 2014: s.41).

Tıbbi ve mesleki-sosyal rehabilitasyon olarak iki ayrı alanda ele alınan rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak; kaybedilen organ yerine protez takılması veya engellilerin topluma uyum sağlamalarına yönelik düzenlenen uygulamalar örnek olarak gösterilebilir (Başmanav, 2014: s.41).

### **1.2.4. Sağlık Sigortacılığı ve Sağlık Sigortası Sistemleri**

#### **1.2.4.1. Sağlık Sigortacılığı Kavramı**

Sağlık sigortacılığı kavramı bireyin sağlık riski ile karşılaşması halinde oluşan masrafların karşılanmasını sağlayan sigorta türüdür. Sağlık riski ile karşılaşılması halinde oluşacak masrafların kişilerin ödeme güçlerini zorlama olasılığından hareketle bu tür bir riske karşı güvence için sağlık sigortacılığından yararlanılmaktadır (Tiryaki & Tatar, 2000: ss.123-138).

Sağlık sigortacılığı kamu nezdindeki resmî kurumlar ve özel sigorta şirketleri üzerinden olmak üzere iki şekilde yürütülmektedir. Kamu nezdinde yürütülen sağlık sigortacılığında şirket çalışan işçilerin ücretleri üzerinden yahut kendi nam ve hesabına çalışanlar beyan edecekleri gelir üzerinden ödeyecekleri prim üzerinden sağlık sigortacılığından faydalanırken; ödeme gücü olmayanlar için ise devlet prim katkısı yapabilmektedir (Gökmen, 2015: s.27).

Özel sağlık sigortası ise, daha çok kâr amaçlı bir sistem olup, sigorta başlangıç tarihinden itibaren sağlık riski ile karşılaşılması halinde oluşacak tetkik, tedavi, ilaç masrafı gibi sağlık hizmetlerinin finanse etmeyi taahhüt eden sigorta türüdür (Yıldırım, 2013). Bu sigorta türünde bireyin yaş, cinsiyet, sağlık durumu gibi kişisel

durumlarına göre ödeyeceği prim miktarı belirlenmekte; yüksek risk grubunda olduğu değerlendirilen kişilerden yüksek prim, düşük risk grubunda olduğu değerlendirilenlerden ise düşük prim alınmaktadır (Gökmen, 2015: s.29).

Tarihsel süreçte ilk sağlık sigortası uygulamasının Londra’da demiryolu yolcularının sigortalanması; ilk zorunlu sağlık sigortası uygulamasının ise 1883’te Almanya sanayi işçilerinin hastalık sigortası fonuna zorunlu katılımı başlanılmıştır. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrası katılımın zorunlu olduğu sosyal sağlık sigortası sistemlerinin ve buna alternatif olarak özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştığını görmekteyiz (Gökmen, 2015: s.29).

#### **1.2.4.2. Dünya Sağlık Sigorta Sistemleri**

Günümüzde bakıldığında sağlık hizmetlerinin finansmanı incelendiğinde, birçok ülkede finansman yapısının daha karmaşık bir yapı kazandığı görülmektedir. Vergiler, sosyal sigorta primleri, hane halkının cepten yaptığı ödemeler ve özel sağlık sigortası gibi farklı kaynakların bir arada kullanıldığı yapılar halihazırda karşımıza çıkmaktadır (Daştan & Çetinkaya, 2015: s.106).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerini finansman açısından genel kabul gören üç sistemden söz edebiliriz. Bunlar etkin devlet finansmanının olduğu ulusal sistem; ülkemizin de uyguladığı ve çalışanların ücretlerinden kesilen primler aracılığı ile finanse edilen sağlık sigortası modeli son olarak da serbest piyasa modelinin uygulandığı kâr amacı güden; alıcı bireyin tercihine ve alım gücüne bırakıldığı özel sağlık sigortası modeli (Gökmen, 2015: s.40).

##### **1.2.4.2.1. Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli)**

Sağlık sisteminin finansmanın tamamen kişilerden alınan vergilere dayandığı sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. II. Dünya savaşı sonrası 1948’de İngiltere’de uygulanmaya başlayan bu sisteme aynı zamanda İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi’ni tasarlayan William Beveridge’in adı olan “Beveridge sistemi” olarak da adlandırılmaktadır (Başmanav, 2014: s.43).

Bu sistemde sağlık hizmeti güvenlik, yol, elektrik gibi bir kamu malı olarak görülmektedir. Sağlık hizmet sunucularının birçoğu devlete aittir ve kamuya bağlı

doktorların yanı sıra özel doktorlarda maaşlarını devletten almaktadır (Daştan & Çetinkaya, 2015). Nüfusun tamamını kapsayan bu sistemde devlet sağlık hizmetini ücretsiz sunmakta; aynı zamanda sağlığı merkezi teşkilat aracılığı ile yönetmektedir (Başmanav, 2014: s.43).

Sistem bu özellikleriyle kapsadığı nüfusa eşit ve sürekli sağlık hizmeti sunabilmekte; ilaç gibi sağlık giderlerinde yüksek düzeyde tasarruf sağlamakta ve özellikle gelişmekte olan ülkeler için ideal bir sistem görünümü arz etmektedir. Fakat buna rağmen sağlık hizmetlerinde kalite düşüklüğü, kaynakların verimsiz kullanımı, birey ve toplumun göz ardı edimi noktasında da eleştirilere maruz kalmaktadır (Bostancı, 2007: s.55).

Günümüzde İngiltere, İspanya, Yeni Zelanda gibi ülkelerin kullandığı bu sistemi (Daştan & Çetinkaya, 2015) Portekiz, Yunanistan, Kanada, Avusturya gibi ülkelerde sınırlı biçimde uygulamaktadır. (Kızılova, 2015: s.28; Tatar, 2011: s.110).

#### **1.2.4.2.2. Sosyal Sağlık Sigorta Sistemi (Bismarck Modeli)**

Sosyal sağlık sigorta sistemi sağlık hizmetinin finansmanının çalışan kişilerden, işverenlerden alınan primlerden veya devlet katkısı ile sağlanan sistemdir. İlk olarak 1883'te Almanya'da Otto Van Bismarck önderliğinde başlanılan bu sistem geliri belirli düzeyin altında olan herkes için zorunlu tutulmuştur (Kızılova, 2015: s.28).

Sistemin en önemli özelliği kâr amacı gütmemesidir. Kişilerin taşıdığı sağlık riski ile finansman için ödenecek prim arasında herhangi bir bağlantı bu sistemde kurulamaz. Söz konusu benzer düzenlemeye halihazırda 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Kanunu'nda (SSGSSK) yer verilmiş olup madde sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile bunlardan yararlanma hususlarının düzenlendiği 62. Maddesinde; bu Kanun kapsamında alınan primler ile sunulan hizmetler arasında bir bağ kurulamayacağı düzenlenmiştir (Tatar, 2011: s.116).

Sistemin temel mantığı; kişilerin gelir durumlarına göre alınan primlerin bir yerde toplanması daha sonra sağlık riski ile karşılaşılması halinde ise ihtiyacı olan

kişilere biriken havuzdan veya kasadan faydalanılarak sağlık hizmetlerine erişilmesidir (Tatar, 2011: s.116).

Sistemden faydalanan kişilerin gelirlerinin temel alınarak düzenli olarak katkıda bulunmaları; sistemin bağımsız veya yarı özerk kuruluşlarca yönetilmeleri, sistemin nüfusun büyük bir bölümünü veya tamamını kapsaması bu sistemin en temel özellikleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Başmanav, 2014: s.44).

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede sıklıkla uygulanmaktadır. Bu ülkelerin başında Almanya, Fransa, Hollanda, Belçika, Japonya, İsviçre ve bazı Güney Amerika ülkeleri gelmektedir (Başmanav, 2014: s.44).

#### **1.2.4.2.3. Liberal Sağlık Sigorta Sistemi (Serbest Piyasa Modeli)**

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payının en az olduğu sistem liberal sağlık sistemidir. Acil durumlar, yaşlı ve muhtaç kişiler ile engelli olan kişilerin sağlık yardımları için sağlanan finansman dışında sunulan sağlık hizmetlerinin tamamı özel sağlık sigortalarının karşılanmaktadır (Kızılova, 2015: s.130).

Sistemdeki bir diğer önemli yapı özel sağlık kurumlarıdır. Liberal sistemde özel sağlık kuruluşları ve özel sağlık sigortaları temel unsurlar olarak öne çıkar. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı bu özel kuruluşlar aracılığıyla sunulmaktadır. Ancak bu durum, sistemin toplumun tamamını kapsamaması gibi bir dezavantajı da beraberinde getirir. Bu nedenle nüfusun belirli bir bölümü sağlık hizmetlerinden faydalanmadan sistemin dışında kalmaktadır. Liberal sağlık sistemini uygulayan ülkeler arasında ABD ve Kanada ön plana çıkmaktadır (Kızılova, 2015: s.130).

Yukarıda değinilen bu sistemler sağlık hizmetleri açısından, farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Ulusal sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin eşit ve dengeli bir şekilde dağıtılması, gereksiz kullanımın düşük olması ve hizmet tekrarlarının önlenmesi gibi avantajlar sunarken, sağlık harcamalarının miktar ve kalitesinin arzu edilen seviyede olmaması ve ciddi vakalarda uzman doktora hızlı erişim imkânı sağlanamaması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Sigorta sistemi ise doktor seçme özgürlüğü sunması ve kaliteli sağlık hizmeti sağlaması bakımından olumlu yönlere sahip olsa da herkesi kapsamaması, sağlık harcamalarının ve yönetim giderlerinin

oldukça yüksek olması ile sağlık hizmetlerinde dengesizlik gibi eksiklikler barındırmaktadır (Başmanav, 2014: s.45; Güzel Vd., 2024: ss.861-862).

Liberal sistem, teknoloji ve kalite açısından üst düzey bir konumda olsa da dengesizlikler ve harcamaların yüksekliği ile öne çıkmaktadır. Ayrıca, sağlık sistemleri literatürde farklı şekillerde sınıflandırılrsa da çoğu ülkenin uygulamalarında bu sistemler, ilk örneklerinden tamamen bağımsız olmamakla birlikte, genellikle diğer sistemlerden etkilenerek hibrit bir yapıya dönüşmektedir (Güzel vd., 2024: ss.861-862).

**TABLO 1: Sağlık Sistemleri Modelleri**

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti (İngiltere)	Sosyal Sağlık Sigortası (Almanya)	A.B.D.
Karar Mekanizması	Devlet tarafından	Sigorta Fonu ve hekim birlikleri tarafından	Özel Girişimcilik İlkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel Finansman
Sağlık Hizmetleri Sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

**KAYNAK:** (Tatar, 2011; Wild & Gibis, 2003)

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI: ABD, BİRLEŞİK KRALLIK VE TÜRKİYE SİSTEMLERİ

#### 2.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

ABD yaygın adıyla Birleşik Devletler veya Amerika, Kuzey Amerika kıtasındadır. Kanada ve Meksika arasında bulunan ülke, elli eyalet ve bir federal bölgeden oluşmakta ve federal anayasal cumhuriyet ile yönetilmektedir. Dünyanın, 9,8 milyon km<sup>2</sup> yüz ölçümü ile karasal alan bakımından dördüncü, toplam alan bakımındansa üçüncü en büyük ülkesi ve 334 milyonu aşan nüfusu ile de en kalabalık üçüncü ülkesi durumundadır (“Amerika Birleşik Devletleri”, 2025).

Genel olarak bakıldığında ABD sağlık sisteminin piyasa yaklaşımını benimsemiş bir sistem olduğunu görüyoruz. ABD’deki sağlık sistemi kamusal ve özel mekanizmaların karmaşık bir kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır. (Sarıyıldız vd., 2021) Liberal anlayışın en üst düzeyde uygulandığı sistem olarak da tanımlayabileceğimiz bu sistemin önemli özelliklerinden biri olarak doktorların kendi hastasını, hasta olan kişilerin de doktoru seçme serbestisine sahip olmasıdır (Şen, 2019: s.55).

ABD’de sağlık hizmetlerinin işleyişi ve yararlanma şekilleri noktasında; geliri durumu düşük olan kişilerin birinci basamak olarak da adlandırabileceğimiz aile hekimlerine başvuruları şeklinde gerçekleşmektedir. ABD’de aile hekimliği özel bir ihtisas alanı olarak karşımıza çıkmaktadır ve kırsal kesimde sağlık alanında rolü oldukça büyüktür. Genellikle hastane ve polikliniklerde hizmet veren aile hekimlerinin yanı sıra dahiliye, kadın doğum ve pediatri uzmanları da birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev almaktadır. Bunun yanı sıra sürekli bakım ihtiyacı doğuran veya kronik hastalıkların tedavi hizmetleri uzman hekimlerce ikincil sağlık hizmetleri kapsamında; psikiyatri, rehabilitasyon gibi yüksek uzmanlaşmaya dayalı hizmet sunumu ise üçüncül sağlık hizmeti kapsamında yer almaktadır. Ancak şu belirtmekte fayda var ki; ABD’de hizmet başağı olmadığı gibi aynı zamanda sevk zinciri de bulunmamaktadır. Yani kişi aile hekimine müracaat edip buradan bir üst sağlık

hizmetine yönlendirilebilmekle birlikte doğrudan istenilen sağlık sunucusuna da müracaat edebilir (Tek, 2018: s.55).

Bununla birlikte, ABD sağlık sistemi yaşlılara sunulan hizmetler bakımından ulusal sağlık sigortası modeline, gazi ve gazi çocuklarına sağlanan sağlık hizmeti bakımından Beveridge modeline, çalışanlara sunulan sağlık hizmetleri bakımından Bismarck modeline ve sağlık sigortası olmadan sağlık hizmetlerine erişen nüfustan dolayı da cepten ödeme modeliyle benzerlikler taşımaktadır Farklı modellerin karması olan ABD sağlık sisteminde sağlık hizmetleri sunumu hem hükümet tarafından (federal, eyalet ve yerel düzey) hem de özel sektör tarafından sunulmaktadır. Sağlık sisteminin düzenlenmesinden federal düzeyde Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (Health and Human Services) sorumludur. Bununla birlikte, her eyalet, belirli bir özerklik kapsamında, ulusal sağlık politikalarını hayata geçirmek için kendi Sağlık Bakanlığı'na (Department of Health) sahiptir (Daştan & Çetinkaya, 2015: s.108).

ABD sağlık sistemi, kamu ve özel sektör unsurlarından oluşan, kâr güdümlü ve kâr amacı gütmeyen sigorta kuruluşları ile sağlık hizmeti sağlayıcılarının bir arada faaliyet gösterdiği karmaşık bir yapıya sahiptir. Federal hükümet, 65 yaş ve üzerindeki bireylerle belirli engelli gruplar için ulusal Medicare programını finanse ederken, ayrıca düşük gelirli bireyler ve çocuklar için Medicaid ve Çocuk Sağlık Sigortası Programı gibi çeşitli sosyal güvenlik uygulamalarını desteklemektedir. Bunun yanı sıra, gazilere yönelik sağlık hizmetleri için de bütçe sağlamaktadır. Eyalet yönetimleri ise yerel düzeyde sağlık hizmeti kapsamının çeşitli yönlerini düzenlemekten ve finanse etmekten sorumludur (Tıkkänen vd., 2020).

Sağlık hizmeti kapsamının en yaygın biçimi olan özel sağlık sigortası, ağırlıklı olarak işverenler tarafından çalışanlara sunulmaktadır. Bu kapsamda, sigortasız nüfus oranı “Uygun Fiyatlı Bakım Yasası”nın (ACA) yürürlüğe girdiği 2010 yılında %16 iken, günümüzde bu oran %8,5'e gerilemiştir. Hem kamu hem de özel sigorta kuruluşları, federal ve eyalet düzeyindeki düzenlemelere tabi olarak kendi fayda paketlerini ve maliyet paylaşım politikalarını belirleyebilmektedir (Tıkkänen vd., 2020).

ABD sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları konusunda hizmet sunan ana yapıları; kar amaçlı sigorta şirketleri, kar amacı gütmeyen (mavi haç ve mavi kalkan) gütmeyen sağlık şirketleri, bağımsız sigorta planları ve kamu sigorta planları (Medicare, Medicaid) başlıkları altında incelenmektedir (Kuruca, 2012: 101).

*Kâr Amaçlı Sigorta Şirketleri;* ABD’de özellikle 65 yaş altında kalan nüfusun büyük çoğunluğu sağlık yardımlarına kâr amaçlı özel sigortalar aracılığı ile erişmektedir. Bu grubun büyük çoğunluğunu da işverenler oluşturmaktadır. Kamu sağlık programlarının kapsamının dar olması ve işverenler açısından özel sigorta şirketleri ile anlaşmanın vergi indirimi gibi çeşitli avantajlar sağlaması bu durumun nedeni olarak görülmektedir. Söz konusu kâr amaçlı sigorta şirketleri 3 tipte karşımıza çıkmaktadır. Bunlar kişilerin ferdi olarak yaptırdıkları bireysel sağlık sigortalar; işverenlerin yaptırdıkları grup sigortalar ve hastanın yüksek maliyetli masraflara %20 oranında kendisinin de katkıda bulunduğu ortak sigortadır. Uygulamada özel sigorta yaptıran kişiler için genellikle ödemeler kesinti şeklinde olmaktadır yani hasta tedavi için yapılacak harcamaların belli miktara kadar olanını kendi öderken bu tutarın üzerinde kalan kısım ise sigorta şirketi tarafından karşılanmaktadır (Kuruca, 2012: 102).

2018 yılında, özel sağlık sigortasına yönelik harcamalar, toplam sağlık harcamalarının üçte birini (%34) oluşturmuştur. Özel sağlık sigortası, Amerikalıların üçte ikisi (%67) için birincil sağlık güvencesi olarak işlev görmektedir. Bu sigorta türünün büyük bir kısmı (%55) işveren tarafından desteklenen planlarla sağlanırken, daha küçük bir kesimi (%11) bireyler tarafından kâr amacı güden ya da kâr amacı gütmeyen sigorta şirketlerinden satın alınmaktadır. Çoğu işveren, çalışanlarına sunulan sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla özel sigorta sağlayıcılarıyla anlaşma yapmaktadır. İşveren planlarının büyük bir kısmı, çalışanları ve onların bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerini kapsamaktadır ve genellikle çalışanlara birden fazla plan seçeneği sunulmaktadır. Hem işverenler hem de çalışanlar, bu tür sağlık sigortası planlarının primlerinin ödenmesine genellikle katkıda bulunmakta; ancak daha nadir durumlarda primler tamamen işverenler tarafından karşılanmaktadır (Tıkkänen vd., 2020).

*Kar Amacı Gütmeyen (Mavi Haç ve Mavi Kalkan) Sağlık Şirketleri;* ABD’de Amerikan Hastaneler Birliği ve Amerikan Hekimler Birliğince işletilen iki kâr amacı olmayan birlik bulunmaktadır. Bunlardan biri olan mavi haç hastane masraflarını; diğeri olan mavi kalkan ise doktor masraflarını karşılamaktadır. Bu birliklerin en büyük özelliği sağlık hizmeti sunumunu kendi hastanelerinde yapmaları nedeniyle maliyetleri aşağıya çekebilmeleridir (Şen, 2019: s.59).

*Bağımsız Sigorta Planları;* Sağlık destek organizasyonlarının sunduğu sigorta planlarıdır ve ABD sağlık sistemi içinde giderek daha büyük bir yer edinmektedir. Kâr amacı gütmeyen bu özel sağlık sigortalarının genellikle şehir bazlı bir yapılanmaya sahip olduğu gözlemlenmektedir (Şen, 2019: s.59).

*Medicare;* Bu program 65 yaş üstü kişilerin ve 65 yaş üstü olmamakla birlikte engellileri kapsayan sağlık programıdır. Medicare programına uygun olan nüfus grupları ve sağlanan faydaların çeşitliliği zamanla giderek genişlemiştir. 1972 yılında, 65 yaş altındaki uzun süreli engelli bireyler ile son evre böbrek hastalığına sahip kişiler de bu kapsama dahil edilmiştir. Tüm Medicare yararlanıcıları, hastane sigortası (Bölüm A) ve tıbbi sigorta (Bölüm B) sunan, hizmet başına ücret esasına dayalı geleneksel Medicare programına hak kazanmaktadır. 1973 yılından itibaren ise yararlanıcılara, kapsamlarını geleneksel Medicare veya Medicare Advantage (Bölüm C) yoluyla alma seçeneği sunulmuştur. Medicare Advantage planı kapsamında bireyler, özel bir sağlık bakım organizasyonuna (HMO) ya da yönetilen bir bakım organizasyonuna kaydolabilir. 2003 yılında, gönüllü ayakta tedavi reçeteli ilaç kapsama seçeneği sunan Bölüm D, Medicare programına eklenmiştir (Tikkanen vd., 2020).

Medicare A kapsamında sunulan sağlık yardımları, hastane tedavileri, özel hemşirelik bakımı, evde bakım ve kan ihtiyacıdır. Bununla birlikte Medicare A, tedavi yardımlarının tamamını değil bir kısmını karşılamaktadır. Medicare B kapsamında sunulan sağlık yardımları ise tüm tıbbi giderleri, laboratuvar hizmetleri, evde bakım hizmeti, ayakta tedavi ve kan hizmetleridir. Tıbbi giderler sınırsız olmakla birlikte masrafların belli kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır. Medicare C programı temel Medicare hizmetinin genişletilmiş avantajlı bir şeklidir. Göz ve diş hizmetlerini

içermektedir, cepten ödemeler temel hizmetten daha düşüktür. Medicare D programı temel Medicare programının kapsamadığı reçeteli ilaçların ödemelerini karşılamaktadır (Kuruca, 2012: s.104).

Genel olarak Medicare’de diş ve göz muayenelerinin kapsamı sınırlı tutulmuştur. Bu kapsamda sağlık hizmeti alan çoğu yararlanıcı için diş tedavileri kapsamında sağlanan hizmetler kapsam dışında tutulmuştur (Tikkanen vd., 2020).

*Medicaid*; bu program ise düşük gelirli yetişkinler, çocuklar, hamile kadınlar, yaşlı yetişkinler ve engelliler dâhil olmak üzere milyonlarca Amerikalı için sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır. Medicaid, eyaletler tarafından federal gerekliliklere göre yönetilmektedir. Program, devletler ve federal hükümet tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir (Kırılmaz vd., 2017: s.87). Söz konusu programı halihazırda ülkemizde uygulanan gelir testine göre gelir durumu düşük olanların içinde olduğu veya 2022 sayılı Kanun kapsamında engelli aylığı alanların içinde bulunduğu GSS uygulamasına benzetebiliriz (Kuruca, 2012: s.105).Günümüzde bu program tüm ABD nüfusunun %17.9’unu kapsamaktadır (Tikkanen vd., 2020).

Programın Finansmanını federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılmakta olup, harcamalarının kapsamı eyaletten eyalete değişmektedir. Federal düzenlemelere göre Medicaid, yatarak ve ayakta tedavi hastane hizmetleri, uzun süreli bakım, laboratuvar ve teşhis hizmetleri, aile planlaması, hemşire ebeler, bağımsız doğum merkezleri ve tıbbi randevulara ulaşım dahil olmak üzere geniş bir hizmet yelpazesini kapsamaktadır. Bunlara ek olarak eyaletler, fizik tedavi, diş ve görme hizmetleri dahil olmak üzere ek hizmetleri kapsama dahil etmektedirler. 2018 itibarıyla 39 eyalet diş tedavilerini kapsama dahil etmiştir (Tikkanen vd., 2020).

Bununla birlikte, Medicaid kapsamında bakılamayan ancak düşük gelirli ailelerin çocuklarının sağlık sigortası kapsamına alınması amacıyla “Çocuk Sağlık Sigortası Programı (CHIP)” geliştirilmiştir. Söz konusu program federal hükümet ve eyaletler tarafından finanse edilmekte ayrıca sigortalıların gelirlerinin %5’ini geçmeyecek şekilde ailelerden katkı payı da bu programda alınmaktadır (Kırılmaz vd., 2017: s.87).

Diğer taraftan, 2010 yılında ABD'de “*Düşük Maliyetli Sağlık Sigortası Reformu (ACA)*” sağlık sigortası kapsamını genişletmek ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini kontrol altına almak amacıyla yürürlüğe girmiştir. Söz konusu reform; Tüm bireylerin sağlık sigortası yaptırmasını zorunlu kılarak, sigortalı havuzunu genişletmeyi ve böylece maliyetleri düşürmeyi hedeflemiştir. (2019 itibarıyla bu zorunluluk kaldırılmıştır.) Medicare ve Medicaid programlarının kapsamını genişleterek, daha fazla kişinin sigorta kapsamına alınması ve bu sayede sağlık hizmetlerine erişimin artırılması amaçlamıştır. Yüksek gelirli bireyler için ek Medicare vergileri ve belirli sağlık hizmetlerine uygulanan tüketim vergileri ile sağlık harcamalarının finansmanını desteklemiştir. Önceden var olan sağlık koşulları nedeniyle sigorta reddini yasaklayarak ve sigorta planlarının asgari standartlarını belirleyerek, sigorta piyasasında rekabeti artırmayı ve maliyetleri kontrol altına almayı hedeflemiştir. Söz konusu düzenlemeler ile tahmini olarak 20 milyon kişinin sağlık sigortası kapsamına alınması sağlanmış; 19 ila 64 yaş arasındaki sigortasız yetişkinlerin oranı 2010'daki yüzde 20 iken 2018'de bu oran yüzde 12'ye düşürülmüştür (Tikkanen vd., 2020).

Bireysel sigorta yaptırma zorunluluğunun kaldırılması, daha fazla kişinin kapsama alınması ve riskin artmasıyla birlikte prim tutarlarında yüksek düzeyde artış olması, düşük gelirli bireyleri kapsamına alan Medicaid'in genişlemesinin yargı tarafından durdurulması, küçük işletmelere zorunlu sağlık sigortası yaptırma uygulamasının bu şirketler üzerinde mali külfet oluşturması ve son olarak ABD'de sağlık hizmetlerinin halen yüksek düzeyde kalması uygulamada beklenenin altında bir başarının sağlanamamasına neden olmuştur (Tikkanen vd., 2020).

ABD'de toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'ye oranı 16.7 olup bu oran OECD ülkeleri içerisinde en yüksek rakamdır. ABD sağlık harcamaları 2022 yılında % 4.1 büyüyerek 4.5 trilyon dolara ulaşmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 12.555 dolar olarak karşımıza çıkmaktadır (OECD, 2022a).

ABD bu maliyetleri; Medicare ve Gaziler Sağlık İdaresi (VHA) gibi federal programlar, sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemeler için belirli tarifeler belirleyerek; Medicaid ve Medicare'in yönetim organizasyonlarına sabit ödemeler

yapıp harcamaları belirli bir bütçe dahilinde tutarak; hastaların cepten yapacakları harcamaları artırma yoluyla sağlık hizmetlerinin kullanımını daha dikkatli yapmalarını teşvik ederek; VHA gibi bazı federal programlar aracılığı ile ilaç fiyatlarını doğrudan üreticilerle müzakere ederek düşürmeye çalışmaktadır. Yine ABD’de yer alan özel sigorta şirketleri de sağlık hizmeti sunucularıyla fiyatlar konusunda pazarlık yaparak, maliyet ve risk paylaşımına dayalı ödeme modelleri geliştirerek, yapılacak anlaşmaları daha uygun fiyatlı veya yüksek kaliteli hizmet sunanlar ile yaparak yahut denetleme yoluyla sunulan hizmetlerin gerekliliğini ve uygunluğunu denetleyerek söz konusu maliyetleri düşürmeye çalışmaktadır (Tikkanen vd., 2020).

Son birkaç yılda, ABD nüfusunun yaklaşık yarısına sağlık sigortası sağlayan işverenler, sigorta şirketleri ile anlaşma yerine sağlık maliyetlerini düşürme amacıyla çeşitli adımlar atmıştır. Bazı büyük işverenler, Amazon, Berkshire Hathaway ve JP Morgan gibi firmalar, kendi kâr amacı gütmeyen sağlık hizmeti şirketlerini kurmak için başka şirketlerle birleşme yolunu tercih etmiş; Apple gibi bazı firmalar da sağlık maliyetlerini düşürmek amacıyla çalışanlarına yerinde sağlık hizmeti sağlamak için doğrudan sağlık hizmet sunucularını işe alarak kendi sağlık polikliniklerini oluşturmaya başlamıştır (Tikkanen vd., 2020).

## **2.2. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**

İngiltere adıyla bilinen Birleşik Krallık 4 ülke birleşimi ile kurulmuş, Kuzeybatı Avrupa’da bulunan Birleşik Krallık bölgesi İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda’dan meydana gelen bir ada ülkesidir. Bölgede yaşayan yaklaşık 64 Milyonluk nüfusun büyük çoğunluğu İngiltere’de ikamet etmektedir (Eke & Kişi, 2019: s.1). İngiltere başta birçok ülkenin kullandığı dil olan İngilizce’nin yine diğer ülkelerin ortak hukuk sistemlerinin temelini oluşturan İngiliz hukuk sisteminin kökeni konumundadır. Bununla beraber İngiliz parlamenter hükümet sistemi de yine diğer ülkelere benimsenmiş bir anlayış olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya’da ilk sanayileşmiş toplum olarak bilinen bu ülke bunu yine burada gerçekleşmiş olan sanayi Devrimi sayesinde gerçekleştirmiştir. İngiltere cari fiyatlarıyla gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), 2.942 milyar ABD doları; GSYİH’den kişi başına düşen miktarı ise 45.603 ABD dolarıdır (“İngiltere”, 2025).

Tarihsel süreçte İngiltere, gelir durumu iyi olanların sağlık hizmetine erişebildiği, yoksullara hayır kurumları ve sosyal reformcular tarafından sağlık hizmetlerinin sağlandığı bir yapıdan 1911’de çıkarılan Ulusal Sigorta Yasası ile yalnızca çalışan kişileri kapsayan bir sağlık sistemine sahipti (Eke & Kişi, 2019). 1942 yılında Sir Willam Beveridge tarafından Parlamento’ya sunulan rapor doğrultusunda 1946 yılında yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmeti Yasası doğrultusunda İngiltere Sağlık Sistemi (NHS) kurulmuştur. Söz konusu rapor işsizliği, yoksulluğu, hastalıkları ortadan kaldırma ve eğitim geliştirme gibi pek çok sosyal konuyu kapsamakla birlikte aynı zamanda ücretsiz sağlık hizmeti sunumu fikrini de ortaya koymuştur (Tikkanen vd., 2020a).

1948 yılında kurulan bu sistem ile herkese ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaya başlanmış ve tamamen kamu finansmanına dayanan bir sistem kurulmuştur. Bu yapı özellikle vergi gelirlerine karşın artan sağlık maliyetlerine karşısında çeşitli mali sorunlarla karşı karşıya kalmış ve bu doğrultuda 1980’lerde iktidara gelen Margaret Thatcher liderliğindeki Muhafazakâr hükümet ile hakimiyet artan neo-liberal politikalar doğrultusunda sistem içerisinde çeşitli reformlar gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda sistemde özelleştirmenin artırılması, rekabetçi piyasa ve kamu payının azaltılması noktasında çeşitli adımlar atılmıştır. Thatcher hükümeti sistemi biraz daha piyasalaştırarak hastaneleri bağımsız vakıflara dönüştürmüş, temizlik, çamaşırhane, bulaşık gibi hizmetlerin taşeron şirketlere devredilmesi gibi hizmet satın alma modelini getirmiş ve özel sektörün sisteme dahil olmasını teşvik etmiştir (Tikkanen vd., 2020a).

1980’lerde gerçekleştirilen bu reformları 1990 yılı sonrası iç pazar modeli ve kamu-özel ortaklıkları gibi uygulamaları esas alan yeni reformlar takip etmiş son olarak 2010 yılında Muhafazakâr Parti ve Liberal Demokrat Parti Koalisyonu ile birlikte sistem üzerinde yeniden yapılandırma yaşamıştır (Eke & Kişi, 2019: s.2690).

İngiltere Sağlık Sistemi kapsamında şu anda İngiltere’de ikamet eden herkes ayrıca Avrupa Sağlık Kartı olan kişiler de sistem kapsamında sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Bunun dışında kalan yabancılar ve bazı göçmenler yalnızca acil

servis ve bazı bulaşıcı hastalıkların tedavilerini sistem kapsamında alabilmektedir (Tikkanen vd., 2020a).

Genel anlamda İngiltere sağlık sisteminin beş temel ayak üzerinde örgütlendiğini söyleyebiliriz. Bunlar Türkiye’deki gibi bir uzmanlık alanı olan genel pratisyenler; uzman doktorların çalıştığı ve ortalama üç milyon kişiye hizmet verecek şekilde düzenlenmiş bölge hastaneleri; sağlık hizmeti ile birlikte aynı zamanda tedavi edici sağlık eğitimi ile ilgilenen eğitim hastaneleri, ülke genelinde koruyucu toplum sağlık hizmeti görevini üstlenen yerel sağlık yönetimleri ve sistem içerisinde özerk sağlık hizmeti sağlayan ve Sağlık Bakanı’na bağlı işletme niteliği taşıyan Trust Hastaneleri beşinci ayağı oluşturmaktadır (Şen, 2019: s.44).

Söz konusu bu beş temel ayak doğrultusunda sistem basamaklı bir yapıda işlemekte ve faydalanıcıların sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmesi için basamaklar arasındaki sevk zincirine uyması gerekmektedir. Buna göre öncelikle genel pratisyenlerin görev aldığı birinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvurulması devamında uzman hekimlerin yer aldığı ikinci basamak yahut üst düzey ihtisas sahibi uzman hekimlerin yer aldığı ve bölge yahut ülke düzeyinde hizmet veren hastanelere sevk ile müracaat edilmesi gerekmektedir (Tek, 2018: s.51).

İngiltere’de genel pratisyenlerin hastalarla ilk temas noktası olduğunu söyleyebiliriz. Pratisyen hekim eğer gerekli görürse hastayı bir üst sağlık kuruluşuna sevk etmekte fakat söz konusu sevk ile pratisyenlerin sorumluluğu sona ermemektedir. Üst basamaktaki hekim pratisyene hastanın durumunu rapor etmekte ve bu doğrultuda pratisyen söz konusu hastanın takibine devam etmektedir. İngiltere sisteminde pratisyenlere başvurmak yerine doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına başvuru yapılması halinde sistem sağlık harcamalarını karşılamamakta, tedavi giderleri bizzat hasta tarafından karşılanmaktadır (Akman & Tarım, 2020: s.312).

İngiltere’de genel sağlık politikalarının sorumluluğu Parlamento ve Sağlık Bakanlığı’na aittir. Sağlık Sisteminin günlük işleyişi ise Bakanlıktan bağımsız ancak devlet tarafından fon sağlanan bir kuruluş olan “NHS İngiltere” tarafından yönetilmektedir. Bu kuruluş sistemin bütçesini yönetmekte, klinik komisyon

gruplarını denetlemekte, belirli sağlık hizmetlerini doğrudan sağlamakta veya finanse etmekte, belirlenen hedefler doğrultusunda sağlık politikalarını yönlendirmekte ve son olarak elektronik sağlık kayıtları ve randevu sistemleri gibi dijital sağlık hizmetlerinin standartlarını belirlenmektedir (Tikkanen vd., 2020a).

Bununla beraber devlet sağlık hizmeti sunumu noktasında hastanelere, ruh sağlığı merkezlerine, ambulans hizmeti sunucularına sahip olmakla birlikte sağlık sistemi içerisinde çeşitli düzenleyici kurumları da barındırmaktadır. Sistem içerisinde yer alan sağlık hizmet sunucularını lisanslandırın “NHS iyileştirme Kurumu”, güvenlik ve kalite standartlarını denetleyen “Bakım Kalite Komisyonu”, klinik olarak etkili tedaviler için rehberlik oluşturan “Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü” ve görevli personelin eğitim ve planlamasını yöneten “Sağlık Eğitimi İngiltere” bu Kuruluşlar olarak karışımıza çıkmaktadır (Tikkanen vd., 2020a).

İngiltere sağlık sistemi ABD sisteminin tersine kamu ağırlıklı bir yapı arz etmektedir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde %79.4 pay kamuya aittir ve bu harcamaların büyük bir bölümü genel vergilerden karşılanmıştır. Sistem tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ve sistemin kendi hastanelerinde verilen ilaçlar ücretsiz olmakla birlikte, ayakta tedavi sonucu sağlanan hizmetler ile diş sağlığı hizmetlerinden katkı payı alınmaktadır. Bu noktadan hareketle istatistiklere bakıldığında toplam sağlık harcamalarının %15’inin cepten ödeme olarak yapıldığını görmekteyiz (Tikkanen vd., 2020a).

Sistem tarafından karşılanan sağlık hizmetleri kapsamında; ayaktan aile hekimi, uzman hekim muayenelerinde ve hastanede yatarak tedavilerde kişilerden katılım payı alınmamaktadır. 2018 yılı rakamlarına göre diş hekimi muayenelerinde ise 21,60 sterlin, 59,10 sterlin ve 256,50 sterlin sağlanan tedavi türüne göre ve işlem türüne göre değişen üç ayrı katılım payı grubu bulunmaktadır. İlaç katılım payı olarak ise reçeteye yazılan her bir kalem için 8,80 sterlin katılım payı uygulanmaktadır. bununla birlikte geliri düşük olması nedeniyle sosyal yardım alanlar, 16 yaşından küçükler, hamileler ve emziren anneler diş tedavisi ve ilaç katılım payından muaf tutulmuşlardır (SGK, 2019: ss.65-66).

İngiltere’de sağlık sistemi kapsamında sunulacak hizmetler net olarak yasada belirtilmemiştir ancak yasaya göre Sağlık Bakanı’nın kapsamlı bir hizmet sunma yükümlülüğü bulunmaktadır. Buna göre önleyici, ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri, doğum, aile hekimliği, klinik diş ve göz tedavileri, ruh sağlığı, rehabilitasyon hizmetleri ve bazı tıbbi cihazlar sistem tarafından karşılanan sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu bu hizmetlerin kapsamı yerel “Klinik Komisyon Grupları (CCG)” tarafından belirlenmektedir (Tikkanen vd., 2020a).

Son olarak 2014 yılının Ekim ayında sistem içerisinde yer alan kuruluşlar “Beş Yıllık İleriye Dönük Görünüm” isimli stratejik belgeyi açıklayarak sistemin karşı karşıya kaldığı zorlukları ve çözüm önerilerini dile getirerek bir çözüm planı ortaya koymuştur. Söz konusu plan; farklı branşlardan uzmanların bir araya getirilerek oluşturulacak daha büyük birincil bakım merkezleri uygulaması, uzun vadeli bakım evlerinde sağlık hizmetlerinin artırılması, acil hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik ağlar kurulması, hastane ve toplum temelli bakımın entegre edilmesi, önleyici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi hususlarını kapsamış olup plan çerçevesinde birinci basamak sağlık merkezlerindeki doktor eksikliğini azaltmak ve özellikle pratisyen hekimlerin yükünü azaltmaya yönelik çözüm önerileri sunulmuştur. Söz konusu planı 2019 yılında yayımlanan NHS Uzun Vadeli Plan takip etmiş, bu plan ile de sunulan sağlık hizmetleri arasında entegrasyon ve işbirliğini artırma, kronik hastalıklara yönelik ulusal stratejiler geliştirme yine özellikle birinci basamak sağlık hizmeti ağları arasındaki işbirliğini artırma amaçlanmıştır. Bu iki plan ile İngiltere sağlık sistemi için daha sürdürülebilir ve verimli bir sistem oluşturma amaçlanmıştır (Tikkanen vd., 2020a).

### **2.3. Türkiye Zorunlu Genel Sağlık Sigortası Sistemi**

#### **2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve GSS’ye Geçiş Süreci**

Türkiye sağlık sistemi 1920-1938 döneminde 02.05.1920 tarih ve 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekilleri Heyetinin İntihabına Dair Kanun ile toplumun sağlık statüsünü iyileştirme, sağlık hizmeti sunma ve politika üretmekten sorumlu temel kurum olarak Sağlık Bakanlığı (SB)’nin kurulduğu bu dönemde sağlık

sisteminin örgütlenmesi ve yapılanmasına yönelik önemli adımlar atıldığını görmekteyiz (Tengilimoğlu vd., 2021: s.127).

1938-1960'lı yıllarda ise vatandaşlara sunulan tedavi hizmetlerinin devlet sorumluluğunda olduğunun kabul edilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişilere eşit olanakların sağlanması ve kalite standartlarının yükseltilmesi konusunda gelişmeler yaşanmış; 1952 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu (SSK) kapsamında sağlık hizmeti sunulmaya başlanması ile birlikte sağlık hizmeti sunumunda SB dışına çıkmıştır (Fişek, 1983: ss.161-162) .

1960'lı yıllarda ise GSS kavramı ilk defa dile getirilmeye başlanmış, 1967 yılında hazırlanan kanun teklifi 1969 yılında TBMM tarafından kabul edilmemiştir. Bu dönemde çıkarılan 1961 Anayasası'nın Sosyal Güvenlik başlığı altındaki 48. maddesinde; *“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak Devletin ödevlerindedir.”* denilerek sosyal güvenlik temel insan haklarından biri ve devlet görevi olarak tarif edilerek garanti altına alınmıştır (Sur & Atlı, 2001: s.1245).

GSS'nin kavram olarak ilk defa dile getirildiği 1960 yılında sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı kurulmuş ve bu kurum ile sağlık da dahil olmak üzere tüm sektörler yeniden düzenlenerek planlı kalkınma dönemine girilmiştir (Ergör & Öztekin, 2000). 1960-1983 tarihleri arasında çıkarılan beş kalkınma planında da GSS'ye ilişkin konulara yer verilmiş, özellikle çalışan ve çalışmayan herkesi kapsayan sağlık hizmetlerinin tek elden yürütüldüğü, kaliteli ve genel sağlık düzeyini yükseltmeyi hedefleyen bir sistemin kurulması gerekliliğine yer verilmiştir (*Yıllık Kalkınma Planları*, 2025).

1980'li yıllara gelindiğinde 12 Eylül darbesi sonrası hazırlanan 1982 Anayasası'nda “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlığı altında yer alan 56. maddesi; *“Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal*

*kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”* şeklinde düzenlenmiş; madde ile sağlık hizmetlerinin sunumunun, devlet tarafından tek elden yaygın bir şekilde yerine getirilmesi görev olarak kabul edilmiş olup, bu görevin yerine getirilmesi için kanunla bir GSS kurulabileceği belirtilmiştir (Özuysal, 2011: s.18).

Bu dönemde yayımlanan kalkınma planları çerçevesinde, 1990 ve 1992 yıllarında hazırlanarak TBMM’ye sunulan GSS kanun tasarıları, gerçekçi bulunmayan yönleri nedeniyle kabul edilmemiş ve taslak olmaktan öteye geçememiştir (Özuysal, 2011: s.18).

2000’li yıllarda geline nokta, Türkiye kamu sağlık sigortası sistemi daha önce topluma sınırlı güvence sunan bir yapı arz etmekteydi. Ulusal sağlık sistemi ile kayıtlı olarak bir işveren yanında çalışan kişiler, esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanları ve son olarak devlet memurları ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişileri sağlık güvencesi altında sağlık harcamalarını doğrudan devlet bütçesinden karşılamaktaydı. Yoksul ve düşük gelirli sigortasız gruplar için ise 1992 yılında yürürlüğe giren ve yalnızca yatan hasta sağlık hizmetlerini karşılamaya yönelik Yeşil Kart uygulaması ile sağlık yardımları karşılanmaktaydı. Bu yapı SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı olmak üzere 3 farklı sosyal güvenlik sisteminin sunduğu 3 farklı teminat paketini içermekte, bu sistemin mensup olduğu gruplar farklı kurallar çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişebilmekte idi. Farklı mevzuatlardan kaynaklı bu durumun oluşma sebebi aynı zamanda sağlık sigortacılığı sisteminin ödeme mekanizmasının da farklılık göstermesinden kaynaklanmaktaydı. SSK sahip olduğu hastaneler aracılığı ile sağlık harcamalarını kendi bütçesinden finanse ederken Emekli Sandığı ve Bağ-Kur hizmet başı ödeme şeklinde sağlık hizmet sunucusuna ödeme yapıyordu. Söz konusu bu durum parçalı ve ikili bir sağlık finansmanı ve sunumuna sebep olmaktadır. İşte bu farklı ve hakkaniyetsiz yapının olumsuzluklarını gidermek ve daha adil bir yapı kurmak amacıyla Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) döneminde Hükümet tarafından kamuya sunulan Acil Eylem Planıyla (2002) sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık sigortacılığı alanında köklü değişiklikler içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulanmaya başlanmıştır (Özuysal, 2011: s.18).

SDP on birleşene sahip bir program olup bu bileşenlerin bazıları 2003 yılında bazıları ise 2007 yılında ortaya konmuştur. Söz bu bileşenler; SB'nın planlayıcı ve denetleyici yapıda olması, herkesi tek çatı altında birleştiren GSS sisteminin oluşturulması, yaygın, erişimi kolay sağlık sistemi (güçlendirilmiş aile hekimliği, etkili sevk zinciri, özerk yapılı hastaneler), bilgili ve becerili sağlık insan gücü, sistemi denetleyecek kurumlar, kalite ve akreditasyon, ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumları, sağlık bilgi sisteminin kurulması, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarının hayata geçirilmesi, tüm aktörlerin harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği, sınır ötesi sağlık hizmetleri şeklinde sıralanmaktadır. Söz konusu bu bileşenlerin ilk dördü Dünya Bankası'nın önerdiği yerelleşme, ücretlendirme ve özelleşme araçları ile tam örtüşmektedir (Güler, 2005: 192-194).

Sağlık hizmetlerine erişim imkânlarının artırılması, hizmet kalitesinin geliştirilmesi ve GSS sisteminin oluşturulması amacıyla başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmeti ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler SB bünyesinde toplanmıştır (SGK, 2007: s58).

Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) uygulanması aşamasında Sağlıkta Dönüşüm Programı devam etmiş ve Sosyal Güvenlik Reformu hayata geçirilmiştir (SGK, 2007: s.58).

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Mayıs 2007 yılında çıkarılan Sosyal Güvenlik Reformu: Uygulama Öncesi Yeni Yaklaşım raporunda;

GSS sistemi ile; katılımının zorunlu olduğu, primin gelire göre alındığı, hizmetin ihtiyaca göre verildiği, yoksul vatandaşlarımızın sağlık sigortası priminin sosyal yardımlara ayrılan kaynaktan devlet tarafından karşılandığı, her türlü koruyucu sağlık programının uygulanmasının temel politika haline getirildiği, çağdaş kontrol sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının suistimal edilmesini önleyen etkin bir yapı ile yönetilen, bir sağlık sigortacılığı sistemi tasarlanmıştır (SGK, 2007: s.58).

GSS hizmet sunumunda ise; Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması, basamaklandırılmış hizmet sunumu yapısının ve sevk zincirine uymayı teşvik eden düzenlemelerin oluşturulması, kamu ve özel sektörden rekabet içinde hizmet satın alımının sağlanması, elektronik provizyon sistemi yardımıyla hızlı ve etkin çalışan bir

geri ödeme mekanizmasının oluşturulması, kaliteli, hızlı, temiz, doğru, sağlık ve yaşam kalitesini artıran bir sağlık hizmet sunumu, sağlık hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması, sağlık hizmet sunucularının hizmet sunumunda sorumluluğunun ve yükümlülüklerinin artırılması, hastaya hekim ve sağlık kuruluşu seçme özgürlüğünün tanınmasının amaçlandığı ifade edilmiştir (SGK, 2007: s.58).

Gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformu ile tüm sosyal sigorta kurumları tek çatı altında toplanmış ve kamu sağlık sigortacılığının finansman ve sağlık hizmeti sunumu birbirinden ayrılarak SGK çatısı altında GSS sistemi oluşturulmuştur. Bu amaçla 1982 Anayasası'nın 56. maddesine dayanarak 31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" çıkarılmıştır.

Türkiye 2008 yılında yürürlüğe giren GSS sistemi ile sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplamış, bireylerin gelir durumlarına göre prim ödemeleri esasına dayalı bir yapı kurmuştur. Sistem hem hizmet sunumunun bütünleştirilmesini hem de sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesini hedeflemiştir. GSS kapsadığı nüfus, prim ödeme yükümlüleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları ve kapsam altına alınan hizmet türleri bakımından sosyal güvenliğin yeniden yapılandırılması noktasında önemli bir dönüm noktasını temsil etmektedir.

### **2.3.2 Genel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Amacı**

GSS, *"kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortası"* olarak tanımlanmaktadır (Çalış, 2006: s.92).

5510 sayılı Kanun'un ilk maddesinde Kanun'un amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek olarak belirtilmiştir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Genel olarak bakıldığında genel sağlık sigortası sisteminin temel amaçları şöyle özetlenebilir (Er, 2011: s.326).

- Ülkedeki tüm vatandaşların kapsam altına alınması,
- Zorunlu olması, kişinin tercihine bırakılmaması,
- Sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve ulaşılabilir olmasının sağlanması,
- Sisteme üye olanların belirli bir oranda prim ödemesinin zorunlu olması,
- Kişilerin, ödedikleri prime ek olarak ayrıca katılım payı vermesi,
- Düzgün bir sevk sisteminin kurulması ve işletilmesi,
- GSS kapsamındaki primlerin, önceden belirlenmiş sağlık hizmetlerini (temel teminat paketi) kapsamı, bu paketin dışında kalan sağlık hizmetleri için ayrıca bedel ödenmesi

### **2.3.3. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin İşleyişi**

GSS kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumu SGK ile sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucuları aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. SGK sağlık hizmeti sonucunda oluşan harcamaların finansmanını sağlarken sistemin gelirleri ise genel sağlık sigortalıları ve Devlet tarafından sağlanmaktadır (SGK, 2020: s.6).

Sağlık hizmetini sağlayan sunucular hastaneler, eczaneler, medikal marketler, optisyenlik müesseseleri ve medikal işitme merkezleridir. Bu grup içerisinde tedavi hizmetini kamu veya özel hastaneler gerçekleştirmektedir (SGK, 2020: s.6).

Sistem temelde prim esaslı işlemektedir. Temel gelir kaynakları;

- Genel sağlık sigortalılarından alınan primler ve ödeme gücü olmayanlar ya da özel kanunlar kapsamında kendilerine gelir veya aylık bağlanmış kişiler için Devlet tarafından ödenen primler,
- Genel sağlık sigortalılarının hizmet alırken ödedikleri katılım payları,
- Hazine tarafından sağlanan devlet katkısından,

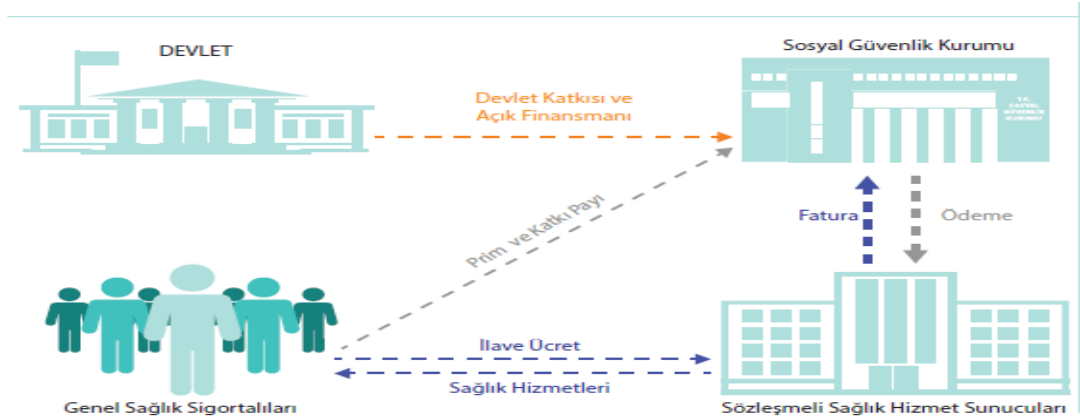
oluşmaktadır (SGK, 2020: s.7).

Söz konusu kaynaklar içerisinde yer alan devlet katkısı ise Hazinesinin SGK bütçesine tahsil edilen primlerin dörtte biri oranında yaptığı ödemeyi ifade etmektedir.

Organizasyon olarak GSS uygulaması SGK çatısı altında merkezde Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü çatısı altında yönetilmektedir. Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü genel sağlık sigortalısı sayılan kişilerin tescil ve prim işlemlerini; Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü genel sağlık sigortası sağlık aktivasyon işlemlerini; Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü ise sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması, sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yaparak ödemelerin gerçekleştirilmesi, ödeme kapsamındaki hizmetlerin belirlenmesi görevlerini yürütmektedir. Söz konusu işleyiş içerisinde ilgili birimler genel düzenleyici işlemleri yürütmekte olup vatandaşların iş ve işlemleri SGK bünyesinde yer alan taşra birimlerince gerçekleştirilmektedir (SGK Merkez Çalışma Yönetmeliği, 2010).

İşleyiş içerisinde ülke içinde ikamet kişiler GSS kapsamında tescil edilmekte, tescil edilen kişiler için MOSİP sistemi aracılığı ile prim tahakkuku oluşmakta, tescil ve prim bilgileri doğrultusunda SPAS aracılığı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları belirlenmektedir. Son olarak MEDULA sistemi aracılığı ile sağlık hizmet sunucusuna müracaat eden genel sağlık sigortalılarının takip işlemleri gerçekleştirilmektedir. Bu noktadan hareketle SGK, GSS sisteminin işleyişine yönelik tüm süreçleri yazılım programları aracılığı ile yönettiğini söyleyebilmekteyiz (SGK, 2020).

### ŞEKİL 1: Türkiye GSS Sisteminin İşleyişi



**KAYNAK:** (SGK, 2020)

#### **2.3.4. Genel Sağlık Sigortasının Zorunluluğu**

5510 sayılı Kanun ile birlikte ülkemizde zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Kanunun 92. maddesinde ifadesi bulunan hükmü gereği; Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamındaki kişilerin sigortalı ve genel sağlık sigortalısı olması, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ise genel sağlık sigortalısı olması zorunlu hale getirilmiştir (Kutsal, 2016: s.39).

Bu hüküm ile birlikte genel sağlık sigortalısı olmak sigortalı için bir hak olmanın yanı sıra bir yükümlülük haline getirilmiş, genel sağlık sigortalısı olmak yönünden kişinin kendi iradesi devre dışı bırakılmıştır. Kişi istemese de belirli koşulların varlığı halinde sigortalı olmak zorundadır (Tuncay & Ekmekçi, 2012: s.120).

Burada isteğe bağlı sigortalılık kavramı ile zorunlu sigortalılık kavramının birbirine karıştırılmaması gerekmektedir. Kanunun 50'nci maddesinde düzenlenen hüküm gereği sosyal güvencesi olmayan kişiler isterlerse isteğe bağlı sigortalı olarak genel sağlık sigortalısı olabilirler ancak bu durum yalnızca genel sağlık sigortalısının statüsünü belirlemede rol oynar. Kişinin isteğe bağlı sigortalı olmama yönündeki iradesi genel sağlık sigortalısı olmayacağı anlamına gelmemektedir. Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (g) bendinde yer alan hüküm gereği bu kişiler 60. maddenin herhangi bir bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılmaz iseler zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı olmaları gerekmektedir (Kutsal, 2016: s.45).

Diğer taraftan, 92. maddede yer alan hüküm gereği, bu Kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak, vazgeçmek veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir (Kutsal, 2016: s.45).

#### **2.3.5. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar**

Türkiye'de uygulanan genel sağlık sigortası sisteminin kapsam açısından düzenlenmesi 5510 sayılı SSGSSK'nun 60. maddesinde yer almaktadır. Kanun koyucu sosyal sigorta kapsamında sayılan kişileri aynı Kanunun 4. maddesinde düzenlemiş sosyal sigortalar kapsamında yer alan sigorta kollarını 4 ila 59. madde arasında

açıklamış akabinde GSS uygulamasına geçtiğinde 60. madde ile GSS kapsamını belirlemiştir (Güzel vd., 2024: s.829).

Anılan madde ile ülke nüfusunun tamamına yakını GSS kapsamına alınmış, bununla birlikte halen kapsamda sayılmayan ve sağlık yardımlarını başka Kurumlar aracılığı ile karşılanan kişilere aynı maddenin üçüncü fıkrasında ve diğer mevzuat düzenlemelerinde yer verilmiştir (Güzel vd., 2024: s.830).

Buna göre; bir işveren yanında çalışan işçiler, kendi nam hesabına çalışanlar, devlet memurları ile isteğe bağlı sigortalılar GSS kapsamında sayılmış yine ; çıraklar, staj yapan öğrenciler, tamamlayıcı ya da alan eğitimi alanlar, bursiyerler ve kısmi zamanlı öğrenciler, İŞKUR kursiyerleri, sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki yerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri ile tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar, şehir içi taşıma araçlarında kısmi süreleri çalışanlar ile ev hizmetlerinde çalışanlar aynı statüde genel sağlık sigortalısı olacağı düzenlemiştir (Centel, 2021: s.375).

Gerek 5510 sayılı Kanun gerekse de bu Kanundan önce yürürlükte olan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alanlar ile 2022 sayılı Kanun; 3292 sayılı Kanun, 2330 sayılı Kanun, 442 sayılı Kanun bunların yanı sıra nakdi tazminat ve terörle mücadele Kanunu kapsamında kendilerine aylık bağlanmış kişiler de GSS kapsamında sayılmıştır (Sümer, 2022: s.266).

GSS sisteminin kapsamını oluşturan söz konusu 60. maddede Türkiye’de ikamet eden yabancı uyruklulara ilişkin özel düzenlemeler yer almaktadır. Anılan düzenlemelere göre ülkemizde ikamet eden yabancılar; uluslararası koruma başvuru, statü sahipleri ile vatansızlar bunların yanı sıra ülkemizde öğrenim gören yabancı uyuklu öğrenciler genel sağlık sigortalısı sayılmıştır (Korkusuz & Uğur, 2022: s.296).

Söz konusu kişilerin genel sağlık sigortalısı olarak sayılmalarının yanı sıra özellikle yabancı ve yabancı uyuklu öğrencilerin genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilebilmeleri çeşitli şartlara bağlanmıştır. Buna göre ülkemizde ikamet eden yabancı uyrukluların genel sağlık sigortalısı olabilmeleri için ülkemizde kesintisiz bir yıl ikamet etmiş olmaları ve ülkemizde geçerli herhangi bir sosyal güvenceye sahip

bulunmamaları gerekmektedir. Mütakabiliyet şartı da dikkate alınarak söz konusu şartları yerine getiren yabancıların başvuruda bulunup genel sağlık sigortalısı olmayı talep etmeleri halinde genel sağlık sigortalılıkları başlatılmaktadır (Sözer, 2014: s.167).

Yabancı uyruklu öğrencilerin ülkemizde genel sağlık sigortalısı olabilmeleri ise yine yabancı uyruklularda olduğu gibi başvuru şartına bağlanmıştır. Bir nevi isteğe bağlı sigorta olarak da değerlendirilebilecek bu uygulamada talep eğitim öğretim yılı başlangıç tarihinden itibaren üç aylık süreye bağlanmıştır. Burada Kanun koyucunun genel sağlık sigortalısı olma talebi için öğrencilere kısıtlı bir süre tanıdığını aynı zamanda sürenin hak düşürücü süre olarak belirlendiğini görüyoruz. Eğitim öğretim başlangıç tarihinden itibaren üç aylık süre içerisinde yapılmayan müracaatlar için o yıl söz konusu olmamaktadır (Sözer, 2014: s.167).

Genel sağlık sigortalısı sayılan uluslararası koruma başvuru, statü sahipleri ile vatansızlar Kanunda İçişleri Bakanlığı tarafından başvuru sahibi, mülteci, ikincil koruma veya şartlı mülteci statüsü sahibi veya vatansız olarak tanınan kişiler olarak tanımlanmıştır. İçişleri Bakanlığınca bu statü verilen kişiler doğrudan doğruya genel sağlık sigortalısı sayılmışlardır. 5510 sayılı Kanun'da bu kapsamda sayılan kişiler için herhangi bir şart aranmasa da 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 89. maddesinde GSS kapsamına alınacak başvuru sahiplerinin ödeme gücü olmayan kişilerden olması ve en fazla bir yıl süre ile genel sağlık sigortalısı olabileceği düzenlenmiştir. Yine aynı maddede bu kişilerden özel ihtiyaç sahiplerinin söz konusu kısıtlamaya tabi olmayacağı ayrıca düzenlenmiştir (Çallı, 2016: s.149).

Bu grupların özel olarak stajyer avukatların, ceza tutukevlerinde hizmet öncesi eğitime alınanların, er- erbaş yedek subay/astsubay okulu öğrencileri ile ülkemize eğitim için gelen misafir askeri personelin, şiddet mağdurlarının, nakdi ücret desteği alanlar, milli eğitim akademisi ile diyanet akademisi adaylarının genel sağlık sigortalısı sayılacağı da özel olarak düzenlenmiştir (Korkusuz & Uğur, 2022: s.96).

Tüm bu gruplar dışında genel sağlık sigortası kapsamı belirlenirken söz konusu kapsamlar dışında kalan ve sağlık hizmetlerinden sigortalı üzerinden yararlanma hakkı

olmayanlar da genel sağlık sigortası kapsamında değerlendirilmiştir (Yüksel, 2016: s.214).

### **2.3.6. Genel Sağlık Sigortasında Gelir Testi Uygulaması**

Sağlıkta dönüşüm projesi ile başlayan ve sosyal reformu ile yayımlanan 5510 sayılı SSGSSK ile uygulamaya konan GSS sistemi kapsam noktasında en büyük yeniliği 60. maddenin birinci fıkrasının (g) bendinde göstermektedir. Söz konusu maddeye göre; 60. maddede yer alan kapsamlara tabi olmayan aynı zamanda başkası üzerinden sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunmayan ve başka bir ülkede de sağlık hakkından yararlanma imkânı olmayan kişiler genel sağlık sigortalısı sayılmıştır (Arıcı, 2015: s.28).

SSGSSK yürürlüğe girdiği tarihten 1/1/2012 tarihine kadar bir geçiş süreci öngörmüş, geçiş sürecinin sona erdiği 1/1/2012 tarihi itibariyle herhangi bir sosyal güvencesi olmayan bu kişileri otomatik olarak sisteme dahil etmiştir (Güzel vd., 2024: s.845).

Türkiye, GSS sisteminin en önemli özelliği olan sistemin zorunluluğu bu kapsam için de kendini göstermiş herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler taleplerine bakılmaksızın otomatik olarak sisteme dahil edilmiştir (Kutsal, 2016: s.39).

Bu şekilde SGK tarafından otomatik olarak sisteme dahil edilen kişiler primleri kendileri tarafından ödenmek yahut prim ödemeyecek durumda olan kişiler ise primleri hazinece karşılanmak üzere genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmişlerdir. Bu kapsamdaki kişiler için prim ödemesinin kendisi veya hazine tarafından yapılıp yapılmayacağı bir sosyal yardım uygulaması olan gelir testi ile belirlenmektedir (Arıcı, 2015: s.31).

5510 sayılı SSGSSK ile yapılan düzenlemelerde her ne kadar “*Kurumca belirlenecek test yöntemi*” ifadesi yer alıyor olsa da bu görev Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde yer alan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına verilmiştir. Genel sağlık sigortalısı olarak SGK tarafından otomatik olarak sisteme alınan kişiler prim ödeyemeyecek durumda olduklarını değerlendirmeleri halinde

bağlı oldukları SYDV'lere müracaat ederek gelir testi yaptırmaları gerekmektedir (Sümer, 2022: s.279).

Gelir testi yaptıran kişilerden geliri; aynı hanede yaşayan aile içindeki kişi başına tutarı brüt asgari ücretin üçte birinin altında olduğu tespit edilenlerin primleri hazinece karşılanmakta, bu miktarın üzerinde olduğu tespit edilenler ise primlerini kendileri ödeyerek sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar (Sümer, 2022: s.279).

Şu an için SGK kayıtlarına göre 2.077.287 kişi primlerini kendi ödeyerek; 6.107.893 kişi ise primleri hazinece karşılanmak üzere ilgili kapsamlarda tescil edilmişlerdir (SGK, 2025).

Genel sağlık sigortası kapsamında gerçekleştirilen gelir testine yönelik düzenlemeler özel bir yönetmelikte yer almaktadır. Bu yönetmeliğe göre, SGK tarafından otomatik olarak tescil edilen kişilerin ikametlerinin bulunduğu yerdeki SYDV'ye bizzat başvurusu aranmakta, başvuru yapan kişiye göre aile yapısı kurulmakta ve kurulan bu ailedeki kişilerin gelir ve gider durumlarına göre gelir testi işlemi tamamlanmaktadır. Gelir testi sürecinde yine hane ziyaretleri gerçekleştirilebilmekte, genel sağlık sigortalıları talep etmeleri halinde kendi gelir testlerine itiraz edebilmekte veya testlerin yenilenmesini talep edebilmektedir. Gelir testi işlemlerinde ise nihai kararı alma yetkisi SYDV bünyesindeki mütevellî heyete bırakılmıştır (Güzel vd., 2024: s.850).

**TABLO 2:** Gelir Testi Sonucuna Göre Kapsamlar

Statü	Gelir	Kişi Sayısı
60/1-g	Brüt asgari ücretin 1/3'den fazla	2.077.287
60/1/c-1	Brüt asgari ücretin 1/3'den az	6.107.893

**KAYNAK:** (SGK, 2025)

### 2.3.7. Genel Sağlık Sigortalısı Sayılmayanlar

GSS sistemi ile ülke nüfusunun tamamına yakını kapsama alınmakla birlikte bazı gruplar sistem dışında tutulmuştur. Genel olarak bu kişiler SSGSSK ile

belirlenmiş olsa da özel Kanunlar ile genel sağlık sigortası kapsamı dışında tutulmuştur (Uşan, 2009: s.276).

Bu kişileri sağlık yardımlarına kendi cebinden ödeme yaparak ya da özel sağlık sigortası yaptırarak erişenler veya sağlık yardımları kendi kurumlarınca karşılananlar ile sözleşme kapsamında bulunduğu ülke sağlık sigortası kapsamında sağlık alanlar şekilde gruplandırabiliriz (Uşan, 2009: s.276).

Buna göre TBMM, Anayasa Mahkemesi, Yargıtay, Danıştay, Sayıştay üyeleri bununla beraber Türk Silahlı Kuvvetlerinde görevli üst rütbeli askerler; SSGSSK geçici 20 nci madde kapsamında sayılan banka sandığı mensupları, emeklileri ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri; ceza ve tutukevi bünyesinde yer alan hükümlü-tutuklular sağlık hizmetleri kendi kurumlarınca karşılanmak üzere GSS kapsamı dışında tutulmuştur (Uşan, 2009: s.276).

Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi imzalamış ülkelerden sağlık hakkı bulunan kişiler ise sözleşme kapsamında sağlık giderleri bağlı olduğu ülke tarafından karşılanmak üzere (Uşan, 2009: s.276);

Yabancı ülke adına ülkemize gönderilen ve o ülkeden sigortalı olduğunu belgeleyenler, kendi nam ve hesabına çalışanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar veya yurt dışı borçlanması yapan kişilerden Türkiye’de ikamet etmeyenler ile yurt dışı temsilciliklerinde görevli olup bulunduğu ülke sosyal sigorta sistemine dahil olan kişiler GSS kapsamı dışında tutulmuştur (Uşan, 2009: s.276).

Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ancak Türkiye’de ikamet etmeyen veya resmi ikameti Türkiye olsa da gemi adamı olarak sözleşmesi olmayan ülke bayrağı olan gemide çalışan kişiler ile yurt dışında öğrenim gördüğünü belgeleyen öğrenciler de (Kaya, 2019: s.273);

GSS kapsamı dışında tutulmuştur.

### **2.3.8. Genel Sağlık Sigortalısının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişiler**

GSS kapsamında sayılan kişiler ile birlikte kendisi genel sağlık sigortalısı olmayan ancak bağlı olduğu kişi üzerinden sağlık hizmetlerine erişebilen kişiler genel

sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak tanımlanmaktadır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

5510 sayılı SSGSK ile genel sağlık sigortalısının eş, çocuk ana ve babasının genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi statüsünde olabileceği düzenlenmekle birlikte bu kapsama yer almaları yine Kanun ile çeşitli şartlara tabi tutulmuştur (Özdemir, 2006: s.179).

Buna göre, genel sağlık sigortalısının eşinin bakmakla yükümlülük kapsamında değerlendirilebilmesi için; eşinin sigortalı olmaması, çocuklarının lise ve dengi öğrenim görmeleri halinde 20, yükseköğrenim görmeleri halinde ise 25 yaşını doldurmamış olması gerekmektedir. Bununla birlikte öğrenim görmese dahi lise ve dengi okullardan mezun olan çocuklar 20 yaşına kadar, yükseköğrenim mezunu çocuklar ise 25 yaşına kadar mezun oldukları tarihten itibaren en fazla iki yıl daha bu statüde değerlendirilebilmektedir (Korkmaz, 2017: s.83).

Ana veya babanın, çocuğu üzerinden bakmakla yükümlü olunan kişi statüsünde sağlık yardımı alabilmesi için ise geçimini genel sağlık sigortalısı üzerinden sağladığının SGK tarafından tespit edilmesi gerekmektedir. SGK mevzuatına göre sigortalı olmayan ana ve baba yaptıracağı gelir testine göre gelirlerinin asgari ücretin altında olduğunun tespit edilmesi halinde müracaatta bulunarak sigortalı çocukları üzerinden sağlık yardımı alabilmektedirler (Güzel vd., 2024: s.843).

5510 sayılı Kanunda yer alan düzenlemelere göre çırakların; staja tabi tutulan öğrencilerin, tamamlayıcı eğitim ya da alan eğitimi gören öğrencilerin, bursiyerler öğrencilerin yine gelir testine göre geliri prim ödeyecek durumda olmayanlar ile ana babası üzerinden sağlık alamayan 18 yaş altı çocukların; uluslararası koruma veya vatansız statüsü tanınan kişilerin, koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmeti alanlar ile ana ve babası olmayan 18 yaş altı çocukların; yabancı öğrenciler ile staj yapan avukatların; askeri öğrenci adayları ile Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi öğrenci adaylarının bakmakla yükümlü olduğu kişileri bulunmamaktadır. Bu kişilerin eş, çocuk, ana veya babaları söz konusu şartları yerine getirseler dahi bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık hizmetlerine erişememektedir (Güzel vd., 2024: s.843).

### 2.3.9. Genel Sağlık Sigortası Primleri

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde prim; sistem kapsamında yapılan harcamaları bununla birlikte yönetim giderlerini de karşılamak amacıyla primin hesaplanmasına esas tutulacak kazanç alt ve üst sınır üzerinden hesaplanacak tutarı ifade etmektedir (Güzel vd., 2024: s.226).

5510 sayılı Kanunun 79. maddesinde, kısa ve uzun vadeli sigortalar ile GSS için, Kanunda öngörülen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere Kurumun prim almak, ilgililerin de prim ödemek zorunda oldukları, belirtilmiştir (Yetik, 2018: s.73).

GSS primlerine ilişkin olarak; 5510 sayılı Kanun'da hiçbir sigorta kolu için belirtilmediği halde sağlık harcamalarının özel durumuna istinaden GSS primleri için bu sigorta kolundan tahsil edilen primlerin doğrudan Kurum bütçesinin GSS kalemine aktarılacağı belirtilmiştir (Yetik, 2018: s.73).

Sosyal güvenlik mevzuatına göre GSS primi prime esas günlük kazancın, GSS gün sayısı ve prim oranına çarpımı ile hesaplanmaktadır. Prime esas kazancın alt sınırı asgari ücretin brüt tutarına karşılık gelirken üst sınır ise Kanun tarafından alt sınırın 7.5 katı olarak belirlenmiştir. Buna göre prim hesabı "*SPEGK X gün sayısı x prim oranı*" şeklinde gerçekleştirilmektedir (Yetik, 2018: s.73).

GSS prim oranları; bir işveren yanında çalışanlar, kendi nam ve hesabına çalışanlar ile kamu görevlileri için 12,5; isteğe bağlı sigortalılar, yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olduğu belirtilenler (yabancı uyruklu öğrenciler, yabancılar, işsizlik ödeneğinden yararlananlar, ceza tutukevlerinde hizmet öncesi eğitime alınanlar, erbaş yedek subay/astsubay okulu öğrencileri ile ülkemize eğitim için gelen misafir askeri personel, şiddet mağdurları, gelir durumu düşük olanlar, 18 yaş altı çocuklar, vatansızlar, korunma hizmetlerinden yararlananlar, primsiz aylık alanlar, aday din görevlileri, milli eğitim akademisi öğrencileri) için ise bu oran %12; Çıraklar, staj yapan öğrenciler, bursiyerler ve kısmi zamanlı çalışan öğrenciler için GSS primi %5; staj yapan avukat için ise %6 olarak, herhangi bir sosyal güvencesi olmaması nedeniyle otomatik olarak kapsama alınan ve gelir durumu yüksek olanlar için ise bu oran %3 olarak belirlenmiştir (Yetik, 2018: s.63).

Genel sağlık sigortalılarının prim ödeme yükümlülerini ise 3 ana grupta toplayabiliriz. Bunlar genel sağlık sigortalılarının işverenleri, kendileri ve ilgili kamu kurumlarıdır; bu grupların dışında staj yapan avukatların GSS primlerini kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan Türkiye Barolar Birliği ödemektedir (Genel Sağlık Sigortası Tescil ve Prim İşlemleri Genelgesi, 2019).

Bir işveren yanında çalışanlar, kendi nam ve hesabına çalışanlar ile kamu görevlilerinin hem kendileri hem de işverenleri prim ödeme yükümlüsü olarak belirlenmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve gelir durumu yüksek olanlar ise GSS primlerini kendileri ödemektedir. Bu grupların dışında; Milli Eğitim Bakanlığı, ilgili okul veya üniversiteler, Diyanet İşleri Başkanlığı, İçişleri Bakanlığı (Göç İdaresi Başkanlığı), İŞKUR prim ödeme yükümlüsü kamu kurumları olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle gelir durumu düşük olan kişiler, 18 yaş altı çocuklar, primsiz aylık alanlar grubunda yer alan kişilerin prim ödeme yükümlüsü olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı karşımıza çıkmaktadır (Genel Sağlık Sigortası Tescil ve Prim İşlemleri Genelgesi, 2019).

2024 yılı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı faaliyet raporuna göre; 5510 sayılı Kanunun 60/1-c bendinde yer alan 9.444.458 kişi için 105.63 Milyar TL GSS prim ödemesi gerçekleştirilmiştir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2025).

### **2.3.10. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları**

Genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olunan kişi statünde değerlendirilen kişilerin sağlık hizmet sunucusuna müracaat ettiklerinde alacakları sağlık yardımlarının GSS kapsamında karşılanması hususu çeşitli şartlara bağlanmıştır. 5510 sayılı Kanunu'nun 67. maddesinde yer alan bu şartlar ilgili kapsamlar için 4 ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar; 30 prim ödeme gün sayısı şartı bulunması, prim ve prime ilişkin her türlü borcun bulunmaması, prim ve prime ilişkin 60 günden fazla prim borcu bulunmaması ve son olarak bir öğrenim dönemine ilişkin primini ilk tescil tarihinden itibaren ödenmesidir (Arıcı, 2015b: s.430).

Sağlık hizmet sunucusuna müracaat ettiği tarihte 30 prim ödeme gün sayısının bulunma şartı Kurumdan gelir veya aylık alan kişiler ile 60. maddenin (c) bendinde

yer alan primleri ilgili kamu idarelerince karşılananlar hariç tüm genel sağlık sigortalıları için aranan bir şarttır (Yüksel, 2016: s.211).

Bağımsız çalışanlar, köy ve mahalle muhtarları ile Türkiye’de sigortalı sayılmayan ve başka bir ülkede de sağlık sigortası bulunmayan kişilerin 60 günden fazla prim ve prime ilişkin borcunun bulunmaması, isteğe bağlı sigortalılar ile oturma izni yabancıların ise prim ve prime ilişkin her türlü borcun bulunmaması gerekmektedir (Yüksel, 2016: s.212).

Yabancı uyruklu öğrencilerin ise sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için talep ile genel sağlık sigortalısı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren bir eğitim öğretim dönemine ilişkin primlerin tamamını bir ay içerisinde yatırmaları gerekmektedir (Yüksel, 2016: s.212).

Sağlık hizmetlerinden yararlanma noktasında yukarıda belirtilen şartlar aranmakla birlikte bazı istisnai durumlarda genel sağlık sigortalılarının herhangi bir şart aranmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanabileceğini düzenlenmiştir. Buna göre; 18 yaşından küçük olanlar, tıbbi olarak başkasının bakımına muhtaç olanlar, trafik kazası durumu, acil durumu, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu tutulan bulaşıcı hastalıklar, madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ile analık hallerinde sağlanan sağlık hizmetleri, afet ve savaş ile grev ve lokavt durumunda bu kapsamında sağlanan hizmetlerinde söz konusu şartlar aranmamaktadır (Arıcı, 2015b: s.431).

### **2.3.11. Genel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılanan Sağlık Hizmetleri**

SGK tarafından çıkarılan GSS Uygulama Yönetmeliği’nin 7. maddesine göre genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlıklarını koruyarak hastalıklardan uzak kalmaları; hastalandıkları durumlarda sağlığına tekrar kavuşmaları; iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalıklar ve analık durumlarında tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinden yararlanmaları; iş göremezlik durumlarının giderilmesi ya da azaltılması; ayrıca iş kazası, meslek hastalıkları, diğer kazalar, hastalıklar veya doğuştan gelen nedenlere bağlı oluşan durumlarda vücut bütünlüğünün sağlanması amacıyla koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile analık hali, ağız ve diş sağlığı ve yardımcı üremeye yönelik gerekli sağlık

hizmetlerinin finansmanı SGK tarafından karşılanmaktadır (GSS Uygulama Yönetmeliği, 2014).

Buna göre Kurum tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri 5510 Kanununun 63. maddesinde şu şekilde sıralanmıştır.;

Kişilerin hasta olup olmadıklarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile kişiye zarar veren madde bağımlılığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006),

Bireylerin hastalanmaları durumunda, ayakta ya da yataklı tedavi kapsamında gerçekleştirilecek sağlık hizmetleri; hekim tarafından yapılacak muayene ve bu muayene sonucu gerekli görülen tanısal süreçler ile laboratuvar analizleri, tıbbi görüntüleme yöntemleri ve diğer teşhis araçları; konulan teşhis doğrultusunda uygulanacak tıbbi müdahaleler, tedavi yöntemleri, hasta takip süreçleri ve rehabilitasyon hizmetleri; ayrıca organ, doku ve kök hücre nakli ile hücrenel tedavileri, sağlık meslek mensubu olarak nitelendirilen personelin, hekim yönlendirmesiyle gerçekleştirecekleri tıbbi bakım ve tedavileri (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006),

Analık nedeniyle ayakta ya da yatarak gerçekleştirilecek hekim muayenesi; hekimin gerekli gördüğü teşhis amaçlı klinik incelemeler, doğum süreci, laboratuvar test ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, teşhise yönelik uygulanacak tıbbî müdahaleler ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon işlemleri ve acil sağlık hizmetleri, ilgili mevzuat doğrultusunda sağlık meslek mensubu olarak kabul edilen kişilerce ve hekimin kararı çerçevesinde uygulanacak tıbbî bakım ve tedaviler (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006),

Bireylerin hastalanmaları durumunda gerek ayakta gerek yatarak sunulan sağlık hizmetleri kapsamında, ağız ve diş muayeneleri; diş hekiminin gerekli görmesi hâlinde ağız ve diş hastalıklarının teşhisine yönelik klinik incelemeler, laboratuvar test ve analizleri ile diğer tanı yöntemleri; Bu teşhisler doğrultusunda uygulanacak tıbbî müdahaleler ve tedaviler arasında diş çekimi, konservatif diş tedavisi, kanal tedavisi, hasta takibi ve diş protezi uygulamaları; ağız ve diş hastalıklarına ilişkin acil sağlık

hizmetleri ile 18 yaşını doldurmamış bireylerin ortodontik tedavileri (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006),

Kanunda yer alan şartları taşıyan kişiler için yardımcı üreme yöntemi tedavileri (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006),

SGK tarafından karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin teşhis ve tedavi süreçlerinde ihtiyaç duyulabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşular, ilaçlar, ortez ve protezler, tıbbi cihaz ve gereçler, kişisel kullanıma özgü tıbbi cihazlar ile tıbbi sarf malzemelerinin temini, kullanımı ve yönetimi; ayrıca, iyileştirici özellik taşıyan tıbbi malzemelerin sağlanması yanı sıra bu malzemelerin takılması, garanti süresi sonrasında bakımı, onarımı ve gerektiğinde yenilenmesi hizmetleri (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Yukarıda belirtilen söz konusu hizmetlerin yanı sıra, kişilerin 5510 sayılı Kanun'un 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

### **2.3.12. Genel Sağlık Sigortası Tarafından Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri**

GSS kapsamında sayılan kişiler ile bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını yerine getirmiş olsalar dahi bazı sağlık hizmetlerinin finansmanı sistem tarafından karşılanmamaktadır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Söz konusu sağlık hizmetleri 5510 sayılı Kanun'da sayma yöntemi belirlenmiştir. Buna göre estetik amaçlı sağlık hizmetleri ile ortodontik diş tedavileri; yabancıların kronik hastalıkları, SB'nca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri GSS kapsamı dışında tutulmuştur (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Yine finansmanı GSS kapsamında karşılanacağı belirtilen ve yöntemi, türü, miktarı ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda kapsam dışında kalan sağlık

hizmetlerinin de finansmanı sağlanmamaktadır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Yabancıların kronik hastalıkları her durumda kapsam dışında tutulmamakta olup, genel sağlık sigortalısı olan yabancı uyruklu genel sağlık sigortalısının söz konusu hastalığı sisteme dahil olduktan sonra başlamış olması halinde bu hastalığın finansmanı karşılanabilmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Yine estetik amaçlı sağlık hizmetleri ile ortodontik diş tedavileri kapsam dışında tutulmuş olsa da vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetlerinin finansmanı karşılanmaktadır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

### **2.3.13. Katılım Payı ve İlave Ücret**

5510 sayılı Kanun'da katılım payı, GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kapsamdaki kişilerin ödemeleri gereken tutar olarak tanımlanmıştır. GSS kapsamında sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi amacıyla katkı payı ödenmesini zorunlu tutmuştur (Uşan, 2009: s.285).

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de katılım payı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçilmesi amacıyla alınmaktadır (Tek, 2018: s.31).

Diğer taraftan, SGK anlaşmalı olduğu vakıf üniversiteleri ile özel sağlık hizmet sunucuları SGK tarafından belirlenen sağlık işlemleri bedelleri üzerinden yine belirlenen tutarı geçmemek üzere kişilerden ücret talep edebilmektedir. Söz konusu bedel ilave ücret olarak tanımlanmaktadır (Kuruca, 2012: s.290).

GSS kapsamında alınacak katılım payı ve ilave ücret alınacak hizmetler ve bu hizmet karşılığı belirlenmiş katılım payı ve ilave ücret miktarları aşağıda yer alan tabloda gösterilmektedir.

**TABLO 3: SGK Katılım payı ve İlave Ücret**

<b>Katılım payı veya ilave ücret alınacak Hizmetler</b>	<b>Miktarlar</b>
Reçete	3 kutuya kadar (3 kutu dâhil) 3 TL, Sonraki her kutu için ilave 1 TL
Tedavi ücretleri	
2.Basamak shs	20 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için
Üniversiteler ile ortak kullanılan SB eğitim ve araştırma hastaneleri	20 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için
Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak shs	20 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için
Anlaşmalı SHS	50 TL muayene bedeli+3 TL reçete+1 TL üç kutu ilacı geçen her kutu için
Üniversite hastanesinde öğretim üyesi	Poliklinik muayenelerinde SGK fiyatının en fazla iki katı (diğer hizmetler için bir katı) (Bir defada asgari ücretin iki katını aşamaz)
10 gün içinde aynı branştan tekrar muayene	Ek 5 TL
İlaç	SGK'dan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için %20
Tıbbi malzeme - vücut dışı ortez ve protez	SGK'dan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için %20
Yardımcı üreme yöntemi	Birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncüsü %20
Eşdeğer ilaç farkı	Sınırsız
Yatak ücreti	SGK "Standart yatak tarifesi" işlem bedelinin 1,5 katına, tek yataklı odalarda ise 3 katına kadar
Günübirlik tedavide yatak ücreti	SGK "Gündüz yatak tarifesi" işlem bedelinin 3 katına kadar
Vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli (özel) shs için ilave ücret	SGK fiyatının %200'ü
Röntgen laboratuvar hizmeti	Özel hastanelerde (ilave) ücretli
İstisnai sağlık ücreti	Robotik cerrahi, diş protezleri, katarakt ameliyatı, epidural anestezi ile (ağrısız) doğum, lazerli prostat tedavisi vb. SGK fiyatının 3 katı ilave ücret alınabilir.

**KAYNAK:** (Erol & Özdemir, 2018)

Kurum söz konusu hizmetler doğrultusunda yine belirlenen miktarlarda katılım payı ve ilave ücret almakla birlikte bazı hizmetler ve kişiler için bu uygulamayı muaf tutmuştur. 5510 sayılı Kanunu'nun 69. maddesine göre; iş kazası ile meslek hastalığı

halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri; afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri; aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; SGK tarafından belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz vücut dışı protez ve ortezler ile organ, doku ve kök hücre nakli ve kontrol muayeneleri, son olarak kamu görevlilerinden yurtiçinde ve yurtdışında görevlerini ifa ederlerken veya sıfatları kalkmış olsa bile bu görevlerini yapmalarından dolayı terör eylemlerine muhatap olmaları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri katılım payından muaf sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir. Yine aynı madde kapsamında şeref aylığı alan kişiler ve eşleri; Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile Terörle Mücadele Kanunu ve harp malullüğü kapsamında aylık alan kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler; Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmeti alan kişiler; ana babası olmayan 18 yaş altı çocuklar, vazife malulleri, askerî öğrenci; temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar, polislik eğitime tabi tutulan kişiler temel askerlik eğitime tabi tutulan adaylar katılım payından muaf tutulmuşlardır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

İlave ücret alınmayacak kişiler ise SGK tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği tarafından belirlenmiştir. Tebliğin 1.9.2. kısmında yer alan hususlar doğrultusunda; Şeref aylığı, Harp Malûlûğü aylığı alanlar alan, Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ve bu kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler; tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar; yurtiçinde ve yurtdışında görevlerini ifa ederlerken veya sıfatları kalkmış olsa bile bu görevlerini yapmalarından dolayı terör eylemlerine maruz kalmaları nedeniyle yaralananlar, er, erbaş, yedek subay/astsubay okulu öğrencileri, misafir askeri personel ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler ilave ücret uygulamasından muaf tutulmuşlardır. Söz konusu tebliğin 1.9.3. kısmına göre ise; Yoğun bakım hizmetleri, Acil servislerde verilen “Yeşil alan muayenesi” adı altında SGK’na fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç sunulan sağlık hizmetleri; yanık tedavisi hizmetleri, kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri); yenidoğana verilen sağlık hizmetleri; organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri, Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi

işlemlere yönelik sağlık hizmetleri; Hemodiyaliz tedavileri; Kardiyovasküler cerrahi işlemler (İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç); işitsel implant işlemlerinden yine söz konusu tebliğin “EK-2/G” listesinde yer alan işlemler ile bu işlemlere ilişkin sunulan sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınmamaktadır (Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Söz konusu muafiyet haricinde geliri düşük kişiler ile ana babası üzerinden bakmakla yükümlü olamayan 18 yaş altı çocuklar; engelli aylığı alanlar ve uluslararası koruma ve vatansız statüde sayılan kişiler ile bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri ödemiş oldukları katılım paylarını geri alabilmektedirler (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

### **2.3.14. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri**

Türkiye sağlık hizmeti sunumunda üç basamaklı sistemi uygulamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti temel koruyucu sağlık hizmetleri ile aile sağlık merkezleri tarafından sunulan ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaneler tarafından ayakta ve yatarak tedavinin sunulduğu sağlık hizmet sunucularıdır. Üçüncü basamak sağlıkta ise özel ihtisas hastaneleri, eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinin yer aldığı geniş kapsamlı sağlık hizmet sunumunun sağlandığı sağlık hizmet sunucularını içermektedir (Akman & Tarım, 2020: s.350).

GSS kapsamında sayılan kişilerin sevk zincirine yönelik GSS Uygulama Yönetmeliği'nin ikinci maddesi “*Kurum, Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak, bu basamaklar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında sevk zincirini; tanı, ön tanı, hekimlerin ve dış hekimlerinin uzmanlıklarını dikkate almak suretiyle tüm yurttan veya il ya da ilçe bazında belirlemeye yetkilidir. Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (3) ve (9) numaralı alt bentlerinde sayılanların, Kurumla sözleşmeli üniversite ve istisnai hallerde özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat edebilme koşulları ile uygulamaya ilişkin usul ve esaslar Kurum tarafından belirlenir.*” şeklinde düzenlenmiştir (Arıcı, 2015b: s.432).

SGK mevzuat düzenlemelerine göre herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerden gelir durumu düşük olan kişiler ile kendilerine 2022 sayılı Kanun

kapsamında gelir/aylık bağlanan kişiler için özel sevk şartları söz konusu iken diğer genel sağlık sigortalıları için bu durum söz konusu değildir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Sonuç olarak ülkemizde zorunlu sevk zinciri henüz uygulanmamaktadır. GSS kapsamındaki kişilerin üst basamak sağlık hizmet sunucularına doğrudan müracaat etmelerine yönelik herhangi bir engel ve kural bulunmamaktadır. (Başol, 2015: s.140)

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YENİ SAĞ ANLAYIŞINA GÖRE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### 3.1. Yeni Sağın Sosyal Politika Anlayışı

Sosyal politika kavramı Dünya'nın ilk modern sosyal güvenlik sistemini kuran Alman devlet adamı Bismarck tarafından literatüre kazandırılmıştır. Tek ve genel geçer bir tanımı olmamakla birlikte bu kavram *“ücretli istihdama ağırlık vererek, emeğin yeniden üretimi noktasında aile, piyasa ve devlet arasındaki ilişkileri, siyasi iktidar ve kamu kesimindeki örgütlenme zemininde algılayan bir disiplin”* şeklinde tanımlanmıştır (Eşki Uğuz & Çalışkan, 2022: s.12).

Keynes ve post-keynes düşünce; piyasanın yetersiz olduğu, liberal düşüncenin bırakınız yapsınlar anlayışının, adaletsiz ve etkisiz olduğu düşüncesine dayanmakta, toplum çıkarının özel çıkarların toplamına indirgenemeyeceğini belirtmektedir. Buna göre piyasa genel çıkar yaratmaz bu nedenle eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi sosyal politikalar piyasaya bırakılmamalıdır. Ekonomiye devlet müdahalesi finansal ve ekonomik istikrarsızlığı önlemek ve tam istihdam için zorunludur. Keynes'in söz konusu bu anlayışı kapsayan müdahaleci içerik, beraberinde iş hukuk, toplu sözleşme ve sosyal koruma uygulamalarını da beraberinde getirmiştir (Atılğan, 2016: s.272).

Yeni sağ anlayışı bu anlayışa karşılık olarak; sosyal politika noktasında temelini refah devleti eleştirisi üzerine kurmuştur. Buna göre, devlet bireyi devlete bağımlı hale getirecek sosyal yardım anlayışından kaçınmalı, söz konusu yardımları hedef odaklı şekilde gerçekleştirmelidir. Bu şekilde yapılacak sosyal yardım ekonomik verimliliği artıracaktır (Clarke & Newman, 2006).

Yeni sağ bireylerin sorumluluklarını unutarak devlete bağımlı hale gelmesini eleştirerek geleneksel aile yapısını toplumun temel dayanışma birimi olarak görmektedir. Bu doğrultuda yeni sağ anlayışı sosyal politikalarda devletin yerine aile, gönüllü kuruluşlar ve piyasa aktörlerinin ikame edilmesini desteklemektedir. ABD'de Reagan sosyal refah yönetimi sosyal refah hizmetlerini federal devletten eyaletlere ve özel sektöre devretme yoluna gitmiş (Marx, 2018),

Birleşik Krallık'ta ise Thatcher hükümeti sosyal yardımları hak olmaktan ziyade bir ayrıcalık veya şartlı destek olarak görme noktasında refah programlarını daraltmıştır (Cummings, 2021).

Yeni sağın sosyal politika anlayışı, sosyal hizmetlerin ve sosyal güvenlik sisteminin piyasa mekanizması ile entegre olmasını benimser. Bu anlayışa göre, sosyal refah anlayışının sürdürülebilmesi için devletin doğrudan hizmeti sunan yerine düzenleyici konuma gelmesi gerekmektedir. Bireyler piyasa içerisinde yer alan aktörler olarak kendi refahlarını sağlamaktan sorumludur. Devlet son çare olarak piyasaya müdahale etmelidir (Taylor-Gooby & Leruth, 2018).

Sağlık, eğitim, emeklilik gibi alanlarda kamunun ağırlığında çok özel sektörün devreye alınmasını yahut söz konusu hizmetlerin piyasa mantığı ile işletilmesi yeni sağ anlayışında ön plana çıkmaktadır. Yeni sağ, evrensel ve cömert haklar yerine, dar kapsamlı ve gelir testi ile hedeflenmiş yardımları tercih etmektedir. Sosyal yardım herkesin değil, gerçekten muhtaç olanın alacağı bir destek olmalıdır. Bu doğrultuda esas olan herkese eşit şekilde sunulan genel haklar yerine, belirli gelir seviyesinin altındakilere verilen şartlı yardımlardır (Taylor-Gooby & Leruth, 2018).

Thatcher döneminde İngiltere'de sosyal güvenlik kapsamında gerçekleştirilen ödemelere kısıtlamalar getirilmiş, analık ve ölüm yardımları ise sosyal yardım niteliğine dönüştürülmüştür. Bu dönemde söz konusu bu yardımlar yalnızca en muhtaç, en yoksul kitleye verilir hale getirilmiştir. Reagan Hükümeti ise ABD'de sosyal yardımlar alanların serbest piyasa içerisine girerek çalışmalarını hedeflemiş, sosyal yardım şartlarını ağırlaştırmıştır (Çalışkan, 2017: s.40).

Türkiye'de ise özellikle 1980'lerden itibaren sosyal kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından daha etkin yürütüleceği; eğitim, sağlık, sosyal güvenlik alanında hizmet veren kurumların yaşanan krizin çözümü olarak özel sermaye eliyle yürütülmesinin daha uygun olacağı dile getirilmiştir (Turancı & Bulut, 2016: s.55).

Sonuç olarak, yeni sağ refah devletinin öngördüğü geniş kapsamlı sosyal politika anlayışına karşı çıkararak daha minimal ve dar kapsamlı bir anlayışı ön plana çıkarmış, maliyeti kısıtlı tutan, hedeflenmiş ve şarta bağlanmış bir anlayışı

benimsemektedir. Bu doğrultuda ABD ve İngiltere gibi ülkeler devletin sosyal rolünü azaltarak daha çok aile, hayır kurumları ve piyasa aktörlerini desteklemiştir.

Yeni sağın öngördüğü bu anlayış üzerinde OECD ve Dünya Bankası gibi küresel düzenleyici kuruluşların da etkisi söz konusu olup söz konusu bu Kuruluşlar gelişmekte olan pek çok ülkede sosyal güvenlik sistemlerinin değişimine ve yeniden düzenlenmesine öncülük etmiştir. (Atılđan, 2016: s.276) Özellikle Dünya Bankası'nın sosyal güvenlik alanında gerçekleştirilen pek çok reform ve yeniden yapılandırmanın çalışmaları üzerinde önemli etkisi olmuştur. Sosyal güvenlik alanında bankanın önerdiği hususların uygulanması sıkça karşılaşılan hususlardan biri olmuştur (Dur, 2014: s.55).

Dünya Bankası'nın sosyal güvenlik alanındaki reform önerileri Türkiye'nin 1990'lı yıllardan itibaren gündemine aldığı sağlık reformları çalışmaları içeriği ile de benzerlik göstermiş; Dünya Bankası tarafından 2003 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Sektörü Raporu ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri planlayıcı ve denetleyici SB, herkesi kapsayan ancak belli ölçüde finansmanı kullanıcıya yükleyen GSS sistemi, sağlık ocağı yerine aile hekimliği modeli, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri ve özek sektörün teşviki noktasında örtüşmüştür (Yılmaztürk, 2013: s.187).

### **3.2. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Değerlendirilmesi**

1980'li yıllardan itibaren Dünya genelinde yükselen yeni sağ anlayışı sağlık sektörünü de etkilemiş, devleti küçültme özel sektör payını artırma, rekabet ve verimlilik üzerine dayalı neo-liberal politikalar bu dönem sağlık alanında da gündeme gelmiştir. Bu doğrultuda kamu sağlık hizmetlerinin piyasa malı gibi ele alınması sağlık hizmeti sunumunda özel aktörlerin rolünün artması ve vatandaşların sağlık harcamalarına bireysel katkı yapması yönünde adımlar atılmıştır. 2003 yılında hayata geçirilen sağlıkta dönüşüm programı ile 1980 yılında Türkiye'de gerçekleşen ekonomik dönüşüme benzer şekilde sağlık hizmeti sunumunda temel değişiklikler gerçekleştirilmiş sağlık hizmeti sunumunun özel sektör yatırımları eli ile yahut kamu hizmetlerinde özel işletme tekniklerinin kullanımı, sağlık politikalarının temelini oluşturmuştur (Konuralp & Bicer, 2021).

2002 yılında iktidara gelen AK Parti uygulamaya koyduğu sağlık politikaları ile sağlık alanında hizmetlerin ve hizmetlerden devlet güvencesi altında yararlanan grupları genişletmeyi aynı zamanda da özel sektörün sağlık alanındaki payını artırmayı hedeflemiş, hükümet bu noktada uyguladığı politikalar ile piyasa odaklılığı esas alan ancak sosyal ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran kapsayıcı bir anlayışı benimsemiştir. Sağlıkta dönüşüm programı ve sosyal güvenlik reformu sonucunda yürürlüğe giren GSS, bu anlayışın temel araçlarından biri olmuştur (Karaçam, 2021: s.61).

GSS'nin temel ilkeleri tüm nüfusu kapsamı, prime ve katkı payına dayalı finansman ve geniş hizmet paketi olarak sayılabilir. Buna göre, yabancılar da dahil Türkiye'de ikamet eden herkes GSS kapsamındadır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlardan geliri yüksek olanlar kendileri prim ödeyerek, geliri düşük olanlar ise primleri hazine tarafından karşılanarak sisteme dahil olmaktadır. (gss kitabı kaynak göster) Sistem içerisinde düşük gelirli gruplar primleri hazine tarafından karşılanmak üzere geliri yüksek olan grup ile aynı hizmeti alma noktasında eşit tutulmuştur (Tatar vd., 2011).

GSS'yi yürüten SGK, sistem içerisinde finansmanı sağlayan kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurum sistemde tek alıcı olarak tüm sistemin finansmanından sorumlu tutulmuştur. SGK, genel sağlık sigortalılarının primlerini, bununla birlikte katkı paylarını ve devlet katkısını toplamakta sağlık hizmetinin sunumu sonucunda oluşan harcamaların finansmanını sağlamaktadır. SGK tarafından sunulan sağlık paketi içerisinde ; temel koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, acil hizmetleri, ayakta ve yatarak tedavi, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri, ilaç ve tıbbi malzeme hizmetleri yer almakta olup, genel sağlık sigortalıları bu hizmetlere SGK'nın anlaşmalı olduğu sağlık Kurumları üzerinden erişebilmektedir. Sonuç olarak GSS ile tüm nüfusa tek ve geniş bir sağlık paketi ile standartlaştırılmış bir hizmet sunumu sağlanmaktadır (Tatar vd., 2011).

**TABLO 4: GSS Kapsamı**

Yıl	2005	2020
Aktif Sigortalılar (Kişi)	13.156.439	23.344.547
Pasif Sigortalılar (Kişi)	7.504.453	13.264.220
Bağımlı (Kişi)	31.423.261	35.556.141
Özel Sandık	307.161	428.475
Sosyal Güvenlik Kapsamı (Kişi)	52.391.314	82.361.172
Türkiye Nüfusu (Kişi)	69.000.225	83.614.362
GSS Kapsam (Oran)	%76	%98.5

**KAYNAK:** (SGK, 2025; Yaşar, 2019)

Yukarıda yer alan tablodan da anlaşılacağı üzere, 2012 yılında 5510 sayılı Kanunun geçici 12. maddesinde yer alan geçiş sürecinin sona ermesi ile birlikte sosyal güvencesi olan kişilerin yanı sıra herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların da gelir durumuna göre kapsama alınması ile birlikte evrensel kapsayıcılık hedefi büyük ölçüde sağlanmış, reform öncesi 2005 yılı %76 olan kapsam yüzde %98.5'e kadar yükselmiştir (Yaşar, 2019: ss.20-23).

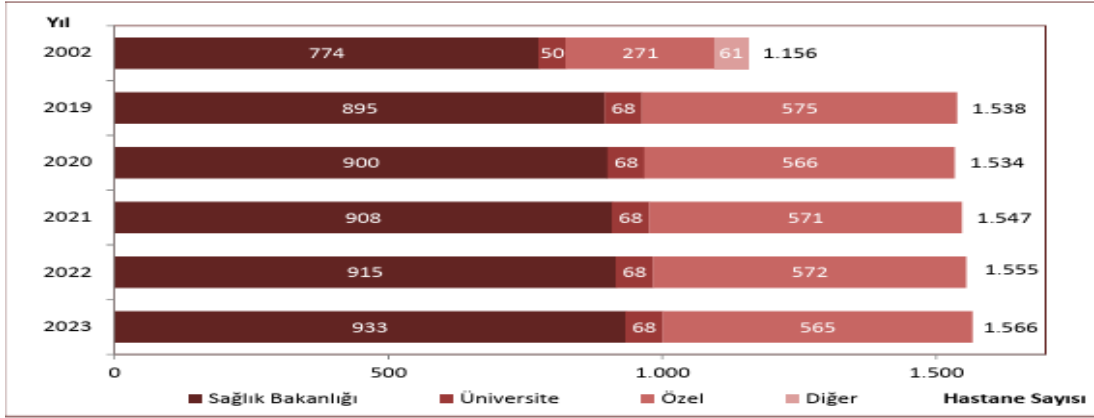
SDP ve GSS reformu sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektör payını yeniden tanımlayan değişimi beraberinde getirmiştir. Reform öncesi dönem sağlık hizmetleri büyük ölçüde parçalı bir yapıda kamu tarafından sağlanmakta, SSK kendi hastaneleri, SB'na ait devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve az sayıda özel hastane birbirinden kopuk hizmet sunmaktaydı (Tatar vd., 2011).

2005 yılında SSK hastanelerinin SB'na devri ile birlikte Bakanlık tüm devlet ve üniversite hastanelerini yöneten konumuna getirilmiştir. Diğer taraftan aile hekimliği müessesesi ile de sağlık ocakları yeniden yapılandırılarak sözleşmeli hekim uygulamasıyla bir kamu hizmeti olan sağlık hizmeti sunumu özel işletme mantığına yaklaştırılmıştır (Yayın & Alper, 2023: s.136).

Bununla birlikte, özellikle 2006 yılı sonrası SGK devlet ve üniversite hastanelerinin yanı sıra özel hastanelerle de sözleşme imzalayarak hizmet alımı

yapmaya başlamıştır. Söz konusu bu durum sağlık hizmeti sunumunda kamunun yanı sıra özel sektörün de yer almasını ve hizmet sunumunda daha rekabetçi bir ortam oluşmasını beraberinde getirmiştir. Günümüz istatistiklerine bakıldığında, 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısının 2023 yılında 565'e yükseldiğini toplam hastane sayısı içerisinde özel hastane payının %23'ten %36'ya yükseldiğini görmekteyiz. Söz konusu durum sağlık hizmeti sunumunda sigortalıların devlet hastanelerinin yanı sıra anlaşmalı özel hastaneleri de tercih edebileceği karma bir yapıyı ortaya çıkarmıştır (Tatar vd., 2011).

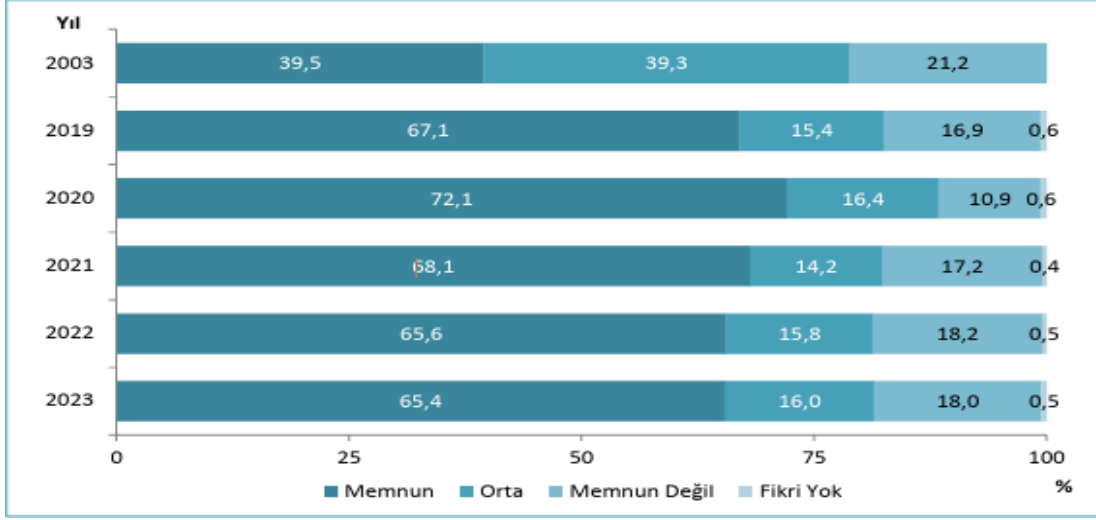
**ŞEKİL 2:** Türkiye Hastane Sayısı (2002-2023)



**KAYNAK:**(Sağlık Bakanlığı, 2025)

GSS sistemi ile genel sağlık sigortalılarının devlet hastanelerinin yanı sıra anlaşmalı özel hastanelerden de yararlanabiliyor olması; hizmet kalitesinin, rekabet ve hizmet standartlarının artışına yine bununla birlikte hasta memnuniyetinin de artmasına katkı sağlamıştır. İstatistiklere bakıldığı zaman 2003 yılında %39,5 olan hasta memnuniyet oranının 2023 yılında %65,4 olarak gerçekleştiğini görmekteyiz. (Sağlık Bakanlığı, 2025) Söz konusu bu istatistiğe göre Türkiye, geliştirdiği bu sistem ile hasta memnuniyeti noktasında başarı sağladığı görülmektedir (Yılık & Beylik, 2023: s.37).

**ŞEKİL 3:** Hasta Memnuniyet Oranı (2003-2023)



**KAYNAK:** (Sağlık Bakanlığı, 2025)

Hali hazırda uygulanan sağlık sigortası sistemi Bismarck tipi sosyal sigorta ile genel bütçeden finanse edilen sosyal yardım yaklaşımının birleşimi bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sistemin finansmanı kapsamında olan kişilerin ödediği primler ile genel bütçeden gelen katkıdan oluşmaktadır. GSS primlerinin yanı sıra sistemin bir diğer kaynağını ise katılım payı ve ilave ücretler oluşturmaktadır. SGK sistem nedeniyle açık vermesi halinde ise bu açık Hazine tarafından kapatılmaktadır. TÜİK tarafından açıklanan rakamlara göre 2021 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu payı %79,2 iken 2022 yılında bu oran %76,4 olarak gerçekleşmiştir. Özellikle uygulamanın 2012 yılında tüm nüfusu kapsamaya başladığı ve birlikte cepten yapılan sağlık harcamalarında önemli düzeyde azalma meydana gelmiş 2000’li yılların başında cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı OECD ülke ortalamasının üzerinde %27,6 iken bu oran TÜİK istatistiklerine göre 2022 yılında %18,5 olarak gerçekleşmiştir (Narcı, 2017: s.81).

**TABLO 5: Türkiye Toplam Sağlık Harcaması (2021-2022)**

(Milyon TL)				
	2021	Pay (%)	2022	Pay (%)
<b>Toplam sağlık harcaması</b>	<b>353 941</b>	<b>100,0</b>	<b>606 835</b>	<b>100,0</b>
Genel devlet	280 220	79,2	463 516	76,4
Merkezi devlet	111 180	31,4	191 862	31,6
Mahalli idareler	1 975	0,6	3 668	0,6
Sosyal Güvenlik Kurumu	167 065	47,2	267 986	44,2
Özel sektör	73 721	20,8	143 319	23,6
Hanehalkları	56 342	15,9	112 018	18,5
Sigorta şirketleri	9 330	2,6	16 562	2,7
Diğer <sup>(1)</sup>	8 050	2,3	14 738	2,4

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(1) "Diğer" sağlık harcamaları, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

**KAYNAK: (TÜİK, 2023)**

Söz konusu bu durumun yanı sıra özellikle GSS uygulaması ile devlet hastanelerinin yanı sıra özel hastanelerden de SGK'nın yaptığı sözleşme yoluyla hizmet satın alınabilmesi özel hastaneleri sağlık sisteminin önemli bir parçası haline getirmiştir. SGK ile anlaşmalı özel hastaneler GSS kapsamında başvuru yapan genel sağlık sigortalılarına hizmet sunmakta bunun karşılığında ise fatura karşılığında ödeme almakta ve ayrıca genel sağlık sigortalılarından SGK tarafından belirlenen bedelin %200'üne kadar ilave ücret alabilmektedir (Konuralp & Bicer, 2021).

Hem kamu hastaneleri hem de özel hastanelerle iş birliği içerisinde sağlık hizmeti sunumu hasta başvuru sayılarının hızla artmasına ve bu artış karşısında talebin daha rahat karşılanmasını sağlamıştır. SB istatistiklerine göre 2002 yılında kişi başı hastanelere müracaat sayısı 1.9 iken (bunun 1.7'si SB hastaneleri) bu sayı 2023 6.3'e yükselmiştir. Bu istatistik içerisinde özel hastanelere ait rakam 2002 yılında 0.1 iken 2023 yılında 0.8'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025).

**TABLO 6:** Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hastanelere Müracaat Sayısı (2002-2023)

	2002	2019	2020	2021	2022	2023
Sağlık Bakanlığı	1,7	4,7	2,9	3,6	4,5	5,0
Üniversite	0,1	0,6	0,4	0,5	0,5	0,5
Özel	0,1	0,9	0,7	0,8	0,9	0,8
Toplam	1,9	6,1	4,0	4,9	5,9	6,3

**KAYNAK:** (Sağlık Bakanlığı, 2025)

1980’li yıllardan itibaren uygulanan neo-liberal politikalar ve bu doğrultuda 2000’li yıllarda hazırlanan programlar ile uygulamasına geçilen GSS sistemi sağlık hizmetlerinden yararlanma noktasında herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan ancak prim ödeme gücü olan kişilere prim ödeme yükümlülüğü getirmekle birlikte aynı zamanda sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler için katılım payı ödeme yükümlülüğü ve özel hastanelere müracaat eden kişiler için ilave ücret düzenlemesine yer vermiştir. Sistem içerisinde özellikle herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekliliği sistemden yararlanma noktasında bireysel sorumluluğu ön plana çıkararak yeni sağ ideolojisinin öngördüğü anlayışı yansıtmıştır.

Yine gereksiz sağlık hizmeti sunumu ve bu doğrultuda gereksiz sağlık harcamasının önüne geçebilmek katılım payı uygulaması sistem içerisinde yer almış, bu sayede genel sağlık sigortalılarının belli bir miktarda olsa cepten ödeme yapması ve bu sayede mali disiplinin ile kamu harcamalarında tasarruf yapılması öngörülmüştür.

Özelleştirme, özel girişimcilik, verimlilik ve rekabet gibi kavramları ön plana alan ve kamu hizmetinin piyasa dinamikleri ile yeniden yorumlanmasını, özel sektör mantığı ile sunulmasını savunan yeni sağ ideolojisinin bu düşüncesi, kamunun sağlık hizmeti sunumunda tek alıcı hale dönüşmesi ve özel hastanelerle sözleşme yaparak genel sağlık sigortalılarının bu hastanelerden hizmet alımını sağlaması, kamu hastaneleri ile özel hastaneleri kendi içlerinde rekabet ortamına sokması ve özellikle

performansa dayalı ödeme tarzı piyasa odaklı yaklaşımı sistemin yeni sağ anlayışına yakın uygulamaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Turancı & Bulut, 2016).

### **3.3. Karşılaştırmalı Değerlendirme**

Ülkemizde uygulanan GSS Sistemi İngiltere ile kıyaslandığında; her iki sistemin de tüm nüfusu kapsayan evrensel yapıda sistemler olduğunu görmekteyiz. Yine her iki ülke sağlık hizmetinin finansmanını kamu ağırlıklı sağlamaktadır. Sistemler arasındaki farklardan biri finansman noktasında kendini göstermekte olup ülkemiz sistemi prim esasına dayalı iken İngiltere’de ise finansman vergilerle sağlanmaktadır. Yine her iki ülkede de özel sağlık kuruluşları ve reçetesiz ilaç alımı sırasında cepten ödemeler, reçeteli ilaç ve diş tedavilerinde katkı payları uygulanmaktadır (Akman & Tarım, 2020: s.312).

İngiltere ve Türkiye sistemlerinde kamu ile birlikte özel sektörün de hizmet sağlayıcısı olduğu bir yapı bulunmaktadır. Bununla birlikte, sağlık harcamalarında her iki ülke kamu payı da %70’in üzerinde gerçekleşmektedir. Benzer şekilde her iki ülkede de cepten ödeme payının birbirine çok yakın olduğu gözlemlenmektedir (OECD, 2022b; TÜİK, 2023).

İki ülke arasındaki en ciddi fark sevk zinciri noktasında karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmet sunucularını aile hekimleri İngiltere’de ise genel pratisyenler oluşturmakta bu birimlerde hastaların koruyucu sağlık, tanı, tedavi hizmetleri karşılanmaktadır. Ancak İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmet sunucusuna müracaat zorunlu iken Türkiye’de böyle bir zorunluluk bulunmamaktadır. Söz konusu durum kendini özellikle hastanelere yapılan müracaat sayıları noktasında kendini göstermektedir. SB İstatistiklerine göre 2019 yılı birinci basamak sağlık hizmet sunucusuna müracaat 265.496.223 kişi iken ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusuna müracaat sayısı ise 782.515.204 kişi olarak gerçekleşmiştir. Söz konusu durum ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına aşırı yüklenme, verimsizlik, maliyet artışı, kaynakların düzgün dağıtılmaması, sağlık personelinin iş yükü artışı gibi olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir (Akman & Tarım, 2020: s.309).

ABD sağlık sigortacılığı noktasında, İngiltere ve Türkiye sisteminin aksi bir yapıda karşımıza çıkmaktadır. İngiltere ve Türkiye finansman noktasında farklılık arz etse de evrensel kamu sigortacılığı anlayışını uygulamakta, ABD ise bu sınırlı kalmaktadır (Reibling vd., 2019).

OECD istatistiklerine göre İngiltere’de nüfusun %100’ü; Türkiye’de %98,6’sı, ABD ise %34’ü kamu sağlık sigortası kapsamı içerisinde yer almıştır. Sağlık hizmeti sunumunda ise toplam hastane sayısı içerisinde kamuya ait hastanelerin payının %14.7; kar amacı güden özel hastane payının %36.1; kar amacı gütmeyen %49.1 olduğunu görmekteyiz (ABD hastane durumu). Buna göre ABD sistemi gerek sağlığın finansmanı gerekse sağlık hizmetinin sunumunda özel sektör ağırlıklı yine bu doğrultuda birey sorumluluğu tüketici tercihini ön plana alan bir yapı ortaya koymaktadır (Reibling vd., 2019).

Kapsam noktasındaki bu farklılık özellikle sigortalı olmayan kişi sayısında da kendini göstermektedir. 2023 yılı rakamlarına göre ABD’de 25.3 Milyon kişinin kamu ya da özel sağlık sigortası bulunmamaktadır (Tolbert vd., 2024). Yine, toplam sağlık harcamalarına bakıldığında ABD’de kamu sağlık harcamalarının %43’ünün kamu sağlık sigortası tarafından gerçekleştirildiği, kalan kısmın ise özel sağlık sigortası, cepten ödemeler veya sigorta harici ödemelerden gerçekleştiğini görmekteyiz (McGough vd., 2024).

## SONUÇ

Dünya, tarih boyunca üç önemli dönüm noktasına tanıklık etmiştir: Aydınlanma, 1929 Ekonomik Buhranı ve 1970'li yılların arz krizi. Bu üç olay, özellikle ekonomik ve sosyal politikaların yeniden şekillenerek yeni sağ anlayışının oluşumunda belirleyici bir rol oynamıştır.

1929 yılına kadar, Adam Smith'in "bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler" yaklaşımı çerçevesinde, tamamen serbest piyasaya dayalı bir ekonomik model benimsenmiştir. Bu modelde devletin piyasaya herhangi bir müdahalesi söz konusu değildi. Ancak, 1929 Ekonomik Buhranı sürecinde bu yapı çökmüş; serbest piyasanın kendi kendini sürdürmediği görülmüştür. Bunun üzerine Keynesyen ekonomi anlayışı devreye girmiş ve devletin ekonomik faaliyetlere müdahalesi gereklilik haline gelmiştir. Bu dönemde, refah devleti ilkesi ön plana çıkarılarak geniş sosyal haklar ve sosyal güvenlik uygulamaları hayata geçirilmiştir.

Ne var ki, 1970'lerde yaşanan arz krizi, refah devleti anlayışına yönelik eleştirilerin artmasına neden olmuştur. Özellikle sosyal yardımların bireyleri atalete sürüklediği, girişimcilik ruhunu zayıflattığı ve ekonominin rekabetçi yapısına zarar verdiği iddiaları gündeme gelmiştir. Bu eleştiriler sonucunda, serbest piyasanın yeniden önceliklendirildiği ancak aile yapısı ve güçlü devlet anlayışının muhafaza edildiği neo-muhafazakâr ve neo-liberal yaklaşımlar ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu yeni yaklaşım, özellikle ABD'de Ronald Reagan ve Birleşik Krallık'ta Margaret Thatcher liderliğinde etkili hale gelmiştir. Her iki lider, bu anlayışı temel alarak ülkelerinde iktidar olmuş ve politika reformları gerçekleştirmiştir. Türkiye ise bu süreçten Turgut Özal liderliğinde etkilenmiştir.

Turgut Özal dönemi, Türkiye ekonomisi açısından önemli bir dönüşüm başlatmıştır. Ancak bu dönüşüm, sosyal alanlarda eşdeğer bir ivme kaydedilmesi bakımından sınırlı kalmıştır. Buna rağmen, bu dönemde atılan adımlar, özellikle planlı sistemin benimsenmesi, Türkiye'nin daha sonraki yıllarda gerçekleştireceği sağlık reformlarının temelini oluşturmuştur. 2003 yılında başlatılan sağlık dönüşüm programı, 2008 yılında yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası

Kanunu ile desteklenmiş süreç 2012 yılında zorunlu GSS (GSS) sistemiyle tamamlanmıştır.

Söz konusu bu süreç sonunda, devlet eli ile hem sağlık hizmetinin sunumu hem de finansmanına dayalı bununla birlikte düşük kalite verimsiz sağlık sigortacılığı modeli terk edilmiştir. Geliştirilen yeni model ile sağlık hizmeti sunumu ile sağlık finansmanının birbirinden ayrılmış, bireysel ve kamu destekli prim ödeme ve katkı payına dayalı kapsamlı bir GSS modeli tesis edilmiştir.

Yeni model, özel hastanelerin yaygınlaştırılması, aile hekimliği modelinin sözleşmeli yapıya dayandırılması ve kamu-özel ortaklığı ile sağlık hizmetlerinin sunumu gibi uygulamaları içererek yeni sağ anlayışının temel ilkelerini yansıtmıştır. Sağlık alanında bu reformlar sayesinde önemli bir hizmet ve kalite artışı sağlanmıştır. Cepten yapılan sağlık harcamaları büyük ölçüde azalmış; özel hastanelerin devreye girmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinde kalite standartları yükselmiştir. Aynı zamanda, kamu-özel ortaklığı çerçevesinde kurulan şehir hastaneleri, özellikle pandemi sürecinde kritik bir rol oynamıştır.

Gelir testi yolu ile gerçek muhtaç sahiplerinin tespit edilmesi ve bu kişilere primleri hazine tarafından karşılanmak üzere sağlık güvencesi sağlanması yeni sağ anlayışının güçlü devlet anlayışını yansıtmıştır.

Türkiye'nin sağlık sigortacılığı noktasında benimsediği bu modelin, Eski Yeşil Kart uygulamasının GSS kapsamında entegre edilmesi, prim borcu nedeniyle sağlık hizmeti alamayan kişilere SB tarafından ücretsiz sağlık hizmeti verilmesini öngören Cumhurbaşkanlığı kararı ve belirli grupların katkı paylarının devlet tarafından karşılanması gibi düzenlemeler noktasında neo-liberal sistemin öncüsü olan ABD'den ayrıldığı gözlemlenmektedir. Bu durum kendisini özellikle sağlık harcamaları içerisinde kamunun payının yüksekliği noktasında kendisini göstermektedir. Yeni sağın temel ilkelerinden sapma olarak da değerlendirebileceğimiz söz konusu bu düzenlemelerin mali açıdan sürdürülebilir sistem noktasında uzun vadede sorunlar oluşturabilecektir.

Bu açılardan değerlendirildiğinde, Türkiye'nin reform politikalarıyla oluşturduğu yeni sağlık sigortacılığı sisteminin yeni sağ anlayışının etkisiyle

şekillenerek bu anlayışın özelliklerini taşıyan bununla beraber pragmatik bir yaklaşımla kendi sosyo-ekonomik koşullarına uyum sağlayan bir model olduğunu görmekteyiz.

Buradan hareketle halihazırda yürürlükte bulunan genel sağlık sigortası sistemindeki düzenlemeler içerisinde; sistemin yeni sağın öngördüğü temel ilkelere daha uyumlu hale geleceği ve bu doğrultuda mali açıdan da sürdürülebilir bir yapının ortaya konabileceği öneriler söz konusu olabilecektir.

## ÖNERİLER

Türkiye'nin oluşturduğu modelin; yeni sağ anlayışını, birey ve piyasa odaklı yaklaşıma yönelik uygulamaları esas alma ve bu doğrultuda sistemin sürdürülebilirliğini sağlama noktasında gerçekleştirilebilecek politika önerileri şu şekildedir;

*Prim tahsilat sürecinin etkinliğinin artırılması;* 5510 sayılı Kanun SGK'dan gelir/aylık almak için yaş ve prim ödeme gün sayısı şartını yerine getiren kişilerden yalnızca kendi nam ve hesabına çalışanlar için GSS prim borcunu ödeme şartını ararken bir işveren yanında çalışan işçiler ve kamu görevlileri için bu şartı öngörmemiştir. Kanun içerisinde yapılacak değişiklik ile sigortalılara gelir/aylık bağlanırken GSS prim borcu bulunmama şartının söz konusu kişiler için de aranması birey sorumluluğunu artıracak, SGK açısından prim tahsilatını kolaylaştırarak Kurum gelirlerinde artış ve bu sayede kamu üzerindeki maliyet yükünün azalmasını sağlayacaktır.

Yine nimet-külfet dengesine dayalı ve beraberinde birey sorumluluğunu ön plana alan sistemde Cumhurbaşkanlığı kararı ile genel sağlık sigortalılarına devlet ve devlet üniversite hastanesinde sağlık hizmetinin SB bütçesinden karşılanması hem sistemin iktisadi açıdan sürdürülebilirliği hem de yeni sağ anlayışın ortaya koyduğu temel ilkelerle çelişmektedir. Bu noktada, 2025 yılı sonu itibariyle sona erecek uygulamanın uzatılmamasının sistemin sürdürülebilirliği ve yeni sağın ortaya koyduğu temel ilkelerle daha uyumlu olacağı değerlendirilmektedir.

*Hizmet Sunumunun Kolaylaştırılması;* GSS kapsamında kendilerine gelir testi yapılması gereken kişilere ilişkin süreç 2012 yılına kadar belirsizliği korumuş iken bu belirsizlik 2012 yılında görevin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına verilmesi ile sonuçlanmıştır.

Söz konusu işleyiş sosyal yardımların kimlere sağlanacağı noktasında karar mekanizması olan Vakıflara verilmesi, sosyal yardım ve muhtaç kişilere sağlık yardımı verilmesi iş işlemlerinin bir araya getirilmesi noktasında olumlu gözükmekte iken, iki sistemin birbirinden farklı kriterlerle sürdürülmesi bu birlikteliği anlamsız kılmıştır.

Bu noktada 5510 sayılı Kanun ve gelir testi yönetmeliğinde yer alan kriterlerin sosyal yardım kriterleri ile bir uyumlulaştırılması devlet destekli sağlık yardımlarının gerçekten muhtaç kişilere verilmesi noktasında daha uyumlu bir anlayışı ortaya koymuş olacaktır.

Bununla birlikte, özellikle gelir testi işlemlerinde yer alan genel sağlık sigortalılarının başvuru zorunluluğunun bulunması ve söz konusu başvurunun bizzat kişilerin yazılı olarak yapması zorunluluğunun kaldırılarak gelir testi işlemlerinin otomatik olarak gerçekleştirilmesinin bürokrasi ve maliyetlerin azaltılması açısından daha uygun olacağı değerlendirilmektedir.

Gelir testi başvuru şartı aranmadan Vakıfların doğrudan ilgili kişiler adına gelir testi işlemlerini otomatik olarak sonuçlandırılması SGK açısından gelir testine yönlendirme adına katlanılan tebligat masrafinin ortadan kalkmasına, genel sağlık sigortalıları açısından ise bürokratik işlemlerin azalmasını sağlayacak. Bu doğrultuda uygulama yeni sağ anlayışının temel ilkelerine daha yakın bir yaklaşım göstermiş olacaktır.

*Maliyet Azaltıcı Önlemler;* Türkiye sağlık harcamalarına bakıldığında kamu ağırlığının son derece yüksek olduğu görülmektedir. Her ne kadar sistem özel hastanelerle yaptığı sözleşmeler ile hizmet sunumunun özelleşmesini, beraberinde bu yöntem ile kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve vatandaş memnuniyetini artırmış olsa da devlet üzerindeki sağlık harcama yükü de beraberinde gelmiştir.

Bu noktada GSS sistemi içerisinde özel sağlık sigortacılığı sisteminin gelişimini sağlayacak teşvik modelleri geliştirilmesi, kamu üzerindeki yükün de azalması anlamına gelecektir. Sosyal güvencesi olmayan kişilerden tamamlayıcı ya da özel sağlık sigortası yaptıran bireyler için prim indirimi sağlanması veya devamında genel sağlık sigortasından muafiyet gibi düzenlemelere gidilmesi, prim takibi adına yapılacak masraflar başta olmak üzere, kamu sağlık harcamaları üzerindeki yükten kurtulma gibi faydaları da beraberinde getirecektir.

Sağlık harcamalarını kontrol altına alma, sağlık hizmet sunucularının daha verimli hizmet sunabilmeleri adına sevk zincirinin tüm genel sağlık sigortalılarını kapsayacak şekilde etkili uygulanması gerekmektedir. Halihazırda aile hekimliği

sisteminin kurulu olduğu ÷lkemizde aile hekimliğine müracaat etmeden ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuna müracaat etmenin yüksek miktarda katılım payı ödeme yaptırımını beraberinde getireceği düzenlemeler sistemi yeni sağ ilkelerine daha uyumlu hale getirecektir.

## KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.** (2025). *Faaliyet Raporu 2024* [Faaliyet Raporu]. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.aile.gov.tr/raporlar/yillik-faaliyet-raporlari/>
- AKINCI, M. (2020).** *Muhafazakârlık*. İçinde Ö. Çaha & B. Şahin (Ed.), *Dünya'da ve Türkiye'de Siyasal İdeolojiler* Orion Kitabevi.
- AKMAN, E., & TARIM, M. (2020).** Türkiye ve İngiltere Sağlık Sistemleri: Birincil Basamak Sağlık Hizmetleri Karşılaştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 303-316.
- AKSU, H. N. (2018).** *Türkiye'de Kamu Yönetiminde Neoliberal Dönüşüm Bağlamında Yeni Sağ Muhafazakar Anlayışın Çözümlemesi: Turgut Özal Dönemi* [Yüksek Lisans Tezi]. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- AKTAN, C. C. (1995).** Klasik Liberalizm, Neo-Liberalizm ve Libertarianizm. *Amme İdaresi Dergisi*, 28(1), 3-32.
- Amerika Birleşik Devletleri. (2025).** İçinde *Vikipedi*. [https://tr.wikipedia.org/wiki/Amerika\\_Birle%C5%9Fik\\_Devletleri](https://tr.wikipedia.org/wiki/Amerika_Birle%C5%9Fik_Devletleri)
- ARICI, K. (2015a).** Genel Sağlık Sigortasında Gelir Testi Meselesi ve Çözümü. *Sicil Dergisi*, 2(34), 27-40.
- ARICI, K. (2015b).** *Türk Sosyal Güvenlik Hukuku* (1. Baskı). Gazi Kitabevi.
- ATILGAN, A. (2016).** *Neoliberal Dönemde Sosyal Güvenlik* (1. Baskı). Beta Basım Yayım.
- BALTACI, C. (2004).** Yeni Sağ Üzerine Bir Eleştiri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 9(2), 359-373.
- BARRY, P. N. (1989).** *Yeni Sağ*. Tisamat Yayınları.
- BAŞMANAV, Y. (2014).** *Genel Sağlık Sigortasının Kişi Bakımından Kapsamı* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BAŞOL, E. (2015).** Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- BİLİR, H. B. (2021).** *Türkiye'de Yeni Sağ Politikalarının Yükselişi: 12 Eylül Askeri Darbesi ve ANAP İktidarı* [Yüksek Lisans Tezi]. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BORATAV, K. (2011).** *Türkiye İktisat Tarihi 1908-2009*. İmge Kitabevi.
- BOSTANCI, Y. (2007).** *Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası* [Doktora Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- BOZDAĞLIOĞLU Y. (2014).** *Devlet ve Devlet Teorileri.* İçinde Ö. Kutlu (Ed.) *Siyaset Bilimine Giriş*, Lisans Yayıncılık
- BUĞRA, A., & KEYDER, Ç. (2006).** The Turkish Welfare Regime in Transformation. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 211-228.
- BÜLBÜL, K. (2019).** *Siyaset Bilimi: kavramlar, kurumlar, ideolojiler.* (3. Baskı) Liberte Yayınları,
- CENTEL, T. (2021).** *Türk Sosyal Güvenlik Hukuku* (1. Baskı). Onikilevha Yayıncılık.
- CİZRELİOĞULLARI, M. N. (2013).** *Türkiye’de Liberalizm (1980–1999): Neo-Liberal Politikaların Türk Politik-Ekonomisine Etkileri* [Yüksek Lisans Tezi]. Atılım Üniversitesi.
- CLARKE, J., & NEWMAN, J. (2006).** *The Managerial State* (4. Baskı). Sage Publications.
- CUMMINGS, I. (2021).** *More Thatcherite Than Thatcher: Understanding and Penal Policy Today.* <https://www.transformingsociety.co.uk/2021/01/29/more-thatcherite-than-thatcher-understanding-uk-welfare-and-penal-policy-today/#:~:text=Britain%20was%2C%20in%20fact%2C%20a,was%20elected%2C%20there%20followed%20a>
- ÇAHA, Ö. (2012).** *Dört Akım Siyaset* (5. Baskı). Orion Kitabevi.
- ÇALIŞ, S. (2006).** *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- ÇALIŞKAN, S. (2017).** *Yeni Sağ’ın Gölgesinde Sosyal Politika: Türkiye Örneği Üzerinden Bir Değerlendirme* [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÇALLI, M. (2016).** Türkiye’de Mültecilerin ve Sığınmacıların Sağlık Hakkı. *İş ve Hayat*, 2(3), 131-154.
- ÇETİN, M. Ş. (2021).** *Yeni Sağ Siyasal Anlayış ve Siyasetin Finansmanı: ABD ve Türkiye Üzerine Bir Analiz* [Doktora Tezi]. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ÇILGIN, T. (2022).** *Sosyal Liberalizm.* İçinde E.E. Ayhan. *Sosyal Kavramlar Ansiklopedisi.* Orion Kitabevi
- ÇORUK, E. (2020).** *Türkiye’de Yeni Sağ Vitrini Olarak Turgut Özal* [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- DAŞTAN, İ., & ÇETİNKAYA. (2015).** OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.

- DOĞAN, Ali Ekber, (2002)**, Birikimin Hamalları: Kriz, Neo-Liberalizm ve Kent, DonkiÇot Yayınları, Ankara.
- DOĞRU, O. (1998)**. *İnsan Hakları Uluslararası Mevzuatı*. Beta Yayınları.
- DUMAN, F. (2004a)**. Edmund Burke Muhafazakarlık, Aydınlanma ve Siyaset, Muhafazakâr Düşünce Dergisi, 1(31), (31-53)
- DUMAN, F. (2017b)**. Muhafazakâr İdeolojide Farklı Düşünce Gelenekleri Bağlamında Muhafazakarlığın Doğası. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 15-34.
- DUMAN, M. Z. (2008)**. *Türkiye’de Modernleşme ve Liberal-Muhafazakâr Siyaset (Turgut Özal’ın Politikaları Üzerine Sosyolojik Bir Çalışma [Doktora Tezi]*. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DUR, V. (2014)**. Dünya Bankasının Ulusal Sosyal Güvenlik Reformlarına Etkisi. *Sosyal Güvence Dergisi*, 6, 5-27.
- DURAL. A.B. (2013)**. *Çağdaş Siyasal İdeolojiler. İçinde Dural A.B. Siyaset Bilimi’nde Kuram-Yöntem Güncel Yaklaşımlar. (2. Baskı)*. Paradigma Akademi
- EKE, E., & KİŞİ, M. (2019)**. Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Bir Perspektif. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. <https://doi.org/10.26466/opus.548218>
- ER, Ü. (2011)**. *Sağlıkta Dönüşüm Aracı: Genel Sağlık Sigortası [Yüksek Lisans Tezi]*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- ERDİL, M. (2023)**. *Geçici Korunanların Sağlık Hakkı*. Adalet Yayınevi.
- ERDOĞAN, M. (2017)**. *Liberalizme Yeniden Bakış. İçinde Liberalizmin El Kitabı (Ed. C. Uslu)*. (2. Baskı). Liberte Yayınları.
- ERGÖR, G., & ÖZTEK, Z. (2000)**. *Exploring Health Policy Development In Europe*, (Vols. 1-86). WHO.
- EROL, H., & ÖZDEMİR, A. (2018)**. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Özel Sayı*, 119-146.
- ERSÖZ, D. (2010)**. *Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı [Yüksek Lisans Tezi]*. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- EŞKİ UĞUZ, H., & ÇALIŞKAN, S. (2022)**. Neoliberalizm ve Sosyal Politika: Ahlaki ve Politik Değerlerden Yoksun Bir Anlatının Eleştirisi. *Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi*, 3(2), 11-27.
- FİŞEK, N. H. (1983)**. *Halk Sağlığına Giriş*. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Yetiştirici Yayınları.

Genel Sağlık Sigortası Tescil ve Prim İşlemleri Genelgesi, 2019/17 (2019).  
<https://www.turmob.org.tr/mevzuat/Pdf/17213>

**GEREK, N. (2000).** *Sosyal Güvenlik Hukuku*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.

**GÖRMÜŞ, A (2014).** Refah Devletinde Sağlık Hakkının Dönüşümü: Kamu Hizmeti Paradigmasından Piyasa Hizmeti Paradigmasına. İçinde. K.A. Ertan, F. Kartal, Y.Ş. Atay, Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Sosyal Haklar, TODAİE

**GÖKMEN, S. (2015).** *Türkiye’de Sağlık Sigorta Sistemi: Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi ve Finansal Sürdürülebilirliği* [Yüksek Lisans Tezi]. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

GSS Uygulama Yönetmeliği (2014).  
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140418-16.htm>

**GÜL, S. S. (2006).** *Sosyal Devlet Bitti Yaşasın Piyasa Yeni Liberalizm ve Muhafazakarlık Kıskaçında Refah Devleti*. Ebabel Yayınları.

**GÜLER, B. A. (2005).** *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları (1980-1995)*. İmge Kitabevi.

**GÜZEL, A., OKUR, A. R., & CANIKLIOĞLU, N. (2024).** *Sosyal Güvenlik Hukuku* (20. Baskı). Beta Basım Yayım.

**HARVEY, D. (2020).** *Neoliberalizmin Kısa Tarihi (çev. Aylin Onocak) (1. Baskı)*. Sel Yayıncılık

**HAKERİ, H. (2013)** *Tıp Hukuku*, (7. Baskı) Ankara: Seçkin Yayınları,

**HEYWOOD, A. (2012).** *Siyasi İdeolojiler*. (13. Baskı), Ankara, Felix Kitap.

**İŞİK, M. (2023).** *Dünya’da ve Türkiye’de Muhafazakarlık* (1. Baskı). Astana Yayınları.

**İÇİRGİN, İ. G. (2023).** *Yeni Sağ’ın Amerikasında Siyahi Kadınların Covid-19 Sınavı: Kesişimsellik Teorisi Bağlamında BİR İnceleme* [Yüksek Lisans Tezi]. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**İngiltere. (2025).** İçinde *Vikipedi*. <https://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0ngiltere>

**JESSOP, B. (2002).** *Kapitalist Devletin Geleceği*(çev. Ahmet Özcan), Ankara Epos Yayınları.

**KARAÇAM, O. (2021).** City Hospitals: The Last Attire of Privatisation in the Turkish Health System. *Iğdır Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6, 51-64.

**KARAKURT, B. (2011).** *Washington Konsensüsü’nden Küresel Mali Krize Mali Disiplin Ve Türkiye’deki Gelişmeler*. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 1(25), 31-53

- KAYA, H. (2019).** Uluslararası Yabancı Bayraklı Gemilerde Çalışan Türk Gemi Adamlarının Genel Sağlık Sigortalılığı. *Mali Çözüm Dergisi*, 29(154), 267-274.
- KESGİN, B. (2014).** *Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi*. (Birinci Baskı). Açılım Kitap
- KIRILMAZ, H., ÜNAL, Ö., & AMARAT, M. (2017).** Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104. <https://doi.org/10.25069/spmj.342134>
- KIZILOVA, A. T. (2015).** *Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası: Gelişimi, Uygulaması ve Sorunları* [Yüksek Lisans Tezi]. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KOÇ, A. (2019).** *Bir Siyasal Düşünce Akımı Olarak Muhafazakar Demokrasi: Adalet ve Kalkınma Partisi Örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KONURALP, E., & BİCER, S. (2021).** Putting the Neoliberal Transformation of Turkish Healthcare System and Its Problems into a Historical Perspective. *Review of Radical Political Economics*, 53(4), 654-674. <https://doi.org/10.1177/04866134211005083>
- KORKMAZ, M. (2017).** Son Düzenlemeler Çerçevesinde Zorunlu Genel Sağlık Sigortalılığı. *Vergi Raporu*, 216, 79-89.
- KORKUSUZ, R., & UĞUR, S. (2022).** *Sosyal Güvenlik Hukuku* (8. Baskı). Ekin Yayınları.
- KÖKSAL, T. (2006).** *1980 Sonrası Yeni Sağ Politikalar ve İcraatın İçinden Programlarının (1984-1989) Değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KURUCA, M. (2012).** *Genel Sağlık Sigortası* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KUTSAL, F. B. S. (2016).** *Türk Sosyal Sigortalar Hukukunun Temel İlkeleri* (1. Baskı). Beta Yayınları.
- KÜP, D. (2013).** *Yeni Sağ Politikalar Ekseninde Türk Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma Arayışları ve Bu Yeni Yapının Beklentilere Cevap Verebilme Düzeyi* [Yüksek Lisans Tezi]. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- MARX, J. D. (2018).** *The Conservative Transition in American Social Policy*. [https://socialwelfare.library.vcu.edu/eras/1980s-beyond/the-conservative-transition-in-american-social-policy/#:~:text=increasing%20military%20spending,government%20in%20advancin g%20social%20welfare\)](https://socialwelfare.library.vcu.edu/eras/1980s-beyond/the-conservative-transition-in-american-social-policy/#:~:text=increasing%20military%20spending,government%20in%20advancin g%20social%20welfare))
- MCGOUGH, M., WINGER, A., PANCHAL, N., & COTTER, L. (2024).** How has U.S. spending on healthcare changed over time? *Health System Tracker*.

<https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/#Total%20national%20health%20expenditures,%201970-2023>

**METİN B., ÖZAYDIN M.M. (2014).** *Çalışma ve Refah*, (1. baskı). Gazi Kitabevi

**MİRAS, F. (1998).** Sosyal Güvenlik. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 2.

**NARCI, H. Ö. (2017).** Cepten Sağlık Harcamaları: Dünden Geleceğe Projeksiyon. *Sağlık Ekonomisi*, 76-81.

**NİSBET R. (2023). (1. Baskı).** *Muhafazakarlık*. Erbay M. (Çev.) Ketebe Kitap

**OECD. (2022a).** *OECD Data*. OECD. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html#indicator-chart>

**OECD. (2022b).** *OECD Data* [İstatistik Raporu]. OECD. [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=DisseminateArchiveDMZ&df\[id\]=DF\\_DP\\_LIVE&df\[ag\]=OECD&av=true&pd=2022%2C2022&dq=TUR%2BGBR%2BUSA%2BOAVG%2BOECD.HEALTHEXP.VOLUNTARY%2BCOMPULSORY..A&to\[TIME\\_PERIOD\]=false&vw=tb&lb=bt](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DisseminateArchiveDMZ&df[id]=DF_DP_LIVE&df[ag]=OECD&av=true&pd=2022%2C2022&dq=TUR%2BGBR%2BUSA%2BOAVG%2BOECD.HEALTHEXP.VOLUNTARY%2BCOMPULSORY..A&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb&lb=bt)

**ORAL, A. İ. (2001).** *Dünya'da ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları* [Doktora Tezi]. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**ORHANER, E. (2014).** *Türkiye'de Sağlık Sigortası* (1. Baskı). Siyasal Kitabevi.

**ÖZDEMİR, C. S. (2006).** *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Getirdiği Yenilikler (550 Soru-Cevap)* (1. Baskı). Adalet Yayınevi.

**ÖZER, M. A. (2021).** *Yeni Kamu Yönetimi* (4. Baskı). Gazi Kitabevi.

**ÖZİPEK, B. B. (2017).** *Muhafazakarlık Nedir?* (1. Baskı). Liberte Yayınları

**ÖZİPEK, B. B. (2006b).** *Muhafazakarlık, devrim ve Türkiye*. İçinde T. Bora ve M. Gültekingil (Ed.). *Modern Türkiye'de siyasi düşünce muhafazakarlık Cilt 5. İletişim Yayınları*.

**ÖZUYSAL, H. (2011).** *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama* [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.

**RAWLS, J. (2022).** *Politika Felsefesi Üzerine Dersler*. Özkaya N. C. (Çev.) (1. Baskı) Nora Kitap

**REIBLING, N., ARIAANS, M., & WENDT, C. (2019).** Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*, 123, 611-620.

**RYAN, A. (2017).** *Liberalizm*. İçinde *Liberalizmin El Kitabı* (Ed. C. Uslu). (2. Baskı). Liberte Yayınları.

**SAĞLIK BAKANLIĞI. (2025).** *Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2023* [İstatistik Raporu]. SB. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf

Sağlık Uygulama Tebliği (2013). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17229&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>

**SARIYILDIZ, A. Y., PAŞAOĞLU, M. T., & YILMAZ, M. E. (2021).** Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri Ve COVID-19 Politikaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 314-327.

**SGK. (2007).** *Sosyal Güvenlik Reformu: Uygulama Öncesi Yeni Yaklaşım*. SGK.

**SGK. (2019).** *Avrupa Birliği'nde Sosyal Güvenlik (Geliştirilmiş İkinci Baskı)*. SGK.

**SGK. (2020).** *Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Sistemi (1. Baskı)*. SGK.

**SGK. (2025).** *SGK Aylık İstatistik Bülteni (Mart 2025)*. [www.sgk.gov.tr](http://www.sgk.gov.tr). <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6>

SGK Merkez Çalışma Yönetmeliği (2010). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13973&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 5510 (2006). <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat/metin/1.5.5510.pdf>

**SMİTH, A. (2020).** *Milletlerin Zenginliği* M. ACAR (çev.). Liberus Kitap.

**SÖZER, A. N. (2014).** *Türk Genel Sağlık Sigortası (1. Baskı)*. Beta Yayınları.

**SUR, H., & ATLI, H. (2001).** Türkiye'de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış. *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı*, 40(2), 1245.

**SÜMER, H. H. (2022).** *Sosyal Güvenlik Hukuku (3. Baskı)*. Seçkin Yayıncılık.

**ŞEN, A. (2019).** *Sağlık Hukuku yaklaşımıyla OECD ülkelerinin Türkiye ile sağlık sisteminin karşılaştırılması* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**ŞENER, B., & ÇOLAK, D. Ç. (2015).** Türkiye'de Yeni Sağ'ın Kamu Yönetimi Anlayışı: Turgut Özal ve ANAP. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(18), 393-417.

**TALAS, C. (1993).** Liberalciliğin Geri Dönüşü ve Sonrası. *Amme İdaresi Dergisi*, 26(3), 3-12.

- TATAR, M. (2011).** Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- TATAR, M., MOLLAHALİLOĞLU, S., ŞAHİN, B., AYDIN, S., MARESSO, A., & QUEVEDO, C. H. (2011).** *Turkey: Health System Review. Health Systems in Transition* (C. 13). European Observatory on Health Systems and Policies.
- TAYLOR-GOOPY, P., & LERUTH, B. (ED.). (2018).** *Attitudes, Aspirations and Welfare*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-75783-4>
- TAYYAR, A. (2011).** *Liberal İktisadi Düşünce de Birey ve Devlet* [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TAYYAR, A., & ÇETİN, B. (2013).** Liberal İktisadi Düşünce de Devlet. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(1), 107-120.
- TEK, Ç. (2018).** *Genel Sağlık Sigortasına Eleştirel Bakış* [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TEKİN, F. (1987).** Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 268.
- TENGİLİMOĞLU, D., AKBOLAT, M., & IŞIK, O. (2021).** *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (10 Basım).
- TIKKANEN, R., OSBORN, R., MOSSIALOS, E., DJORDJEVIC, A., & WHARTON, G. A. (2020a).** *International Health Care System Profiles: England*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
- TIKKANEN, R., OSBORN, R., MOSSIALOS, E., DJORDJEVIC, A., & WHARTON, G. A. (2020b).** *International Health Care System Profiles: United States*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>
- TİRYAKİ, D., & TATAR, M. (2000).** Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 123-138.
- TOK, N. (2020).** *Siyasal İdeolojiler. İçinde Çetin H. Siyaset Bilimi*. (8. Baskı) Orion Kitabevi
- TOLBERT, J., CERVANTES, S., & CLEA, B. (2024).** Key Facts About The Uninsured Population. *The independent source for health policy research, polling, and news*. The independent source for health policy research, polling, and news.
- TUNCAY, A. C., & EKMEKÇİ, Ö. (2012).** *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri* (15. Baskı). Beta Basım Yayım.

**TURANCI, E., & BULUT, S. (2016).** Neo-Liberalizm ve Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü: Özel Sağlık Sektörünün İletişim Politikaları Üzerine Bir Analiz. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 43, 40-63.

**TURGUT, A. E. (2019).** *Türkiye’de Neoliberalizm ve Sosyal Devletin Dönüşümü* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**TÜİK. (2023).** *TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2022* (İstatistik Raporu No. 49676). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676#:~:text=Toplam%20sa%C4%9F%C4%B1k%20harcamas%C4%B1%202022%20y%C4%B1%C4%B1nda,milyon%20TL%20olarak%20tahmin%20edildi.>

**UŞAN, F. (2009).** *Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları* (2. Baskı). Seçkin Yayıncılık.

**UYAR, H. S. (2008).** *Özal Dönemi Sosyal Politika (1983-1989)* [Yüksek Lisans Tezi]. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**WILD, C., & GIBIS, B. (2003).** Evaluations Of Health Interventions in Social Insurance-Based Countries: Germany, the Netherlands and Austria. *Health Policy*, 63, 187-196.

**YANBAŞ, B. (2019).** *Sosyal Devlet ve Anayasal İktisat Sentezi: Üçüncü Bir Yol Olarak Sosyal Liberalizm* [Yüksek Lisans Tezi]. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**YARAR, O., & TUNÇ, S. (2021).** Comparison of the health transformation policies for Turkey and United Kingdom. *Pressacademia*, 8(3), 184-197. <https://doi.org/10.17261/Pressacademia.2021.1456>

**YAŞAR, G. (2019).** Genel Sağlık Sigortasının Tam Kapsayıcılık DÜzeyi: On Yıllık Değerlendirme. *Çalışma Ortamı*, 162, 20-23.

**YAYIN, E., & ALPER, Y. (2023).** Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulaması Hakkında Bir Değerlendirme. *Çalışma ve Toplum*, 1(76), 121-158. <https://doi.org/10.54752/ct.1241213>

**YAYLA, A. (2018).** *Liberalizm* (7. Baskı). Liberte Yayınları.

**YETİK, M. (2018).** *Sosyal Güvenlik Hukukunda Primler ve Prim Teşvikleri* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**YILDIRIM, H. H. (2013).** *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu* [Değerlendirme Raporu]. Sağlık-Sen.

*Yıllık Kalkınma Planları*. (2025). DPT. <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/>

**YILMAZ, A. (2001).** *Çağdaş Siyasal Akımlar*. (1. Baskı). Vadi Yayınları

**YILMAZTÜRK, A. (2013).** Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 176-188.

**YILIK, P., & BEYLİK, U. (2023).** Sağlık Harcamalarının Hasta Memnuniyeti Ve Yaşam Süresi İle İlişkisi. *Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi*, 7(17), 31-38. <https://doi.org/10.58202/joecopol.1358514>

**YÜKSEL, H. (2016).** *Sosyal Güvenlik Hukuku, Primli ve Primsiz Rejim* (3. Baskı). Ekin Yayınları.