

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**BİREYLERİN SAĞLIK SİGORTALARINA ve SAĞLIK
HİZMETLERİNE YÖNELİK BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Gülizar COŞKUN**

**Danışman
Doç. Dr. Ersin KORKMAZ**

Ağustos 2022, ERZİNCAN

T.C.
ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**BİREYLERİN SAĞLIK SİGORTALARINA ve SAĞLIK
HİZMETLERİNE YÖNELİK BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ**
(Yüksek Lisans Tezi)

Hazırlayan

Gülizar COŞKUN

Danışman

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

Ağustos 2022, ERZİNCAN

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığım ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Gülizar COŞKUN



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Ana Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Program Adı : Sağlık Yönetimi Programı

Tez Başlığı : Bireylerin Sağlık Sigortalarına ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının a) Giriş, b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan (Kapak, Ön söz, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) toplam 87 sayfalık kısmına ilişkin 29/07/2022 tarihinde Turnitin intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre tezin benzerlik oranı: %25' tir.

Filtrelemeye alıntılar dahil edilmiştir. Filtrelemede yedi (7) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç tutulmuştur.

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez İntihal Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edilmesi durumunda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 31/08/2022

Danışman
Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

Öğrenci
Gülizar COŞKUN

KILAVUZA UYGUNLUK

“Bireylerin Sağlık Sigortalarına ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği” başlıklı Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan

Gülizar COŞKUN

Danışman

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

Sağlık Yönetimi ABD Başkanı

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

KABUL VE ONAY TUTANAĞI

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ danışmanlığında **Gülizar COŞKUN** tarafından hazırlanan “**Bireylerin Sağlık Sigortalarına ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Dalı’nda **Yüksek Lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

31/08/2022

JÜRİ:

Danışman : Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

Üye : Doç. Dr. Büşra TOSUNOĞLU

Üye : Doç. Dr. Mehmet GÜNER

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun /..../2022 tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... /...../2022

Prof. Dr. Necdet TOZLU

Enstitü Müdürü

ÖN SÖZ

Çalışma sürecinde her türlü yol gösterici olan, olumlu tavırlarıyla beni cesaretlendiren, bilgi birikimiyle çalışmama farklı açılardan bakmamı sağlayan beraber çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Ersin KORKMAZ'a sonsuz teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, aldığım kararları hep destekleyen, sadece bu çalışma sürecinde değil tüm hayatım boyunca beni cesaretlendiren ve motive eden annem Tülin COŞKUN'a, babam Bülent COŞKUN'a, kardeşlerim Cansel COŞKUN ARSLANTAŞ ve Dilara COŞKUN'a sonsuz şükranlarımı sunar teşekkür ederim.

Bu tezi yakın zamanda aramızdan ayrılan canım dedem Musa AKYÜZ'e ithaf ediyorum.

Gülizar COŞKUN, Gümüşhane, 2022

**BİREYLERİN SAĞLIK SİGORTALARINA ve SAĞLIK HİZMETLERİNE
YÖNELİK BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ
ÖRNEĞİ**

Gülizar COŞKUN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Ağustos 2022

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

ÖZET

İnsanların sağlık hizmetine nerede ve nasıl ulaşacağını tahmin etmesi mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının ne zaman yapılacağı ve tutarının ne kadar olacağını tahmin edilmesi de çok zordur. Bu belirsizlikler bireyler için genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin önemini arttırmaktadır. Bu kapsamda öngörülemeyen sağlık harcamaları ve bireylerin gelir kayıplarının önemli bir kısmının sağlık sigortaları yardımıyla önlenebileceği söylenebilir.

Bu çalışmanın amacı, Gümüşhane ilinde yaşayan ve özel sağlık sigortası bulunmayan bireylerin genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini ortaya koymak ve özel sağlık sigortasına neden gerek duymadıklarını belirlemeye çalışmaktır. Bu bağlamda Gümüşhane ilinde yaşayan ve özel sağlık sigortası bulunmayan bireylere bir anket uygulanmıştır. Uygulamaya ilişkin veriler T-testi, varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve faktör analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak katılımcıların demografik özellikleri ile genel sağlık sigortasına bakış açıları arasında herhangi bir anlamlılık tespit edilemezken bireylerin özel sağlık sigortasına bakış açıları ile meslek, gelir düzeyi ve sağlık güvencesi değişkenleri arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları ile cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve hanede yaşayan kişi sayısı değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri

EVALUATION OF INDIVIDUALS' PERSPECTIVES ON HEALTH INSURANCE AND HEALTH SERVICES: THE CASE OF GÜMÜŞHANE

Gülizar COŞKUN

Erzincan Binali Yıldırım University

Graduate School of Social Sciences

Master's Thesis, August 2022

Supervisor: Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

ABSTRACT

It is not possible for people to predict where and how they will reach health services. Therefore, it is very difficult to predict when health expenditures will be made and how much they will be. These uncertainties increase the importance of general health insurance, private health insurance and health services for individuals. In this context, it can be said that an important part of unforeseen health expenditures and income losses of individuals can be prevented with the help of health insurance.

The aim of this study is to reveal the opinions of individuals living in Gümüşhane who do not have private health insurance about general health insurance, private health insurance and health services and to try to determine why they do not need private health insurance. In this context, a questionnaire was applied to individuals who live in Gümüşhane and do not have private health insurance. Implementation data were analyzed using T-test, analysis of variance (ANOVA), correlation analysis and factor analysis. As a result, there was no significant difference between the demographic characteristics of the participants and their perspectives on general health insurance, while a significant difference was found between individuals' perspectives on private health insurance and the variables of occupation, income level and health insurance. In addition, a significant difference was found between the participants' perspectives on health services and the variables of gender, educational status, occupation, income level and the number of people living in the household.

Keywords: General Health Insurance, Private Health Insurance, Health Service

İÇİNDEKİLER

BİREYLERİN SAĞLIK SİGORTALARINA ve SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ

BİLİMSELETİGEUYGUNLUK.....	i
TEZ ÖZGÜNLÜK SAYFASI.....	ii
KILAVUZAUYGUNLUK	iii
KABUL VE ONAY TUTANAĞI	iv
ÖNSÖZ.....	v
ÖZET.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ve SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

1.1.Sağlık Kavramı.....	3
1.2. Sağlık Hakkı Kavramının Anayasal Dayanağı.....	4
1.3. Sağlık Hizmeti Kavramı	6
1.4.Sağlık Hizmetlerinin Türleri	7
1.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.4.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.4.4.Sağlığın Geliştirilmesi	9
1.5. Sağlık Hizmet Düzeyleri.....	9

1.6. Sağlık Sistemi.....	11
1.7. Sağlık Sisteminin Amaçları.....	12
1.8. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları	14
1.9. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması	15
1.9.1.Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi)	17
1.9.2.Bismark Modeli (Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi)	18
1.10.Sağlık Harcamaları	19
1.11. Sağlık Harcamalarının Finansmanı.....	21
1.11.1.Doğrudan Finansman Yöntemi	22
1.11.2.Dolaylı Finansman Yöntemi	22

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK SİGORTASI FAALİYETLERİ

2.1.Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Sigortacılığının Gelişimi.....	24
2.1.1.Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi	27
2.1.1.1.Sosyal Hizmetler	27
2.1.1.2.Sosyal yardımlar	29
2.1.2.Primli Sosyal Güvenlik Sistemi	30
2.1.2.1.Genel Sağlık Sigortası	30
2.1.2.1.1.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılan Bireyler	31
2.1.2.1.2.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılmayan Bireyler	32
2.1.2.1.3.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri	33
2.1.2.1.4.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmayan Sağlık Hizmetleri	34
2.1.2.2.Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası	34
2.1.2.2.1.Özel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Çeşitleri	37
2.1.2.2.2. Özel Sağlık Sigortaları Teminat Kapsamları	37

2.1.2.2.3.Özel Sigorta Şirketlerinin Sağlık Verileri ve Özel Sağlık Sektörünün Sağlık Harcamaları İstatistikleri	39
2.2.Özel Sigorta ve Sosyal Sigortanın Karşılaştırılması.....	41

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİREYLERİN SAĞLIK SİGORTALARINA ve SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1.Literatürün İncelenmesi	42
3.2.Araştırmanın Amacı	44
3.3.Araştırmanın Önemi.....	45
3.4.Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi	45
3.5.Araştırmanın Dayandığı Hipotezler.....	46
3.6. Güvenilirlik Analizi ve Verilerin Normallik Testi	49
3.7. Araştırma Bulgularının Analizi	51
3.7.1.Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular	51
3.7.2.Faktör Analizine İlişkin Bulgular	65
3.7.3.Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	69
3.7.4.Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi	70
SONUÇ.....	82
ETİK KURUL ONAYI.....	87
EKLER.....	88
EK-1: Anket Formu.....	88
KAYNAKÇA.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	101

KISALTMALAR

ASM	: Aile sağlığı merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IASSW	: International Association of Schools of Social Work
IFSW	: International Federation of Social Worker
ÖSS	: Özel Sağlık Sigortası
RG	: Resmî Gazete
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	: Statistical Pack age for Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TSM	: Toplum sağlığı merkezi
vd	: Ve diğerleri
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1: Sağlık Sistemleri Hedefleri.....	14
Tablo 1.2: Sağlık Sistemleri Modelleri	17
Tablo 2.1: Sosyal Yardımlar Kapsamında Yürütülen Hizmetler.....	29
Tablo 2.2: Hastalık-Sağlık Bazında Şirket Sıralamaları	39
Tablo 2.3: Türkiye Sigortalar Birliği'nin Hastalık-Sağlık Bazında Prim Üretimi	39
Tablo 2.4: Genel Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2021	40
Tablo 2.5: Özel ve Sosyal Sigortanın Karşılaştırılması	41
Tablo 3.1: Güvenilirlik Testi	50
Tablo 3.2: Normallik Testi.....	50
Tablo 3.3: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	51
Tablo 3.4: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımları	51
Tablo 3.5: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	52
Tablo 3.6: Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları	52
Tablo 3.7: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları	53
Tablo 3.8: Katılımcıların Gelir Düzeyi Gruplarına Göre Dağılımları	53
Tablo 3.9: Katılımcıların Sağlık Güvencesinin Dağılımı.....	53
Tablo 3.10: Katılımcıların Hanelerinde Yaşayan Kişi Sayılarının Dağılımları	54
Tablo 3.11: Katılımcıların Genellikle Gittiği Sağlık Kuruluşunun Dağılımı.....	55
Tablo 3.12: Katılımcıların Yılda Ortalama Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayısının Dağılımı	55
Tablo 3.13: Katılımcıların Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı.....	56
Tablo 3.14: Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olduğunu Düşündüğü Sağlık Hizmetlerinin Dağılımı	56
Tablo 3.15: Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Gereken Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	58
Tablo 3.16: Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmamasının Nedenlerinin Dağılımı	59
Tablo 3.17: Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetleri İle İlgili Katılımcı Görüşleri	60
Tablo 3.18: Özel Sağlık Sigortası İle İlgili Katılımcı Görüşleri.....	63

Tablo 3.19: KMO ve Barlett's Testi Analizi.....	66
Tablo 3.20: Faktör Analizi	67
Tablo 3.21: Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi	69
Tablo 3.22: Cinsiyet İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	71
Tablo 3.23: Yaş İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	71
Tablo 3.24: Eğitim Durumu İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	73
Tablo 3.25: Meslek İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	74
Tablo 3.26: Medeni Durum İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	75
Tablo 3.27: Aylık Gelir Düzeyleri İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar.....	76
Tablo 3.28: Sağlık Güvencesi İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	77
Tablo 3.29: Hanede Yaşayan Kişi Sayısı İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	78
Tablo 3.30: Sağlık Sorunu Olduğunda Genellikle Gitmiş Oldukları Sağlık Kuruluşları İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar.....	79
Tablo 3.31: Yılda Ortalama Kaç Defa Sağlık Kuruluşuna Gittiği İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar	80
Tablo 3.32: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi İle İlgili Düşünceleri İle Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılımları Arasındaki Farklılıklar.....	81

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....23
- Şekil 2.1: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Şematik Görünümü.....27



GİRİŞ

Sosyal güvenlik, insanların en temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra toplumların birlikte yaşamaya başlaması ile ortaya çıkan dayanışma şekli olarak ifade edilebilir. Sosyal güvenlik sistemi ilk zamanlarda genel sağlık sigortası ile ortaya çıkmıştır. Genel sağlık sigortası ülkelerdeki geliri olmayan ve sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişemeyen bireylerin çoğunu kapsayan ve onlara sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanma garantisi sunan bir sigorta çeşididir.

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan diğer bir sigorta çeşidi de özel sağlık sigortalarıdır. Risklerin ilk olarak devletler tarafından karşılandığı fakat gün geçtikçe hastalıkların ve nüfusun artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerindeki kalitenin azalması gibi nedenler ile özel sigortaları ortaya çıkarmıştır. Bireylerin primlerini kendi ödediği özel sağlık sigortası, kapsam altına alınması istenilen risklere göre şekillenmektedir. Özel sağlık sigortası bireylerin istediği süre zarfında ve isteğe bağlı olarak kullanabileceği bir sigorta çeşididir. Bu sigorta bireylerin sağlıklarını korumayı, hastalıkları halinde oluşabilecek sağlık harcamalarını karşılamayı ve gelir kaybı yaşamaları halinde gelir sağlamayı amaçlar.

Sağlık hizmetleri, dünya nüfusunun artması, hastalıkların yaygınlaşması ve pandemi boyutunda salgınların yaşanması gibi nedenlerden dolayı önemini daha da artırmıştır. Bireylerin bir arada yaşaması ve sürekli olarak etkileşim içinde olması sağlık kavramını sosyal bir olgu haline getirmiştir. Bu durum da bireylerin sağlığını etkileyebilecek herhangi bir riskin toplumun tümünü etkileyebilecek hale gelmesine yol açmıştır. Tüm kişilerin sosyal eşitlik ilkesi gereği sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma ve sağlık hizmetine erişim hakkı vardır. Dolayısıyla devletlerin insan gücünden maksimum verim alabilmesi ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için bireylere sağlık hizmetlerine erişim hakkı sunması gerekir (Somunoğlu, Ağırbaş, Çelik, Erdem, Akbulut ve Erigüç, 2012: 15).

Bu çerçevede araştırmanın amacı Gümüşhane ilinde yaşayan ve özel sağlık sigortası olmayan kişilerin genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve almış oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini belirlemektir. Ayrıca bu kişilerin özel sağlık sigortasına neden ihtiyaç duymadıklarını ortaya koymak çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

Özel sağlık sigortasının ana tema olarak ele alındığı bu çalışma üç blümnden oluşmaktadır. İlk bölümünde sağlık ve sağlıkla ilgili genel kavramlara, sağlık hizmetleri ve türlerinin neler olduğuna, sağlık hizmeti ve sağlık hizmetinin amaçlarına, sağlık sisteminin fonksiyonlarına ve sınıflandırılmasına, sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl finanse edildiğine yer verilmiştir.

İkinci bölümde; sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sigortacılığına, Türkiye’de genel sağlık sigortasının genel hatları ve kapsamı altında bulunan sağlık hizmetlerine, Türkiye’de özel sağlık sigortasının genel hatları, avantajlarına ve teminat kapsamında olan sağlık hizmetlerine yer verilmiştir.

Araştırmanın uygulaması kısmı olan üçüncü bölümünde ise Gümüşhane ilinde yaşayan ve özel sağlık sigortası bulunmayan kişilere uygulanan anket çalışması bulunmaktadır. Bununla birlikte bu bölümde sırasıyla konu ile ilgili literatür taraması, çalışmanın amacı, önemi, kapsam ve yöntemi, güvenilirlik analizi ve normallik testi ile araştırma bulgularının analiz ve değerlendirilmesi yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ve SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

Bu bölümde sağlık ve sağlıkla ilgili temel kavramlar ile sağlık hakkı kavramı incelenmiştir. Bununla birlikte sağlık hizmet türleri, sağlık hizmet düzeyleri, sağlık sisteminin sınıflandırılması ve sağlık harcamalarının finansman şekli üzerinde durulmuştur.

1.1.Sağlık Kavramı

Sağlığın tanımı insanlığın varoluşu kadar eski bir zamana dayanır. Literatürde sağlık kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Bu durumun temel nedenlerinden biri sağlığın tanımının yapıldığı her dönemin ve toplumun kendine özgü bir bakış açısı taşımasıdır (Somunoğlu vd., 2012,s.3). Yapılan bu tanımlardan en bilineni Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “*Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlar (Dirican, 1997). Bu yönüyle sağlık sadece kişisel bir olgu değil toplumdan da etkilenen bir kavramdır. Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi sağlığı tek bir boyut üzerinden düşünmek mümkün değildir (Aydoğan, 2015,s.9).

Sağlıkla ilgili başka bir tanımda 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanununun ikinci maddesinde yapılmıştır. Bu kanuna göre “*Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir*” şeklinde tanımlanır (Bakanlar Kurulu, 1961).

Yukarıda da değinildiği gibi sağlığı tek bir bileşen üzerinden düşünmek doğru değildir. Sağlık, çevre, genetik özellikler, bireyin davranışları, ülkelerin sağlık hizmetleri,

cinsiyet, kültürel sistemler, işsizlik ve yoksulluktan etkilenmektedir. Tüm bu etkenler göz önüne alındığında sağlığın sosyal bir eğilim gösterdiği görülmektedir (Öner, 2014,s.16).

1.2. Sağlık Hakkı Kavramının Anayasal Dayanağı

Sağlık hakkı kavramı uluslararası belgelerde çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bu hak en temel insan hakkı olmakla birlikte doğuştan kazanılmış ve devredilemez bir haktır. Sağlık hakkı, bireylerin sağlık işletmelerindeki hizmetlere ulaşabilme, onlardan gereği gibi faydalanıp sadece tedaviye yönelik değil aynı zamanda korumaya yönelik hizmet alma şansının olması ve bunun devlet aracılığı ile güvence altına alınmasıdır (Funda, 2012, s.198). Sağlık hakkı pozitif statülü haklar arasında yer alır. Pozitif statülü haklar kişinin devletten bir şeyler yapmasını istediği haklardır. Bu durum devlete olumlu bir edim yükler ve devletin aktif bir şekilde çalışmasını sağlar (Metin, 2017,s.46).

Sağlık hakkı kavramının tarihsel gelişimi aşağıda kısaca ele alınmıştır. Bu kapsamda sağlık hakkı ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında (1946) yer almıştır. Bu anayasaya göre sağlık hakkı “*Mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olmak, ırkı, dini, politik inancı, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin, her insanın temel haklarından biri*” olarak tanımlanır (Zengin, 2010, ss.45-46).

1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesinde geçen “*Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir*” söylemi yaşama hakkı çerçevesinde sağlık hakkının da bir insan hakkı olduğunu savunur (BM Genel Kurulu, 1949).

1965’te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı’nın 11. maddesinde yer alan “Sağlığın Korunması Hakkı” çerçevesinde sağlık hakkından şu şekilde bahsedilmiştir (Avrupa Konseyi, 1961):

- *Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak*
- *Sağlıklı olmayı teşvik etmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluk duygusunu geliştirmek üzere eğitim ve danışma hizmetleri sağlamak*

- *Kazalar açısından olduğu gibi, salgın, yöresel ve diğer hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler.*

Yukarıdaki maddelere bakıldığında sağlıklı kalmak için sadece tedavi uygulamalarının değil aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de önemli olduğuna dikkat çekildiği söylenebilir. Ayrıca bu sorumluluğun sadece devletlere değil kişilere de yüklenmesi gerektiğine vurgu yapıldığı da ifade edilebilir.

1966 yılında yayınlanan ‘Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin 12. maddesinde “Sağlık Standardı Hakkı” şu şekilde tanımlanmıştır (Birleşmiş Milletler[BM]Kurulu, 1966):

- *Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır.*
- *Bu sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağıdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir:*
 - a) Var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması;*
 - b) Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme;*
 - c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;*
 - d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.*

Bu sözleşmede görüldüğü üzere, sağlık bir hak olarak tanımlanmış ve bu konuda devletlere düşen sorumluluklarda açıkça ifade edilmiştir. Ayrıca söz konusu sözleşmede sağlık konusu tek bir açıdan değerlendirilmeyip çevre sağlığına da dikkat çekilmiştir.

Sağlık hakkı kavramına ulusal belgelerde ise şu şekilde yer verilmiştir.

1961 Anayasasında yer alan 49. maddede “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü sağlık hakkı kavramını açıklamaktadır. Bu bakımdan sağlık hakkı devletlere tanınmış bir sorumluluktur (Resmi Gazete [RG], 1961).

1982 Anayasasının 56. Maddesinde yer alan “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” hükmünde sağlık hakkı kavramına aşağıdaki şekilde açıklık getirilmiştir (RG, 1982):

- *Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. 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, iş birliğini 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.*

1.3. Sağlık Hizmeti Kavramı

Sağlık hizmeti bireylerin ihtiyaç duyulduğu anda, ertelenmeden, gerekli miktarda tedavisini, korunmasını ve rehabilite edilmesini sağlayan hizmetler bütünüdür. Sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede “*İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.*” şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2005):

Tüm kişilerin sosyal eşitlik ilkesi gereği sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma ve sağlık hizmetine erişim hakkı vardır. Dolayısıyla devletlerin insan gücünden maksimum verim alabilmesi ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için bireylere sağlık hizmetlerine eşit erişim şekli sunması gerekir (Somunoğlu vd., 2012, s.15).

Hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlerin profesyonellik gerektirmesi sağlık hizmetlerinin ikamesini mümkün kılmaz. Sağlık hizmetinin ikamesinin olmaması tüketici tercihini sınırlar. Bunun yanında sağlık hizmetleri ertelenemez bir hizmet niteliği taşır. İhtiyaç olunan anda ihtiyaç miktarında uygulanır. Bundan dolayı da depolanması mümkün değildir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin nasıl ve ne miktarda uygulanacağını sağlık çalışanı belirlediği için bu sektörde fazlaca bilgi asimetrisi vardır.

Bu durum hastanın, hekimi kendisi ve tedavisi hakkında her şeyi bilen kişi olarak nitelendirmesine neden olacağı için hastayı hekimin tedavisini mutlak kabul etme durumuna yönlendirir (Coşkun, 2017, ss.8-9).

Yukarıda yapılan açıklamalarda sağlık hizmetlerinin insanlar için olmazsa olmaz bir hizmet niteliği taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak yetkililer, sağlık hizmetlerini uluslararası standartlarda insanlara sunmak için gerekli çalışmalar yapmalıdırlar.

1.4.Sağlık Hizmetlerinin Türleri

Sağlık hizmetleri türleri bakımından tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak gruplara ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde tek bir alana bağlı olmak ve sadece o alan üzerinde çalışmak doğru ve güvenilir bir sonuç yaratmayabilir. Sağlıkta koruma tedaviden üstündür ilkesiyle hastalık meydana gelmeden önce müdahale edilmeli ve bu müdahale sonunda bir sonuca varılamıyor ise tedavi uygulanmalıdır.

1.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı toplumun yaşam kalitesini yükseltmek ve toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, gerekli merciler tarafından sağlık kurumlarının kurulup hastalıklar meydana gelmeden önce gerekli tedbirlerin alınıp müdahale edilmesidir (Çetin, 2015, ss.11-12). Bu aşamadaki sağlık hizmetlerinde en büyük araç topluma sağlık bilgisi verilerek süreçte bireyinde aktif rol oynamasını sağlamaktır. Yalnızca sağlık çalışanlarının katkısı ile yapılan hizmetler bireyi hastalık etmenlerine karşı korumayabilir. Bireylerin kendisini ve çevresini korumaması ya da bilgi eksikliğinden dolayı uygulaması gereken kuralları uygulamaması sürecin aksamasına neden olacaktır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinde bireylerin katılımı büyük önem arz etmektedir (Tözün & Sözmen, 2014, ss.51-52).

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumu hedef alan hizmetlerdir. Henüz gerçekleşmemiş olası hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak için uygulanır. Genellikle hastalığın yayılmasını ya da ortaya çıkmasını önlemek için yapılan çalışmalardır (Karataş, 2019, s.26). Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı çok geniş olmakla birlikte kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere ikiye ayrılır. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, beslenme,

aile planlaması, sağlık eğitimi ve kişisel hijyen oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci bir kolu olan çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise geniş bir kapsama sahiptir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini su kaynaklarının kontrolü, hava kirliliğinin denetimi, gürültü ile mücadele, atıkların denetimi, radyolojik etkenlerin denetimi, zararlı canlılarla mücadele, besin sanitasyonu, iş sağlığı ve konut sağlığı olarak sıralayabiliriz. Toplumun sağlığı birçok etkenden etkilenmektedir ve biri diğerinden daha az önemli değildir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s.36).

1.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığı bozulan ve tedaviye gereksinim duyan kişilere başta hekim ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere profesyonel kişilerce uygulanan, bireyleri hastalıktan önceki sağlık düzeyine ulaştırmayı amaçlayan hizmetlerdir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s.38).

Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık oluşmadan önce önlem olarak uygulanırken tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığı yok etmek üzere uygulanır. Sağlıklı kalmanın sadece koruyucu hizmetlerle sağlanması istenilen bir durumdur. Fakat hastalıkların sonucunda ortaya çıkan tedavi ihtiyaı tedavi edici sağlık hizmetlerini önemli hale getirmiştir (Aydoğan, 2015, s.78). Büyük yatırımlar gerektiren tedavi edici sağlık hizmetleri tüm sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (Somunoğlu vd., 2012, s.12).

1.4.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri doğuştan ya da sonradan kazanılmış fonksiyon bozukluklarını en az seviyeye indirerek ya da tamamen yok ederek bireyleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden en iyi seviyeye ulaştırmak için uygulanan tedaviler bütünüdür (Akdemir & Akkuş, 2006, s.85). Rehabilitasyon hizmetleri iki gruba ayrılır. İlki tıbbi rehabilitasyon hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri bireylerde görülen fiziksel sakatlığın ya da fonksiyon bozukluğunun giderilmesi amacıyla verilen hizmetleridir. Bu hizmetlere postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremite protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. problemlerinin en aza indirilmesi örnek olarak verilebilir. Rehabilitasyon hizmetlerinin ikinci başlığı sosyal rehabilitasyondur. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri engelli kişilerin sosyal hayata kazandırılması ve sosyal hayata

uyumunun sağlanması adına yapılan faaliyetler bütünüdür. Bu faaliyetler arasında bireyleri iş hayatına kazandırma sayılabilir (Aydoğan, 2015, s.79).

1.4.4.Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi geniş bir sosyal süreci temsil eder. Sağlığın geliştirilmesi yalnızca bireylerin geliştirilmesi ve sürece katılmasını temsil etmez. Aynı zamanda ekonomik koşulların iyileştirilmesini, sosyal hayata katılımı ve çevresel faktörlerin de etkilerini sınırlamayı ifade eder. Sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık geliştiricilerin katılımı ile değil bireylerin de katılımıyla mümkündür (SB, 2011). Bu durumda sağlığı geliştirme kavramının odak noktası bireysel, kurumsal ve toplumsal açıdan iyileştirme faaliyetleridir (Şimşek, 2013, s.347).

1.5. Sağlık Hizmet Düzeyleri

Sağlık hizmetleri verilmiş amaçları ve kapsamaları açısından farklılaşmaktadır. Hizmetlerin amaçlarından farklı olarak hizmetin kapsamını, sağlık hizmeti verilirken kullanılan bilgi teknolojileri oluşturmaktadır. Bir başka ifadeyle hizmet sunumunda kullanılan bilgi ve beceri düzeyleri ve hizmet karmaşıklığını ifade etmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012).

Sağlık hizmeti düzeyleri üç ana kapsama ayrılmaktadır. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleridir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili olarak ilk çalışma “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile gerçekleştirilmiştir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile aile hekimi uygulaması birinci basamak sağlık hizmetleri çatısı altında uygulanmaya başlanmıştır (Çelik vd., 2019, s.165). Birinci basamak sağlık hizmetleri özellikleri gereği süreklilik arz eden, sektör arası iş birliğine ihtiyaç duyan, toplum odaklı hizmetlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık hizmeti talep edenleri ilk önce başvurduğu hizmettir. Bu hizmetler farklı ülkelerde çeşitli şekillerde sunulmakla birlikte sağlık sistemlerinin vazgeçilmez parçalarıdır (Öcek & Soyer, 2007, s. 11). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğunu koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Bu hizmetler toplum ile etkileşimin ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Bununla birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlaşmamış sağlık personeli tarafından icra edilmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s.40).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılında yayınladığı genelgede Őyle belirtilmiŐtir (SB, 2019):

- *Toplum sağlığı merkezi (TSM)*
- *Aile sağlığı merkezi (ASM)*
- *Halk sağlığı laboratuvarı (L1 ve L2)*
- *Kurum tabipliği*
- *112 acil sağlık hizmeti birimleri*
- *“Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” kapsamında hizmet veren merkez veya birimler*
- *İŐyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler*
- *Belediyelere ait poliklinikler*
- *“Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler*
- *“Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sağlık kuruluşları*
- *Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler*
- *Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri*
- *6197 sayılı Eczaneler ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler*
- *Muayenehaneler*

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde birinci basamakta önlem alınmış fakat sonuç alınamamıŐ vakalara tedavi hizmeti verilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzmanlaşmış sağlık personelleri tarafından uygulanmakla birlikte bu hizmetler çeşitli hastaneler tarafından verilmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s.41).

İkinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı genelgede Őyle belirtilmektedir (SB, 2019):

- *Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri*
- *Entegre ilçe hastanesi (E1)*
- *Sağlık bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri*

- *Kamu kurumuna ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri*
- *Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler*
- *Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ve dal merkezleri*
- *Ağız ve diş hastaneleri*
- *Diyaliz, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri*

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri birinci ve ikinci basamakta tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için uygulanan ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren sağlık hizmet düzeyleridir. Birinci ve ikinci basamaktan farklı olarak eğitim ve araştırma işlevi de sürdürür. Sayıları diğer basamak sağlık kurumlarına nazaran daha az sayıdadır (Coşğun, 2018, s.40).

1.6. Sağlık Sistemi

İnsan hayatının devam ettirilmesinde ve bireylerin kaliteli yaşam sürdürmesinde sağlık önemli bir olgudur. Sağlıkla birlikte sağlığın içinde bulunduğu sistemde aynı önemi taşımaktadır. Dolayısıyla sağlık kavramının sağlık sistemi kavramı ile aynı durumu ifade etmesi anlamlı bir bütünlük oluşturmaktadır (Çelebi & Cura, 2013, s.48).

Sağlık sistemleri yapıları gereği karmaşık sistemlerdir. Bununla birlikte içinde insan unsurunu barındırdığı ve insana doğrudan ya da dolaylı olarak faydası dokunduğu için sosyal sistemlerdir. Sağlık unsurunun yapısından dolayı bireye ve topluma ne zaman ve ne şekilde sunulacağı belli olmadığı için bu sistemi sınırlamak oldukça zor bir süreçtir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012, s.72).

Sağlık sistemi Santerne ve Neun tarafından “*Sağlık hizmetlerinin üretimine, tüketimine ve dağıtımına yönelik bir toplumun yapmış olduğu tercihler aracılığıyla örgütsel antlaşma ve süreçleri içeren bir bütün*” şeklinde tanımlamıştır (Çelebi & Cura, 2013, s.48).

Sağlık sisteminin tanımından da anlaşılacağı üzere iyi bir sağlık sisteminin bazı özellikleri bulunmaktadır. Roemer sağlık sisteminde bulunması gereken özellikleri şu şekilde özetlemiştir (Roemer, 1982, ss.428-429);

- Sistem bireyler arasında hiçbir ayırım gözetmeksizin toplumun tümünü kapsamalıdır,
- Sistem bireylerin en yüksek faydasını gözetmeli ve ülkelerin altyapısı elverdiği ölçüde sağlık için gerekli olan teknolojiyi içermelidir,
- Hizmetlerin sunumu boyunca, sigara reklamları gibi sağlığa yönelik büyük tehlikelerin düzenlenmesi dahil olmak üzere, önlemeye önem verilmelidir,
- Sağlık eğitiminin ve diğer önleme türlerinin etkililiğini artırmak için, koruyucu hizmetler tedavi hizmetleriyle entegre edilmelidir,
- Her branştan sağlık personeli sağlık sistemi bünyesinde bulundurulmalıdır,
- Doktorlar, hemşireler ve diğerler sağlık çalışanları, ayakta sağlık hizmetinin sağlanması için koordineli ekipler halinde çalışmalıdır,
- Hastaneler ve diğer sağlık tesisleri, gerekli hizmetleri sağlama kapasitesi temelinde tüm hastalara açık olmalıdır,
- Tüm coğrafi bölgelerde, her bir sağlık tesisinin boyutu, personeli, donanımı ve işlevleri rasyonel hale getirilmelidir,
- Bölgeselleştirilmiş hizmetleri sağlamak için ulaşım ve iletişim sistemleri mevcut olmalıdır,
- Tıbbi kayıtların mevcut geriye dönük incelemesi, sorunlu vakaların çözümü için yalnızca son çare olarak yapılmalıdır,
- Sağlık bilimleri eğitimi ve araştırması için okullar ve diğer kurumlar, sağlık hizmetleri ağına katılmalıdır,
- Planlı bir şekilde yürütülmek istenen sağlık bakım sistemi için yeterli mali destek araçlarına sahip olmalıdır.

1.7. Sağlık Sisteminin Amaçları

Sağlık sistemlerinin sadece insanların sağlığını iyileştirme değil, aynı zamanda onları hastalıkların mali bedeline karşı koruma ve onlara onurlu bir şekilde davranma sorumluluğu vardır. DSÖ 2000 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemlerinin üç amacından bahseder (WHO , 2000). Bunlar;

- Hizmet ettikleri nüfusun sağlığını iyileştirmek,
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek,

- Hastalık maliyetlerine karşı mali koruma sağlamaktır.

Sağlık sistemi ve sağlık sisteminin amacı Oscar Feo tarafından da tanımlanmıştır. Feo'ya göre sağlık sistemi, bir toplumda sağlık talep edenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için oluşturulan program ve faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte oluşturulan bu sağlık sisteminin amacı, bir nüfusun veya topluluğun sağlığının geliştirilmesi, korunması ve restorasyonu olmalıdır (Feo, 2008, s.225).

Sağlık sisteminin amaçlarından bahsederken iki farklı bileşenden söz edilmektedir. Bu bileşenlere göre sağlık sisteminin amaçları temel ve yardımcı amaçlar olmak üzere ikiye ayrılır. Temel amaçlar sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması, bireylere saygı, müşteri odaklılık ve adil finansman kavramlarını içermektedir. Bu kavramlar aşağıda kısaca açıklanmıştır (Yıldırım vd., 2012, ss.8-9):

Sağlığın Geliştirilmesi; Sağlık sisteminin bilinen en temel amacı nüfusun sağlık seviyesini yükseltmek ve nüfusun sağlığını geliştirmektir.

Beklentilerin Karşılanması; Sağlık ile ilgili beklentilerin dışında kalan beklentilerin karşılanmasıdır.

Bireylere Saygı; Bireylerin itibarına saygı, özerkliğe ve gizliliğe saygı kavramlarını içermektedir.

Müşteri Odaklılık; Müşteri odaklılık birçok ihtiyaca hitap edecek özelliklerden oluşmaktadır. Sağlık sistemi bireylerin ihtiyacına en hızlı şekilde cevap verebilecek şekilde oluşturulmalıdır. Bununla birlikte tüketiciler sağlığı talep ettiği kurumu ya da kişiyi kendi iradeleri ile seçebilme özgürlüğüne sahip olmalıdır.

Adil Finansman; Kişilerin gelirleri ile doğru orantılı olarak ödeme yapmasını içermektedir.

Sağlık sistemlerinin yardımcı amaçlarını sağlık hizmetine erişim, toplum katılımı, sürdürülebilirlik ve inovasyon oluşturmaktadır. Bu kavramlar aşağıda kısaca açıklanmıştır (Yıldırım vd., 2012, ss.9-10):

Sağlık Hizmetlerine Erişim; Toplumda ayırım gözetmeksizin herkesin dilediği zaman, dilediği yerde sağlık hizmetlerinden yararlanmasını içerir.

Toplum Katılımı; Sağlık sistemlerinin hastayı odak noktalarına almaları, hastanın tedavi süreçlerine aktif katılımını sağlamayı amaçlamaktadır.

Sürdürülebilirlik; Sağlık sisteminde en az gidi ile uzun süre faaliyet gösterebilme kapasitesi sürdürülebilirlik olarak adlandırılır.

İnovasyon; Toplum refahını arttırmaya yönelik bilimsel araştırma faaliyetlerini oluşturur.

Sağlık sistemlerinin amaçları Murray ve Frenk'in matrisinde açık bir şekilde formüle edilmektedir. Bunlar sağlık, duyarlılık ve finansmanda adalettir. Bu üç iç hedef, tüm ülkeler tarafından rutin olarak izlenmeli ve DSÖ tarafından kolaylaştırılan sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi için ana temeli oluşturmalıdır. Bu nedenle, hedefe ulaşma ölçümünü operasyonel hale getirme çalışması, performans ve verimliliği değerlendirmek için bu üç hedefi ölçmenin yanı sıra hedefe ulaşmayı kaynak kullanımıyla ilişkilendirmeye odaklanmaktadır (Evans vd., 2000, s. 2). Murray ve Frenk'in matrisi Tablo 1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 1.1: Sağlık Sistemleri Hedefleri

Sağlık Sistemi Hedefleri		
	Seviye	Dağıtım
Sağlık	✓	✓
Cevaplana bilirlik	✓	✓
Adil Finansman		✓
	Kalite	Eşitlik

Verimlilik

Kaynak: (Murray& Frenk, 1999, ss. 11-12)

1.8. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Roemer (1993)'e göre bir ülkenin ulusal sağlık sistemi beş temel bileşen etrafında şekillenmektedir. Bu bileşenler kaynaklar, organizasyon, yönetim, ekonomik destek ve hizmetlerin sunumu olarak değerlendirilir.

- Kaynaklar

Sağlık sistemi içindeki kaynaklar; insan kaynakları, hastaneler ve sağlık tesislerini kapsayan tesisler, ilaçlar, ekipman, gereçler ve bilgiden oluşur. Bu kaynakların her biri

çeşitli şekillerde üretilebilmekte ya da tedarik edilebilmektedir (Cura & Çelebi, 2013, s. 51; Sargutan, 2006, s. 26).

- Organizasyon

Sağlık sistemleri çeşitli örgütler tarafından desteklenmektedir. Birçok sağlık sisteminde hükümetin ana otoritesi, sağlık işlevleri olan diğer devlet kurumları, gönüllü sağlık kurumları, işletmeler ve özel sağlık bakım piyasası mevcuttur. Bu beş örgüt biçimindeki etki oranları ülkelere göre farklılık göstermektedir (Roemer, 1993, ss. 335–336).

- Yönetim

Sağlık sistemlerinin yönetimi çeşitli süreçleri içerir. Bu süreçler sağlık planlama, denetim, danışma, koordinasyon, düzenleme ve mevzuat süreçlerini kapsar. Her bir yönetim süreci mensup olduğu ülkenin baskın siyasi ideolojisine göre değişiklik gösterme eğilimindedir (Kaya, 2020, ss. 6-7; Etheredge, 2007, s. 107).

- Ekonomik Destek

Bir sağlık sisteminin çeşitli bölümlerinin ekonomik desteği genellikle bir veya daha fazla finansal mekanizmaya bağlıdır. Bu mekanizmalar hükümet vergi gelirleri, sosyal sigorta, gönüllü sigorta, hayır kurumları ve kişisel hane halkı olabilir. Bununla birlikte ekonomik olarak daha az gelişmiş ülkelerde, dış yardım ekonomik destek adına bir rol oynamaktadır. Bu farklı destek biçimleri arasındaki göreceli oranlar, bir sağlık sisteminin birçok özelliğini etkiler (Roemer, 1993, ss. 335–336).

- Hizmetlerin Sunumu

Hizmetlerin sunumu, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içeren birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Bununla birlikte çoğu sağlık hizmetlerinde belirli nüfusa ve belli başlı rahatsızlıklara yönelik özel biçimde sağlık hizmet sunumları da mevcuttur (Sert, 2019, s. 9; Byamba, 2018, s. 6)

1.9. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Sağlık sistemleri belirli ölçütlere göre sınıflandırılmaktadır. Bu ölçütlerden en çok tercih edileni sağlık sistemlerinin ne şekilde finanse edildiğidir (Yıldırım vd., 2012, s.12).

Sağlık hizmetlerinin finanse edilme şekli ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bununla birlikte benimsenen herhangi finansal bir modelin her sistemde aynı sonuçları vermesi beklenilemez bir durumdur (Tatar, 2011, s.104).

Hoare ve Mills (1986)'e göre ülkelerde sağlık finansman modelinin belirlenebilmesi aşamasında bazı kriterler etkili olmaktadır. Bu kriterler şu şekilde sıralanmaktadır (Tatar, 2011, ss. 106-108).

- *Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi:* Kişi başına düşen milli gelir miktarı sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden birini ifade etmektedir.
- *Mali Kapasite:* Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olan mali kapasite ülkelerin sağlık harcaması için ayırdıkları bütçeye ulaşabilme kapasitesini ve gücünü ifade etmektedir.
- *Uygulanabilirlik:* Ülkeler tarafından seçilen finansal modele göre gerek yönetsel süreçler gerekse talep miktarları farklılık göstermektedir. Bu aşamada benimsenen modelin bireyler tarafından benimsenmesi ve kullanılması uygulanabilirlik açısından etkili olmaktadır.
- *Verimlilik:* Toplam harcamalar içinde yönetsel harcamaların payının yüksek oranda olması seçilecek modeli verimlilik açısından tekrar gözden geçirmeye sevk etmektedir.
- *Hakkaniyet:* Sağlık hizmetlerinin finansman modeli belirlenirken dikkatli incelenmesi gereken hakkaniyet konusu ödeme yükünün ağırlıklı olarak hangi kesime yüklendiğini baz almaktadır.
- *Talep ve Tüketici davranışı:* Sağlık hizmetlerinin finansmanı seçilirken gereksiz talep veya arz yaratmamasına dikkat edilmektedir. Uygulanacak olan model hizmet talep edenleri gereğinden fazla hizmet talep etmeye sevk edeceği gibi hizmet sunanları da daha fazla hizmet sunma noktasına taşıyacaktır.
- *Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı:* Hizmeti sunan kurum ya da kişiler geri ödeme yöntemlerine göre hizmeti daha az ya da daha çok sunma eğilimi göstermektedir.

Sağlık finansman modelleri incelenen ülkelerin ekonomik durumlarına göre gerek cepten ödemelerden gerek vergilerden gerekse özel sağlık sigortalarından yararlandıkları

görülmektedir. Bu durumda ülkelerin finansman modelleri dikkate alındığında ağırlıklı olarak kullandıkları model esas alınmaktadır (Daştan & Çetinkaya, 2015, s.106). Wild ve Gibis (2003) sağlık hizmetleri finansman modellerini Tablo 1.2’de şu şekilde açıklamıştır (Korucu & Oksay, 2018, s. 272; Wild & Gibis, 2003, s. 189).

Tablo 1.2: Sağlık Sistemleri Modelleri

	Beveridge Model	Bismark Model	Özel Sigorta
Örnekler	Birleşik Krallık	Almanya	Amerika Birleşik Devleti
Karar Verme	Devlet	Hekim Örgütleri ve Hastalık Fonları	Özel Teşebbüs
Kaynaklar	Vergiler	Çalışan ve İşveren Katkıları	Özel Finansman
Hizmet Sağlayıcının Türü	Kamu	Kamu-Özel	Özel

Kaynak:(Wild ve Gibis, 2003, s. 189)

1.9.1.Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi)

Beveridge modeli İngiltere’de İkinci Dünya Savaşı sonrasında savaşın tahrip ettiği şartları iyileştirmek ve yeniden yapılandırmak için kapsamlı bir rapor hazırlayan William Beveridge’nin raporundan yararlanılarak geliştirilmiş bir sağlık sistemi modelidir (Yıldırım vd., 2012, s.12). Beveridge modeli vatandaşlığa dayalı bir modeli karakterize etmektedir. Bu modele göre eksiksiz sağlık hizmeti yelpazesi ücretsiz olarak sunulmaktadır. Bu modelde sağlık hizmetleri genellikle vergiler ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu devlete ait hastanelerde yatan hasta hizmetinde baskın sağlayıcılarıdır. Bu modelde kamu çalışanları hastalara en çok ayakta tedavi hizmeti sağlamaktadır. Bununla birlikte finansman kurumları, hizmet sağlayıcılar ve hastalar arasındaki ilişkiler esas olarak devlet hiyerarşisi aracılığıyla düzenlenmektedir (Schmid vd., 2010,ss. 465-466).Bu modelde ülkedeki sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu kamu sektöründe faaliyet göstermektedir.Ülkede yaşayan her vatandaşa devlet güvencesi

kapsamında olduğu için herkes aynı sağlık hizmeti erişimine sahip konumdadır. Bu durum hizmeti alanların aşırı talebine neden olabileceği gibi kaynakların yetersiz kalmasına da neden olmaktadır (Güven, 2020, s.74).

Beveridge modeline göre sosyal güvenlik sistemi dört ana başlık etrafında şekillenmiştir. Bunlar (Özmen, 2017, s.603; Arıcı, 2015, s.17):

- *Genellik ve Sigorta Yardımlarında Teklik İlkesi:* Kişiler çalışma faaliyetlerine bakılmaksızın sadece toplumun bir ferdi olma sıfatıyla sosyal güvenlik kapsamına dahil edilmektedir,
- *Yönetimde Birlik İlkesi:* Bu ilke ile ülkede dağınık halde bulunan sosyal sigorta kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi hedeflenmektedir,
- *Primlerde Teklik ve Vergilerle Katkı Sağlama İlkesi:* Bu ilke her vatandaşın sorumluluk alması fikrini benimsemektedir. Bireylerin devlet ile sosyal güvenlik finansmanına destek vermesini benimsemektedir.
- *Sosyal Güvenlik Sisteminin “tam istihdam” ve “ulusal sağlık” Politikalarıyla Desteklenmesi:* Hedeflenen tam istihdam programı genel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik modellerini tamamlayan bir program olmalıdır. Ülkedeki sağlık hizmetleri genel vergiler ile finanse edilmeli ve herkes sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanmalıdır.

1.9.2.Bismark Modeli (Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi)

Bismark modeli Almanya’da küçük çaplı sağlık yardım sandıklarının birleştirilip tüm çalışanların katılımının zorunlu tutulduğu bir modeldir (Sargutan, 2005, s.419). Bismark modeli sanayileşme ile ekonomik olarak yıkıma uğrayan işçi sınıfını korumak amacıyla kurulmuş bir sosyal sigorta tekniğidir (Özmen, 2017, s.602; Korkusuz ve Uğur, 2010, s.69).

Bismark modeli ülkedeki her vatandaşı kapsasa da devlet bu durumdan kar elde etmemektedir.Bu sistemi benimseyen ülkelerde çalışan hekim ve sağlık çalışanları özel sektörde çalışma eğiliminde olmaktadır (Er, 2011, s.41). Sosyal sigorta modelinde finansman işçiler ve işverenlerin ödediği primler ile sağlanmaktadır (Yıldırım vd., 2012, s.13).

1.10.Sağlık Harcamaları

Sağlıklı olmak ve sağlıklı olma halini sürdürebilmek bireyler için önemli bir konudur. Bireyler için sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenerek sağlıklı olma halinde sürekliliğinin sağlanması sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar ise sağlık harcamaları olarak ifade edilmektedir. Sağlık harcamaları ülkeler için harcamadan ziyade bir yatırım aracıdır. Harcamaların temelindeki asıl amaç toplumun sağlığının sürekliliğini sağlamak ve toplumu üretken hale getirmektir (Ertürk, 2020, ss.3-4). Bu kapsamda sağlık harcamalarını aşağıdaki şekilde tanımlamak mümkündür (Tosun, 2018, s.44):

Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır. Sağlık olarak tanımlanan malların nihai tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan harcamaların değeridir. Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcama piyasa üretim ve tüketiminden ölçüldüğünde, harcama basit anlamda nihai tüketim noktasında bu tür mal ve hizmetlere ödenen toplam para miktarı hakkında bilginin toplanması anlamına gelir.

Ülkelerde sağlık harcamalarının payı gün geçtikçe artış gösterme eğilimindedir. Bu durum sağlık harcamalarının önem kazanmasıyla birlikte sağlık ekonomisi kavramını gün yüzüne çıkarmıştır (Tosun, 2018, s.43). Sağlık ekonomisi kavramı sağlık harcamalarının önemli hale gelmesi ile birlikte 1970’li yıllarda alt bilim dalı olma özelliğini kazanmıştır. Sağlık ekonomisi alanının gelişim göstermesinin nedenleri şu şekilde sıralanabilir (Tosun, 2018, ss.43-44; Mortan & Tokgöz, 1984, s.1):

- Sağlık harcamalarının artış gösterme eğiliminde olması,
- Milli gelir içinde sağlık harcamalarının oranının gün geçtikçe artması,
- Sağlık ile ilgili yaşanan problemlerin ülkenin geneline yansması.

Bu özelliklerinin yanında sağlık sektörünün kendine has özellikleri de sağlık ekonomisi kavramını bir ana bilim dalı olarak literatüre kazandırmaktadır. Sağlık ekonomisini önemli hale getiren sağlık sisteminin özelliklerini şu şekilde sıralanabilir (Ayhan, 2004, ss.18-19; Tokat, 1996, s.5):

- *Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.*
- *Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır.*

- *Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir.*
- *Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini doktor belirler.*
- *Hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir.*
- *Sağlık hizmetleri çoğu kez kâr amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.*

Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı olma halinin korunmasına yönelik yapılmaktadır. Sağlık harcamalarına ayrılan tutarın artış göstermesi ile bireylerin hayat kalitelerindeki artış doğrudan ilişkisi olmaktadır (Akar, 2014, s.311). Sağlık harcamalarının yüksek olması, daha iyi beslenme, güvenli su, sanitasyon ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlığı geliştiren birçok mal ve hizmet üzerinde daha fazla hakimiyet sağlamaktadır. Sağlık harcaması ve kaliteli yaşam arasındaki ilişki dört başlık altında açıklanmaktadır (Bloom & Canning, 2000, s.1207):

- Farklı kaynakça ver Üretkenlik
- Eğitim
- Fiziksel Sermayeye Yatırım
- Demografik Yatırım Payı

Sağlık harcamalarının sürekli yükseliş göstermesi ve kamu harcamaları içindeki payının sürekli artması durumu, bu artışa neden olan faktörlerin incelenmesi gerekliliğini göstermiştir (Akin, 2007, s.31). Sağlık harcamalarındaki artış, aynı zamanda bu durumu düzenleyecek ve denetleyecek bir kurumun ya da sisteminin gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Bu gerekliliğin nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (Güven, 2016, s. 4; Yereli vd., 2010, s.38):

- *Gereksiz tetkik ve tedaviler,*
- *Mevzuata aykırı şekilde faturalandırma,*
- *İleri tetkik ve tedavilerin aşama uyumsuzluğu,*
- *Medikal malzemelerin standart belirsizliğidir.*
- *Bazı hizmet sunucularının rekabeti bozucu şekilde desteklenmesi,*
- *Verilmeyen hizmetlerin verilmiş gibi sunulması ve faturalandırılması,*
- *Yurtiçi hasta fiyatlandırması ile yurt dışı hasta fiyatlandırmasının farklılığı,*
- *Mevzuata aykırı bir şekilde ve mevzuatın boşluklarından yararlanarak fatura tutarlarının yükseltilmesi,*

- *Özel sigorta şirketlerinin ödemesi gereken hizmetlerin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na faturalandırılması*

Sağlık harcamalarındaki artışa neden olan faktörleri ise şu şekilde sıralanmaktadır (Güven, 2017, ss.20-24):

- Kişi başına düşen milli gelirin artış göstermesi,
- Toplumdaki eğitim seviyesinin artması,
- Toplumdaki değer yargılarının değişiklik göstermesi,
- Toplumsal düzende değişimlerin görülmesi,
- Teknolojik gelişmeler,
- Kentleşme,
- İnsan ömrünün uzaması.

1.11. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık harcamalarının finansman şekli ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte uygulanan finansman şekilleri her ülkede aynı sonuçları yaratmamaktadır. Finansman şekillerinin çeşitli olması hepsinin ortak amacının da farklı olduğu anlamı taşımamaktadır. Her finansman şeklinin temel amacı sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması ve bireylerin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlamaktır (Tatar, 2011, s.104). Sosyal devlet anlayışının gereği olan sosyal refah, bireylerin en temel haklarının esasını oluşturmaktadır. Bununla birlikte sosyal refahın bir ölçüsü olan sağlık sisteminin alt sistemi olan sosyal güvenlik sistemi de devletler tarafından kurulmakta ve sürekliliği sağlanmaktadır (Cassama, 2019, s.59).

Sağlık harcamalarının asıl amacını toplumdaki bireyleri hastalıkların yıkımına karşı korumak ve tek kişi tarafından ödenemeyecek olan tutarları çeşitli şekillerde fon toplamak oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları için toplanacak olan fonlar zamanın koşullarına göre farklı şekillerde toplanmıştır (Öz, 2008, s.7).

Sağlık harcamalarının finansmanında olmazsa olmaz nitelikte olan bazı şartlar mevcuttur (Kara, 2010, s. 29):

- Hedefleri arasında hakkaniyetin olması,
- Yönetim için ayrılan bütçenin en aza indirilmesi,
- Kaynakların temini ve iletilmesinde kesintilerin olmaması,

- Halk tarafından kabul edilebilir olmalı ve halkı memnun etmeli,
- Finanse edilecek alanların önem derecesine göre sıralanması ve finanse etme faaliyetinin bu özelliğe göre yapılması,
- Hizmet sunan kurumlar arasında rekabet ortamını oluşturmaları,
- Sağlık hizmetlerinin şeffaf bir şekilde maliyetlerinin incelenmesine fırsat vermesi,
- Hizmet sunumunda kaliteyi teşvik etmeli ve kalite konusunda sürekliliğin sağlanması,
- Finanse edecek kurumu ekonomik anlamda güçlü bir konuma yerleştirmesi,
- Sağlık harcamalarının finansmanı durumunda gereksiz arz ve talep yaratan olayları sıfıra indirmesi sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemleri ilk olarak doğrudan ve dolaylı finansman yöntemleri olarak ikiye ayırmak mümkündür.

1.11.1.Doğrudan Finansman Yöntemi

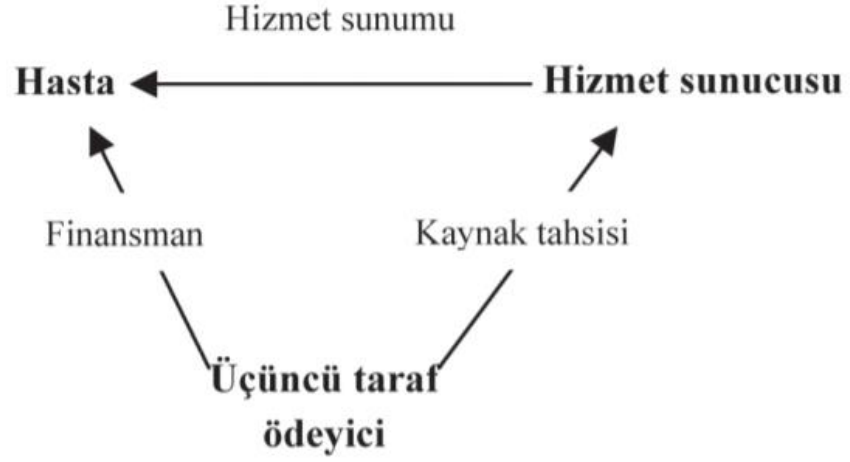
Doğrudan finansman yöntemi sağlık hizmeti talep edenlerin hizmeti aldıktan sonra aldıkları hizmetin bedelini direk olarak kendilerinin ödediği yöntemdir (Filiz, 2010, s. 55; Aktan & Işık, 2010, s. 1). Kamu ya da özel sektör fark etmeksizin sunulan hizmetin karşılığında bireylerin hizmetin bedelini kendi ödeyerek aldıkları sistemi ifade etmektedir. Her birey almış olduğu hizmeti kendi ödediği için bir fon havuzu mevcut olmamaktadır. Bu durumda risk paylaşımını mümkün kılmamaktadır (Filiz, 2010, s. 55; Mutlu & Işık, 2005, s. 284).

1.11.2.Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yöntemi hizmeti sunanlar ile hizmeti alan taraf arasında üçüncü bir tarafın olduğu yöntemdir. Üçüncü tarafın finansman yönteminde oluşu hizmeti sunanlar ile talep edenler arasındaki iletişimi en aza indirmektedir (Filiz, 2010, s. 56; Aktan & Işık, 2010, s.3). Günümüz sağlık sistemlerinde genel olarak kullanılan yöntem dolaylı finansman yöntemidir. Bu durumun en büyük gerekçesi sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden kaynaklanan sağlık ihtiyacının ne zaman ve nerede giderileceğinin belirsiz olmasıdır (Tatar, 2011, s.105).

Mossialos ve Dixon (2002) dolaylı finansman yöntemini Şekil 1.1 üzerinde göstermektedir (Tatar, 2011, s.106).

Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: (Mossialos ve Dixon, 2002)

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK SİGORTASI FAALİYETLERİ

Araştırmanın bu bölümünde sosyal güvenlik sistemi ile sağlık sigortacılığının gelişimi incelenmiştir. Ayrıca sağlık sigortacılığının alt dalları olan primsiz sosyal güvenlik sistemi ile özel sağlık sigortasını ve genel sağlık sigortasını kapsayan primli sosyal güvenlik sistemi de araştırmanın incelenen konuları arasındadır.

2.1.Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Sigortacılığının Gelişimi

Sanayi devrimi ile ekonomide oluşan ağır hasarlar yeni bir sosyal düzenin oluşmasını sağlamıştır. Özellikle işçi gruplarının ağır çalışma koşulları, az kazançları ve herhangi bir güvencelerinin olmayışı sosyal güvenlik sistemini gerekli kılmıştır. Yeni düzen ile birlikte oluşturulan sosyal güvenlik sistemi kapsamına ilk olarak işçiler dahil edilmiş zamanla toplumun her kesimini kapsayan modern düzen inşa edilmiştir (Şenocak, 2009, s.411).

Sosyal güvenlik, insanların en temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra toplumların birlikte yaşamaya başlaması ile ortaya çıkan dayanışma şekli olarak faaliyet göstermektedir. Toplumun dezavantajlı kesimleri için yapılan yardımlar sosyal güvenliğin ilk faaliyetleridir (Emeksiz, 2019, s.4; Demirbilek, 2005, s.23). Sosyal güvenlik toplumu oluşturan bireylerin bizzat kendileri tarafından ya da iradeleri dışında oluşabilecek riskleri en aza indirmek ya da tamamen ortadan kaldırmak amacını hedeflemektedir (Emeksiz, 2019, s.3).

Şakar (1998) sosyal güvenlik kavramını “*Gelirleri ne olursa olsun, ülkede yaşayan herkesin, toplum huzurunu ve refahını bozan belli sayıdaki sosyal tehlikenin verdiği zararlardan insan hakkı ve esas itibarıyla bir devlet görevi olarak, primli veya*

primsiz rejimlerin kullanılması suretiyle kurtarılmasını amaçlayan bir sistemdir.” şeklinde tanımlamaktadır (Kırdar, 2020, s. 5).

Bir başka tanımda ise sosyal güvenlik kavramı, bireyin doğumundan ölümüne kadar geçen zaman diliminde en hayati koşulları sağlamak üzere oluşturulmuş modern refah programı şeklinde tanımlanmıştır (Gümüş, 2010, s.5).

1982 anayasasının sosyal güvenlik ile ilgili 60. maddesi ise şu şekildedir (RG, 1982):

“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.”

Sosyal güvenlik bakımından özel olarak korunması gerekenler ise 61. maddede şöyle sıralanır:

- *Devlet harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar.*
- *Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır.*
- *Yaşlılar, Devletçe korunur, Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.*
- *Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır. Bu amaçlarla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar veya kurdurur.*

Bir ülkedeki sosyal güvenlik sisteminin yeterliliğini ölçmek için bazı kriterler mevcuttur (Gümüş, 2010, s.5):

- *Sosyal güvenliğin kapsadığı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının yüksekliği,*
- *Emeklilere ve diğer hak sahiplerine ödenen aylıkların yeterli seviyede olması,*
- *Sistemin gelir kaynakları ile giderleri arasında uygun bir dengenin tesis edilmesi ve bu dengenin sürdürülebilirliğinin sağlanması,*
- *Sistemin yönetim açısından şeffaf olması,*
- *Hak ve yükümlülüklerin herkes tarafından anlaşılabilir basitlikte olması,*

- *Prim oranlarının ödenebilir bir seviyede olması,*
- *Sağlık hizmetlerine erişimin kolay ve sağlanan hizmetlerin nitelikli olması,*
- *Sistemin kendi içinde geliri yeniden dağıtabilmesinin sağlanması,*
- *Yoksulluk ile mücadele edebilmesi.*

Sosyal güvenlik sisteminin temel olarak dört amacı bulunmaktadır. Bunlar (Ekiz, 2013, s.30):

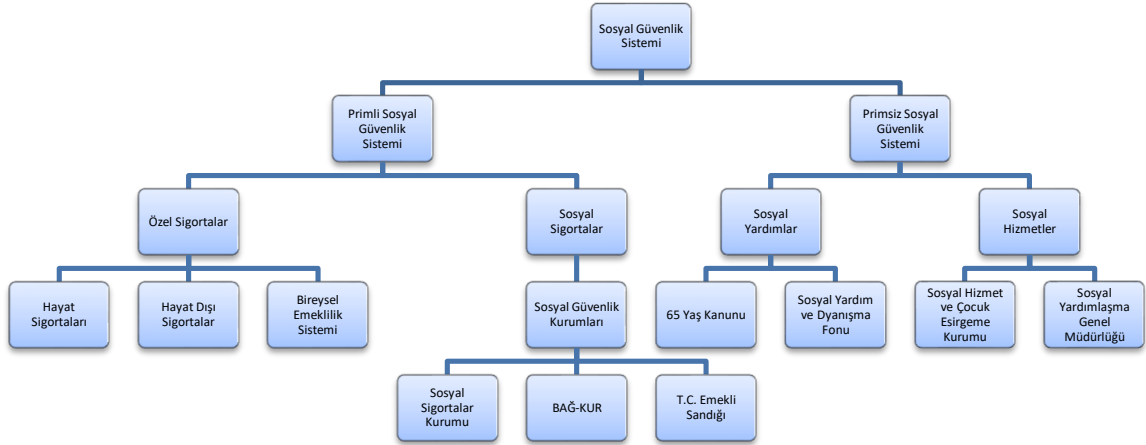
- Yaşam standartlarının sürekliliğini sağlamak,
- Yoksulluğu en aza indirmek,
- Ekonomik olarak eşitliği sağlamak,
- Sosyal eşitliği sağlamak.

1952 yılında 35. Uluslararası Çalışma Konferansı'nın kabul ettiği Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 Sayılı Sözleşme' de sosyal güvenliğe ilişkin 9 risk faktörü belirlenmiştir (Turan, 2003, s.10):

- Hastalık halinde sağlık yardımı
- Hastalık halinde gelir kaybını karşılayan ödenekler
- İşsizlik
- Yaşlılık
- İş kazası ve meslek hastalığı
- Analık
- Sakatlık
- Ölüm
- Aile yardımlarıdır

Türkiye'de Sosyal Güvenlik sisteminin bünyesinde yer alan hizmetlere Şekil 2.1'de yer verilmiştir.

Şekil 2.1: Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Şematik Görünümü



Kaynak:(Orhaner, 2018, s. 119)

2.1.1.Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi

Primsiz sosyal güvenlik araçları sırasıyla aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.

2.1.1.1.Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmet toplumsal bir temel taşımakla birlikte toplumun özelliklerine göre kendini yenilemektedir. Gerek yaşanan dönem gerekse toplumun sosyolojik özellikleri sosyal hizmetleri yönlendirmede etkili bir faktördür. Sosyal hizmetler, toplumun her kesimine yönelik eşit hizmet sunan faaliyetlerdir (Bingöl, 2015, ss.70-71).

Sosyal hizmetlerin Birleşmiş Milletler Genel Sekreterliğince yapılmış bir tanımı bulunmaktadır. Bu tanıma göre sosyal hizmetler, herhangi bir toplulukta bireylerin birbirleri ile olan uyumunu kolaylaştırmak amacı ile oluşturulmuş çalışmalardır. Bu çalışmalar yürütülürken bireylerin toplum içindeki değişimlere adaptasyonun sağlanması ve bireyin ihtiyaçlarının giderilmesi açısından ekonomik durumların düzeltilmesi esas alınmaktadır (Dilik, 1980, s.73).

Sosyal hizmetlerin Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (International Federation of Social Worker/ IFSW) tarafından tanımlanan ve 2014 yılında Sosyal Hizmet Okulları Uluslararası Birliği Genel Kurulu (International Association of Schools of Social Work/ IASSW) tarafından onaylanan tanımı şu şekildedir; Sosyal hizmet toplumsal gelişimi, bireylerin sosyal açıdan yükselmesini ve bağımlılığının azalmasını sağlayan bir disiplindir (IFSW, 2014).

2828 sayılı Sosyal hizmetler Kanunu'nda ise Sosyal hizmet şu şekilde açıklanmaktadır:

Kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü

Sosyal hizmetlerin amacı 2013 yılında yayınlanan Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği'nde şu şekilde tanımlanmıştır (RG, 2013):

Sosyal hizmet müdahalesinin ve takibinin gerçekleştirilmesi, çocuk, genç, kadın, erkek, engelli, yaşlı bireylere ve ailelerine koruyucu, önleyici, destekleyici, geliştirici, rehberlik ve danışmanlık odaklı sosyal hizmetlerin, hizmete erişim kolaylığı esasıyla bir arada ve gerektiğinde kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve gönüllüler ile işbirliği içinde sunulduğu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı sosyal hizmet merkezlerinin, kuruluş ve işleyişine, yürütecekleri hizmetlere ilişkin usul ve esaslar ile merkezde çalışan personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemektir.

Sosyal hizmet belirli ilkelere ve etik kurallara bağlıdır. Sosyal hizmetin etik ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır (Beki, 2010, ss.12-13);

- Sosyal hizmetlerin özel hayatın gizliliğine aykırı ve insan onuruna yakışmayan şekilde sunulmasına izin verilemez,
- Sosyal hizmetler alanında çalışan kurumlar arasında iletişim akışının sağlanarak elde var olan kaynakların verimli şekilde kullanılması sağlanmalıdır,
- Koruma altına alınmasına karar verilen bireylerin sosyal yönü gelişmiş ve topluma uyum sağlayabilen bir birey olarak yetiştirilmesi sağlanmalıdır,
- Toplumun dezavantajlı gruplarına hayatlarını sağlıklı ve güven içinde geçirilmesi için destek verilmelidir,
- Sosyal hizmet faaliyetleri gerek özel kuruluşlar gerekse toplumun gönüllü katılımıyla devlet denetiminde faaliyet göstermelidir,
- Sosyal hizmetlerden fayda sağlamak toplumdaki tüm bireylerin ferdi hakkıdır ve bireylerin bu hakka istinaden ihtiyaçlarına cevap verilmesi esastır.

2.1.1.2.Sosyal yardımlar

Yoksullukla mücadele hala modern dünya gündeminden düşmeyen ve baş edilmesi gereken sosyal sorunlar arasında varlığını sürdürmektedir. Bu sosyal sorunlar insan yaşamını direkt etkiler nitelikte olup sosyal yardım kavramını ve faaliyetlerini gerekli kılmıştır (Bilgiç, 2020, s.98; Atatanır, 2016, ss.66-68).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sosyal yardımlar kapsamında yürütülen hizmetler beş başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıklar aşağıda Tablo 2.1’de gösterilmiştir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [TCASHB]).

Tablo 2.1: Sosyal Yardımlar Kapsamında Yürütülen Hizmetler

Aile	Barınma-Gıda	Engelli-Yaşlı	Sağlık	Eğitim
Doğum Yardımı	Gıda Yardımları	Yaşlı Aylığı	Genel Sağlık Sigortası (GSS) Prim Ödemeleri	Şartlı Eğitim Yardımları
Çoklu Doğum Yardımı	Aşevleri	Engelli Aylığı	Şartlı Sağlık Yardımları (Sağlık ve Gebelik)	Yabancılara Yönelik Şartlı Eğitim Yardımı (YŞEY)
Eşi Vefat Etmiş Kadınlara Yönelik Düzenli Nakit Yardım Programı	Barınma Yardımları	Engelli Yakını Aylığı	Katılım Payı Ödemeleri	Eğitim Materyali Yardımı
Öksüz ve Yetim Yardımı	Sosyal Konut Projesi	Yaşlı ve Engelli Bakım Projeleri (Vefa Projeleri)	Kronik Hastalık Yardımı	Öğrenci Barınma-Taşıma-Yemek Yardımı
Muhtaç Asker Ailelerine Yönelik Düzenli Nakit Yardım Programı	Yakacak Yardımları	Engelli İhtiyaç Yardımları	Silikozis Hastalarına Yapılan Ödemeler	Yurt Yapımı
Muhtaç Asker	Elektrik		Kronik Hastalara	Yükseköğrenim
Şehit Yakınları ve Gazilere Yönelik Yardımlar	Sosyal Uyum Yardımı (SUY)		Elektrik Tüketim	Öğrencilerine

Tablo 2.1: Sosyal Yardımlar Kapsamında Yürütülen Hizmetler (devamı)

Çocuğu Yardımı	Tüketim Desteği	Desteği	Yönelik Yardımlar
Terör Zararı Yardımları			Muhtelif Eğitim Yardımları
Afet-Acil Durum Yardımları			
İşe Yönlendirme Yardımı			
İşe Başlama Yardımı			

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [TCASHB].

<https://www.aile.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yardim-programlarimiz/>

Yukarıda belirtildiği gibi hastalık sosyal güvenliğin içinde yer alan risklerden biridir. Sosyal güvenliğe ait risklerin meydana gelmesi bireylerin gelir kaybı yaşamasına ayrıca bu risklerden kaynaklı olarak giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu aşamada sosyal risklerin oluşturabileceği dezavantajlara karşı teminat sağlayıcı bir araç olan sağlık sigortası ortaya çıkmaktadır.

2.1.2.Primli Sosyal Güvenlik Sistemi

Primli sosyal güvenlik araçları sırasıyla aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.

2.1.2.1.Genel Sağlık Sigortası

Primli sosyal güvenlik sisteminin araçlarından birincisi sosyal sigortalardır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ülkeler için önemini hiç kaybetmeyecek bir hizmettir. Sunulan sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve bu hizmetleri talep eden bireylerin ayırım gözetmeksizin fayda sağlaması için geliştirilen önemli yöntemlerden biri de sosyal sigortaların alt dalı olan GSS'dir (Günaydın, 2007, s.57).

GSS, öncelikle bireylerin sağlığının korunmasını daha sonra ise sağlıklarını tehdit edecek durumlarla karşı karşıya kalmaları halinde oluşabilecek giderleri finanse etmelerini destekleyen ve ülkede yaşayan herkesi kapsamına dahil eden sigorta güvencesidir (Orhaner, 2018, ss.140-141). Bununla birlikte GSS kişilerin gelirlerine ve taleplerine bakılmaksızın oluşabilecek herhangi bir hastalığa karşı toplumda yaşayan bütün bireylerin sunulan sağlık hizmetlerinden sürekli ve aktif şekilde yararlanması

şeklinde tanımlanmaktadır (Yılmaztürk, 2008, s.100). Başka bir tanımda ise GSS, sağlık hizmetleri giderlerinin hizmeti alanlar tarafından finanse edilmesini ve primlerin hizmeti alan bireylerden toplanmasını amaçlayan sosyal sigorta şeklinde tanımlanmaktadır (Çallı, 2012, s.35; Sıvacı, 2006, s.2).

GSS' nin amaçları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Er, 2011, ss.182-183);

- Ülkedeki tüm bireyleri kapsamı,
- Sağlık sigortasının bireylerin inisiyatifine bırakılmayıp zorunlu kılınması,
- Sunulan sağlık hizmetlerinin herkese ihtiyacı doğrultusunda aynı hizmeti sunması, herkesçe ulaşılabilir olması sağlanması,
- Sisteme dahil olan sigortalıların prim ödemesinin isteğe bağlı değil zorunlu kılınması,
- Sigortalıların prim ödemelerinin yanında ek olarak katkı payı ödemesinin sağlanması,
- Bireylerin GSS kapsamı dışında kalan hastalık hallerinde ilaveten ek prim ödemesinin sağlanması,
- Sevk sisteminin devamlı olarak işlenebilir olmasının sağlanması.

2.1.2.1.1.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılan Bireyler

GSS toplumun büyük bir çoğunluğunu kapsamaması ve sigorta çerçevesi dışında kimsenin kalmamasını sağlayan önemli bir uygulamadır (Pekten, 2006, s.120). Bu kapsamda 2006 yılında yayınlanan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununa göre GSS kapsamında sayılan kişiler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

- a) *Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,*
- b) *Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan ise;*
 - a. *Ticarî kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,*
 - b. *Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar,*
 - c. *Anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,*

- d. *Tarımsal faaliyette bulunanlar,*
- c) *İşçi sendikaları ve konfederasyonları ile sendika şubelerinin başkanlıkları ve yönetim kurullarına seçilenler,*
- d) *Bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan; film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları ile müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışanlar ile düşünürler ve yazarlar,*
- e) *Mütekabiliyet esasına dayalı olarak uluslararası sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmış ülke uyruğunda olanlar hariç olmak üzere, yabancı uyruklu kişilerden hizmet akdi ile çalışanlar,*
- f) *4081 sayılı Çiftçi Mallarının Korunması Hakkında Kanuna göre çalıştırılanlar,*
- g) *1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda belirtilen umumî kadınlar,*
- h) *Millî Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenen kurslarda usta öğretici olarak çalıştırılanlar, kamu idarelerinde ders ücreti karşılığı görev verilenler ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4'üncü maddesinin (C) bendi kapsamında çalıştırılanlar,*
- i) *Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen Toplum Yararına Çalışma Programlarından yararlananlar şeklinde sıralanmıştır.*

2.1.2.1.2.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sayılmayan Bireyler

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununa göre GSS kapsamında yer almayan hizmetler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar tarafından işe alınıp alıştırma sürecinde olanlar veya rehabilite edilen hastalar ya da maluller,
- Yüksekokullarda üretim sürecinde çalışan öğrenciler
- Yurt dışında yaşayan ve Türkiye'ye kısa süreli gelmek kaydıyla başka bir ülkenin sosyal güvenlik sistemine mensup olanlar,
- Askerlik sürecinde olan,
- Ev hizmetlerinde faaliyet gösterenler,
- İş sahibi olan kişinin işyerinde ücret almaksızın çalışan eşi,
- Aynı hane içinde yaşayan kişilerce hane içindeki işlerde faaliyet gösterenler.

2.1.2.1.3.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununa göre genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri aşağıdaki şekilde belirtilmektedir.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri; Bireylerin sağlığını korumaya yönelik tüm koruyucu sağlık hizmetleri ile herhangi bir bağımlılık ile mücadelede uygulanan tüm bağımlılıkla mücadele uygulamaları bu kapsam altındadır. Kişiler koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen yine de hastalıkla karşı karşıya kalırlarsa,

- Ayaktan ve yatarak tedavi,
- Hekimin onayı ile muayene ve tedavi hizmetleri ile hastalığın teşhisinde yapılacak tüm tıbbi müdahaleler,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Laboratuvar tetkik ve tedavileri,
- Organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetlerini GSS kapsamında alabilirler.

Analık hali; Analık dolayısıyla uygulanan tedaviler şu şekilde sıralanabilmektedir,

- Yatarak ve ayaktan tedaviler,
- Teşhis için gerekli klinik muayeneler,
- Laboratuvar tetkik ve tahlilleri,
- Uygulanacak tedaviler ve tıbbi müdahaleler,
- Analık haliyle ilgili tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri.

Ağız ve diş muayenesi; Hekimlerin uygun görmesi halinde hastalık için uygulanacak teşhis ve tedaviler ile laboratuvar tetkik ve tahlilleri, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıklarıyla ilgili acil sağlık hizmetleri ile 18 yaşını doldurmamış bireylerin ortodontik diş tedavileri ve 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72'nci maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si GSS kapsamındadır.

Evli olan bireylerin çocuk sahibi olamaması hali; Hekim tarafından normal yollarla çocuk sahibi olunamayacağının ancak yardımcı üreme yöntemleri ile çocuk sahibi olunabileceğinin beyanı durumunda uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemleri ile

hastalıkla ilgili uygulanacak laboratuvar tedavileri GSS kapsamı altındadır. Ancak kişilerin bu kapsamdan yararlanması için şu şartları taşıması gerekir.

- 23 yaşından büyük 39 yaşından küçük olması,
- Son üç yıl içinde uygulanan tedavi yöntemlerinden olumlu sonuç alınmadığının kurumlarca belgelendirilmiş olması,
- Tedavi yöntemlerinin uygulandığı yerlerin Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı ile sözleşme yapması,
- En az beş yıl süresince Sosyal sigortalar kapsamında olması ve 900 gün GSS prim gün sayısına sahip olması gerekmektedir.

Yukarıda bahsedilen tüm hastalık durumları için kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri de GSS kapsamı altındadır.

2.1.2.1.4.Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmayan Sağlık Hizmetleri

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nca GSS kapsamında olmayan sağlık hizmetleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- *Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.*
- *Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.*

2.1.2.2.Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası

ÖSS, GSS'nin yetersiz kalması durumunda, sağlık hizmetlerinin bütçeye olan yükünün artması ve sağlık hizmetlerine erişim talebinin fazla olması gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkmıştır. ÖSS, bireylerin almış olduğu sağlık hizmetinin maliyetini kendi ödediği bir sigorta şeklindedir. (Avşar, 2010, s.53; Ulaş, 1997, s. 197). ÖSS bireylerin sigorta kuruluşları tarafından belli bir prim karşılığında oluşabilecek hastalık halindeki riskleri güvencede tutmak için satın aldıkları bir sigorta türüdür (Balkanlı, 2017, ss.18-19). Aynı zamanda gelişmiş ülkelerde daha fazla tercih edilen, temel sağlık sistemini olumsuz

anlamda etkilemediği sürece sağlık hizmetini daha özel almak isteyenlerin tercih ettiği bir finansman kaynağıdır (Tatar, 1996, s.47).

ÖSS daha çok bir yıl süreyle kullanılmakta ve sigortanın başlaması ile birlikte yalnızca yurt içinde değil yurt dışında da hizmet verilmeye devam edilmektedir. Bunun yanında ÖSS'nin sunduğu hizmetler sınırsız değildir (Keskin, 2019, s.12). Sağlık Hizmetlerinin sınırlı olması, bireylerin karşı karşıya kalacağı risk sayısının fazla olması gibi nedenler insanları sağlıklarını güvence altına almak için çeşitli yollara sevk etmektedir. Karşı karşıya kalınan bu riskler yaşam devam ettikçe daha fazla artış gösterebilmektedir. Bu durum da kişilerin daha korumacı tutum sergilemesine neden olmaktadır. Bu aşamada ÖSS bireylerin sakatlanma, iş göremez hale gelme, gelir kaybı yaşama, hastalık gibi nedenlerden doğacak riskleri teminat altına alarak sağlıklarını korumayı amaçlamaktadır (Orhaner, 2018, s.176).

ÖSS dört temel unsurdan oluşmaktadır. Bunlar (Ergüler, 2001, s.21):

- *Yararlanacak bireyler*
- *Özel sigortacılar*
- *Devlet*
- *Sağlık hizmeti sunanlar*

ÖSS'ye karşı oluşan talebi yönlendiren üç faktör mevcuttur (Thomson & Mossialos, 2009, ss. 29-30). Bunlar:

- Özel sağlık sigortasına gerek duyulmalıdır,
- Primler bireylerin ödeyebileceği düzeyde olup fahiş fiyatlar olmamalıdır,
- Sigorta kuruluşları tarafından sigortalama işlemi sağlanabilmelidir.

ÖSS şirketlerinin pazardaki konumlarını koruyabilmeleri, pazardaki talebe karşılık verebilmeleri ve başarı gösterebilmeleri için bazı özellikleri taşımaları gerekir. Bu özellikler şu şekilde sıralanmaktadır (Kırımlı, 2013, s.59).

- Sigortalama faaliyetlerinin pazardaki talebi karşılayabilecek nitelikte olması,
- Sigortayı kabul işleminin profesyonel şekilde tamamlanması,
- Talep edilen hizmetlerin pazarlama faaliyetlerinin kontrol dahilinde yapılması,

- Sigorta şirketi ile sigortalı arasında mevcut olan ödeme işlemlerinin sıklıkla takip edilmesi ve değerlendirilmesi,
- Sonuçlara istinaden talep doğrultusunda iyileştirme işlemlerinin uygulanması.

ÖSS'nin sağlık sistemi içinde etkili bir şekilde işleyebilmesi için denetim faaliyetlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekir. Denetim faaliyetlerinin eksik olması bazı sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010, ss.91-92).

- Sigortalıdan alınacak olan prim miktarlarının yanlış hesaplanmasına,
- Bireylerin mevcut olan hastalıklarını sigorta şirketlerinden saklamalarına,
- Sigorta şirketlerinin riskli hastalık gruplarını sigortalama faaliyetlerinden kaçınmalarına,
- Bireylerin sigortalama işleminden sonra risk içeren durumlarda bulunmalarına,
- Sigorta şirketlerinin tekel yaratma eğiliminde olmalarına,
- Adalet ve dayanışma gibi olumlu değerlerin önemini yitirmesine neden olmaktadır.

OECD (2017)'nin raporuna göre ÖSS'nin dört türü vardır. Bunlar (Güdük & Tarım, 2020, ss.104-105):

- Asıl/yedek özel sağlık sigortası: Bu özel sağlık sigortası çeşidinde bireylerin hali hazırda kamu tarafından oluşturulan bir sigorta güvencesi yoktur.
- Tamamlayıcı özel sağlık sigortası: Kamu sigortasını tamamlayıcı niteliğe sahip olan bu sigorta çeşidinde bireylerin kendi karşılaması gereken hizmetler mevcut olup bireyler bu hizmetlerin maliyetini ödemekle yükümlüdür.
- Yinelenen özel sağlık sigortası: Bu sigorta çeşidine sahip bireyler kamuya ait sağlık sigortasından yararlanabilirken kamuda verilen hizmete ek olarak bekleme süresinin uzunluğu gibi nedenlerden dolayı hizmet kalitelerini arttırmak için satın alınan sigortadır.

- Ek özel sağlık sigortası: Kamu sağlık sistemine dahil olmayan hizmetler için satın alınan özel sağlık sigortasıdır. Bireylerin daha konforlu sağlık hizmeti alması amaçlanır.

2.1.2.2.1.Özel Sağlık Sigortasının Avantajları ve Çeşitleri

ÖSS'nin gerek bireylere gerekse kamuya sağladığı faydalar mevcuttur. Özel sağlık sigortaları devlet tarafından sunulan sağlık sistemindeki yükü azaltmaktadır. Bununla birlikte ÖSS'nin diğer avantajları da şu şekilde sıralanmaktadır (Öztürk, 2019, s.36):

- Birey herhangi bir sağlık problemiyle karşı karşıya kaldığında ödeyemeyeceği kadar bir tutarla ile karşılaşırsa bu tutar sigorta şirketi tarafından karşılanır
- Bireyin tedavi masrafları gerek yurt içinde gerekse yurt dışında karşılanır,
- Herhangi bir özel sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetlere normal tutarından çok daha az bedellerle erişilebilmesi.

Orhaner (2018) ÖSS'nin çeşitlerini şu şekilde sıralanmaktadır:

- Sağlık Sigortası: Sağlık Sigortası bireylere yatarak ve ayakta tedavi teminatı veren özel sağlık sigortasıdır.
- Hastalık Sigortası: Hastalık Sigortası yalnızca bireylerin hastalık durumunu baz alan özel sağlık sigortasıdır.
- Seyahat Sağlık Sigortası: Seyahat Sağlık Sigortası yurt dışı seyahatleri sırasında ya da yurt dışından ülkemize gelen bireyler için seyahat sırasında ya da süresince karşılaşılabilecekleri herhangi bir sağlık problemine karşı yapılan bir özel sağlık sigortasıdır.

2.1.2.2.2. Özel Sağlık Sigortaları Teminat Kapsamları

Özel sağlık sigortaları her bütçeye göre farklılık gösterebilirken birden fazla seçeneğe de sahip olabilir. Birbirinden farklı sigorta şirketlerinin genel olarak özel sağlık sigortası içeriğinde şu hizmetler mevcuttur (AXA Sigorta).

- Yatarak ve ayakta tedavi
- Yurt dışı yatarak tedavi
- Yoğun bakım

- Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz
- Evde bakım
- Küçük müdahaleler
- Tıbbi danışmanlık ve ambulans hizmetleri
- Görüntüleme ve tanı yöntemleri
- Doktor muayene
- İlaç
- Kontrol amaçlı mamografi ve PSA
- 0-6 yaş çocuk aşıları
- Yeni doğan bebek teminatı
- Check-up teminatı
- Suni uzuv giderleri

Başka bir özel sağlık sigortası teminatı ise şu şekilde verilmiştir (Groupama Sigorta AŞ.):

- Annelik teminatı
- Ayakta Teşhis / Tedavi Masrafları Teminatı
- Aşı Masrafları Teminatı
- Evde Hemşire Bakım Teminatı
- Hastane Oda- Refakatçi Masrafları Teminatı
- Hastane Sonrası Ayakta Tedavi Teminatı:
- Trafik Kazası Sonrası Acil Diş Tedavisi Teminatı
- Yatarak Tedavi Masrafları Teminatı:
- Küçük Müdahale Teminatı
- Anlaşmasız Kara Ambulans Masrafları Teminatı
- Yoğun Bakım Ünitesi Masrafları Teminatı:
- Suni Uzuv ve Protez Masrafları Teminatı:
- Acil Müdahale Teminatı
- Acil Ayakta Tedavi Teminatı:

2.1.2.2.3.Özel Sigorta Şirketlerinin Sağlık Verileri ve Özel Sağlık Sektörünün Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Türkiye Sigortalar Birliği'nin 2021 yılı için yayınladığı şirket sıralamalarında özel sigorta şirketlerinin hastalık-sağlık branşındaki pazar payları aşağıda Tablo 2.2'de gösterilmektedir.

Tablo 2.2: Hastalık-Sağlık Bazında Şirket Sıralamaları

Şirket adı	Pazar payı	Geçmiş yıl pazar payı
Allianz Sigorta AŞ.	%35,20	%36,81
Bupa Acıbadem Sigorta AŞ.	%17,06	%18,14
Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	%9,30	%9,39
Mapfre Sigorta AŞ.	%6,96	%7,43
Axa Sigorta AŞ.	%5,87	%5,27
Türkiye Sigorta AŞ.	%4,72	%5,77
Aksigorta AŞ.	%4,07	%4,68
Unico Sigorta AŞ.	%2,94	%0,29
Groupama Sigorta AŞ.	%2,26	%2,27
Türk Nippon Sigorta AŞ.	%1,89	%0,90
Toplam	%90,27	%90,95

Kaynak: Türkiye Sigortalar Birliği, Görsel analiz raporları (2021) <https://www.tsb.org.tr/tr>

Türkiye Sigortalar Birliği 01.01.2021-31.12.2021 döneminde tüm özel sigorta şirketlerinin hastalık-sağlık branşındaki direkt ve indirekt toplam prim üretimi aşağıdaki Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3:Türkiye Sigortalar Birliği'nin Hastalık-Sağlık Bazında Prim Üretimi

TOPLAM		
	Yurtiçi	Yurtdışı
Hastalık	104.851.198	0
Sağlık Toplam	12.480.404.994	20.709.218
<i>Acil Sağlık</i>	136.502.059	4.469
<i>Yabancılar için sağlık</i>	298.334.768	0

Tablo 2.3:Türkiye Sigortalar Birliği'nin Hastalık-Sağlık Bazında Prim Üretimi
(devamı)

<i>Tamamlayıcı Sağlık</i>	2.616.075.833	0
<i>Yatarak Tedavi</i>	250.962.543	0
<i>Yatarak ve Ayaktan Tedavi</i>	2.365.113.290	0
<i>Sağlık</i>	9.429.492.335	20.704.749
<i>Yatarak Tedavi</i>	2.097.278.247	7.231.592
<i>Yatarak ve Ayaktan Tedavi</i>	7.332.214.008	13.473.157
Seyahat Sağlık	471.234.774	1.186.807
Hastalık-Sağlık Toplam	13.056.490.967	21.896.024

Kaynak: Türkiye Sigortalar Birliği, Görsel analiz raporları (2021) <https://www.tsb.org.tr/tr>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 yılında yayınladığı genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması istatistiklerine göre özel sağlık sektörünün sağlık harcamaları 2020 yılında 2019 yılına göre artış göstermektedir. Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması istatistikleri aşağıda Tablo 2.4'te gösterilmiştir.

Tablo 2.4: Genel Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2021

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	201,031	100,0	249,932	100,0
Genel devlet	156,819	78,0	198,062	79,2
Merkezi devlet	51,492	25,6	68,927	27,6
Mahalli idareler	1,373	0,7	1,632	0,7
Sosyal güvenlik kurumu	103,954	51,7	127,504	51,0
Özel sektör	44,212	22,0	51,869	20,8
Hane halkları	33,626	16,7	40,105	16,0
Sigorta şirketleri	5,801	2,9	6,458	2,6
Diğer	4,785	2,4	5,216	2,1

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. Sağlık Harcamaları İstatistikleri
<https://data.tuik.gov.tr/>

2.2.Özel Sigorta ve Sosyal Sigortanın Karşılaştırılması

Tablo 2.5: Özel ve Sosyal Sigortanın Karşılaştırılması

Özel Sigorta	Sosyal Sigorta
Herkes satın alabilir	Çalışan herkes katılım sağlamak zorundadır
Bireyin çıkarları ön plandadır	Kamunun çıkarı ön plandadır
Özel hukuka tabidir	Kamu hukukuna tabidir
Riskler sözleşme üzerinde tanımlanır	Riskler yasalar ile tanımlanır
Sigortalılık süresi belirli bir zaman ile kısıtlıdır	Sigortalılık süresi sınırlı değildir
Bireyseldir, nesilleri etkilemez	Nesilleri etkiler
Sigortalılık durumu birden çok sigorta şirketiyle aynı anda gerçekleştirilebilir	Sigortalılık durumu sadece bir kurumla gerçekleştirilebilir
Esas amaç kâr amacını yüksek tutmak olduğundan sunulan hizmetin kalitesi yüksektir	Esas amaç kar oranını yüksek tutmak değildir bu yüzden sunulan hizmetin kalitesi düşüktür
Sunulan hizmet bireylerin ödediği primler ile finanse edilir	Sunulan hizmet primlerin yanında devlet ya da işveren katkısı ile finanse edilir
Risk oranına göre prim alır ve yüksek riskli grupları sigortalamaktan kaçınır	Yüksek riskli grupları sigortalamaktan kaçınmaz ve herkesten aynı oranda prim alır
Sigortaya sağlanan fayda sigorta şirketinin ve kişinin farklı bir isteği olmadıkça değişmez	Sigortalıya sağlanan fayda sigorta kurumundan bağımsız olarak değişebilir
Sigortalının ödediği prim ve aldığı hizmet arasında paralel anlamda bir bağ vardır	Sigortalının ödediği prim ile aldığı hizmet arasında paralel bir bağlantı yoktur ve bu durum değişkenlik gösterebilir
Oluşabilecek herhangi bir zarar söz konusu olduğunda bu durumdan yalnızca sigortalı mesuldür	Oluşabilecek bir zarar durumunda bu zararın tazmininde sigortalı ve ailesi mesuldür
Kapsamında soysal riskler ile ekonomik risklerde vardır	Kapsamı altında yalnızca sosyal riskler vardır

Kaynak:(Daşçı, 2018, s. 31; Uğur, 2004, ss. 17-18)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİREYLERİN SAĞLIK SİGORTALARINA ve SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ

Araştırmanın bu bölümünde konuyla ilgili literatür taraması, çalışmanın amacı, önemi, kapsam ve yöntemi sırasıyla incelenmiş, güvenilirlik katsayısı ve normallik analizi yapılmıştır. Daha sonra elde edilen veriler analiz edilerek hipotezler test edilmiştir. Son olarak bu sonuçlar ışığında ilgililere çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

3.1.Literatürün İncelenmesi

Sağlık sigortaları ve sağlık hizmetlerine yönelik ulusal ve uluslararası literatürde yapılan çalışmalardan bazıları aşağıda sıralanmıştır.

Hopkins ve Kidd (1996) özel sağlık sigortalarının belirleyicilerini ölçtüğü çalışmalarında yüksek gelirli ailelerin özel sağlık sigortası yaptırma eğilimlerinin olmadığını tespit etmiştir. Bununla birlikte coğrafi konumun özel sağlık sigortası yaptırma olasılığında belirleyici rol oynadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Liua ve Chen (2002) Tayvan'da ulusal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası satın alma kararlarının analizini yaptıkları çalışmalarında daha yüksek gelir ve eğitim düzeyinin özel sağlık sigortası alımları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca herhangi bir işte çalışan kişilerin çalışmayanlara oranla özel sağlık sigortası yaptırma eğilimlerinin yüksek olduğu sonucuna ve şehirde yaşayan bireylerin kırsal kesimde yaşayanlara oranla özel sağlık sigortası yaptırma eğilimlerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Kerssens ve Groenewegen (2005) sosyal sağlık sigortalarında tüketici tercihlerini inceledikleri çalışmalarında, sosyal sigortaların tercih edilmesindeki en belirleyici

özellikleri arasında tam diş hekimliği faydalarını, sıfır kesintiyi ve hastanelerin özgürce seçimini sıralamışlardır.

Alan (2009) özel sağlık sigortasının bireyler tarafından algılanışı ölçmek üzere biri özel sağlık sigortasına sahip bireylerin oluşturduğu diğeri ise özel sağlık sigortası bulunmayan kişilerden oluşan iki gruba anket çalışması yapmıştır. Araştırma sonucunda iki grubun konuyu algılamaları arasında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca özel sağlık sigortası olmayan bireylerin genel sağlık sigortasına karşı daha olumlu tutum sergilediği tespit edilmiştir.

Pamir (2010) özel sağlık sigortası kapsamında olan hizmet ve ürünlerin bireylerce algılanış biçimini ve yeterliliğini ölçmeye çalıştığı çalışmada anket yöntemi kullanılarak verilere ulaşmıştır. Çalışma sonucunda özel sağlık sigortası kapsamında olan sigortalıların özel sağlık sigortasını olumlu algılandıkları fakat hala geliştirilecek konularının olduğu ve teminat kapsamında bulunması gereken bazı eksikliklerin olduğu tespit edilmiştir.

Özmen (2013) çalışmasında genel sağlık sigortasının özel sağlık hizmeti sunan işletmelere ve hasta memnuniyetine etkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda memnuniyet oranlarının bireylerin demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği ve özel hastaneye gelen hasta sayısındaki artışın özel hastanelerin nicelik olarak artmasını sağladığı görülmüştür.

İnce (2014) çalışmasında tamamlayıcı sağlık sigortasının bireyler tarafından nasıl algılandığını ortaya koymaktadır. Semt polikliniğine başvuran hastalardan anket yöntemine başvurularak tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili görüşleri alınmıştır. Araştırma sonucunda, çoğu katılımcının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmadığı, bilgi sahibi olanların ise tamamlayıcı sağlık sigortasına karşı negatif tutum sergilediği görülmüştür. Aynı zamanda bu negatif tutumun sigorta şirketlerine duyulan güvensizlikle ilgili olabileceği ve tamamlayıcı sağlık sigortasının tanıtımı hususunda yetersiz kalındığı sonucuna ulaşılmıştır.

Öztürk (2014)'ün Ankara ilinde gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasına ait bilgilerinin yetersiz olduğu fakat tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında bulunan bireylerin ise bu kapsamda olmaktan dolayı memnun oldukları görülmüştür.

Değirmenciler (2016) bireylerin özel sağlık sigortası tercihlerini etkileyen unsurları incelediği çalışmasında verileri anket yöntemi ile toplamıştır. Verilerden elde edilen sonuçlar ışığında özel sağlık sigortasını tercih eden kişilerin tercih etme nedenlerinin ilk sırasında kendilerini ve geleceklerini riske atmamak yer alırken tercih edilme nedenleri arasında ise marka algısına dikkat ettikleri görüşü yer almaktadır.

Cece (2017) sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmasında sağlık çalışanlarının genel sağlık sigortası üzerindeki algılarını ve sağlık sigortasının devamlılığının sağlanması açısından vergi yükümlülüklerindeki artışlara olumlu bakıp bakmadıklarını araştırmıştır. Çalışmanın sonucunda bireylerin sağlık sigortasının devamlılık sağlaması için vergi yükümlülüklerinin artırılmasına olumsuz yaklaştıkları, sağlık sigortası kapsamı altında olmaya ise olumlu yaklaştıkları görülmüştür.

Ekinci (2018) çalışmasında Ankara ilinde yaşayan bireylerin genel ve özel sağlık sigortasına bakış açılarını anket yöntemiyle ölçülmeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası kapsamında bulunan katılımcıların sağlık sigortalarıyla ilgili fazla bilgiye sahip olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tarım ve Güdük (2019) çalışmalarında bireylerin özel sağlık sigortası yaptırmama ve yaptırmama sebepleri ile özel sağlık sigortacılığı hakkında bilgi düzeylerini ölçmeyi ve bilgi edinme kaynaklarını belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışma sonucunda özel sağlık sigortası olmayan kişilerin özel sağlık sigortası yaptırmama nedenlerini primlerin çok yüksek olmasına bağladığı görülmüştür.

Yukarıdaki çalışmalar neticesinde literatürde ÖSS'nin ve GSS'nin çok az çalışmada birlikte ele alınarak kıyaslanabilecek şekilde çalışıldığı görülmüştür. Çalışmaların genelinde sağlık sigortaları birlikte değil tek başına ele alınmıştır. Bu durumda çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalardan farkını ortaya koymaktadır.

3.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı Gümüşhane ilinde yaşayan ve özel sağlık sigortası olmayan kişilerin genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve almış oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini belirlemektir. Ayrıca bu kişilerin özel sağlık sigortasına neden ihtiyaç duymadıklarını ortaya koymak çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

3.3.Araştırmanın Önemi

İnsanların sağlık sorunları nedeniyle herhangi bir sağlık hizmetine ne zaman, nerede ve nasıl ulaşacağını kestirmesi mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının ne zaman yapılacağı veya tutarının ne kadar olacağını tahmin edilmesi de çok zordur. Bu kapsamda öngörülemeyen sağlık harcamaları ve bireylerin gelir kayıplarının önemli bir kısmının sağlık sigortaları yardımıyla önlenebileceği söylenebilir. Sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyulacağını ve bu hizmetler için ne kadar harcamaya katlanılacağına ilişkin belirsizlikler bireyler için GSS, tamamlayıcı sağlık sigortası ve ÖSS'nin önemini arttırmaktadır.

Literatüre bakıldığında sağlık sigortalarının bu önemini vurgulayan birçok çalışmanın olduğu görülmektedir. Ancak bilindiği kadarıyla bu çalışmalarda ÖSS ve GSS'yi birlikte inceleyen çalışmaların yetersiz olduğu söylenebilir. Bu çalışmada hem GSS hem de ÖSS birlikte ele alındığı için literatürden bu yönü ile farklılaştığı söylenebilir.

Sağlık sigortalarına ilişkin yapılan çalışmaların genel olarak rekabet ortamının olduğu ve bünyesinde hem devlet hastanesini hem de özel sağlık kuruluşlarını barındıran illerde yapıldığı görülmektedir. Sağlıkta rekabet ortamının düşük olduğu, sadece devlet hastanesinin bulunduğu özel hastanenin olmadığı yerlerde söz konusu sağlık sigortalarına ilişkin görüşlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda söz konusu kısıtları barındıran illerden biri de Gümüşhane'dir. Bu kısıtlar çerçevesinde Gümüşhane'de yaşayan bireylerin GSS, ÖSS ve sağlık hizmetlerine yönelik görüşlerinin ortaya konulması ve ÖSS'ye ihtiyaç duyup duymadıklarının belirlenmesi önem taşımaktadır.

3.4.Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi

Çalışmanın amacı doğrultusunda hazırlanan anket formu çalışmanın evreni olan Gümüşhane ilinde yaşayan ve ÖSS olmayan bireylere online ve yüz yüze uygulanmıştır. Bu kapsamda katılımcılardan toplamda 600 adet geçerli anket elde edilmiştir. Ulaşılan bu sayının yeterli olup olmadığını belirlemek için eleman sayısı bilinmediği durumda örneklem büyüklüğünü veren aşağıdaki formül kullanılmıştır (Erken, 2021).

$$\text{Örneklem Sayısı}(n) = \frac{t^2 \times p \times q}{e^2}$$

Bu formüldeki n=Belirlenecek örneklem sayısını, t=Belirli hata düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri, p=İncelenen olayın görülüş sıklığını, q=İncelenen olayın görülmemiş sıklığını, d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (tolerans değeri)'yı temsil etmektedir. Araştırmada mümkün olduğunca büyük örneklem ile çalışabilmek için p değeri 0,5 olarak alınmış ve örneklem büyüklüğü p=0,50, q=0,50, t=1,96, e=0,05 olmak üzere:

$$n = \frac{0,5 * 0,5 * 1,96^2}{0,05^2}$$

n= 384 olarak hesaplanmıştır.

Bu durum araştırmada hedeflenen minimum örneklem büyüklüğünün 384 olması gerektiğini göstermektedir. Araştırma kapsamında 600 geçerli anketin elde edilmesi minimum örneklem büyüklüğüne ulaşıldığını göstermektedir.

Anket soruları hazırlanırken bu konu ile ilgili literatürdeki çalışmalar incelenmiş ve Ekinci (2018)'nin çalışmasında kullanılan anket formundan yararlanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmakta olup Ek-1'de verilmiştir. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgilerini ölçmeyi amaçlayan 18 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise katılımcıların GSS, ÖSS ve sağlık hizmetlerine karşı bakış açılarını belirlemeyi amaçlayan 5'li likert ölçeği şeklinde hazırlanan (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum 5: Kesinlikle Katılıyorum) 26 soru yer almaktadır.

Anketlerde elde edilen veriler, güvenilirlik analizi yapıldıktan sonra *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 26) programı yardımıyla varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve faktör analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

3.5.Araştırmanın Dayandığı Hipotezler

Çalışmada katılımcıların genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açılarının demografik özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacı ile oluşturulan hipotezler aşağıda sırasıyla verilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri ile genel sağlık sigortası arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₁: Katılımcıların cinsiyetlerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂: Katılımcıların yaşlarına göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃: Katılımcıların eğitim durumuna göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₄: Katılımcıların mesleklerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₅: Katılımcıların medeni durumlarına göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₆: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₇: Katılımcıların sağlık güvencesine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₈: Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısına göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₉: Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşuna göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₀: Katılımcıların yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiğine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₁: Katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşüncelerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

2. Katılımcıların demografik özellikleri ile özel sağlık sigortası arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₁₂: Katılımcıların cinsiyetlerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₃: Katılımcıların yaşlarına göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₄: Katılımcıların eğitim durumuna göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₅: Katılımcıların mesleklerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₆: Katılımcıların medeni durumlarına göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₇: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₈: Katılımcıların sahip oldukları sağlık güvencesine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₉: Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısına göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₀: Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşuna göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₁: Katılımcıların yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiğine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₂: Katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşüncelerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

3.Bireylerin demografik durumları ile sağlık hizmetleri arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₂₃: Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₄: Katılımcıların yaşlarına göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₅: Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₆: Katılımcıların mesleklerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₇: Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₈: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₉: Katılımcıların sahip oldukları sağlık güvencesine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃₀: Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısına göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃₁: Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşuna göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃₂: Katılımcıların yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiğine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃₃: Katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşüncelerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

3.6. Güvenilirlik Analizi ve Verilerin Normallik Testi

Güvenilirlik analizi araştırmada kullanılan ölçek içerisinde yer alan maddelerinin tutarlılığının sorgulanmasında kullanılır. Güvenilirlik analizi için kullanılan temel analiz Cronbach’s Alpha değeridir. Cronbach’s Alpha değeri genellikle ve sıklıkla likert tipli ölçeklerde kullanılır ve elde edilen değer aralıkları şu şekilde ifade edilir (Yıldız & Uzunsakal, 2018, s.19):

$0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek güvenilirlikte

Bu kapsamda çalışmada kullanılan ölçeğe güvenilirlik analizi uygulanmış ve elde edilen sonuçlara Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1: Güvenilirlik Testi

Cronbach's Alpha(α)	Standartlaştırılmış Öğelere Dayalı Cronbach Alfa	Toplam Öğe
0,929	0,930	26

Çalışmada kullanılan ankette demografik soruların dışında kalan soruların güvenilirliğini ölçmek için Cronbach's Alpha değeri hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucunda α değeri 0,929 bulunmuştur. Bulunan bu değer kullanılan anketin ve elde edilen sonuçların oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.2: Normallik Testi

	Skewness	Kurtosis
B1	-,196	-1,263
B3	,255	-1,059
B4	,253	-,920
B5	-,307	-,986
B8	-,093	-1,263
B9	-,337	-1,028
B10	-,379	-,836
B11	-,389	-,844
B17	-,948	-,020
B18	-,551	-,537
B19	-,456	-,706
B20	-,548	-,542
B21	-,495	-,464
B22	-,397	-,529
B23	-,485	-,178
B25	-,424	-,330

George ve Mallery normal dağılımı +1 ile -1 arasında kabul etmektedir. Ancak belirli durumlarda bu değer +2 ile -2 arasında da değişiklik gösterebilir. Bununla birlikte Hair ve arkadaşları da +1 ve -1 dışında kalan değerlerin büyük ölçüde çarpıklık gösterdiğini kabul eder. Tablo 3.2'de bu değerlerin +1 ile -1 arasında değişiklik gösterdiği

belirlenmiştir. Bu durumda çalışmada verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Dolayısıyla verilerin analizinde Varyans analizi (ANOVA), T-testi, Pearson korelasyon anlamlılık testi gibi parametrik testler kullanılmıştır.

3.7. Araştırma Bulgularının Analizi

Araştırmaya katılan bireylere ait demografik veriler ve diğer bulguların analizi bu bölümde sunulmaktadır.

3.7.1. Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular

Ankette katılımcılar öncelikle kişisel bilgilerin ölçüldüğü sorulara ardından GSS, ÖSS ve sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerin ölçüldüğü sorulara yanıt vermiştir. Bu doğrultuda katılımcıların cinsiyet dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.3’de verilmiştir.

Tablo 3.3: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	N	%
Kadın	334	55,7
Erkek	266	44,3
Toplam	600	100,0

Tablo 3.3’e bakıldığında katılımcıların %55,7’sini kadınlar oluştururken %44,3’ünü erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyet dağılımında kadın ve erkek arasında çok bir fark olmadığı görülmektedir.

Katılımcılara ait yaş dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.4’te gösterilmiştir.

Tablo 3.4: Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş	N	%
18-27	279	46,5
28-37	189	31,5
38-47	88	14,7
48-57	35	5,8
58 ve üstü	9	1,5
Toplam	600	100,0

Tablo 3.4'te katılımcıların %46,5'inin 18-27 arası, %31,5'inin 28-37 yaş arası, %14,7'sinin 38-47 yaş arası, %5,8'inin 48-57 yaş arası ve %1,5'inin 58 yaş ve üstü kişiler olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait eğitim durumu dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	N	%
İlköğretim	49	8,2
Lise	122	20,3
Ön Lisans/ Lisans	360	60,0
Yüksek Lisans/Doktora	64	10,7
Okul Bitirmemiş	5	0,8
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %60 gibi büyük bir çoğunluğu Ön Lisans/Lisans mezunu %20,3'ü lise mezunu, %10,7'si Yüksek Lisans/Doktora mezunu, %8,2'si ilköğretim mezunu ve %0,8'lik çok az bir kısmı da okul bitirmemiştir.

Katılımcılara ait meslek grubu dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6: Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları

Meslek	N	%
Kamu	232	38,7
Özel	113	18,8
Kendi işi	24	4,0
Emekli	10	1,7
Öğrenci	119	19,8
Çalışmıyor	95	15,8
Diğer	7	1,2
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %38,7'si kamu sektöründe, %19,8'i öğrenci, %18,8'i özel sektörde, 15,8'i çalışmayan, %4'ü kendi işine sahip, %1,7'si emekli ve %1,2'si diğer meslek gruplarında çalışan kişilerden oluşmaktadır.

Katılımcılara ait medeni durum dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.7’de gösterilmiştir.

Tablo 3.7: Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	N	%
Evli	295	49,2
Bekar	305	50,8
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %50,8’i bekar iken %49,2’si evlidir. Katılımcıların medeni durum dağılımında evli ve bekar arasında çok az fark olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait gelir düzeyi dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.8’de gösterilmiştir.

Tablo 3.8: Katılımcıların Gelir Düzeyi Gruplarına Göre Dağılımları

Gelir Düzeyi	N	%
3000 TL ve altı	206	34,3
3001 TL-4000 TL	88	14,7
4001 TL-5000 TL	109	18,2
5001 TL-6000 TL	75	12,5
6001 TL ve üstü	122	20,3
Toplam	600	100,0

Tablo 3.8’e göre katılımcıların %34,3’ü 3000 TL ve altı gelir düzeyine, %20,3’ü 6001 TL ve üstü gelir düzeyine, %18,2’si 4001 TL-5000 TL gelir aralığında, %14,7’si 3001 TL-4000 TL aralığına ve %12,5’i 5001 TL-6000 TL aralığında gelir düzeyine sahiptir.

Katılımcılara ait sağlık güvencesi dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.9’da gösterilmiştir.

Tablo 3.9: Katılımcıların Sağlık Güvencesinin Dağılımı

Sağlık Güvencesi	N	%
Yok	63	10,5
SSK	343	57,2
Bağ-Kur	29	4,8

Tablo 3.9: Katılımcıların Sağlık Güvencesinin Dağılımı (devamı)

Emekli Sandığı	154	25,7
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	11	1,9
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %57,2'lik büyük bir kısmının SSK'ya sahip olduğuna, %25,7'si Emekli Sandığı'na sahip olduğuna, %10,5'inin bir sağlık güvencesinin olmadığına, %4,8'ninBağ-Kur'a sahip olduğuna ve %1,9'unun tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğuna ulaşılmıştır.

Katılımcılara ait aynı hanede birlikte yaşadığı kişi sayısı dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.10'da gösterilmiştir.

Tablo 3.10: Katılımcıların Hanelerinde Yaşayan Kişi Sayılarının Dağılımları

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	N	%
0	13	2,2
1	33	5,5
2	46	7,7
3	76	12,7
4	35	5,8
5	357	59,7
6 ve üstü	40	6,7
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %59,7'si beş kişi ile, %12,7'si üç kişi ile, %7,7'si iki kişi ile, %6,7'si altı ve daha fazla kişi ile, %5,8'si dört kişi ile, %5,5'i bir kişi ile ve %2,2'si yalnız başına yaşamaktadır.

Katılımcılara ait herhangi bir sağlık sorunu olduğunda başvurduğu ilk sağlık kuruluşu dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.11'de gösterilmiştir.

Tablo 3.11: Katılımcıların Genellikle Gittiği Sağlık Kuruluşunun Dağılımı

Genellikle Gidilen Sağlık Kuruluşu	N	%
Aile Sağlığı Merkezi	107	17,8
Devlet Hastanesi	426	71,0
Üniversite Hastanesi	27	4,5
Özel Hastane	37	6,2
Diğer	3	0,5
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %71'i ilk olarak devlet hastanesine, %17,8'i Aile Sağlığı Merkezine, %6,2'si özel hastaneye, %4,5'i üniversite hastanesine ve %0,5'lik az sayıda kişi ise diğer sağlık kurumlarına gitmeyi tercih ediyor.

Katılımcılara ait yılda ortalama sağlık kuruluşuna başvurma sayısı dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.12'de gösterilmiştir.

Tablo 3.12: Katılımcıların Yılda Ortalama Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sayısının Dağılımı

Yılda Sağlık Kurumuna Gidilme Sayısı	N	%
Hiç	17	2,8
1-2	196	32,7
3-4	182	30,3
5-6	109	18,2
7-8	38	6,3
9 ve üstü	58	9,7
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %32,7'si yılda ortalama 1-2 kez, %30,3'ü 3-4 kez, %18,2'si 5-6 kez, %9,7'si dokuz ve daha fazla sayıda, %6,3'ü 7-8 kez ve %2,8'i sağlık kuruluşuna hiç gitmemiştir.

Katılımcılara ait sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkındaki düşüncelerin dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.13'te gösterilmiştir.

Tablo 3.13: Katılımcıların Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceler	N	%
Tamamen Olumlu	84	14,0
Tamamen Olumsuz	274	45,7
Olumlu Ama Çekincesi Var	205	34,2
Diğer	37	6,2
Toplam	600	100,0

Katılımcıların %45,7'si sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkında tamamen olumsuz, %34,2'si olumlu ama çekincesi var şeklinde, %14'ü tamamen olumlu ve %6,2'si ise diğer şekilde düşünmüştür.

Katılımcılara ait GSS kapsamında olduğu düşünülen sağlık hizmetlerinin dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.14'te gösterilmiştir.

Tablo 3.14: Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olduğunu Düşündüğü Sağlık Hizmetlerinin Dağılımı

	GSS kapsamında olduğu düşünülen hizmetler		GSS kapsamında olduğu düşünülmeyen hizmetler	
	N	%	N	%
Organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri	340	56,7	260	43,3
Tüp bebek	220	36,7	380	63,3
Estetik operasyonlar	75	12,5	525	87,5
Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri	81	13,5	519	86,5
Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması	81	13,5	519	86,5

Tablo 3.14: Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olduğunu Düşündüğü Sağlık Hizmetlerinin Dağılımı (devamı)

Alternatif tıp hizmetleri (Akupunktur, Hacamat vb.)	92	15,3	508	84,7
Lens (Kontakt lens)	114	19,0	486	81,0
İş kazaları ve meslek hastalıkları	422	70,3	178	29,7
İmplant	152	25,3	448	74,7
Obezite tedavisi	214	35,7	386	64,3
Suriyeli mültecilere sunulan sağlık hizmetleri	204	34,0	396	66,0

Katılımcılar %56,7'si organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetlerinin GSS kapsamında olduğunu, %43,3'ü GSS kapsamında olmadığını; %36,7'si tüp bebek tedavisinin GSS kapsamında olduğunu, %63,3'ü GSS kapsamında olmadığını; %12,5'si estetik operasyonların GSS kapsamında olduğunu, %87,5'i GSS kapsamında olmadığını; %13,5'iestetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin GSS kapsamı altında olduğunu, %86,5'iGSS kapsamında olmadığını; %13,5'i mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılmasının GSS kapsamında olduğunu, %86,5'i GSS kapsamında olmadığını; %15,3'ü alternatif tıp hizmetlerinin GSS kapsamında olduğunu, % 84,7'si GSS kapsamında olmadığını; %19 'u lens tedavisinin GSS kapsamında olduğunu, %81 GSS kapsamında olmadığını; %70,3'ü iş kazaları ve meslek hastalıklarının GSS kapsamında olduğunu, %29,7'si GSS kapsamında olmadığını; %25,3'ü implant tedavisinin GSS kapsamında olduğunu, %74,7'siGSS kapsamında olmadığını; %35,7'si obezite tedavisinin GSS kapsamında olduğunu, %64,3'ü GSS kapsamında olmadığını; %34'ü Suriyeli mültecilere sunulan sağlık hizmetlerinin GSS kapsamında olduğunu, %66'sı GSS kapsamında olmadığını düşünmektedir.

Katılımcılara ait GSS kapsamında olması gerektiği düşünülen sağlık hizmetlerinin dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.15'te gösterilmiştir.

Tablo 3.15: Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Gereken Sağlık Hizmetlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

	GSS kapsamına alınması gerektiği düşünülen hizmetler		GSS kapsamına alınması gerektiği düşünülmeyen hizmetler	
	N	%	N	%
Bütün kanser ilaçları	539	89,8	61	10,2
Estetik operasyonlar	141	23,5	459	76,5
Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri	204	34,0	396	66,0
Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması	173	28,8	427	71,2
Alternatif tıp hizmetleri (Akupunktur, Hacamat, Hipnoz vb.)	238	39,7	362	60,3
İmplant	356	59,3	244	40,7
Anti-aging uygulamaları	142	23,7	458	76,3
Saç ekimi	141	23,5	459	76,5
Hepsi	98	16,3	502	83,7

Katılımcıların %89,8'i bütün kanser ilaçlarının GSS kapsamına alınması gerektiğini,%10,2'si alınmaması gerektiğini;%23,5'si estetik operasyonların GSS kapsamına alınması gerektiğini, %76,5'i alınmaması gerektiğini;%34'ü estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin GSS kapsamına alınması gerektiğini, %66'sı alınmaması gerektiğini; %28,8'imideye zayıflama amaçlı kelepçe takılmasının GSS kapsamına alınması gerektiğini, %71,2'si alınmaması gerektiğini; 39,7'si alternatif tıp hizmetlerinin GSS kapsamına alınması gerektiğini, %60,3'ü alınmaması gerektiğini; %59,3'ü implant tedavisinin GSS kapsamına alınması gerektiğini, %40,7'sialınmamasıgerektiğini; %23,7'si anti-aging uygulamaların GSS kapsamına alınması gerektiğini, %76,3'ü alınmaması gerektiğini; %23,5'i saç ekimi tedavisinin GSS kapsamına alınması gerektiği,

%76,5'i alınmaması gerektiğini; %16,3'ü tüm bu sağlık hizmetlerinin GSS kapsamı altında olması gerektiğini, %83,7'si olmaması gerektiğini düşünmektedir.

Katılımcılara ait ÖSS tercih etmeme nedenlerinin dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.16'da gösterilmiştir.

Tablo 3.16: Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmamasının Nedenlerinin Dağılımı

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
İhtiyaç duymuyorum	239	39,8	361	60,2
Parasal sebepler	224	37,3	376	62,7
Sosyal güvencem olduğu için	233	38,8	367	61,2
Yaptırmaya vaktim olmadı	47	7,8	553	92,2
Güvenmediğim için	57	9,5	543	90,5
Özel Sağlık Sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip değilim	147	24,5	453	75,5
Diğer	23	3,8	577	96,2

Katılımcılar ÖSS kapsamında olmamasının nedenleri arasında %39,8 ihtiyaç duymaması, %37,3 ile parasal sebepler, %38,8 ile sosyal güvencesinin var olması, %24,5 ile özel sağlık sigortası hakkında yetersiz bilgiye sahip olması, %9,5 ile özel sağlık sigortasına güvenmemesi ve %7,8 ile özel sağlık sigortası yaptırmaya zamanı olmaması sıralanabilir.

Çalışmanın bu aşamasında anketin ikinci bölümünü oluşturan soruların analiz ve değerlendirilmesi yapılmıştır. Anket formunun ikinci bölümünde yer alan 26 soru iki gruba ayrılmıştır. Birinci grupta katılımcıların GSS'ye ve sağlık hizmetlerine bakış açılarının, ikinci grupta ise ÖSS'ye yönelik bakış açılarının değerlendirildiği sorulara yer verilmiştir. Aşağıda sırasıyla her iki gruba ait tablolar verilmiştir.

Tablo 3.17: Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetleri ile İlgili Katılımcı Görüşleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X	SS
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ülkemizde herkes sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilmektedir.	108	18,0	137	22,8	88	14,7	227	37,8	40	6,7	2,92	1,261
Ülkemizde sağlık hizmetleri kullanmak için katkı payı ödenmesi gerekmektedir.	108	18,0	149	24,8	113	18,8	187	31,2	43	7,2	2,85	1,247
Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını devlet ödemektedir.	123	20,5	201	33,5	107	17,8	145	24,2	24	4,0	2,58	1,175
Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını Sosyal Güvenlik Kurumu ödemektedir.	117	19,5	208	34,7	137	22,8	124	20,7	14	2,3	2,52	1,093
Kişilerin acil haller nedeniyle özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat etmeleri durumunda sağlık hizmeti bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.	91	15,2	114	19,0	147	24,5	214	35,7	34	5,7	2,98	1,175
Genel sağlık sigortasıyla herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.	72	12,0	90	15,0	129	21,5	275	45,8	34	5,7	3,18	1,133
Genel sağlık sigortası, geliri olmayanlara da sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sunar.	80	13,3	96	16,0	140	23,3	252	42,0	32	5,3	3,10	1,148

Tablo 3.17: Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetleri ile İlgili Katılımcı Görüşleri (devamı)

Genel sağlık sigortasından yararlanmak için kişinin belirli bir statüye (işçi, memur, emekli vb.) sahip olması gerekmektedir.	125	20,8	139	23,2	125	20,8	192	32,0	19	3,2	2,74	1,202
Çalışmayan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödemeleri gerekmektedir	99	16,5	106	17,7	142	23,7	221	36,8	19	5,3	2,97	1,192
Çalışmayan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmaları zorunludur.	78	13,0	107	17,8	157	26,2	221	36,8	37	6,2	3,05	1,146
Gelir testi, belli bir statüye sahip olmayan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilere (eşine, evli olmayan çocukları, anne, babası vb.) yapılması gerekmektedir.	82	13,7	101	16,8	155	25,8	222	37,0	40	6,7	3,06	1,162
Genel sağlık sigortası kapsamında; Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmayan kişilerin sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.	103	17,2	91	15,2	180	30,0	193	32,2	33	5,5	2,94	1,174
Genel sağlık sigortası sayesinde temel sağlık göstergelerindeki olumsuzluklar azaltılmaktadır.	78	13,0	70	11,7	170	28,3	260	43,3	22	3,7	3,13	1,096
Genel sağlık sigortasının kapsamının genişliği nedeniyle sağlık harcamalarının bütçeye yükü artmaktadır.	90	15,0	95	15,8	174	29,0	217	36,2	24	4,0	2,98	1,132
Vatansızlar ve sığınmacılar da genel sağlık sigortası kapsamı altındadır.	84	14,0	80	13,3	184	30,7	227	37,8	25	4,2	3,05	1,113

Tablo 3.17 incelendiğinde; katılımcıların %44,5'i ülkemizde yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabildiğini, %41,4'ü acil haller nedeniyle özel sağlık sunucularına müracaat halinde sağlık hizmetleri bedelinin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanacağını, %51,5'i GSS ile herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabileceğini, %47,3'ü GSS ile geliri olmayanların da sağlık hizmetlerinden yararlanabileceğini, %42,1'i çalışmayan kişilerin GSS kapsamında olan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için prim ödemelerinin gerekli olduğunu, %43'ü çalışmayan kişilerin GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmalarının zorunlu olduğunu, %43,7'si gelir testinin belli bir statüye sahip olmayan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilere yapılması gerektiğini, %37,7'si Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinin yurt dışında sağlanacağını, %47'si GSS sayesinde temel sağlık göstergelerindeki olumsuzlukların azaldığını, %40,2'si GSS kapsamının genişliği nedeniyle sağlık harcamalarının bütçeye yükünün arttığını, %43'ü ise vatansızlar ve sığınmacıların da GSS kapsamı altında olduğunu ifade etmektedir. Buna karşın katılımcıların %42,8'i ülkemizde sağlık hizmetleri kullanmak için katkı payı ödenmesi gerekmediğini, %54'ü sağlık hizmeti giderlerinin tamamının devlet tarafından ödenmediğini, %54,2'si sağlık hizmeti giderlerinin tamamının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmediğini, %44'ü ise GSS'den yararlanmak için kişinin belirli bir statüye sahip olmasının gerekmediğini ifade etmektedir.

Katılımcıların genel sağlık sigortası ve sağlık hizmetleriyle ilgili görüşlerinin değerlendirildiği ilk 15 maddenin genel ortalaması 2,93 olarak hesaplanmıştır. Bu ifadelerden beş tanesi hesaplanan değerinin altında on tanesi ise üstünde bir ortalamaya sahiptir. Bu ifadeler içinde en düşük ortalamaya sahip olan "Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını Sosyal Güvenlik Kurumu ödemektedir" ifadesi 2,52 ortalamaya sahiptir. Bunun yanında en yüksek ortalamaya sahip olan "Genel sağlık sigortasıyla herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir" ifadesi ise 3,18 ortalamaya sahiptir.

Tablo 3.18: Özel Sağlık Sigortası ile İlgili Katılımcı Görüşleri

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X	SS
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Özel Sağlık Sigortası için hiçbir statü gerekmez, herkese açıktır.	93	15,5	72	12,0	130	21,7	268	44,7	37	6,2	3,14	1,190
Özel Sağlık Sigortası, isteğe bağlı şekilde yaptırılır.	69	11,5	49	8,2	118	19,7	320	53,3	44	7,3	3,37	1,111
Özel Sağlık Sigortasında prim oranı tehlike derecesine göre belirlenir.	70	11,7	86	14,3	195	32,5	227	37,8	22	3,7	3,08	1,064
Özel Sağlık Sigortasında sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarı gözetilir.	75	12,5	100	16,7	188	31,3	216	36,0	21	3,5	3,01	1,081
Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar, bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan kaynaklanır.	69	11,5	84	14,0	178	29,7	237	39,5	32	5,3	3,13	1,092
Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar genellikle primlerin yüksek olmasından kaynaklanır.	60	10,0	89	14,8	193	32,2	224	37,3	34	5,7	3,14	1,064

Tablo 3.18: Özel Sağlık Sigortası ile İlgili Katılımcı Görüşleri (devamı)

Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar genellikle özel hastanelerden kaynaklanır.	62	10,3	100	16,7	207	34,5	201	33,5	30	5,0	3,06	1,055
Özel Sağlık Sigortasıyla ilgili sorunlar genelde poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanır.	54	9,0	82	13,7	247	41,2	193	32,2	24	4,0	3,09	0,986
Genel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasıyla birlikte (Özel Sağlık Sigortası olmadan) toplumun optimum sağlık şartlarını karşılamaktadır.	66	11,0	80	13,3	213	35,5	224	37,3	17	2,8	3,08	1,028
Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına sahip bir kişi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun onayı dışındaki şeylerden faydalanabilir.	55	9,2	99	16,5	243	40,5	184	30,7	19	3,2	3,02	0,983
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortasına oranla daha uygun fiyatlıdır.	64	10,7	80	13,3	242	40,3	195	32,5	19	3,2	3,04	1,006

Tablo 3.18 incelendiğinde; katılımcıların %50,9'u ÖSS için hiçbir statünün gerekmediğini, %60,9'u ÖSS'nin isteğe bağlı olarak yapıldığını, %41,5'i ÖSS'de prim oranının tehlike derecesine göre belirlendiğini, %39,5'i ÖSS'de sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarının gözetildiğini, %44,8'i ÖSS ile ilgili sorunların bu konuyla ilgili yeteri kadar bilgiye sahip olmamaktan kaynaklandığını, %43'ü ÖSS ile ilgili sorunların genellikle primlerin yüksek olmasından kaynaklandığını, %38,5'i ÖSS ile ilgili sorunların genellikle özel hastanelerden kaynaklandığını, 40,1'i ise GSS'nin tamamlayıcı sağlık sigortasıyla toplumun optimum sağlık şartlarını karşıladığını ifade etmektedir. Buna karşın katılımcıların %41,2'si ÖSS ile ilgili sorunların genelde poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklandığı görüşüne, %40,5'i tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bir kişinin Sosyal Güvenlik Kurumu'nun onayı dışındaki şeylerden faydalanabileceği görüşüne ve %40,3'ü tamamlayıcı sağlık sigortasının ÖSS'ye oranla daha uygun fiyatlı olabileceği görüşüne kararsız görüş belirttikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların ÖSS ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği son 11 maddenin genel ortalaması 3,10 olarak hesaplanmıştır. Bu ifadelerden yedi tanesi hesaplanan değerler altında dört tanesi ise üstünde bir ortalamaya sahiptir. Bu ifadeler içinde en yüksek ortalamaya sahip olan “özel sağlık sigortası, isteğe bağlı şekilde yaptırılır” ifadesi 3,37 ortalamaya sahiptir. Bu durumda katılımcıların çoğu ÖSS'yi isteğe bağlı olarak yapıldığını onaylamaktadır. Bu ifadeler arasında en düşük ortalamaya sahip olan “Özel sağlık sigortasında sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarı gözetilir” ifadesi 3,01 ortalamaya sahiptir.

3.7.2.Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Faktör analizi, birbiri ile ilişkisi olan birden fazla değişkenin bilgi kaybına uğramaksızın daha az sayıda yeni değişken altında gruplandırılmasıyla ortaya çıkan bir analizdir. Faktör analizinin amacı mevcut değişken sayısını daha az boyuta indirmek ve değişkenlerin birbiri ile olan ilişkisini analiz ederek kavramsal olarak yeni bir kategoride sınıflandırmaktır (Turanlı, 2021, s. 11).

Bu bağlamda araştırmada örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olup olmadığını ölçen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayı da hesaplanmıştır. KMO katsayı değerinin dereceli olarak ifade ettiği anlam şu şekildedir (Ekici, 2020, s. 42; Sharma 1996, s. 11):

KMO değeri 0,00 ile 0,49 arasında ise örneklem yeterliliği “kabul edilemez”

KMO değeri 0,50 ile 0,59 arasında ise örneklem yeterliliği “zayıf”

KMO değeri 0,60 ile 0,69 arasında ise örneklem yeterliliği “orta”

KMO değeri 0,70 ile 0,79 arasında ise örneklem yeterliliği “iyi”

KMO değeri 0,80 ile 0,89 arasında ise örneklem yeterliliği “çok iyi”

KMO değeri 0,90 ile 1,00 arasında ise örneklem yeterliliği “mükemmel” dir.

Tablo 3.19: KMO ve Barlett's Testi Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçüsü		0,896
Bartlett's Küresellik Testi	Ki-Kare	3989,356
	Df	120
	P	0,000

Tablo 3.19’da görüldüğü üzere KMO değerinin 0,896 olması örneklem yeterliliğinin “çok iyi” olduğu anlamını taşımaktadır. Bu durumda örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Barlett’s değerini temsil eden p’nin 0,05’ten küçük olması değişkenler arasında yüksek oranda korelasyon bulunduğu anlamına gelmektedir. Bu durumda veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Kalaycı, 2010, s.327).

Anketteki ifadelerin boyutlarını belirlemek amacıyla 26 ifade için temel bileşenler yöntemi ve varimax döndürme tekniği ile faktör analizi yapılmıştır. Genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine ait ifadelerin faktör analizi Tablo 3.19’da verilmiştir.

Tablo 3.20: Faktör Analizi

İfadeler	Faktörler		
	1	2	3
Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar genellikle primlerin yüksek olmasından kaynaklanır.	0,764		
Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar, bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan kaynaklanır.	0,755		
Özel Sağlık Sigortasıyla ilgili sorunlar genelde poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanır.	0,743		
Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar genellikle özel hastanelerden kaynaklanır.	0,731		
Özel Sağlık Sigortasında sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarı gözetilir.	0,685		
Özel Sağlık Sigortası, isteğe bağlı şekilde yaptırılır.	0,684		
Özel Sağlık Sigortasında prim oranı tehlike derecesine göre belirlenir.	0,677		
Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına sahip bir kişi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun onayı dışındaki şeylerden faydalanabilir.	0,522		
Çalışmayan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmaları zorunludur.		0,819	
Çalışmayan kişilerin genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödemeleri gerekmektedir		0,787	

Tablo 3.20: Faktör Analizi (devamı)

Gelir testi, belli bir statüye sahip olmayan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilere (eşine, evli olmayan çocukları, anne, babası vb.) yapılması gerekmektedir.	0,743		
Genel sağlık sigortasından yararlanmak için kişinin belirli bir statüye (işçi, memur, emekli vb.) sahip olması gerekmektedir.	0,503		
Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını Sosyal Güvenlik Kurumu ödemektedir.	0,886		
Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını devlet ödemektedir.	0,850		
Kişilerin acil haller nedeniyle özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat etmeleri durumunda sağlık hizmeti bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.	0,567		
Ülkemizde herkes sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilmektedir.	0,547		
Açıklanan Varyans	38,520	11,078	8,265
Toplam Açıklanan Varyans	57,864		
Cronbach's Alpha (%)	0,882	0,764	0,749

Yukarıda Tablo 3.20’de görüldüğü gibi 26 ifadeden 10 tanesi kapsam dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 16 ifade üç faktör altında toplanmıştır. 16 ifadenin ölçeğe ilişkin açıkladıkları varyanslar sırasıyla birinci faktörün %38,520, ikinci faktörün %11,078 ve üçüncü faktörün ise %8,265’tir. Bu üç faktörün açıkladıkları toplam varyans ise %57,864’tür. Ayrıca bu faktörlere ilişkin güvenilirlik düzeyleri sırasıyla 0,882; 0,764; 0,749 olarak bulunmuştur. Bu oranlar faktörlerin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin adlandırılmasında literatürdeki çalışmalardan ve faktör kapsamındaki ifadelerden yola çıkılmıştır. Bu noktada ilk faktöre “*Özel Sağlık Sigortası*”, ikinci faktöre “*Genel Sağlık Sigortası*” ve üçüncü faktöre ise “*Sağlık Hizmeti*” adı verilmiştir.

Elde edilen faktör sonuçları benzer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Bu doğrultuda Ekinci (2018)'nin çalışmasında yapılan faktör analizi sonucunda da ifadelerin üç faktör altında toplandığı görülmektedir.

3.7.3.Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Korelasyon analizi iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi hesaplamak için kullanılan bir istatistik tekniğidir. Korelasyon analizi sonucunda ulaşılan korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişim gösterebilir. Korelasyon katsayısının 0 olduğu durumlarda iki değişken ya da değişkenler arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılır. Korelasyon katsayısının +1'e yaklaştığı durumlarda pozitif anlamda ilişki -1'e yaklaştığı durumlarda ise negatif anlamda bir ilişki söz konusudur (Kurnaz, 2020, s. 80; Büyüköztürk; 2010, ss.31-32)

Korelasyon katsayısının yer aldığı aralığı şu şekilde tanımlayabiliriz:

Korelasyon katsayısı (-0,25)-0,00 ve 0,00-0,25 arasında ilişki çok zayıf

Korelasyon katsayısı (-0,49) -(-0,26) ve 0,26-0,49 arasında ise ilişki zayıf

Korelasyon katsayısı (-0,69) -(-0,50) ve 0,50-0,69 arasında ise ilişki orta

Korelasyon katsayısı (-0,89) -(-0,70) ve 0,70-0,89 arasında ise ilişki yüksek

Korelasyon katsayısı (-1,00) -(-0,90) ve 0,90-1,00 arasında ise ilişki çok yüksektir (VBO Blog , 2020).

Çalışmada değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 3.21'de gösterilmiştir.

Tablo 3.21: Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	Genel Sağlık Sigortası	Özel Sağlık Sigortası	Sağlık Hizmeti
Genel Sağlık Sigortası	1		
Özel Sağlık Sigortası	0,377*	1	
Sağlık Hizmeti	0,431*	0,565*	1

*Korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.21’de boyutlar arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını ortaya koymak için yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde boyutlar arasında istatistiki olarak $p < 0,01$ anlamlılığın bulunduğu görülmüştür. Bulunan sonuçlar incelendiğinde özel sağlık sigortasına ait görüşler ile sağlık hizmetlerine ait görüşler arasında orta, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu iki boyut arasında korelasyon katsayısı ($r=0,565$) olarak hesaplanmıştır. Genel sağlık sigortasına ait görüşler ile özel sağlık sigortasına ait görüşler arasında ise zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu iki boyut arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ($r=0,377$)’dir. Son olarak sağlık hizmetlerine ait görüşler ile genel sağlık sigortasına ait görüşler arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bahsedilen iki boyut arasında korelasyon katsayısı ($r=0,431$) olarak hesaplanmıştır.

3.7.4.Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ve konuyu içeren diğer hususların değerlendirilmesi ile ilgili analiz sonuçları bu kısımda sunulmaktadır.

Katılımcıların ÖSS, GSS ve sağlık hizmetlerine ait bakış açılarının demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye yönelik oluşturulan hipotezlerin analizi aşağıda verilmiştir.

Cinsiyet değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

***H₁**: Katılımcıların cinsiyetlerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

***H₁₂**: Katılımcıların cinsiyetlerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

***H₂₃**: Katılımcıların cinsiyetlerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.*

Yukarıdaki H_1 , H_{12} ve H_{23} hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar aşağıdaki Tablo 3.22’de sunulmuştur.

Tablo 3.22: Cinsiyet ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	X	P
GSS	Kadın	334	2,70	0,132
	Erkek	266	2,80	
ÖSS	Kadın	334	3,00	0,886
	Erkek	266	2,89	
HİZMET	Kadın	334	3,13	0,003
	Erkek	266	3,07	

Tablo 3.22’de görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyet değişkeni ile genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasına yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,003 < \alpha=0,050$).

Yaş değişkeni ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₂: Katılımcıların yaşlarına göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₃: Katılımcıların yaşlarına göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₄: Katılımcıların yaşlarına göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki H_2 , H_{13} ve H_{24} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.23’te sunulmuştur.

Tablo 3.23: Yaş ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	18-27	279	2,313	0,056
	28-37	189		

Tablo 3.23: Yaş ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar (devamı)

	38-47	88		
	48-57	35		
	58 ve üstü	9		
ÖSS	18-27	279	1,192	0,313
	28-37	189		
	38-47	88		
	48-57	35		
	58 ve üstü	9		
HİZMET	18-27	279	1,987	0,095
	28-37	189		
	38-47	88		
	48-57	35		
	58 ve üstü	9		

Tablo 3.23 incelendiğinde katılımcıların yaşları ile genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Eğitim durumu değişkeni ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

***H₃:** Katılımcıların eğitim durumuna göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

***H₁₄:** Katılımcıların eğitim durumuna göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

***H₂₅:** Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.*

Yukarıdaki H_3 , H_{14} ve H_{25} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.24'te sunulmuştur.

Tablo 3.24: Eğitim Durumu ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	İlköğretim	49	1,917	0,106
	Lise	122		
	Ön Lisans/Lisans	360		
	Yüksek Lisans/Doktora	64		
	Okul Bitirmemiş	5		
ÖSS	İlköğretim	49	1,722	0,143
	Lise	122		
	Ön Lisans/Lisans	360		
	Yüksek Lisans/Doktora	64		
	Okul Bitirmemiş	5		
HİZMET	İlköğretim	49	4,431	0,002
	Lise	122		
	Ön Lisans/Lisans	360		
	Yüksek Lisans/Doktora	64		
	Okul Bitirmemiş	5		

Tablo 3.24’te görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumları ile genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasına yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,002 < \alpha=0,050$). Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını görmek için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılıkların “İlköğretim” grubu ile “Yüksek Lisans/Doktora” grubu arasında Lise” grubu ile “Ön Lisans/Lisans” grubu arasında ve son olarak “Lise” grubu ile “Yüksek Lisans/Doktora” grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Meslek değişimini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₄: *Katılımcıların mesleklerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

H₁₅: *Katılımcıların mesleklerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

H₂₆: *Katılımcıların mesleklerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.*

Yukarıdaki H_4 , H_{15} ve H_{26} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.25’te sunulmuştur.

Tablo 3.25: Meslek ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	p
GSS	Kamu	232	2,027	0,060
	Özel	113		
	Kendi İşi	24		
	Emekli	10		
	Öğrenci	119		
	Çalışmıyor	95		
	Diğer	7		
ÖSS	Kamu	232	2,257	0,037
	Özel	113		
	Kendi İşi	24		
	Emekli	10		
	Öğrenci	119		
	Çalışmıyor	95		
	Diğer	7		
HİZMET	Kamu	232	2,653	0,015
	Özel	113		
	Kendi İşi	24		
	Emekli	10		
	Öğrenci	119		
	Çalışmıyor	95		
	Diğer	7		

Tablo 3.25’e bakıldığında katılımcıların meslekleri ile genel sağlık sigortasına yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken özel sağlık sigortası($p=0,037$) ve sağlık hizmetlerine ($p=0,015$) yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir farkın olduğu sonucuna ulaşılmıştır($p<\alpha=0,050$). Analiz sonucunda sağlık hizmetleri ile olan anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılığın “Kamu” grubu ile “Öğrenci” grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Medeni durum değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₅: Katılımcıların medeni durumlarına göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₆: Katılımcıların medeni durumlarına göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₇: Katılımcıların medeni durumlarına göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki H_5 , H_{16} ve H_{27} hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.26’da sunulmuştur.

Tablo 3.26: Medeni Durum ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıkları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız değişken	N	X	P
GSS	Evli	295	2,78	0,726
	Bekar	305	2,71	
ÖSS	Evli	295	2,95	0,487
	Bekar	305	2,95	
Hizmet	Evli	295	3,16	0,883
	Bekar	305	3,05	

Tablo 3.26 incelendiğinde katılımcıların medeni durumları ile genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Aylık gelir düzeyi değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₆: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₇: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₈: Katılımcıların aylık gelir düzeylerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki H_6 , H_{17} ve H_{28} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.27’de sunulmuştur.

Tablo 3.27: Aylık Gelir Düzeyleri ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	3000 TL ve altı	206	2,345	0,054
	3001 TL-4000 TL	88		
	4001 TL-5000 TL	109		
	5001 TL-6000 TL	75		
	6001 TL ve üstü	122		
ÖSS	3000 TL ve altı	206	2,493	0,042
	3001 TL-4000 TL	88		
	4001 TL-5000 TL	109		
	5001 TL-6000 TL	75		
	6001 TL ve üstü	122		
HİZMET	3000 TL ve altı	206	2,688	0,030
	3001 TL-4000 TL	88		
	4001 TL-5000 TL	109		
	5001 TL-6000 TL	75		
	6001 TL ve üstü	122		

Tablo 3.27 incelendiğinde katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile genel sağlık sigortasına yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken özel sağlık sigortası ($p=0,042$) ve sağlık hizmetlerine ($p=0,030$) yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<\alpha=0,050$). Analiz sonucunda özel sağlık sigortası ile olan anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılığın “3001 TL-4000 TL” grubu ile “5001 TL-6000 TL” grubu arasında olduğu gözlemlenmiştir.

Sağlık güvencesi değişimini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₇: Katılımcıların sağlık güvencesine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₁₈: Katılımcıların sağlık güvencesine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₉: Katılımcıların sağlık güvencesine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki H_7 , H_{18} ve H_{29} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.28’de sunulmuştur.

Tablo 3.28: Sağlık Güvencesi ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	Yok	63	1,856	0,117
	SSK	343		
	Bağ-Kur	29		
	Emekli Sandığı	154		
	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	11		
ÖSS	Yok	63	4,587	0,001
	SSK	343		
	Bağ-Kur	29		
	Emekli Sandığı	154		
	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	11		
HİZMET	Yok	63	1,408	0,230
	SSK	343		
	Bağ-Kur	29		
	Emekli Sandığı	154		
	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	11		

Tablo 3.28 incelendiği katılımcıların sağlık güvenceleri ile genel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken sağlık güvenceleri ile özel sağlık sigortasına yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p= 0,001 < \alpha = 0,050$). Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılığın “SSK” grubu ve “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” grubu ile “Emekli Sandığı” grubu ve “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Hanede yaşayan kişi sayısı değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H_8 : Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısına göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H_{19} : Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısına göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃₀: Katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısına göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki H_8 , H_{19} ve H_{30} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.29’da sunulmuştur.

Tablo 3.29: Hanede Yaşayan Kişi Sayısı ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	0	13	0,977	0,440
	1	33		
	2	46		
	3	76		
	4	35		
	5	357		
	6 ve üstü	40		
ÖSS	0	13	1,884	0,081
	1	33		
	2	46		
	3	76		
	4	35		
	5	357		
	6 ve üstü	40		
HİZMET	0	13	4,024	0,001
	1	33		
	2	46		
	3	76		
	4	35		
	5	357		
	6 ve üstü	40		

Tablo 3.29 incelendiğinde katılımcıların hanesinde yaşayan kişi sayısı ile genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasına yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken hanede yaşayan kişi sayısı ile sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001 < \alpha=0,050$). Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılığın “2” grubu ile “5” grubu ile “3” grubu ve “5” grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşu değişikini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₉: Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşuna göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₀: Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşuna göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃₁: Katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşuna göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki H_9 , H_{20} ve H_{31} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımı ile test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.30’da sunulmuştur.

Tablo 3.30: Sağlık Sorunu Olduğunda Genellikle Gitmiş Oldukları Sağlık Kuruluşları ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	Aile Sağlığı Merkezi	107	1,032	0,390
	Devlet Hastanesi	426		
	Üniversite Hastanesi	27		
	Özel Hastane	37		
	Diğer	3		
ÖSS	Aile Sağlığı Merkezi	107	0,744	0,562
	Devlet Hastanesi	426		
	Üniversite Hastanesi	27		
	Özel Hastane	37		
	Diğer	3		
HİZMET	Aile Sağlığı Merkezi	107	1,236	0,294
	Devlet Hastanesi	426		
	Üniversite Hastanesi	27		
	Özel Hastane	37		
	Diğer	3		

Tablo 3.30’a bakıldığında katılımcıların sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşları ile genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiği değişimini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₁₀: Katılımcıların yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiğine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₂₁: Katılımcıların yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiğine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.

H₃₂: Katılımcıların yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna gittiğine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.

Yukarıdaki *H₁₀*, *H₂₁* ve *H₃₂* hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.31’de sunulmuştur.

Tablo 3.31: Yılda Ortalama Kaç Defa Sağlık Kuruluşuna Gittiği ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	Hiç	17	0,616	0,687
	1-2	196		
	3-4	182		
	5-6	109		
	7-8	38		
	9 ve üstü	58		
ÖSS	Hiç	17	1,389	0,226
	1-2	196		
	3-4	182		
	5-6	109		
	7-8	38		
	9 ve üstü	58		
HİZMET	Hiç	17	1,136	0,340
	1-2	196		
	3-4	182		
	5-6	109		
	7-8	38		
	9 ve üstü	58		

Tablo 3.31’e bakıldığında katılımcıların yılda ortalama kaç defa herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiği ile genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünce değişimini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₁₁: *Katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşüncelerine göre genel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

H₂₂: *Katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşüncelerine göre özel sağlık sigortasına bakış açıları farklılaşmaktadır.*

H₃₃: *Katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşüncelerine göre sağlık hizmetlerine bakış açıları farklılaşmaktadır.*

Yukarıdaki H_{11} , H_{22} ve H_{33} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.32’de sunulmuştur.

Tablo 3.32: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi ile İlgili Düşünceleri ile Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
GSS	Tamamen Olumlu	84	0,698	0,554
	Tamamen Olumsuz	274		
	Olumlu Ama Çekincesi Var	205		
	Diğer	37		
ÖSS	Tamamen Olumlu	84	0,660	0,577
	Tamamen Olumsuz	274		
	Olumlu Ama Çekincesi Var	205		
	Diğer	37		
HİZMET	Tamamen Olumlu	84	1,741	0,158
	Tamamen Olumsuz	274		
	Olumlu Ama Çekincesi Var	205		
	Diğer	37		

Tablo 3.32’e bakıldığında katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili düşünceleri ile genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

SONUÇ

Bireylerin hayatlarını devam ettirebilmesinde ve yaşam kalitelerinin sürdürülebilir olmasında sağlık önemli bir olgu haline dönüşmüştür. Dünyadaki tüm ülkeler için önemini hiçbir çağda kaybetmeyen sağlık, insanların bir arada yaşaması ile yalnızca bireylere özgü değil zaman zaman tüm toplumu ilgilendiren önemli bir kavram haline gelmiştir. Bu durumda toplumun bireysel olarak altından kalkamayacağı büyük yüklerle dönüşen sağlık harcamaları sosyal güvenlik kavramını ortaya çıkarmıştır. Sosyal güvenlik, toplumu özellikle dezavantajlı grupları dayanışma içine sokarak toplam riski adaletli olarak paylaştıran bir sistemdir. Sağlıkın iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve hastalığın tedavi edilmesine kaynak sağlayan genel sağlık sigortası tüm bireylerin prim ödemelerini içeren bir havuz konumundadır.

Sağlık hizmetlerine olan talep artışı nedeniyle sağlık hizmetlerinin bütçeye yükünün artması durumunda özel sağlık sigortası ortaya çıkmıştır. Özel sağlık sigortası her bireyin talep ettiği ve tükettiği sağlık hizmetinin maliyetini kendi ödediği bir sigorta çeşididir. Bireylerin sigorta şirketlerine prim ödeyerek hastalık risklerini güvence altına aldığı bu sigorta çeşidi bireylerin tercih ettiği özel bir finansman kaynağıdır. Özel sağlık sigortasına artan bu talep, bireylerin özel sağlık sigortası hakkındaki düşüncelerinin nasıl olduğu, genel sağlık sigortası kapsamında olan ve olması gereken sağlık hizmetlerinin toplum tarafından ne ölçüde bilindiğinin araştırılması hususunda teşvik edici olmuştur.

Yukarıda anlatılanlar doğrultusunda çalışmada, Gümüşhane ilinde yaşayan ve özel sağlık sigortası olmayan kişilerin genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve almış oldukları sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerini belirlemek ve bu kişilerin özel sağlık sigortasına neden ihtiyaç duymadıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Gümüşhane ilinde yapılan anket sonuçlarının analizlerine ilişkin bulgular aşağıda genel olarak değerlendirilmiştir.

Anketler aracılığıyla elde edilen veriler, *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 26) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış olup verilerin analizinde de kullanılmıştır. Bu analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Katılımcıların ağırlıklı olarak;

- Kadın,
- 18-27 yaş arasında,
- Eğitim durumlarının ön lisans ya da lisans,
- Meslek gruplarının kamu sektörü ağırlıklı,
- Gelir düzeylerinin 3000 TL ve altı,
- Sağlık güvencelerinin SSK,
- Hane içerisinde çoğunlukla beş kişi ile yaşadıkları,
- Herhangi bir sağlık sorununda ilk müracaat ettikleri yerin devlet hastanesi olduğu,
- Yılda ortalama bir ya da iki kez sağlık kuruluşuna gittikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini tamamen olumsuz olarak değerlendirdikleri katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu sonucun bireylerin risk almaktan kaçınması ve mevcut sağlık sigortasının çoğu sağlık hizmetlerini kapsamamasından dolayı sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine gerek duymadıklarından kaynaklandığı söylenebilir. Alan (2009) çalışmasında bireylerin özel sağlık sigortası hakkında olumsuz bir bakış açısına sahip olmadığını fakat özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin hala sağlık alanının sadece kamuya ait olmasını desteklediği sonucuna ulaşmıştır.

İş kazaları, meslek hastalıkları, organ, doku, kök hücre nakli, obezite ve tüp bebek tedavisi gibi sağlık hizmetlerinin genel sağlık sigortası kapsamında olduğu; estetik operasyonları, estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması, alternatif tıp hizmetleri ve lenslerin genel sağlık sigortası kapsamında olmadığı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Bu sonuçlar bireylerin önemli gördüğü sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması gerektiğini buna karşın hayati önem taşımayan ve daha çok bireylerin özel istekleri ile alakalı olan sağlık hizmetlerinin ise devlet tarafından değil, bireylerce karşılanması gerektiği şeklinde yorumlanabilir. Ekinci (2018) çalışmasında bu konu ile alakalı olarak iş kazaları, meslek hastalıkları ile Suriyeli mültecilere sunulan sağlık hizmetlerinin genel sağlık sigortası kapsamında olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca maliyeti yüksek kanser ilaçları ile implant tedavisi gibi sağlık

hizmetlerinin genel sağlık sigortası kapsamında olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ekinci (2018)'nin çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Özel sağlık sigortası yaptırmama nedenleri arasında katılımcıların önemli bir kısmı yoğunluktan kaynaklı olarak vakit bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak parasal sebepler, bir sosyal güvencelerinin olması, sigorta şirketlerine güvenmeme ve özel sağlık sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip olunmama gibi gerekçeler sıralanmıştır. Değirmenciler (2016)'in çalışmasında özel sağlık sigortası yaptırmama nedeni olarak sigorta şirketlerine duyulan güvensizlik; Tarım ve Güdük (2019)'n çalışmalarında ise primlerin yüksek olması gerekçesi ne çıkmıştır.

Genel sağlık sigortası ile herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği fikrine katılımcıların çoğu katılmaktadır. Genel sağlık sigortasının ülkedeki çoğunluğu kapsayıcı durumda olması bu sonuca ulaşılmasında etkili olabilir. Bununla birlikte katılımcılar genel sağlık sigortasının geliri olmayan bireylere de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı verdiğini düşünmektedir. Bu sonucun kişinin genel sağlık sigortası kapsamında sayılmasının gelirden bağımsız değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Özel sağlık sigortası ile ilgili sorunların bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan, primlerin yüksek olmasından, özel hastanelerden ve poliçe teminatı dışındaki hususlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sorunların tek bir nedene bağlanmamasının sebepleri arasında bireylerin farklı problemlerle karşılaşmasının yer aldığı söylenebilir.

Meslek değişkeni ile sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Kamu sektöründe çalışan bireylerin sağlık hizmetlerine olan bakış açılarının ğrenci olan bireylerden daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum değerlendirildiğinde, kamu kurumlarında çalışan kişilerin gelirlerinin devamlılık göstermesi ve kamu güvencesi altında olmaları sağlık hizmetlerine karşı bakış açılarını olumlu yönde etkilediği şeklinde değerlendirilebilir.

Gelir düzeyi değişkeni ile özel sağlık sigortasına yönelik bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. 5001-6000 TL arasında geliri olan bireylerin özel sağlık sigortasına yönelik bakış açılarının 3001-4000 TL arasında geliri olan bireylere göre daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu durum değerlendirildiğinde, gelir düzeyi yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortası primlerini daha rahat

ödeyebileceğinden özel sağlık sigortası yaptırmaya daha olumlu yaklaştığı söylenebilir. Liua ve Chen (2002)'nin çalışmalarında da elde edilen sonuç bu çalışmanın sonucu ile örtüşmektedir. Fakat Hopkins ve Kidd (1996) özel sağlık sigortası taleplerini inceledikleri çalışmalarında yüksek gelir düzeyinin bireylerin özel sağlık sigortası yaptırma tutumlarını etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır.

Sağlık güvencesi değişkeni ile özel sağlık sigortasına yönelik bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık güvencesi SSK olan bireylerin özel sağlık sigortasına yönelik bakış açılarının sağlık güvencesi tamamlayıcı sağlık sigortası olan bireylere göre daha olumlu olduğu; sağlık güvencesi emekli sandığı olan bireylerin özel sağlık sigortasını tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan bireylerden daha olumlu algıladıkları görülmüştür. Bu sonuç değerlendirildiğinde, devletin SSK ve emekli sandığı kapsamında karşıladığı sağlık hizmetlerinin sınırlılığı, sağlık hizmetlerinde bekleme sürelerinin uzunluğu ve sağlık kuruluşlarındaki hasta yoğunluğunun özel sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmet kalitesini daha cazip hale getirdiği düşünülebilir. Ekinci (2018) çalışmasında bireylerin sahip oldukları sağlık güvencesinin özel sağlık sigortası yaptırmaya eğilimlerini etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Cinsiyet değişkeni ile sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş ayrıca kadınların sağlık hizmetlerine yönelik bakış açılarının erkeklere nazaran daha olumlu olduğu görülmüştür. Böyle bir sonuca ulaşılmasında, kadınların gerek kendileri için gerekse çocukları ve bakmakla yükümlü oldukları yaşlı kişiler için erkeklere nazaran sağlık kuruluşlarına daha çok gitmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Eğitim durumu değişkeni ile sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş bununla birlikte lisansüstü eğitim alan kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik bakış açılarının ilköğretim mezunlarından daha olumlu olduğu; ön lisans ya da lisans mezunlarının sağlık hizmetlerine yönelik bakış açılarının ise lise mezunlarından daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cece (2017)'nin çalışmasında eğitim düzeyindeki artışın genel sağlık sigortasına yönelik bakış açısını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise eğitim düzeyi ile genel sağlık sigortasına bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık bulunamazken, eğitim düzeyindeki artışın sağlık hizmetlerine yönelik bakış açısını olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Hanede yaşayan kişi sayısı değişkeni ile özel sağlık sigortasına yönelik bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Buna göre hanesinde iki kişi ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine olan bakış açılarının beş kişi ile yaşayan bireylere göre daha olumlu; hanesinde üç kişi ile yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine olan bakış açılarının beş kişi ile yaşayan bireylerden daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hanesinde daha az kişi ile yaşayan bireylerin gelirlerinin kişi başına düşen payı daha fazla olduğu düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin kalitesini seçme olanaklarının yükseldiği söylenebilir. Cece (2017) çalışmasında bireylerin birlikte yaşadığı kişi sayısındaki artışın genel sağlık sigortasına yönelik bakış açılarını olumlu yönde etkilediğini tespit etmiştir.

Çalışmanın sonucunda ulaşılan bulgular ışığında aşağıdaki önerileri sıralayabiliriz;

- Genel sağlık sigortası ile ilgili yasal mevzuat bireylere detaylı şekilde anlatılabilir.
- Araştırmada az sayıda birey özel sağlık sigortası yaptırmama nedenlerini yeterli bilgiye sahip olmamaya bağlamışlardır. Bu durumda sigorta acentelerinin daha bilgilendirici metinler hazırlaması ve kalabalık yerlerde bu metinleri duyurması toplumdaki özel sağlık sigortasıyla ilgili bilgi düzeyini arttırabilir.
- Özel sağlık sigortası hakkında uzmanlaşmış kişilerin şirketten bağımsız olarak bireyleri özel sağlık sigortası hakkında bilgilendirilmesi sağlanabilir.
- Özel sağlık sigortası ile ilgili olumsuz yargıları ve yanlış anlamaları ortadan kaldırmak için bireyler sigorta poliçeleri ile ilgili detaylı bir şekilde bilgilendirilebilir.
- Sigorta şirketleri daha önce sigorta kapsamında bulunan kişilerden memnuniyet yazısı alarak potansiyel müşterilere bu yazıları gönderebilirler. Bu hem sigorta şirketlerinin güven kazanması hem de potansiyel müşterilerin güvenlikle sigorta poliçelerini satın almasında etkili olabilir.

ETİK KURUL ONAYI

Bu çalışma için etik kurul onayı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun (Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu) 27/10/2021 tarihli ve 09/16 numaralı kararı ile alınmıştır.



EKLER

EK-1: Anket Formu

Değerli katılımcı,

Bu anket formu ile “Bireylerin Sağlık Sigortalarına ve Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına veri toplanması amaçlanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması özenle vereceğiniz yanıtlarına bağlıdır. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ (Danışman)

Gülizar COŞKUN (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

**Anketi 18 ve üzeri yaşında olanlar ile Özel Sağlık Sigortası olmayan bireyler cevaplamalıdır.

1.Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2.Yaşınız	<input type="checkbox"/> 18-27 <input type="checkbox"/> 28-37 <input type="checkbox"/> 38-47 <input type="checkbox"/> 48-57 <input type="checkbox"/> 58 ve üstü
3.Eğitim Durumunuz	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans/ Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/Doktora <input type="checkbox"/> Okul Bitirmemiş
4.Mesleğinizi belirtiniz	<input type="checkbox"/> Kamu <input type="checkbox"/> Özel <input type="checkbox"/> Kendi İş <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Diğer
5.Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
6.Aylık Gelir Düzeyiniz	<input type="checkbox"/> 3000 TL ve altı <input type="checkbox"/> 3001 TL -4000 TL <input type="checkbox"/> 4001 TL-5000 TL <input type="checkbox"/> 5001 TL-6000 TL <input type="checkbox"/> 6001 TL ve üstü
7.Sağlık Güvencesi	<input type="checkbox"/> Yok

	<input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Bağ-Kur <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Özel Sigorta <input type="checkbox"/> Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (Sosyal Güvenlik Kurumunca Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmayan sağlık hizmetlerinin özel sigorta ile sigorta kapsamına alınmasıdır.)
8.Sizin Dışınızda Sizinle Aynı Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 ve üstü
9.Sağlık Sorununuz Olduğunda Genellikle Gittiğiniz Yer neresidir?	<input type="checkbox"/> Aile Sağlığı Merkezine <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesine <input type="checkbox"/> Üniversite Hastanesine <input type="checkbox"/> Özel Hastaneye <input type="checkbox"/> Diğer
10.Yılda Ortalama Kaç Defa Sağlık Kurumuna Gidiyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9 ve üstü
11.Bu Sağlık Kuruluşuna Ne Kadar Para Ödediniz? (Eğer herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıysanız bu soruyu geçiniz)	<input type="checkbox"/>
12.Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceniz Nedir?	<input type="checkbox"/> Tamamen Olumlu <input type="checkbox"/> Tamamen Olumsuz <input type="checkbox"/> Olumlu ama çekincesi var <input type="checkbox"/> Diğer
13.Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını Duydunuz Mu? (Sosyal Güvenlik Kurumunca Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmayan sağlık hizmetlerinin özel sigorta ile sigorta kapsamına alınmasıdır)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

14.Genel Sağlık Sigortasının kapsamında olduğunu düşündüğünüz sağlık hizmetlerini işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> Organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri <input type="checkbox"/> Tüp bebek <input type="checkbox"/> Estetik operasyonlar <input type="checkbox"/> Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri <input type="checkbox"/> Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması <input type="checkbox"/> Alternatif tıp hizmetleri (Akupunktur, Hacamat vb.) <input type="checkbox"/> Lens (Kontakt lens) <input type="checkbox"/> İş kazaları ve meslek hastalıkları <input type="checkbox"/> İmplant <input type="checkbox"/> Obezite tedavisi <input type="checkbox"/> Suriyeli mültecilere sunulan sağlık hizmetleri
15. Sizce Genel Sağlık Sigortası kapsamına hangi sağlık hizmetleri alınmalıdır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> Bütün kanser ilaçları <input type="checkbox"/> Estetik operasyonlar <input type="checkbox"/> Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri <input type="checkbox"/> Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması <input type="checkbox"/> Alternatif tıp hizmetleri (Akupunktur, Hacamat, Hipnoz vb.) <input type="checkbox"/> İmplant <input type="checkbox"/> Anti-aging uygulamaları <input type="checkbox"/> Saç ekimi <input type="checkbox"/> Hepsi
16.Şimdiye kadar hiç özel sağlık sigortası yaptırmayı düşündünüz mü?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17. Şimdiye kadar herhangi bir Özel sağlık sigortası temsilcisi ile bir görüşmeniz oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18.Niçin Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) Kapsamında değilsiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> İhtiyaç duymuyorum <input type="checkbox"/> Parasal sebepler <input type="checkbox"/> Sosyal güvencem olduğu için <input type="checkbox"/> Yaptırmaya vaktim olmadı <input type="checkbox"/> Güvenmediğim için <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip değilim <input type="checkbox"/> Diğer

Aşağıda verilen ifadelere katılım durumunuzu belirtiniz.

1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum 5: Kesinlikle Katılıyorum

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Ülkemizde herkes sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilmektedir.					
2	Ülkemizde sağlık hizmetleri kullanmak için katkı payı ödenmesi gerekmektedir.					
3	Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını devlet ödemektedir.					
4	Sağlık hizmeti giderlerinin tamamını Sosyal Güvenlik Kurumu ödemektedir.					
5	Kişilerin acil haller nedeniyle özel sağlık hizmeti sunucularına müracaat etmeleri durumunda sağlık hizmeti bedelleri Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.					
6	Genel Sağlık Sigortasıyla herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.					
7	Genel Sağlık Sigortası, geliri olmayanlara da sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sunar.					
8	Genel Sağlık Sigortasından yararlanmak için kişinin belirli bir statüye (işçi, memur, emekli vb.) sahip olması gerekmektedir.					
9	Çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödemeleri gerekmektedir					
10	Çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmaları zorunludur.					
11	Gelir testi, belli bir statüye sahip olmayan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilere (eşine, evli olmayan çocukları, anne, babası vb.) yapılması gerekmektedir.					
12	Genel Sağlık Sigortası kapsamında; Sağlık Bakanlığı' nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmayan kişilerin sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.					

13	Genel Sağlık Sigortası sayesinde temel sağlık göstergelerindeki olumsuzluklar azaltılmaktadır.
14	Genel Sağlık Sigortası'nın kapsamının genişliği nedeniyle sağlık harcamalarının bütçeye yükü artmaktadır.
15	Vatansızlar ve sığınmacılar da Genel Sağlık Sigortası kapsamı altındadır.
16	Özel Sağlık Sigortası için hiçbir statü gerekmez, herkese açıktır.
17	Özel Sağlık Sigortası, isteğe bağlı şekilde yaptırılır.
18	Özel Sağlık Sigortasında prim oranı tehlike derecesine göre belirlenir.
19	Özel Sağlık Sigortasında sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarı gözetilir.
20	Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar, bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan kaynaklanır.
21	Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar genellikle primlerin yüksek olmasından kaynaklanır.
22	Özel Sağlık Sigortası ile ilgili sorunlar genellikle özel hastanelerden kaynaklanır.
23	Özel Sağlık Sigortasıyla ilgili sorunlar genelde poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanır.
24	Genel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasıyla birlikte (Özel Sağlık Sigortası olmadan) toplumun optimum sağlık şartlarını karşılamaktadır.
25	Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına sahip bir kişi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun onayı dışındaki şeylerden faydalanabilir.
26	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortasına oranla daha uygun fiyatlıdır.

KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [TCASHB]. (2022, Şubat 22). <https://www.aile.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yardim-programlarimiz/>
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yönetim Ve Ekonomi Dergisi*, 311-322.
- Akdemir, N., & Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon Ve Hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 82-91.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık Ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aktan, C. C. Ve Işık, A. (2010b). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Alternatif Yöntemler*. Ekim Basım Yayın.
- Alan, M. (2009). *Özel sağlık sigortasının mevcut ve potansiyel müşteriler tarafından algılanışı* (Yüksek Lisans Tezi). Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arıcı, K., (2015). *Türk Sosyal Güvenlik Hukuku*. Gazi Yayınları.
- Atatanır, H., (2016). *Türkiye’de Yoksulluk Sosyal Yardım Ve Sivil Toplum*. Dorlion Yayınları.
- Avrupa Konseyi. (1961, Ekim). Avrupa Sosyal Şartı. <https://www.anayasa.gov.tr/media/3680/avrupasosyalsarti.pdf>
- Avşar, N. (2010). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydoğan, M. (2015). *Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi Ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi* (Yüksek lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ayhan, B. (2004). *Türkiye’de Sağlık Ve Sağlık Harcamaları: Sakarya Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Axa Sigorta. (2022, Mart 19). <https://www.axasigorta.com.tr/saglik-sigortasi/ozel-saglik-sigortasi#Kapsami>
- Bakanlar Kurulu. (1961, Ocak). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>
- Balkanlı, M. (2017). *Özel Sağlık Sigortası Türkiye Ve Dünya Uygulamaları* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beki, A. (2010). *Türkiye’de Sosyal Hizmet Uygulamaları*. İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Bilgiç, D. (2020). *Dünyada Ve Türkiye’de Yoksulluk: Türkiye’de Yoksullukla Mücadelede Sosyal Yardımların Ve Sivil Toplum Kuruluşlarının Etkileri* (Yüksek Lisans Tezi). Harran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bingöl, O. (2015). Genel Bağlarıyla Sosyal Hizmet Ve Toplum. *Mavi Atlas* , 69-77.
- Birleşmiş Milletler Kurulu . (1966, Aralık). Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal Ve Kültürel Haklar Sözleşmesi. <https://unmik.unmissions.org/sites/default/files/regulations/06turkish/TIntCovEcSocCulRights.pdf>

- Bloom, D., & Canning, D. (2000). The Health And Wealth Of Nations . Policy Forum: *Public Health*, 1207-1209.
- Bm Genel Kurulu. (1949, Mayıs). İnsan Hakları Evrensel Beyannameşi. <https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannameşi/>
- Büyüköztürk, Ş., (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı (12. Baskı)*. Pegem Akademi.
- Byamba, T. (2018). *Moğolistan Sağlık Sisteminin İncelenmesi ve Bir Değerlendirme (Yüksek Lisans Tezi)*. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü.
- Cassama, M. S. (2019). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Ve Finansmanı: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Analizi (2005-2017)* (Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Cece, O. (2017). *Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısının Ölçülmesi; Edirne İli Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Cura, S., & Çelebi, A. K. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi Sayı 164*, 47-67.
- Coşğun, S. (2018). *İkinci Ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Coşkun, S. (2017). *Ts En 15224-2012 Sağlık Hizmetleri - Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları İle Karşılaştırılması* (Doktora Tezi). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çallı, M. (2012). *5510 Sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olup Genel Sağlık Sigortasından Yararlanamayanlar: Denizli Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çelebi, A., & Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
- Çelik, M., Limnili, G., & Güldal, A. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal Of Turkish Family Physician*, 163-172.
- Çetin, P. (2015). *Türkiye’de Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Ab Kriterleri Açısından Bursa Sağlık Kurumları Örneğinde İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Daşçı, A. N. (2018). *Özel Sağlık Sigortası Tercihinde Asimetrik Bilgi Varlığı: İstanbul İli Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). Oecd Ülkeleri Ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 104-134.
- Değirmenciler, D. Z. (2016). *Kişilerin özel sağlık sigorta ürün ve şirket seçimini belirleyen temel unsurlar* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Demirbilek, S., (2005). *Sosyal Güvenlik Sosyolojisi*. Legal Yayıncılık.
- Dilik, S. (1980). Sosyal Güvenlik Ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi*, 73-84.

- Dirican, R. (1997). Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I.Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html
- Ekici, H. (2020). *Açıklayıcı Faktör Analizi Yardımı İle Öğrencilerin Akademik Başarısını Ölçmeye Yönelik Ölçek Geliştirme Denemesi* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ekinci, N. (2018). *Ankara İlinde Yaşayan Kişilerin Genel Sağlık Sigortası Ve Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ekiz, A. K. (2013). *Sosyal Refah Devletinde Sağlık Harcamaları Ve Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının Genel Bir Analizi: Giresun Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Emeksiz, Ç. (2019). *Yaşlılık Olgusunun Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ergüler, G. K. (2001). *İstanbul'daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının Anlaşılabilir Kurumlardan Beklentileri* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ertürk, E. (2020). *G-20 Ülkelerinde Sağlık Harcamaları İle Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin Analizi* (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Etheredge, L. M. (2007). A Rapid-Learning Health System. *Health Affairs*. 26(2), 107-118.
- Evans, D. B., Tandon, A., Murray, C. J., & Lauer, J. A. (2000). The Comparative Efficiency Of National Health Systems In Producing Health: An Analysis Of 191 Countries. *World Health Org*, 29(29), 1-36.
- Feo, O. (2008). Neoliberal Policies And Their Impact On Public Health Education: Observations On The Venezuelan Experience. *Social Medicine*. 223-231
- Filiz, Y. (2010). *Ekonomik Büyüme Ve Sağlık Harcamaları İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Funda, M. N. (2012). *İnsan Hakları , Sağlık Hakkı Ve Hasta Hakları* (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *Spss For Windows Step By Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update (10 a Ed.)* Boston: Pearson.
- Güdük, Ö., & Tarım, M. (2020). Examination Of Private Health Insurance In Terms Of Health Services Usage In Turkey. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 196-200.
- Erken, G., (2021, Ocak). Bilimsel araştırma yöntemleri: Örneklem büyüklüğünü belirleme[Video]. Youtube. <https://youtu.be/6HojOf5Q9pU>
- Gümüş, E. (2010). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar Ve Öneriler*. Seta Analiz.

- Günaydın, A. (2007). *Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güven, D. (2016). 2001-2016 Yılları Arasında Oecd Ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi. *Journal Of International Management, Educational And Economics Perspectives*, 1-16.
- Güven, D. (2017). *Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Mena Ülkeleri Üzerine Bir Uygulama* (Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güven, E. (2020). *Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama* (Doktora Tezi). Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Groupama Sigorta AŞ. (2022, Nisan 9). <https://www.groupama.com.tr/urunler/saglik-sigortasi/ozel-saglik-sigortasi/>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). *Multivariate Data Analysis*: Pearson Education Limited.
- Hoare, G., A. Mills (1986). *Paying For The Health Sector*. (London: Epc Publications) No 2.
- Hopkins, S., & Kidd, M. P. (1996). The determinants of the demand for private health insurance under Medicare. *Applied Economics*, 28(12), 1623-1632.
- IFSW. (2021, Aralık). Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global>
- İnce, G. (2014). *Ankarada bir vakıf Üniversitesine bağlı semt polikliniğine başvuran hastaların tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açılarının değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86-99.
- Kalaycı, Ş., (2010). *Faktör Analizi: Spss Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın.
- Kara, F. Y. (2010). *Türkiye’de Hanehalkı Sağlık Harcamalarını Belirleyen Etmenler* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karataş, İ. (2019). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelin Örgütsel Adalet Algısı Ve İş Doyumu* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kavuncubaşı, P., & Yıldırım, D. (2012). *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Kaya, M. V. (2020). *Türk Sağlık Sisteminin Panel Veri Ve Karşılaştırılmalı Analiz Yöntemleriyle İncelenmesi Ve Bir Değerlendirme* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Kerssens, JJ ve Groenewegen, PP (2005). Sosyal sağlık sigortasında tüketici tercihleri. *Avrupa Sağlık Ekonomisi Dergisi* , 6 (1), 8-15.
- Keskin, H. (2019). *Özel Sağlık Sigortasının Gelişme Potansiyeli Üzerine Tüketici Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kırdar, E. (2020). *Sosyal Güvenlik Uzmanları Ve Akademisyenlerin Bakış Açılırları İle Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Sistemi Üzerine Nitel Bir Araştırma* (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kırımlı, G. (2013). *Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi Ve Sorunları* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Korkusuz, R. Ve Uğur, S. (2010). *Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş*. Ekin Yayınevi.
- Korucu, K. S.& Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265-313.
- Kurnaz, E., (2020). *Kurum Kültürü Ve İç Denetim*. Gazi Kitapevi.
- Liu, TC ve Chen, CS (2002). Tayvan'da ulusal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası satın alma kararlarının analizi. *Sosyal bilimler ve tıp* , 55 (5), 755-774.
- Metin, B. (2017). Sağlık Hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 46-50.
- Mortan, K. Ve Tokgöz, T. (1984). Sağlık Ekonomisi Ve Eğitimi.
- Mossialos, E. Dixon, A. Figueras, J. Ve Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care, Options For Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Murray, C., & Frenk, J. (1999). A Who Framework For Health System Performance Assessment. *Evidence And Information For Policy World Health Organization*.
- Mutlu, A. Ve Işık, A. K. (2001). *Sağlık Ekonomisi Ve Politikaları*. M.Ü. Araştırma Ve Uygulama Merkezi Yayınları, Yayın No: 14.
- Oecd (2017). *Health At A Glance 2017*. Oecd Indicators. Oecd Publishing, Paris. Retrieved. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Orhaner, E., (2018). *Hastalık-Sağlık Sigortası Branşında Yer Alan Sigorta Çeşitleri. Türkiye'de Sağlık Sigortası*. Siyasal Kitabevi.
- Orhaner, E. (2021, Kasım). İstanbul Üniversitesi Açık Ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. <https://cdn-acikogretim.istanbul.edu.tr/>
- Orhaner, E., (2018). *Türkiye'de Sağlık Sigortası*. Siyasal Kitabevi.
- Öcek , Z., & Soyer, A. (2007). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafı*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Öner, C. (2014). Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 15-18.
- Öz, E. (2008). *Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özmen, S. (2013). *Genel sağlık sigortasının sağlık hizmeti sunucularına ve hastane olan uygulamaları* (Doktora tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özmen, Z. (2017). Avrupa'da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri İk Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 600-620.

- Öztürk, N. (2014). *Tamamlayıcı sağlık sigortası ve türkiye 'de uygulanabilirliği: vatandaş görüşlerinin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztürk, S. S. (2019). *Sağlık Sigortası Pazarında Acentelerin Rolü Ve Tüketicilerin Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü .
- Pamir, Z. İ. (2010). *Türkiye'de özel sağlık sigortası sektöründe hizmet ve ürün yeterliliğinin değerlendirilmesi ve bir uygulama* (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi Ve Getirdiği Yenilikler . *Sayıştay Dergisi Sayı: 61*, 119-138.
- Resmi Gazete. (2021, Aralık). 1961 Anayasası. <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>
- Resmi Gazete. (2021 Aralık). 1982 Anayasası. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>
- Resmi Gazete. (2022 Ocak). 2828 Sosyal Hizmetler Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2828.pdf>
- Resmi Gazete. (2022 Nisan). 5510 Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510-20120101.pdf>
- Resmi Gazete. (2021 Kasım). 5510 Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510-20120101.pdf>
- Resmi Gazete. (2022 Mart). Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/02/20130209-3.htm>
- Resmi Gazete. (2022 Nisan). Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/02/20130209-3.htm>
- Roemer, M. I. (1982). Market Failure And Health Care Policy. *Journal Of Public Health Policy*, 419-431.
- Roemer, M. I. (1993). National Health Systems Throughout The World. *Annual Review Of Public Health*, 14(1), 335-353
- Sağlık Bakanlığı. (2005, Şubat). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Türkiye Cumhuriyeti. https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5f5d8700-a285-11e7-9205-300896da83fe
- Sağlık Bakanlığı. (2022, Şubat). Sağlık Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/9789755903613_tur.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Sağlık Bakanlığı. (2022 Şubat). Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.html>
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu*, 400-428.
- Schmid, A., Cacace, M., Götze, R., & Rothgang, H. (2010). Explaining Health Care System Change: Problem Pressure And The Emergence Of "Hybrid" Health Care Systems. *Journal Of Health Politics*, 455-486.

- Sargutan, A.E. (2006), Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt:8, Sayı:3*, 400-428
- Sert, S. (2019). *Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2019)* (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sharma, S. (1996). Applied multivariate techniques.
- Sıvacı, C. (2006). Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, *Bütçe Dünyası, Sayı: 24*, 1-9.
- Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Çelik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y., & Erigüç, G. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Anadolu Üniversitesi.
- Sosyal hizmetlerin Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu.(2022, Ocak). <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Sütlaş, M., *Hasta Ve Hasta Yakını Hakları*. Berdan Matbaası.
- Şakar, M. (1998). *Sosyal Sigortalar Uygulaması*. Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Şenocak, H. (2009). Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 409-468.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi Ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri . *Taf Preventive Medicine Bulletin 12(3)*, 343-358 .
- Tarım, M. & Güdük, Ö. (2019). Türkiye’de bireylerin özel sağlık sigortası tercihini etkileyen nedenler ve bilgi düzeyleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 196-200.
- Tatar, F. (1996). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. *Topum Ve Hekim Dergisi*. 42-50.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 103-133.
- Thomson, S., & Mossialos, E. (2009). Private Health Insurance In The European Union . London: *Lse Health And Social Care London School Of Economics And Political Science*.
- Tokat, M. (1996). *Sağlık Ekonomisi*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Tosun, C. (2018). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tözün, M. & Sözmén, M. (2014). Halk Sağlığı Bakışı İle Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi*, 48-54.
- Turan, E. (2003). *Sosyal Güvenlik Hakkı. Kamu-İş; C: 7, S: 3*.
- Turanlı, H. Ş. (2021). *Karışımli Faktör Analizi İle Faktör Analizinin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2022, Mayıs). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/>
- Türkiye Sigortalar Birliği. (2022 Haziran). Görsel analiz raporları (2021) <https://www.tsb.org.tr/tr>
- Uğur, S. (2004). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri Ve Gelişimi*. TİSK.

- Ulaş, I., (1997). *Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Hayat Ve Kişisel Kaza Sigortaları*. Tarhan Kitapevi.
- Vbo Blog. (2022, Mart). <https://www.veribilimiokulu.com/>
- Yereli A.B., Kobal, İ., Köktaş, A.M., (2010), Sağlık Piyasasında Düzenleyici Ve Denetleyici Otorite: Türkiye Üzerine Bir Öneri. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*.
- Yıldırım, H., Yıldırım, T., & Akbulut, Y. (2012). *Sosyal Güvenlik Ve Sağlık Sistemi. Sağlık Sigortacılığı*. Anadolu Üniversitesi.
- Yıldız, D., & Uzunsakal, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 14-28.
- Yılmaztürk, M. H. (2008). *Genel Sağlık Sigortasına Karşı Sağlık Yöneticilerinin Tutumlarına İlişkinbir Araştırma* (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zengin, N. (2010). “Sağlık Hakkı” Ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Kalite Ve Performans Dergisi*, 44-52.
- Wild, C., & Gibis, B. (2003). Evaluations Of Health Interventions In Social Insurance-Based Countries: Germany, The Netherlands, And Austria. *Health Policy*, 63(2), 187-196
- Who. (2000). The World Health Report 2000-Health Systems:Improving Performance. France: Who Graphics.

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyadı: Gülizar COŞKUN	
Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bölümü	Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans	
Üniversite	
Enstitü Adı	
Anabilim Dalı	
Programı	
Makale ve Bildiriler (Varsa)	
1.	
2.	