

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Yapı, Finansman, Dönüşüm
ve Sürdürülebilirlik

EDİTÖR: DOÇ. DR. İZZET AYDEMİR

EĞİTİM
yayınevi

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞI: YAPI, FİNANSMAN, DÖNÜŞÜM VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

Editör: Doç. Dr. İzzet Aydemir

Yayınevi Grubu Genel Başkanı: Yusuf Ziya Aydoğan (yza@egitimyayinevi.com)

Genel Yayın Yönetmeni: Yusuf Yavuz (yusufyavuz@egitimyayinevi.com)

Sayfa Tasarımı: Kübra Konca Nam

Kapak Tasarımı: Zümra Bilge Aydoğan

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı

Yayıncı Sertifika No: 76780

E-ISBN: 978-625-5014-11-5

1. Baskı, Eylül 2026

Kütüphane Kimlik Kartı

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞI: YAPI, FİNANSMAN, DÖNÜŞÜM VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

Editör: Doç. Dr. İzzet Aydemir

E-ISBN: 978-625-5014-11-5

III+95 s., 135x215 mm

Kaynakça var, dizin yok.

Copyright © Bu kitabın Türkiye'deki her türlü yayın hakkı Eğitim Yayınevi'ne aittir. Bütün hakları saklıdır. Kitabın tamamı veya bir kısmı 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre kitabı yayımlayan firmanın ve yazarlarının önceden izni olmadan elektronik/mechanik yolla, fotokopi yoluyla ya da herhangi bir kayıt sistemi ile çoğaltılamaz, yayımlanamaz.

EĞİTİM
yayınevi

Yayınevi Türkiye Ofis:

Konya: Eğitim Yayınevi Tic. Ltd. Şti., Fevzi Çakmak Mah. 10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye

İstanbul: Salon Yayınları, Atakent mah. Yasemen sok. No: 4/B, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Satral: +90 332 351 92 85

Editör hatları: +90 533 151 50 42, +90 507 151 50 43

bilgi@egitimyayinevi.com

Yayınevi Amerika Ofis: New York: Eğitim Publishing Group, Inc.

P.O. Box 768/Armonk, New York, 10504-0768, United States of America

americaoffice@egitimyayinevi.com

Lojistik ve Sevkiyat Merkezi: Kitapmatik Lojistik ve Sevkiyat Merkezi, Fevzi Çakmak Mah.

10721 Sok. B Blok, No: 16/B, Safakent, Karatay, Konya, Türkiye

İnternet Satış: www.kitapmatik.com.tr

Whatsapp hattı: +90 553 950 50 37

bilgi@kitapmatik.com.tr

Kitabevi Şubesi: Eğitim Kitabevi, Şükran mah. Rampalı 121, Meram, Konya, Türkiye

Whatsapp hattı: +90 501 651 92 85

bilgi@egitimkitabevi.com

EĞİTİM YAYINEVİ
GRUBU

EĞİTİM
yayınevi

SALON
yayınevi

kitapmatik
merkezi

Kitapmatik
Konya

EĞİTİM
kitabevi

İÇİNDEKİLER

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ YAPISI, FİNANSMANI VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ 1

Halil Demir

SAĞLIK SİGORTACILIĞININ DÖNÜŞÜMÜ: TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ VE GELECEĞİ34

Emir Şen

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI: SAĞLIK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN KAVRAMSAL BİR İNCELEME 63

Ferhat Bolukçu

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ YAPISI, FİNANSMANI VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

Halil Demir*

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetleri için gerekli kaynakların oluşturulması, bu kaynakların ortak havuzlarda bir araya getirilmesi ve sağlık hizmetlerinin satın alınması ya da sunulması süreçlerini içermektedir. İstanbulluoğlu vd. (2010), sağlık finansmanının temel işlevlerini gelir toplama, risklerin paylaşılması amacıyla fonların havuzlanması ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapılması biçiminde açıklamaktadır. Hajji vd. (2025) de sağlık finansmanını gelir toplama, havuzlama ve satın alma işlevleri üzerinden ele almakta; bu işlevlerin evrensel sağlık kapsamına ulaşmada belirleyici olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası (2025) ise evrensel sağlık kapsamını gerekli sağlık hizmetlerine erişim ile sağlık harcamalarının yol açabileceği finansal güçlüklerle karşı korunmanın birlikte sağlanması çerçevesinde değerlendirmektedir.

Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanında bireysel olarak öngörülmesi güç sağlık risklerinin daha geniş bir nüfus içinde paylaşılmasını sağlayan temel araçlardan biridir. Shaarani (2026), sağlık

* Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Akyazı Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, Sakarya, Türkiye, E-posta: halildemir@subu.edu.tr, ORCID: orcid.org/0000-0001-9374-9739

gereksinimlerinin ve bunlara bağılı harcamaların önceden kesin biçimde öngörülememesi nedeniyle sağıık sigortasının kaynakları havuzladığını ve maliyetleri sigortalılar arasında dağıttığını belirtmektedir. Aynı çalışmada ters seçim ve ahlaki tehlike, sağıık sigortası piyasalarında bilgi asimetrisiyle ilişkili sorunlar olarak ele alınmaktadır. Bu kavramlar sağıık sigortasının finansal işleyişini açıklamada önem taşımakla birlikte sigorta kapsamı sonrasında görülen her hizmet kullanım artışının gereksiz kullanım olarak değerlendirilmemesi gerektiği de vurgulanmaktadır (Shaarani, 2026).

Türkiye'de sağıık sigortacılığının mevcut kurumsal yapısının oluşumunda 2003 yılında başlatılan Sağııkta Dönüşüm Programı önemli bir dönüm noktasıdır. Ökem ve Çakar (2015), reform öncesinde sağıık finansmanı ve hizmet sunumunda parçalanma, sağıık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler ve kaynak kullanımında verimsizlikler bulunduğunu belirtmektedir. Sağııkta Dönüşüm Programı kapsamında mevcut sigorta programlarının tek kurum altında birleştirilmesi ve zorunlu sosyal sağıık sigortasının oluşturulması temel reform bileşenleri arasında yer almıştır. Atun vd. (2013) de reform döneminde sağıık sigortası kapsamının ve sağıık hizmetlerine erişimin genişlediğini, özellikle düşük gelirli nüfus gruplarının kapsama alınmasında ilerleme sağlandığını bildirmektedir.

Sağıık sigortası kapsamının genişlemesine karşın cepten sağıık harcamaları finansal koruma bakımından önemini sürdürmektedir. Cinaroglu (2024), Türkiye'de cepten sağıık harcamalarının gelir grupları arasında eşit dağılmadığını ve ilaç ile hastane hizmetlerine ilişkin harcamaların düşük gelirli haneler açısından mali yük oluşturduğunu göstermektedir. Cece vd. (2026) de yüksek

gelirli grupların mutlak olarak daha fazla harcama yapmasına karşılık sağlık harcamalarının gelir içindeki göreceli yükünün düşük gelirli hanelerde daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Salku ve Kaya (2026) ise sağlık sigortasının katastrofik sağlık harcaması riskini azaltan bir unsur olduğunu, ancak yaşı, engelli veya küçük çocuk bulunan haneler gibi kırılğan gruplarda finansal riskin devam ettiğini belirtmektedir.

Türkiye'nin sağlık finansmanı yapısında kamu finansmanı belirgin bir ağırlığa sahiptir. Türkiye İstatistik Kurumu (2025) sağlık harcamalarının önemli bölümünün genel devlet tarafından finanse edildiğini, Sosyal Güvenlik Kurumu ve merkezi devletin kamu finansmanı içindeki başlıca kurumlar olduğunu; hanehalkı cepten ödemeleri ile özel sigortaların da finansman yapısında yer aldığını göstermektedir. OECD (2025) Türkiye ülke notunda Türkiye'nin sağlık harcamalarını OECD karşılaştırmalı göstergeleri içinde ele almakta ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüklük içindeki payının OECD ortalamasının altında bulunduğunu bildirmektedir.

Sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği, sağlık hizmeti talebinin ve maliyetlerin gelecekteki gelişimiyle birlikte değerlendirilmektedir. OECD (2024), sağlık harcamalarının uzun dönemli seyrinde demografik değişim, sağlık sektöründeki verimlilik, gelir artışı ve teknolojik gelişmelerin birlikte etkili olduğunu belirtmektedir. TÜİK'in nüfus projeksiyonları Türkiye'de yaşı nüfusun payının artacağını ve çalışma çağındaki nüfusun payının azalacağını öngörmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024). De Meijer vd. (2013) ile Kallestrup-Lamb vd. (2024), yaşlanma ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin yalnız kronolojik yaş üzerinden açıklanamayacağını; sağlık durumu, engellilik,

ölüme kalan süre ve uzun dönem bakım gereksiniminin de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi (2025) ise istihdam temelli sosyal katkılara dayanan sistemlerde çalışma çağındaki nüfusun azalmasının sağlık gelirlerini etkileyebileceğini belirtmektedir.

1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık sigortacılığının kuramsal temellerini, tarihsel gelişimini, mevcut kurumsal yapısını, finansman mekanizmalarını ve sürdürülebilirlikle ilişkili başlıca unsurları güncel akademik çalışmalar, mevzuat ve resmî veriler çerçevesinde incelemektir. Bu amaçla sağlık sigortacılığının temel kavramları ve finansman modelleri açıklandıktan sonra Türkiye'de sosyal sağlık sigortasının tarihsel gelişimi, Genel Sağlık Sigortasına geçiş, Sosyal Güvenlik Kurumunun rolü, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortaları, sağlık harcamalarının finansman kaynakları, geri ödeme sistemi ve cepten ödemeler ele alınmaktadır. Son bölümde demografik değişim, sağlık hizmeti maliyetleri, prim tabanı, kayıt dışılık ve finansman dengesi, ahlaki tehlike, ters seçim ve finansal korumaya ilişkin kaynaklarda yer alan sürdürülebilirlik değerlendirmeleri incelenmektedir.

2. SAĞLIK SİGORTACILIĞININ KURAMSAL ÇERÇEVESİ

Sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde risklerin paylaşılmasına ve sağlık harcamalarının birey üzerinde doğrudan yoğunlaşmasının sınırlandırılmasına dayanan bir finansman mekanizmasıdır. Sağlık finansmanı literatüründe gelirlerin toplanması, kaynakların ortak havuzlarda

birleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin satın alınması birbiriyle bağlantılı işlevler olarak ele alınmaktadır (İştanbulluoğlu vd., 2010; Hajji vd., 2025). Sağlık sigortasının kurumsal yapısında prim, risk havuzu, bilgi asimetrisi, ters seçim ve ahlaki tehlike kavramları; sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında ise sosyal sağlık sigortası, vergi temelli kamu finansmanı ve özel sağlık sigortası farklı kurumsal düzenlemeler içinde kullanılmaktadır.

2.1. Sağlık Sigortacılığının Türleri ve Kamu Finansmanı

Sağlık sigortası, sağlık risklerinin geręekleřmesi hâlinde ortaya çıkan sağlık harcamalarının önceden oluşturulmuş bir finansman yapısı aracılığıyla karşılanmasına dayanmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda genel sağlık sigortası, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleri ortaya çıktığında oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlanmıştır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Sosyal sağlık sigortasında sigortalılar adına önceden toplanan katkılar ortak bir finansman havuzunda bir araya getirilmekte ve sağlık hizmetine gereksinim duyan kişilerin harcamaları bu kaynaklardan karşılanmaktadır. Hajji vd. (2025), havuzlama işlevini gelir toplama ile sağlık hizmetlerinin satın alınması arasındaki temel aşamalardan biri olarak değerlendirmektedir. Sosyal sağlık sigortasında çalışan ve işveren katkıları temel finansman kaynakları arasında yer alabilmekte, sistemin yapısına göre kamu kaynakları da finansmana katılabilmektedir.

Karagöz (2025), Türkiye'deki Genel Sağlık Sigortasının prim esaslı sosyal sigorta özellikleri taşıdığını ve sigortalının yanında mevzuatta belirtilen koşulları sağlayan aile üyelerinin de 'bakmakla yükümlü olunan kişi' statüsü üzerinden sağlık hizmetlerinden yararlanabildiğini belirtmektedir. Bu düzenleme, sağlık güvencesinin yalnız bireysel prim ödeyen kişiyle sınırlı tutulmadığı bir kapsam oluşturmaktadır.

Özel sağlık sigortasında finansman ilişkisi sigortalı ile özel sigorta kuruluşu arasında yapılan sözleşmeye dayanmaktadır. Kaya (2024), özel sağlık sigortalarında primlerin bireysel risk veya grup esasına göre belirlenebildiğini, özel sigortanın sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan özel kaynaklardan biri olduğunu belirtmektedir. Çavmak (2023) tamamlayıcı sağlık sigortasını, sosyal sağlık sigortasının karşılamadığı belirli maliyetlerin finansmanında kullanılan özel sigorta biçimlerinden biri olarak ele almaktadır. Attila ve Gülay (2022) da tamamlayıcı sağlık sigortasını kamu sağlık sigortasının yanında kullanılan ek bir finansman mekanizması olarak değerlendirmektedir.

Kamu finansmanında sağlık hizmetleri için gerekli kaynaklar vergiler, zorunlu sosyal katkılar ve diğer kamu gelirleri aracılığıyla oluşturulabilmektedir. Çavmak (2023), uygulamada ülkelerin tek bir finansman mekanizmasıyla sınırlı kalmadığını; sosyal sigorta ağırlıklı sistemlerde vergi kaynaklarının, özel sigorta ağırlıklı sistemlerde ise kamu programlarının birlikte bulunabildiğini belirtmektedir. Türkiye'de de Genel Sağlık Sigortasının prim esaslı yapısı kamu kaynaklarıyla desteklenmektedir (Açık ve Alper, 2024).

2.2. Sağlık Sigortacılığında Temel Kavramlar (Prim, Risk Havuzu, Moral Hazard, Ters Seçim)

Prim, sigorta sisteminin finansmanı amacıyla sigortalı, işveren veya mevzuatta belirlenen diğer taraflardan alınan katkıdır. Sosyal sağlık sigortasında toplanan primler bireyin gelecekte kullanacağı sağlık hizmetlerinin bedelini kişisel hesaplarda biriktiren bir yapıdan farklı olarak ortak finansman havuzunun gelir kaynağını oluşturmaktadır. Sağlık ihtiyacı gerçekleştiğinde hizmetin finansmanı ortak havuzda toplanmış kaynaklardan karşılanmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Risk havuzu, sağlık sigortacılığının temel unsurlarından biridir. Sağlık harcamalarının zamanı ve büyüklüğü bireysel düzeyde önceden kesin olarak bilinmediğinden kaynakların geniş bir grup içinde bir araya getirilmesi finansal riskin paylaşılmasını sağlamaktadır. Shaarani (2026), sağlık sigortasının hanehalklarını yüksek sağlık harcamalarına karşı koruma işlevini risklerin havuzlanması ve maliyetlerin sigortalılar arasında dağıtılmasıyla açıklamaktadır.

Ters seçim, sigorta sözleşmesinin kurulmasından önce sigortacı ile sigortalı arasındaki bilgi farklılığından kaynaklanan bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Sigortalı adaylarının kendi sağlık riskleri hakkında sigortacıdan daha fazla bilgiye sahip olması, daha yüksek risk taşıyan kişilerin belirli sigorta planlarında yoğunlaşmasına yol açabilmektedir. Shaarani (2026), ters seçimi bilgi asimetrisinin sözleşme öncesi görünümü olarak ele almakta ve zorunlu havuzlama, risk ayarlaması, sübvansiyonlar ve reasüransı kullanılan politika araçları arasında göstermektedir.

Ahlaki tehlike ise sigorta kapsamı başladıktan sonra sağlık hizmeti kullanımında ortaya çıkabilecek davranış değişiklikleriyle ilişkilidir. Sigortanın bireyin hizmet kullanırken karşılaştığı doğrudan maliyeti azaltması sağlık hizmeti kullanımını artırabilmektedir. Bununla birlikte Shaarani (2026), sigorta sonrasında gözlenen her kullanım artışının kayıp veya gereksiz kullanım olarak değerlendirilmemesi gerektiğini ve gerekli sağlık hizmetlerine erişimdeki artışın ahlaki tehlikeden ayrıştırılması gerektiğini belirtmektedir. Maliyet paylaşımı, katılım payları ve muafiyetler ahlaki tehlikeyle ilişkili araçlar arasında yer almakla birlikte bu uygulamaların gerekli hizmet kullanımını da azaltabileceği bildirilmektedir.

2.3. Sağlık Sigortacılığı Modelleri (Bismarck, Beveridge, Karma Modeller)

Sağlık sistemlerinin finansman yapılarının sınıflandırılmasında Bismarck ve Beveridge modelleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Karagöz (2025), Bismarck modelini katkıya ve sigortalılık esasına dayalı sosyal güvenlik sistemi, Beveridge modelini ise yurttaşlık temelinde örgütlenen ve sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edildiği yapı olarak açıklamaktadır. Uygulamada birçok ülke bu iki modele ait unsurları birlikte kullanmaktadır.

Bismarck modelinde sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigorta katkıları ön plandadır. Çalışanlar ve işverenlerden alınan zorunlu katkılar sigorta fonlarının temel gelir kaynaklarını oluşturmaktadır. Beveridge modelinde ise sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergi gelirlerinden sağlanmakta,

hizmetlerden yararlanma yurttaşlık ve evrensellik ilkeleriyle ilişkilendirilmektedir (Karagöz, 2025).

Kaya (2024), sağlık sistemlerini özel sigorta ağırlıklı yapı, yasal sosyal sağlık sigortasına dayalı Bismarck modeli, ulusal sağlık hizmetlerine dayalı Beveridge modeli ve karma model olarak sınıflandırmaktadır. Çavmak (2023) da ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse ederken çoğunlukla birden fazla finansman mekanizmasını birlikte kullandığını belirtmektedir. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası prim esaslı sosyal sigorta özelliklerini taşıırken kamu kaynakları, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler de finansman yapısında yer almaktadır.

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Türkiye'de sosyal güvenliğin kurumsal gelişimi farklı çalışma statülerine bağlı olarak oluşturulan sosyal sigorta kuruluşları üzerinden ilerlemiştir. Akpınar ve Öğütoğulları (2020), bağımlı çalışan işçilerin Sosyal Sigortalar Kurumu, bağımsız çalışanların Bağ-Kur ve kamu görevlilerinin Emekli Sandığı kapsamında sosyal güvenceye alındığını; bu kurumların daha sonraki reformlarla Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirildiğini belirtmektedir. Sağlık sigortası bakımından bu yapı uzun süre farklı nüfus gruplarının farklı kurumsal ve mali düzenlemelere tabi olduğu bir sistem oluşturmuştur.

3.1. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı Dönemi

Sosyal Sigortalar Kurumu, hizmet akdiyle çalışanların sosyal güvenliğinin sağlanmasında temel kurumlardan biri olmuştur. Akpınar ve Öğütoğulları (2020), kurumun 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu olarak oluşturulduğunu ve

daha sonra Sosyal Sigortalar Kurumu adını aldığını belirtmektedir. Kurumun finansmanı sigortalı ve işverenlerden alınan primlerle sağlanmış, sağlık sigortası da SSK tarafından sunulan sosyal güvenlik hizmetleri arasında yer almıştır.

Bağ-Kur, kendi adına ve hesabına çalışanların sosyal güvenlik kapsamına alınması amacıyla oluşturulmuştur. Akpınar ve Ögütoğulları (2020), kurumun 1971 yılında kurulduğunu ve sağlık sigortası hizmetlerinin daha sonraki dönemde kademeli biçimde kapsamına alındığını belirtmektedir. T.C. Emekli Sandığı ise kamu görevlilerinin sosyal güvenliğini sağlamak üzere oluşturulmuş; emeklilik ve gelir güvencesinin yanında sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlemeler de kurumun kapsamı içinde yer almıştır.

Reform öncesindeki sağlık sigortası yapısı yalnız SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığıyla sınırlı değildi. Sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli kişiler için Yeşil Kart uygulaması bulunmaktaydı. Atun vd. (2013), reform öncesinde farklı sağlık sigortası programlarının katkı ve yardım paketleri bakımından birbirinden ayrıldığını; Ökem ve Çakar (2015) ise sağlık finansmanı ve hizmet sunumundaki parçalanmanın verimsizlik ve erişim eşitsizlikleriyle birlikte görüldüğünü belirtmektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarının tek bir kurumsal yapı altında toplanmasına yönelik reformlar 2000'li yıllarda hız kazanmıştır. Akpınar ve Ögütoğulları (2020), Sosyal Güvenlik Kurumunun 2006 yılında SSK, Bağ-Kur ve T.C. Emekli Sandığını tek çatı altında toplamak amacıyla oluşturulduğunu belirtmektedir. Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasına ilişkin ortak hukuki çerçeve ise 5510

sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla düzenlenmiştir.

3.2. Genel Sağlık Sigortası'na (GSS) Geçiş Süreci ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye'de Genel Sağlık Sigortasına geçiş, 2000'li yıllardaki sağlık ve sosyal güvenlik reformlarının bir parçası olarak gerçekleşmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında başlatılmış ve sağlık finansmanı, hizmet sunumu ve sağlık sisteminin örgütlenmesinde kapsamlı değişiklikler öngörmüştür. Ökem ve Çakar (2015), mevcut sigorta programlarının tek kurum altında birleştirilmesi ile zorunlu sosyal sağlık sigortasının oluşturulmasını programın temel bileşenleri arasında göstermektedir.

Kahveci Ceylan vd. (2023), Sağlıkta Dönüşüm Programında bütün nüfusu tek çatı altında toplamayı amaçlayan Genel Sağlık Sigortası, güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, hizmet basamakları arasında sevk sistemi, kalite ve akreditasyon ile sağlık bilgi sistemlerinin temel program alanları arasında bulunduğunu aktarmaktadır. Aynı çalışmada Genel Sağlık Sigortasına ilişkin politika çalışmalarının daha önceki dönemlere uzandığı ve 1990'lı yıllardaki reform girişimlerinde de sosyal sigorta kurumlarının bütünleştirilmesinin gündemde olduğu belirtilmektedir.

Atun vd. (2013), Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi, hak paketlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmeti arz kapasitesinin artırılmasının birlikte yürütüldüğünü bildirmektedir. Farklı sağlık sigortası programlarının birleşik Genel Sağlık Sigortası altında toplanması, sağlık

risklerinin daha geniş bir ortak havuzda paylaşılmasına olanak sağlamıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 2006 yılında kabul edilmiştir. Kanunun 108. maddesinde farklı hükümler için 2008 yılı içinde farklı yürürlük tarihleri öngörülmüş; belirli Genel Sağlık Sigortası hükümleri 1 Temmuz 2008 tarihinde, diğer hükümler ise 2008 yılı Ekim ayı başında yürürlüğe girmiştir. Bu nedenle Genel Sağlık Sigortasına ilişkin hukuki düzenlemelerin yürürlüğe girişi 2008 yılı içinde kademeli olarak gerçekleşmiştir. Kanun, Genel Sağlık Sigortasından yararlanacak kişileri, sağlanan hakları, yararlanma koşullarını ve finansman yöntemlerini düzenlemekte; Genel Sağlık Sigortasını kişilerin sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleriyle karşılaşmaları hâlinde oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak tanımlamaktadır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık sigortası alanındaki uygulamaları sigorta kapsamının ve sağlık hizmetlerine erişimin genişlemesiyle birlikte değerlendirilmiştir. Atun vd. (2013) özellikle düşük gelirli grupların sağlık güvencesine erişiminde ilerleme bildirirken, Ökem ve Çakar (2015) reform sonuçlarının bölgeler arasında aynı düzeyde gerçekleşmediğini ve uzun dönemli finansal sürdürülebilirliğin devam eden bir çalışma alanı olduğunu belirtmektedir.

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ MEVCUT YAPISI

Türkiye'de sağlık sigortacılığının mevcut kurumsal yapısının merkezinde Genel Sağlık Sigortası ve bu sistemin yürütülmesinden sorumlu Sosyal Güvenlik

Kurumu bulunmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı döneminde farklı sosyal güvenlik kurumları tarafından yürütölen sağlık sigortası programları bütünleştirilmiş, SGK kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından hizmet satın alan temel kurum olarak yapılandırılmıştır (Atun vd., 2013). Genel Sağlık Sigortasının hukuki çerçevesi 5510 sayılı Kanunda, hizmetlerin finansmanına ilişkin uygulama ayrıntıları ise Sağlık Uygulama Tebliğinde düzenlenmektedir.

4.1. Genel Sağlık Sigortası (GSS) Sistemi ve İşleyişı

5510 sayılı Kanunda Genel Sağlık Sigortası, kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleriyle karşılaşmaları hâlinde ortaya çıkan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta olarak düzenlenmiştir. Genel sağlık sigortalısı ile mevzuatta belirlenen koşulları taşıyan bakmakla yükümlü olunan kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006).

Günaltay (2026), genel sağlık sigortalılarından mevzuatta belirlenen esaslara göre prim alındığını ve primlerin SGK bünyesinde ortak havuzda toplandığını belirtmektedir. Sağlık hizmetinden yararlanan kişinin hizmet bedeli, bireysel olarak ödediğı prim miktarına bağlı olmaksızın SGK tarafından sağlık hizmeti sunucusuna ödenmektedir. Karagöz (2025) de sağlık hizmetinden yararlanma ile kişinin ödediğı prim miktarı arasında doğrudan bir karşılıklılık bulunmadığını ve aile üyelerinin belirli koşullarda bağımlı statüsünden yararlanabildiğini belirtmektedir.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu farklı kurumsal işlevler olarak düzenlenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliğine

göre finansmanı sağlanan hizmetler, kural olarak SGK ile sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler aracılığıyla karşılanmaktadır. Acil durumlar gibi belirli hâller için sözleşmesiz sunuculardan alınan hizmetlere ilişkin ayrıca düzenlemeler bulunmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2026).

GSS kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma bazı maliyet paylaşımı uygulamalarını da içermektedir. Sağlık Uygulama Tebliğinde katılım payı, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanırken ödemesi gereken tutar olarak tanımlanmakta; muayene, ilaç, belirli tıbbi malzemeler ve mevzuatta belirtilen diğer hizmetler için farklı uygulamalar düzenlenmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2026).

4.2. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) Rolü

Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye'deki sosyal güvenlik sisteminin yürütülmesinden sorumlu temel kamu kurumudur. Sağlık finansmanı bakımından primlerin ve diğer kaynakların ortak havuzda yönetilmesi, sağlık hizmetlerinin satın alınması ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapılması SGK'nın başlıca işlevleri arasındadır. Günaltay (2026), SGK'nın kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşmeler yaparak Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin finansmanını yürüttüğünü belirtmektedir.

5510 sayılı Kanunda sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesinde hizmet basamağı, altyapı, kaynak kullanımı, maliyet unsurları, hizmetin niteliği, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet etkililik ve Genel Sağlık Sigortası bütçesi gibi unsurların dikkate alınabileceği düzenlenmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği ise

finansmanı sağlanacak hizmetler, faturalandırma esasları, ödeme yöntemleri, katılım payları ve ilave ücretlere ilişkin uygulama koşullarını ayrıntılandırmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2026).

Ökem ve Çakar (2015), sağlık reformlarının değerlendirilmesinde SGK'nın stratejik satın alma işlevinin güçlendirilmesini öncelikli alanlardan biri olarak ele almaktadır. Yazarlar kaynak tahsisinin sağlık hizmeti sunucularının performansı ile ilişkilendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmesi ve etkili sevk sisteminin geliştirilmesini sürdürülebilirlikle bağlantılı öneriler arasında göstermektedir.

4.3. Özel Sağlık Sigortacılığı ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinden kaynaklanabilecek mali risklerin sigortalı ile özel sigorta kuruluşu arasında yapılan sözleşme çerçevesinde karşılanmasına dayanmaktadır. İstanbulluoğlu vd. (2010), özel sağlık sigortalarında primlerin bireysel, grup veya toplumsal risk esasına göre belirlenebildiğini belirtmektedir. Özel sağlık sigortasının sağlık finansmanı içindeki ağırlığı ülkelerin temel sağlık güvence sistemlerine göre değişmektedir.

Atilla ve Gülay (2022) ise tamamlayıcı sağlık sigortasını GSS'nin yanında kullanılabilecek ek finansman mekanizması olarak ele almakta ve Türkiye için zorunlu tamamlayıcı sağlık sigortasına dayanan bir model önermektedir. Söz konusu model, Atilla ve Gülay (2022) tarafından geliştirilen bir politika önerisidir.

SGK ile sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında katılım payları ile ilave ücretler farklı düzenlemelere tabidir. Sağlık Uygulama Tebliğinde katılım payı genel

sağlık sigortalısının veya bakmakla yükümlü olduğu kişinin hizmetten yararlanırken ödediği tutar olarak tanımlanırken, sözleşmeli belirli özel sağlık kurumlarının mevzuatta belirtilen sınırlar içinde ilave ücret almasına ilişkin hükümler de bulunmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2026).

4.4. Kamu-Özel Sektör Etkileşimi (Şehir Hastaneleri vb.)

Kamu-özel ortaklığı, kamu hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda kamu ile özel sektörün sözleşmeye dayalı biçimde birlikte yer aldığı uygulamalardan biridir. Kaya (2022), kamu-özel ortaklığını yatırımların finansmanı, yapımı, yenilenmesi, işletilmesi, bakımı veya hizmet sunumu alanlarında kamu ve özel sektör arasında maliyet, risk ve getirilerin paylaşıldığı bir yöntem olarak ele almaktadır.

Türkiye'de sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı modeli şehir hastaneleri yatırımlarında kullanılmıştır. Kaya (2022), şehir hastanelerini kamuya ait sağlık tesislerinin yaptırılması ve belirli tıbbi olmayan hizmetlerin özel sektör tarafından yürütülmesi kapsamında değerlendirmektedir. Kaya'nın (2022) GZFT analizi belge taraması ve uzman görüşüne dayandığından bildirilen güçlü ve zayıf yönler ile fırsat ve tehditler nedensel etki bulguları değil, stratejik değerlendirmeler niteliğindedir.

Cece vd. (2026), Türkiye'de sağlık reformlarının politik ekonomi boyutunu incelerken kamu-özel ortaklığına dayalı yüksek maliyetli sağlık yatırımlarının uzun dönemli bütçesel ve dağılımsal etkilerinin izlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu değerlendirme, şehir hastanelerinin finansal etkilerinin düzenli biçimde

değerlendirilmesine yönelik bir politika önerisi olarak sunulmaktadır.

5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ FİNANSMAN YAPISI

Sağlık sigortacılığının finansman yapısı, sağlık hizmetleri için gerekli kaynakların hangi kanallardan toplandığını, bu kaynakların nasıl havuzlandığını ve sağlık hizmeti sunucularına hangi yöntemlerle aktarıldığını kapsamaktadır. İstanbulluoğlu vd. (2010), sağlık finansmanında vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, cepten ödemeler ve diğer kaynakların kullanılabildiğini belirtmektedir. Türkiye'de kamu ve özel finansman kaynakları aynı sistem içinde farklı ağırlıklarda kullanılmaktadır (Özer, 2023).

5.1. Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (Prim, Vergi, Cepten Ödemeler)

Primler, sosyal sağlık sigortasına dayalı finansmanın temel gelir kaynaklarından biridir. Genel Sağlık Sigortasında primler SGK bünyesinde ortak havuzda toplanmakta ve sağlık hizmeti kullanıldığında hizmet bedeli bireysel prim miktarına göre değil, ortak finansman yapısından karşılanmaktadır (Günaltay, 2026). Prim ödeme gücü bulunmayan belirli grupların finansmanında kamu kaynakları kullanılmakta ve devlet katkıları sistemin finansmanında yer almaktadır (Açık ve Alper, 2024).

Vergiler ve genel bütçe kaynakları sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan diğer kamu kaynaklarıdır. İstanbulluoğlu vd. (2010), vergi finansmanını sağlık hizmetleri için gelir oluşturma yöntemlerinden biri olarak ele almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (2025) güncel sağlık harcaması istatistiklerinde genel devletin toplam sağlık harcamalarının başlıca finansman kaynağı

olduğunu ve SGK ile merkezi devletin kamu finansmanı içinde önemli yer tuttuğunu göstermektedir.

Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken kendi gelir veya tasarruflarından doğrudan yaptığı harcamalardır. İstanbulluoğlu vd. (2010) cepten ödemeleri doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmî olmayan ödeme biçimlerinde sınıflandırmaktadır. Özer (2023) de Türkiye'de vergi ve primlerle birlikte cepten sağlık harcamalarının finansman yapısının özel kaynaklarından biri olduğunu belirtmektedir.

5.2. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı ve Uluslararası Karşılaştırma

Sağlık harcamalarının gayrisafı yurt içi hasıla içindeki payı, sağlık sistemi için kullanılan ekonomik kaynakların ülke ekonomisinin büyüklüğü içindeki yerini gösteren temel göstergelerden biridir. Türkiye İstatistik Kurumu (2025) verilerine göre toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2023 yılında %4,6 iken 2024 yılında %5,3'e yükselmiştir. Aynı yıl toplam sağlık harcamalarının %76,1'i genel devlet tarafından finanse edilmiş; finansman kurumları içinde Sosyal Güvenlik Kurumunun payı %39,5, merkezi devletin payı ise %36,0 olarak gerçekleşmiştir.

OECD'nin (2025) Türkiye ülke notunda, karşılaştırılabilir OECD göstergelerine göre Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 2.309 ABD doları satın alma gücü paritesi düzeyinde iken OECD ortalaması 5.967 ABD dolarıdır. Aynı karşılaştırmada sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı Türkiye için %4,7, OECD ortalaması için %9,3 olarak verilmektedir. TÜİK'in ulusal sağlık harcaması hesapları ile OECD'nin uluslararası karşılaştırılabilir göstergeleri veri kapsamı ve

hesaplama çerçevesi bakımından farklılaşabildiğinden, bu oranlar kendi istatistiksel bağlamları içinde değerlendirilmelidir.

Kaya (2024), OECD ülkelerinin sağlık finansman sistemlerinde kamu kaynaklarının birçok ülkede temel finansman unsuru olduğunu; sosyal sağlık sigortasına dayalı ülkelerde sosyal katkıların yanında hükümet transferlerinin de kullanıldığını belirtmektedir. Türkiye de kamu ve sosyal sigorta finansmanının birlikte kullanıldığı ülkeler arasında değerlendirilmektedir.

5.3. Geri Ödeme Sistemleri ve SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)

Sağlık finansmanının temel işlevlerinden biri, toplanan ve havuzlanan kaynakların sağlık hizmeti sunucularına aktarılmasıdır. İstanbulluoğlu vd. (2010), sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemleri arasında hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka veya tanı başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemelerini göstermektedir. Kullanılan ödeme yöntemi sağlık hizmetinin türüne ve sağlık sisteminin düzenlemelerine göre değişebilmektedir.

Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası kapsamında Sağlık Uygulama Tebliği, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini, ödeme ve faturalandırma esaslarını ve hizmetlerin hangi koşullarda karşılanacağını düzenlemektedir. SUT'ta hizmet başına ödeme ile tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemleri birlikte kullanılmakta, bazı ilaç ve tıbbi malzemelerin ayrıca faturalandırılmasına ilişkin hükümler bulunmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2026).

5510 sayılı Kanunda sağlık hizmetlerinin ödenecek bedellerinin belirlenmesinde hizmet basamağı, altyapı,

kaynak kullanımı, maliyet unsurları, hizmetin niteliği, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet etkililik ve Genel Sağlık Sigortası bütçesi gibi unsurların dikkate alınabileceği belirtilmektedir. SGK bu düzenlemeler çerçevesinde sağlık hizmetlerini satın alan ve ödeme koşullarını belirleyen kurum olarak görev yapmaktadır.

5.4. Cepten Sağlık Harcamaları ve Katılım Payları

Cepten sağlık harcamaları, sağlık hizmetinin finansmanında birey veya hanehalkının kendi gelir ve tasarruflarından yaptığı doğrudan ödemeleri ifade etmektedir. Önceden oluşturulmuş bir risk havuzuna dayanmaması cepten ödemeleri prim ve vergi finansmanından ayırmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010; Özer, 2023). Genel Sağlık Sigortasında bireylerin karşılaşabildiği doğrudan ödemelerden biri katılım payıdır. Sağlık Uygulama Tebliği, ayakta tedavide hekim muayenesi, ilaçlar ve belirli sağlık hizmetleri için katılım payı esaslarını ve muafiyetleri düzenlemektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2026).

Cinaroglu (2024), Türkiye'de toplam cepten sağlık harcamaları ile ilaç ve hastane hizmetlerine ilişkin harcamaların sosyoekonomik dağılımını incelemiş ve düşük gelirli haneleri dezavantajlı bırakan eşitsizliklerin devam ettiğini bildirmiştir. Cece vd. (2026) de cepten sağlık harcamalarının göreceli yükünün düşük gelirli hanelerde daha yüksek olduğunu ve finansal korumaya yönelik eşitlik odaklı düzenlemelerin önemini vurgulamaktadır.

Sulku ve Kaya (2026), sağlık sigortası kapsamının katastrofik sağlık harcaması riskini azaltmakla birlikte finansal korumanın bütün haneler için aynı düzeyde olmadığını göstermektedir. Yaşlı veya engelli bireylerin

bulunduğu haneler ve diğer kırılğan gruplarda katastrofik harcama riski daha yüksek bulunmuştur. Diğer vd. (2025) de Türkiye'de cepten sağlık harcamalarının belirleyicilerini incelerken yaşın sağlık harcaması yapma olasılığıyla ilişkili olduğunu bildirmektedir.

Koçkaya vd. (2023), nadir hastalığı bulunan bireylerin yaşadığı hanelerde cepten sağlık harcamalarını incelemiş ve özel beslenme ile bazı tıbbi veya tıbbi olmayan ürünlerin önemli harcama kalemleri olduğunu belirlemiştir. Yazarlar belirli ürünlerin geri ödeme kapsamına alınmasının değerlendirilmesini önermektedir. Kockaya vd. (2021) ise Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk yıllarında azaldığını, daha sonraki dönemde yeniden artış görüldüğünü ve bu artışın nedenlerinin ayrıca araştırılması gerektiğini belirtmektedir.

Saraçoğlu, Başar ve Öztürk (2024), Türkiye'de tütün tüketimi ile hanehalklarının katastrofik sağlık harcamasına maruz kalması arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sigara kullanımını katastrofik sağlık harcaması olasılığıyla ilişkili değişkenlerden biri olarak belirlemiştir. Yazarlar, tütün tüketiminin azaltılmasına yönelik kapsamlı politikaların hanehalklarının sağlık harcamalarından kaynaklanan mali yüklerinin azaltılması bakımından da önem taşıdığını belirtmektedir.

Sulku, Tokatlıoğlu ve Coşar (2023), Türkiye'de gerekli olduğu hâlde sağlık hizmetinden kaçınma davranışını incelemiş ve yüksek maliyeti sağlık hizmetlerinden yararlanmamanın başlıca nedenlerinden biri olarak belirlemiştir. Çalışmada sosyal güvenlik kapsamında bulunmanın ayakta ve yatarak sağlık hizmetlerinden kaçınma olasılığını azalttığı bildirilmektedir.

6. SİSTEMİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNİ TEHDİT EDEN TEMEL DİNAMİKLER VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği mevcut sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülmesi kadar gelecekte ortaya çıkabilecek hizmet gereksinimlerinin ve maliyetlerin karşılanabilmesiyle de ilişkilidir. OECD (2024), sağlık harcamalarının gelecekteki gelişimini değerlendirirken demografik yapı, sağlık çalışanlarının maliyetleri, ilaç ve tıbbi ürün fiyatları, makroekonomik koşullar, teknolojik değişim ve sağlık politikalarının birlikte dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye açısından Günaltay (2026), SGK tarafından finanse edilen hastane başvuruları ve harcamalarının gelecek dönemlerde artış eğilimini sürdürebileceğini bildirmektedir.

6.1. Demografik Baskılar

Türkiye'nin nüfus yapısındaki değişim sağlık sisteminin gelecekteki hizmet ve finansman gereksinimleri bakımından temel unsurlardan biridir. TÜİK'in 2023-2100 Nüfus Projeksiyonlarında doğurganlığın gerilemesi, yaşlı nüfusun payının artması ve çalışma çağındaki nüfusun payının azalması temel senaryolarda öngörülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2024).

Şenol ve Cansever (2023), Dünya Bankasının gelir grupları sınıflandırmasını esas alarak yaşlı nüfusun gelecekteki gelişimini ARIMA modeliyle incelemiş ve farklı gelir gruplarındaki ülkelerde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun artacağını öngörmüştür. Yazarlar yaşlı nüfustaki artışı sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarıyla ilişkilendirmekte ve yaşlanmaya yönelik politikalar ile

geleceğe ilişkin sağlık hizmeti planlamasının 6nemini belirtmektedir.

N6fus yaşlanmasının sağlık harcamaları 6zerindeki etkisi yalnız kronolojik yaş 6zerinden a6ıklanmamaktadır. De Meijer vd. (2013), yaşlanmanın sağlık harcamaları 6zerindeki doğrudan etkisinin sağlık durumu ve engellilikle g66cl666 bi6iminde ilişkili olduğunu; yaşlanmanın akut bakım harcamalarında daha sınırlı, uzun d666n666m bakım harcamalarında daha belirgin bir etki g666sterdiğini belirtmektedir. Kallestrup-Lamb vd. (2024) da hastane harcamalarında 6l666me kalan s6666renin, uzun d6666n666m bakım harcamalarında ise yaşın daha 6nemli olduğunu bildirmektedir.

D666nya Sağlık 666rg666t666 Avrupa B666lge Ofisi (2025), sağlık finansmanında istihdam 6zerinden alınan sosyal katkılara yoğun bi6iminde dayanan sistemlerde 6alışma 6ağındaki n666fusun azalmasının kamu sağlık gelirlerini etkileyebileceğini belirtmektedir. Bu 6alışma se6ilmiş Avrupa 6lkelerine y666nelik olduğundan T666rkiye i6in doğrudan bir tahmin sunmamakta, sosyal sağlık sigortası sistemlerine ilişkin genel finansman mekanizmasını a6ıklamaktadır.

6.2. Sağlık Hizmeti Maliyetleri ve Teknolojik Gelişmeler

Sağlık harcamalarındaki artış yalnız demografik değişimle a6ıklanmamaktadır. OECD (2024), sağlık 6alışanlarının 6cretleri, ila6 ve farmas666tik 6r666n maliyetleri, enerji ve diğer 6retim girdilerindeki değişikliklerin sağlık hizmetlerinin maliyetini etkileyen başlıca unsurlar arasında bulunduğunu belirtmektedir. 6zellikle yeni ve y666ksek maliyetli ila6ların kullanıma

girmesi gelecekteki sağlık harcamalarının tahmininde dikkate alınmaktadır.

Tıbbi teknolojiadaki gelişmeler sağlık harcamalarının uzun dönemli seyrinde önemli bir belirleyicidir. De Meijer vd. (2013), tıbbi teknolojinin sağlık harcaması artışının temel toplumsal belirleyicilerinden biri olduğunu ve yaş ile sağlık durumuyla etkileşim gösterdiğini belirtmektedir. Kallestrup-Lamb vd. (2024) da teknolojik ilerleme ve tıbbi uygulamadaki değişikliklerin sağlık harcamalarındaki artışa katkıda bulunabildiğini bildirmektedir.

Günaltay (2026), SGK'nın hastanelere yaptığı ödemelerdeki artışı geri ödeme kapsamındaki hizmetlerin ve fiyatların zamanla değişmesi, Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarının güncellenmesi, pandemi sonrası tıbbi malzeme, ilaç ve personel giderlerindeki yükseliş, fiyat revizyonları ve genel ekonomik enflasyon gibi unsurlarla ilişkilendirmektedir. Çalışmada kullanılan maliyet verilerinin hastanelerin gerçek üretim maliyetlerini değil, SGK'nın sağlık hizmeti sunucularına yaptığı geri ödemeleri yansıttığı da özellikle belirtilmektedir. Seyedin vd. (2021) ise İran sağlık sistemi üzerine yürüttüğü nitel çalışmada hizmet başına ödeme, yetersiz izleme, etkisiz sevk sistemi ve sağlık hizmeti sunucularının ekonomik çıkarlarını arz kaynaklı talep ile ilişkili faktörler arasında göstermiştir. Bu bulgular İran bağlamına aittir.

6.3. Prim Tabanı, Kayıt Dışılık ve Finansman Dengesi

Sosyal sağlık sigortasının gelir yapısı prim ödeyen nüfusun büyüklüğü ve prim gelirlerinin sürekliliğiyle ilişkilidir. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası prim esaslı yapıya sahip olmakla birlikte kamu katkıları da finansmanda kullanılmaktadır. Açık ve Alper (2024),

devlet tarafından karşılanan primler ile sosyal güvenlik sistemine yapılan devlet katkısının sağlık finansmanındaki yerini ortaya koymakta ve kamu finansmanının sosyal koruma işleviyle mali sürdürülebilirlik arasındaki ilişkinin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Ökem ve Çakar (2015), Türkiye'deki sağlık reformlarının uzun dönemli finansal sürdürülebilirliği bakımından istihdam yapısındaki sorunların önemini koruduğunu bildirmektedir. Yüksek işsizlik ve kayıt dışı istihdam prim kaynaklarını sınırlayan unsurlar arasında gösterilmektedir. İstanbulluoğlu vd. (2010) da kayıtlı ve sigortalı istihdamın sosyal sağlık sigortasının prim tabanı açısından önem taşıdığını belirtmektedir.

SGK'nın gider tarafında sağlık hizmeti talebi ve hizmetlere yapılan ödemeler yer almaktadır. Günaltay'ın (2026) 2012-2030 dönemine ilişkin projeksiyonlarında hastane başvurularının ve SGK'nın hastanelere yaptığı sağlık hizmeti bedeli ödemelerinin artış eğilimini sürdürebileceği öngörülmektedir. Çalışma, sağlık hizmetlerine olan talebin tahmin edilmesini etkili politika oluşturma, kaynak tahsisi ve planlama açısından önemli görmekte; gelecekteki projeksiyonların sosyo-demografik değişkenler ve dışsal faktörlerle desteklenmesini önermektedir.

6.4. Ahlaki Tehlike (Moral Hazard) ve Ters Seçim (Adverse Selection)

Sağlık sigortasında ters seçim ve ahlaki tehlike bilgi asimetrisine bağlı iki ayrı sorun olarak ele alınmaktadır. Shaarani (2026), ters seçimin sigorta sözleşmesinden önce sigortacının bireylerin gerçek sağlık riskini tam olarak gözlemleyememesiyle, ahlaki tehlikenin ise sigorta

kapsamı başladıktan sonra hizmet kullanımına ilişkin davranışlarla bağlantılı olduğunu belirtmektedir.

Ters seçimde daha yüksek sağlık riski taşıyan kişilerin belirli sigorta planlarında yoğunlaşması sigortalı havuzunun risk bileşimini değiştirebilmektedir. Shaarani (2026), zorunlu havuzlama, risk ayarlaması, reasürans ve sübvansiyonları ters seçimin etkilerini azaltmaya yönelik araçlar arasında göstermektedir. Ahlaki tehlikeye karşı ise katılım payları ve diğer maliyet paylaşımı mekanizmaları kullanılabilir; ancak bu araçların gerekli sağlık hizmeti kullanımını da azaltabileceği ve düşük gelirli ya da kronik hastalığı bulunan kişiler üzerinde daha büyük yük oluşturabileceği belirtilmektedir.

Atilla ve Gülay (2022), Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasıyla hizmet kullanımının arttığını ve aşırı kullanımın finansal sürdürülebilirlikle ilişkili olabileceğini ileri sürmektedir. Bu değerlendirme yazarların politika yaklaşımıdır. Shaarani (2026) ise sigorta sonrasında görülen her kullanım artışının gereksiz kullanım olarak yorumlanmaması gerektiğini açık biçimde belirtmektedir.

Sağlık hizmeti talebinin yalnız sigortalı davranışı üzerinden değerlendirilmesi yeterli değildir. Seyedin vd. (2021), hizmet sunucularının bilgi ve karar üstünlüğünün arz kaynaklı talep ile ilişkili olabileceğini; hizmet başına ödeme, izleme ve sevk sistemindeki sorunların da bu süreçte rol oynayabildiğini göstermektedir.

6.5. Sürdürülebilirliği Artırmaya Yönelik Politika Önerileri

İncelenen kaynaklarda sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğine yönelik öneriler finansman kaynaklarının güçlendirilmesi, sağlık hizmeti satın alma

işlevinin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, geri ödeme sistemlerinin gözden geçirilmesi, sağlık hizmeti talebinin yönetilmesi ve finansal korumanın sürdürülmesi başlıkları altında ele alınmaktadır.

Ökem ve Çakar (2015), Sosyal Güvenlik Kurumunun stratejik satın alma işlevinin güçlendirilmesini, kaynak tahsisinin hizmet sunucularının performansı ile ilişkilendirilmesini, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmesini ve etkili sevk sisteminin geliştirilmesini önermektedir. Aynı çalışmada kayıt dışı istihdam ve işsizlik prim finansmanı bakımından yapısal sorunlar olarak değerlendirilmektedir.

Günaltay (2026), sağlık hizmeti talebine ve SGK'nın finansal yüküne ilişkin projeksiyonların politika oluşturma, kaynak tahsisi ve planlamada kullanılmasının önemini vurgulamakta; gelecekteki tahmin modellerinin sosyo-demografik değişkenler ve dışsal faktörlerle desteklenmesini önermektedir. OECD (2024) ise etkisiz ve israf niteliğindeki sağlık harcamalarının azaltılması, sağlıklı yaşlanmayı destekleyen politikalar ve sağlık sistemlerinde verimliliğin artırılmasını mali sürdürülebilirlikle ilişkili politika alanları arasında göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası (2025), finansal korumanın geliştirilmesi için zorunlu ve ön ödemeli sağlık finansmanı mekanizmalarının güçlendirilmesini, vergi gelirleri ve zorunlu sağlık sigortası katkılarının havuzlanmasını ve finansman parçalanmasının azaltılmasını önermektedir. Raporda yalnız sigorta kapsamının genişletilmesinin yeterli olmadığı; hizmet sunum kapasitesi, erişim engelleri ve

hizmet kalitesinin de cepten ödemeler ve finansal güçlük üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Cinaroglu (2024), düşük gelirli hanelerin cepten sağlık harcamalarından kaynaklanan mali yükünü azaltmak amacıyla ilerlemeci evrenselcilik yaklaşımını vurgulamaktadır. Cece vd. (2026), düşük gelirli hanelere yönelik katılım payı muafiyetleri, gereksinime dayalı geri ödeme düzenlemeleri ve katastrofik sağlık harcamalarının sistematik izlenmesini önermektedir. Sulku ve Kaya (2026) da kırılgan nüfus gruplarına yönelik daha dayanıklı ve hakkaniyetli finansman mekanizmalarına gereksinim bulunduğunu belirtmektedir.

Koçkaya vd. (2023), nadir hastalıklarda özel beslenme ürünleri ile tedavide kullanılan bazı tıbbi ve tıbbi olmayan ürünlerin geri ödeme kapsamının değerlendirilmesini önermektedir. Saraçoğlu vd. (2024), tütün tüketiminin hanehalkı finansal yüküyle ilişkisini dikkate alarak kapsamlı tütün kontrolü politikalarının önemini vurgulamaktadır. Attila ve Gülay (2022) ise Türkiye için tamamlayıcı sağlık sigortasının daha geniş kullanıldığı bir finansman modeli önermekte; aile hekimliği, sevk sistemi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini de sürdürülebilirlikle ilişkili önerileri arasında saymaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye'de sağlık sigortacılığının mevcut yapısı, farklı çalışma statülerine göre oluşturulmuş sosyal sigorta kurumlarının zaman içinde bütünleştirilmesi ve Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması sonucunda şekillenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı döneminde sigorta kapsamının genişletilmesi ve farklı programların tek bir Genel Sağlık Sigortası altında toplanması, sağlık finansmanı reformunun temel bileşenleri arasında yer

almıştır. Atun vd. (2013), bu dönemde sağlık sigortası kapsamı, sağlık hizmetlerine erişim ve finansal korumada ilerleme bildirirken, Ökem ve Çakar (2015) elde edilen sonuçların bölgeler arasında aynı düzeyde olmadığını ve uzun dönemli finansal sürdürülebilirliğin önemini koruduğunu belirtmektedir.

Türkiye'deki sağlık finansman yapısında primler ve kamu kaynakları temel finansman araçlarıdır; özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler de sistem içinde yer almaktadır. Genel Sağlık Sigortası primlerin ortak havuzda toplanmasına ve sağlık hizmeti bedellerinin SGK tarafından sağlık hizmeti sunucularına ödenmesine dayanmaktadır. Sağlık Uygulama Tebliği, finansmanı sağlanan hizmetler, ödeme yöntemleri, katılım payları, ilave ücretler ve faturalandırma koşullarına ilişkin uygulama çerçevesini oluşturmaktadır.

Cepten sağlık harcamaları finansal koruma bakımından önemini sürdürmektedir. Cinaroglu (2024), Cece vd. (2026) ve Sulku ve Kaya (2026), düşük gelirli ve kırılgan hanelerin sağlık harcamalarının mali yüküne karşı daha dezavantajlı olabildiğini göstermektedir. Sulku, Tokathioğlu ve Coşar (2023) da maliyetin gerekli sağlık hizmetlerinden kaçınmanın başlıca nedenlerinden biri olduğunu ve sosyal güvenlik kapsamının hizmetten kaçınma olasılığını azalttığını bildirmektedir. Bu çalışmalar finansal korumanın yalnız sigortalılık durumuyla değil, gelir düzeyi, hane yapısı, hizmet kapsamı ve maliyet paylaşımı düzenlemeleriyle birlikte ele alınmasını gerektirmektedir.

Sürdürülebilirlik bakımından demografik değişim, sağlık hizmeti maliyetleri, teknolojik gelişmeler, prim tabanı ve hizmet kullanımını etkileyen kurumsal

mekanizmalar kaynaklarda öne çıkan unsurlardır. Türkiye İstatistik Kurumu (2024) nüfus yaşlanmasının devam edeceğini öngörürken, de Meijer vd. (2013) ile Kallestrup-Lamb vd. (2024) yaşlanmanın sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin sağlık durumu, engellilik, ölüme kalan süre ve hizmet türüne göre farklılaştığını göstermektedir. Günaltay (2026) ise SGK tarafından finanse edilen hastane başvuruları ve harcamalarının gelecekte artış eğilimini sürdürebileceğini bildirmektedir.

Kaynaklarda yer alan öneriler, sürdürülebilir sağlık sigortası finansmanının tek bir politika aracına indirgenemeyeceğini göstermektedir. Ökem ve Çakar (2015), stratejik satın alma işlevinin güçlendirilmesi, kaynak tahsisinin hizmet sunucularının performansı ile ilişkilendirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla ağırlık verilmesi ve etkili sevk sisteminin geliştirilmesini önermektedir. OECD (2024), sağlıklı yaşlanmayı destekleyen politikalar ile etkisiz ve israf niteliğindeki sağlık harcamalarının azaltılmasını; Shaarani (2026) ise zorunlu havuzlama ve risk ayarlaması gibi araçları sürdürülebilir sigorta kapsamında ilişkili politika seçenekleri arasında ele almaktadır. Cece vd. (2026), düşük gelirli haneler için katılım payı muafiyetleri, gereksinime dayalı geri ödeme düzenlemeleri ve katastrofik sağlık harcamalarının sistematik izlenmesini önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası (2025) ise ön ödemeli finansman ve havuzlamanın yanında hizmet sunum kapasitesi, erişim engelleri ve hizmet kalitesinin de finansal koruma açısından birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir.

KAYNAKÇA

- Açık, D. ve Alper, Y. (2024). Türk Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Koruma Tabanları Yaklaşımına Göre Finansman Bakımından Değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 14(ÇEEİ Özel Sayı), 1787-1798.
- Akpınar, T. ve Ögütoğulları, E. (2020). Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Kısa Tarihçesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(Özel Sayı), 132-141.
- Atıla, İ. ve Gülay, A. (2022). Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Zorunlu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli Önerisi. *Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-40.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmien, U. ve Akdağ, R. (2013). *Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity*. The Lancet, 382(9886), 65-99.
- Cece, S., Pinar, A., Öztürk, L. ve Şenay, D. (2026). The Political Economy of Health Reforms and Out-of-Pocket Spending in Türkiye: Evidence from Household Microdata, 2014-2023. *International Journal for Equity in Health*, 25, 203.
- Cinaroglu, S. (2024). *Trends in Out-of-Pocket Health Expenditure Inequality in Turkey Under Comprehensive Health Reforms*. World Development Perspectives, 34, 100583.
- Çavmak, D. (2023). *Güncel Gelişmelerle Sağlık Sistemlerinin Finansmanı*. S. Söyler ve D. Çavmak (Ed.), Modern Sağlık Yönetiminde Temel Konular içinde (ss. 21-38). Ankara: Eğitim Yayınevi.
- de Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J. ve Koopmanschap, M. (2013). The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review. *European Journal of Ageing*, 10, 353-361.
- Diğer, H., Çebi Karaaslan, K., Köstekçi, A. ve Göv, A. (2025). Determinants of Healthcare Expenditures: Evidence from Türkiye's Healthcare System. *Frontiers in Public Health*, 13, 1632883.
- Günaltay, M. M. (2026). Türkiye'de SGK'nın Sağlık Harcamalarının Sürdürülebilirliği İçin Hastane Başvuru ve Maliyet Projeksiyonları (2012-2030). *İşletme Bilimi Dergisi*, 14(2), 526-547.
- Hajji, O., El Abbadi, B. ve Akhnif, E. H. (2025). Systematic Review of Financing Functions for Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: Reforms, Challenges, and Lessons Learned. *Public Health Reviews*, 46, 1607745.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kahveci Ceylan, B., Azizoğlu, F. ve Mete, M. (2023). Sağlık Politikaları ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. *Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, 186-203.

- Kallestrup-Lamb, M., Marin, A. O. K., Menon, S. ve Sogaard, J. (2024). Aging Populations and Expenditures on Health. *The Journal of the Economics of Ageing*, 29, 100518.
- Karagöz, E. (2025). Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası: 'Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi' Kavramı Üzerinden Bir Değerlendirme. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26(Özel Sayı), 1943-1959.
- Kaya, M. (2022). Kamu Özel Ortaklığı Yöntemi ve Şehir Hastanelerine Yönelik GZFT Analizi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(1), 127-142.
- Kaya, N. (2024). OECD Ülkelerinin Sağlık Finansman Sistemlerinin Sürdürülebilirliğine İlişkin Bir Değerlendirme. *Niksar Akademik Çalışmalar Dergisi*, 1(1), 1-29.
- Koçkaya, G., Oguzhan, G., Ökçün, S. ve Kurnaz, M. (2023). Out-of-Pocket Healthcare Expenditures of Turkish Households Living with Rare Diseases. *Frontiers in Public Health*, 11, 1051851.
- Kockaya, G., Oguzhan, G. ve Çalışkan, Z. (2021). Changes in Catastrophic Health Expenditures Depending on Health Policies in Turkey. *Frontiers in Public Health*, 8, 614449.
- OECD. (2024). *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: Türkiye Country Note*. OECD.
- Ökem, Z. G. ve Çakar, M. (2015). *What Have Health Care Reforms Achieved in Turkey? An Appraisal of the 'Health Transformation Programme'*. *Health Policy*, 119, 1153-1163.
- Özer, M. (2023). *Socioeconomic Determinants of Out-of-Pocket Health Care Expenditures in Türkiye*. *Fiscaeconomia*, 7(2), 1196-1211.
- Saraçoğlu, S., Başar, D. ve Öztürk, S. (2024). The Impact of Tobacco Consumption on Household Catastrophic Health Expenditure in Türkiye. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 30(11), 757-763.
- Seyedin, H., Afshari, M., Isfahani, P., Hasanzadeh, E., Radinmanesh, M. ve Corani Bahador, R. (2021). The Main Factors of Supplier-Induced Demand in Health Care: A Qualitative Study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 49.
- Shaarani, I. (2026). *Navigating Adverse Selection and Moral Hazard in Health Insurance: Implications for Sustainable Coverage*. Health Policy OPEN.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2026). *Sağlık Uygulama Tebliği* (güncel metin; erişim tarihi: 1 Eylül 2026).
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Kanun No. 5510). (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 26200).
- Sulku, S. N. ve Kaya, Y. (2026). *Out-of-Pocket Health Expenditures and Financial Protection in Türkiye: Pre-Pandemic (2019) and COVID-19 Era (2022) Microdata*. *BMC Health Services Research*, 26, 804.

- Sulku, S. N., Tokatlioglu, Y. ve Cosar, K. (2023). *Receiving or Not Deemed Necessary Healthcare Services*. BMC Public Health, 23, 208.
- Şenol, O. ve Cansever, İ. H. (2023). *Yaşlı Nüfusun Geleceği ve Sağlık Hizmetleri ile İlişkilendirilmesi: Dünya Bankası Gelir Grupları Üzerine Bir Araştırma*. Toplum ve Sosyal Hizmet, 34(2), 267-283.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Nüfus Projeksiyonları, 2023-2100.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2024 (Sayı: 54188).
- WHO Regional Office for Europe. (2025). *How Does Population Ageing Affect Health System Financial Sustainability and Affordable Access to Health Care in Europe?* WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization ve International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2025). *Tracking Universal Health Coverage: 2025 Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization and The World Bank.

SAĞLIK SİGORTACILIĞININ DÖNÜŞÜMÜ: TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ VE GELECEĞİ

Emir Şen*

1. GİRİŞ

Modern Genel Sağlık Sigortası (GSS), Türkiye’de nüfusun geniş bir kesiminin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayan temel kamu finansman mekanizmasıdır (SGK, 2023; WHO, 2025b). Bununla birlikte sağlık hizmeti maliyetlerindeki artış, özel sağlık hizmetlerine yönelik talep ve bireylerin hizmet seçimi, hız ve sağlık kuruluşu tercihleri konusundaki beklentilerinin farklılaşması, özel sağlık sigortalarının sağlık finansmanı içerisindeki önemini artırmaktadır (OECD, 2024; OECD ve World Bank, 2008). Bu bağlamda Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), GSS’nin sağladığı temel güvencenin yanında bireylere ek finansal koruma ve farklı sağlık hizmeti seçenekleri sunan özel finansman araçlarıdır (SGK, 2013; TSB, 2025b).

1.1. Bölümün Kapsamı ve Araştırma Çerçevesi

Bu bölümde Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi, kurumsal ve pazar yapısı, ürün özellikleri, temel sorunları ve gelecekteki dönüşüm alanları ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık sigortası türleri, sosyal güvenlik sistemi ve özel sağlık sigortalarının kurumsal konumu incelenmekte; ürün

* Öğretim Görevlisi, Kastamonu Üniversitesi, İnebolu Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, Kastamonu, emirs@kastamonu.edu.tr, ORCID: orcid.org/0000-0002-8292-8448

özellikleri, pazar göstergeleri ve sağlık maliyetleri değerlendirilmektedir. Ayrıca dijital sağlık, Insurtech, yapay zeka, tele-sağlık ve yeni nesil sigortacılık modellerinin sektöre etkileri ile geleceğe yönelik politika seçenekleri tartışılmaktadır (5684 sayılı Kanun, 2007; SEDDK, 2025a; TSB, 2025b; TÜİK, 2026).

1.2. Sağlık Finansmanı Dengelerinde Özel Sağlık Sigortacılığının Rolü ve Önemi

Özel sağlık sigortalarının sağlık finansmanındaki temel işlevlerinden biri, bireylerin sağlık hizmetlerinden kaynaklanan finansal risklerini paylaşarak ek finansal koruma sağlamaktır. Evrensel sağlık kapsayıcılığının temel amacı, bireylerin gerekli sağlık hizmetlerine erişirken finansal güçlüklerle karşılaşmamasıdır (WHO, 2025b). Türkiye’de GSS temel sağlık güvencesini sağlamakla birlikte, özel sağlık hizmetlerinden yararlanma ve farklı hizmet tercihleri nedeniyle bireylerin ek finansal yüklerle karşılaşması mümkündür (TÜİK, 2025).

Bu çerçevede TSS’nin GSS ile birlikte çalışarak belirli sağlık harcamalarının sigorta sistemi içerisinde paylaşılmasına katkı sağlaması, özel sağlık sigortacılığının tamamlayıcı rolünü güçlendirmektedir (SGK, 2013; TSB, 2025b). Özel sağlık sigortasına yönelik talep ise gelir, eğitim, servet ve bireysel özelliklerin yanı sıra sağlık hizmeti tercihlerinden de etkilenmektedir (Gülay ve Attila, 2021; Yayar ve Daşçı, 2020). Dolayısıyla sektörün gelişimi, kamu ve özel finansman arasındaki ilişkinin yanı sıra bireylerin ödeme kapasitesi ve sağlık hizmeti tercihleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

2. Kavramsal, Tarihsel ve Kurumsal Çerçeve

2.1. Kavramsal Tipoloji: İkame Edici, Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası

Uluslararası literatürde gönüllü sağlık sigortaları, kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigortası sistemleriyle ilişkileri temelinde ikame edici, tamamlayıcı ve destekleyici olmak üzere üç temel fonksiyonel grupta değerlendirilmektedir. İkame edici sigorta, belirli nüfus grupları açısından kamu sağlık sigortasının yerine geçerken; tamamlayıcı sigorta, kamu sisteminin karşıladığı hizmetlerde ortaya çıkan katılım payı veya fark ücretleri gibi mali yükleri karşılamaya yönelmekte; destekleyici sigorta ise kamu kapsamında bulunmayan hizmetlere veya kamu hizmetlerine alternatif tercih ve olanaklara erişim sağlamaktadır (Sagan ve Thomson, 2016).

Türkiye’de zorunlu ve kapsayıcı GSS yapısı nedeniyle ikame edici sağlık sigortasının sistem içerisindeki rolü sınırlıdır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile GSS’nin yasal çerçevesinin oluşturulması, özel sağlık sigortalarının temel sağlık güvencesinin alternatifi olmaktan ziyade tamamlayıcı ve destekleyici işlevler üzerinden gelişmesine zemin hazırlamıştır (5510 sayılı Kanun, 2006; SGK, 2023).

Türkiye açısından özellikle TSS, GSS ile bağlantılı yapısı nedeniyle önem taşımaktadır. 28 Haziran 2012 tarihli ve 2012/25 sayılı SGK Genelgesi ile GSS kapsamındaki kişilerin SGK ile sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında karşılaşılabilecekleri belirli ilave ücretlerin özel sigorta kapsamında karşılanmasına ilişkin uygulama çerçevesi oluşturulmuştur (SGK, 2012).

Böylece kamu ve özel finansman arasında tamamlayıcı bir yapı gelişmiştir.

Klasik ÖSS ise GSS'den bağımsız olarak daha geniş teminat, sağlık kuruluşu ve hizmet sağlayıcısı seçimi gibi olanaklar sunabilen ürünlerden oluşmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de ÖSS ve TSS aynı pazar içerisinde yer almakla birlikte farklı finansal ve hizmet tercihlerini karşılayan ürün grupları olarak değerlendirilmelidir (Sevim ve Nal, 2021; Yavaş, 2026).

2.2. Tarihsel Gelişim: Sosyal Güvenlik Reformu Öncesi Dönemden 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı'na

Türkiye'de sağlık finansmanı ve sosyal güvenlik sistemi, Cumhuriyet döneminin önemli bölümünde farklı istihdam gruplarına yönelik ayrı kurum ve mevzuatların oluşturduğu parçalı bir yapı içerisinde gelişmiştir. İşçiler, kamu görevlileri, bağımsız çalışanlar ve tarım çalışanları için farklı sosyal sigorta düzenlemelerinin oluşturulması; zaman içerisinde prim, hak ve hizmet sunumu bakımından farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Sevim ve Nal, 2021).

1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu sonrasında işçi sigortaları alanında 4772 ve 4792 sayılı düzenlemeler; 1949 yılında 5417 ve 5434 sayılı kanunlar; 1950 yılında 5502 sayılı Kanun ve 1971 yılında 1479 sayılı Bağ-Kur düzenlemesi ile sosyal güvenlik kapsamı farklı gruplara genişletilmiştir. Tarım çalışanlarına yönelik 2925 ve 2926 sayılı düzenlemeler de bu yapının kapsamını genişletmiştir. Böylece uzun yıllar SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi ayrı kurumsal yapıların bulunduğu çok parçalı bir sosyal güvenlik sistemi oluşmuştur (Başoğlu, 2021; Sevim ve Nal, 2021).

Bu parçalı yapı sağlık hizmetlerine erişim ve finansman bakımından farklılıkların ortaya çıkmasına neden olurken, 1992 yılında 3816 sayılı Kanun ile sağlık güvencesi bulunmayan düşük gelirli gruplara yönelik Yeşil Kart uygulaması geliştirilmiştir. Ancak sistemin farklı kurumsal yapılar üzerinden yürütülmesi, sosyal güvenlik ve sağlık finansmanında bütünleşme ihtiyacını sürdürmüştür (Özsarı ve Güdük, 2020; Sevim ve Nal, 2021).

Özel sağlık sigortacılığı da bu yapı içerisinde, özellikle 1980 sonrası dönemde özel sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve orta-üst gelir gruplarının alternatif sağlık hizmetlerine yönelmesiyle büyümüştür. Bununla birlikte reform öncesinde ÖSS, kamu sistemiyle sınırlı entegrasyona sahip ve ağırlıklı olarak yüksek gelir grupları ile kurumsal müşterilere yönelik bir pazar niteliğindeydi. Ürün koşulları, bekleme süreleri ve uzun dönemli sigortalılık haklarının standartlaşma düzeyi de günümüzdeki düzenleyici çerçeveye göre daha sınırlıydı (Özsarı ve Güdük, 2020; Sevim ve Nal, 2021; Yavaş, 2026).

2000’li yılların başında sosyal güvenlik kurumlarının mali sürdürülebilirliği, hizmete erişimdeki farklılıklar ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinsizlikler reform ihtiyacını güçlendirmiştir. Bu koşullar, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel gerekçeleri arasında yer almış; program kapsamında sosyal güvenlik yapısının bütünleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunun ayrıştırılması ve kapsayıcı bir GSS sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir (Başoğlu, 2021; Sevim ve Nal, 2021).

2.3. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Özel Sağlık Sigortalarının Konumu: Pazarın Yeniden Şekillenmesi

2006 yılında kabul edilen 5510 sayılı Kanun, GSS'nin yasal çerçevesini oluşturarak sağlık finansmanında daha bütünleşik bir yapının temelini atmıştır (5510 sayılı Kanun, 2006; SGK, 2023). GSS'nin temel sağlık güvencesindeki merkezi konumu, özel sağlık sigortalarının Türkiye'deki işlevini de yeniden şekillendirmiştir. ÖSS, temel kamu güvencesinin alternatifi olmaktan ziyade bireylere ek finansal koruma, hizmet sağlayıcısı seçimi ve farklı sağlık hizmetlerine erişim gibi olanaklar sunan bir yapı içerisinde gelişmiştir.

GSS sonrasında klasik ÖSS ürünlerinin konumunda belirli bir belirsizlik ortaya çıkmış; kamu güvencesinin genişlemesi, özel sigortanın temel sağlık finansmanındaki rolünü yeniden tanımlamıştır. Buna karşılık GSS kapsamındaki kişilerin özel sağlık kuruluşlarında karşılaşılabileceği belirli ilave ücretlerin sigorta kapsamında karşılanmasına imkan sağlayan 2012/25 sayılı SGK Genelgesi, kamu ve özel sigorta sistemleri arasında daha güçlü bir entegrasyonun önünü açmıştır (SGK, 2012).

2013 tarihli Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ise özel sağlık sigortalarının ürün ve sözleşme yapısına ilişkin önemli kurallar getirmiş; bilgilendirme, bekleme süreleri, Ömür Boyu Yenileme Garantisi, plan değişikliği, geçiş işlemleri ve sağlık bilgilerinin korunması gibi konularda düzenleyici çerçeveyi güçlendirmiştir. Yönetmeliğin kapsamı, 2025 yılında yapılan değişikliklerle güncellenmiş ve 10 Aralık 2025 tarihli 2025/28 sayılı Genelge ile uygulama esasları ayrıntılandırılmıştır.

Bu gelişmeler sonucunda özel sağlık sigortacılığı pazarında TSS'nin ağırlığı artarken, klasik ÖSS farklı teminat ve hizmet tercihlerini karşılayan bir ürün grubu olarak varlığını sürdürmüştür (TSB, 2025a; Yavaş, 2026). TSS'nin daha geniş bir potansiyel sigortalı kitlesine ulaşması, özel sağlık sigortacılığının yalnızca yüksek gelir gruplarına yönelik bir pazar olmaktan uzaklaşmasına katkı sağlamıştır. Bununla birlikte ÖSS ve TSS'nin birbirinin doğrudan ikamesi olmadığı; ürün kapsamı, prim düzeyi, hizmet ağı ve GSS ile ilişkileri bakımından farklılaştığı dikkate alınmalıdır.

2.4. Düzenleyici ve Kurumsal Mimari: SEDDK, TSB ve Tüketiciyi Koruma Standartları

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının hukuki ve kurumsal yapısının temelinde 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ile özel sağlık sigortalarına ilişkin ikincil düzenlemeler bulunmaktadır. Sigortacılık sektörünün düzenlenmesi ve denetlenmesinde SEDDK temel kurumsal aktör konumunda bulunurken, Türkiye Sigorta Birliği (TSB) sektörün mesleki temsil ve koordinasyon yapısı içerisinde faaliyet göstermektedir (5684 sayılı Kanun, 2007).

Özel sağlık sigortaları bakımından önemli düzenlemelerden biri 2013 tarihli Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği olmuştur. Yönetmelik; bilgilendirme, bekleme süreleri, Ömür Boyu Yenileme Garantisi, plan değişikliği, geçiş işlemleri, sağlık bilgileri ve tamamlayıcı/destekleyici sağlık sigortası ürünleri gibi alanlarda temel kurallar getirmiştir. 2025 yılında gerçekleştirilen mevzuat değişikliği ve SEDDK’nın 2025/28 sayılı Genelgesi ile uygulama esasları güncellenmiş; böylece uzun dönemli sigortalılık ve

tüketicinin bilgilendirilmesine ilişkin düzenleyici çerçeve yeniden ele alınmıştır.

Dijitalleşmeyle birlikte veri yönetimi de sağlık sigortacılığının önemli düzenleme alanlarından biri haline gelmiştir. Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi tarafından sağlanan veri altyapısı risk değerlendirmesi ve hasar yönetimi açısından önem taşıırken, sağlık verilerinin hassas niteliği kişisel verilerin korunması ve veri güvenliği bakımından özel yükümlülükleri beraberinde getirmektedir (SBM, 2025; KVKK, 2016). Bu nedenle sektörün geleceğinde finansal ve aktüeryal düzenlemelerin yanı sıra veri güvenliği, mahremiyet ve teknolojik uygulamalara ilişkin yönetim standartları da önem taşımaktadır.

3. Ürün Mimarisi, Pazar Dinamikleri ve Ekonomik Göstergeler

3.1. Ürün Mimarisi ve Tüketici Tercihleri: Teminatlar, Bekleme Süreleri ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG)

Özel Özel sağlık sigortası ürünlerinin yapısı; teminat kapsamı, limitler, istisnalar, bekleme süreleri, anlaşmalı sağlık kuruluşu ağı, katkı payları ve uzun dönemli yenileme koşulları gibi unsurlar üzerinden şekillenmektedir. Bu unsurlar yalnızca sigortacının risk yönetimini değil, bireylerin poliçe tercihlerini ve sigorta algısını da etkilemektedir. Bu nedenle ürün tasarımı finansal sürdürülebilirlik ile tüketici açısından anlaşılabilirlik ve öngörülebilirlik arasında denge kurulması önemlidir.

3.1.1. Tüketici Tercihleri ve Sağlık Sigortası Okuryazarlığı

Sağlık sigortasına yönelik talep, gelir ve ödeme kapasitesinin yanı sıra bireylerin sağlık hizmeti kullanım tercihleri, risk algıları ve sigorta konusundaki bilgi düzeylerinden etkilenmektedir (Gülay ve Attila, 2021; Yayar ve Daşçı, 2020). Sağlık sigortası okuryazarlığının düşük olması; teminat kapsamı, istisnalar, bekleme süreleri, katılım payları ve poliçe yenileme koşullarının yanlış anlaşılmasına yol açabilmektedir. Bu durum hem tüketici memnuniyetini hem de sigorta şirketlerine duyulan güveni etkileyebileceğinden, açık bilgilendirme ve karşılaştırılabilir ürün yapıları önem taşımaktadır.

Tüketici açısından poliçenin yalnızca prim düzeyiyle değil, kapsam ve kullanım koşullarıyla birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle düşük primli ürünlerde teminat limitleri, anlaşmalı kurum ağı, bekleme süreleri ve kapsam dışı bırakılan hizmetler dikkate alınmadığında, poliçe ile beklenen koruma arasında farklılık oluşabilmektedir.

3.1.2. Teminat Yapısı, Bekleme Süreleri ve Tüketici Memnuniyeti

Özel sağlık sigortalarında teminatların kapsamı, sigortalının hangi hizmetlerden ve hangi koşullarda yararlanabileceğini belirleyen temel unsurdur. Yatarak ve ayakta tedavi, ileri tanı yöntemleri, ilaç, diş ve benzeri ek teminatlar ürünün kapsamını ve primini farklılaştırabilmektedir. Bunun yanında mevcut hastalıklar, istisnalar, limitler ve bekleme süreleri riskin fiyatlandırılmasında kullanılan araçlardır.

Bekleme süreleri ve kapsam dışı durumlar, özellikle poliçenin ilk döneminde tüketicinin hizmet kullanımını

sınırlayabilmektedir. Bu nedenle poliçe öncesi bilgilendirmenin açık ve anlaşılır olması, tüketici beklentilerinin gerçekçi biçimde oluşturulması açısından önemlidir. Tüketici memnuniyeti yalnızca hizmetin sunulmasıyla değil, poliçenin kapsamının anlaşılabilirliği ve hasar/provizyon süreçlerinin öngörülebilirliğiyle de ilişkilidir.

3.1.3. Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG)

Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG), uzun süreli özel sağlık sigortacılığında sigortalının gelecekteki sağlık riskleri karşısında güvence sürekliliği açısından önemli bir unsurdur. Sigortalının yaşlanması veya sağlık durumunda değişiklik meydana gelmesi sonrasında poliçenin devamlılığına ilişkin güvence, uzun dönemli sigorta talebini destekleyebilmektedir.

Bu nedenle ÖBYG'nin kazanılması ve korunmasına ilişkin kriterlerin açık olması, şirket değişikliğinde kazanılmış hakların korunması ve prim artışlarının öngörülebilirliği tüketici güveni bakımından önem taşımaktadır. Türkiye’de 2013 tarihli Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile başlayan düzenleyici çerçeve, 2025–2026 dönemindeki değişikliklerle uzun süreli sigortalılık ve tüketicinin bilgilendirilmesi bakımından yeniden güncellenmiştir (Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 2013; SEDDK, 2025b; SEDDK, 2026).

3.2. Pazarın Gelişimi: Prim Üretimi, Sigortalı Sayısı, Hasar/Prim Oranları ve Teknik Kârlılık

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı son yıllarda prim üretimi ve sigortalı sayısı bakımından önemli bir büyüme göstermiştir. Türkiye Sigorta Birliği’nin 2024 yılı verilerine göre sağlık/sickness branşında prim üretimi yaklaşık 136,6 milyar TL’ye ulaşmış ve bir önceki yıla

göre yaklaşık %94 artmıştır. Branşın toplam sigorta primleri içerisindeki payı %18,5 olarak gerçekleşirken, hasar/prim oranı %75 ve teknik kârı yaklaşık 19,8 milyar TL olmuştur (TSB, 2025a).

Sigortalı sayılarındaki değişim de pazarın genişlediğini göstermektedir. 2024 yılında özel sağlık sigortası kapsamındaki kişi sayısı yaklaşık 2,8 milyona yükselirken, tamamlayıcı sağlık sigortasında sigortalı sayısı yaklaşık 5,2 milyon seviyesine ulaşmıştır (TSB, 2025a). Bu görünüm, TSS'nin özel sağlık sigortacılığı içerisindeki ağırlığının arttığını ve pazarın daha geniş bir tüketici kitlesine ulaştığını göstermektedir.

Bununla birlikte prim üretimindeki artış tek başına sektörün sürdürülebilirliğini göstermemektedir. Sağlık hizmeti kullanımındaki artış, sağlık hizmeti fiyatları ve medikal enflasyon hasar maliyetlerini yükseltebilmekte; bu nedenle prim artışı ile teknik sonuçlar birlikte değerlendirilmelidir. Hasar/prim oranı ve teknik kârlılık, sigorta şirketlerinin risk yönetimi ve fiyatlandırma performansını izlemek açısından temel göstergelerdir.

3.3. Klasik ÖSS ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ayrışması: Portföy Değişimi

GSS'nin yaygınlaşması ve 2012 sonrasında TSS uygulamasının gelişmesi, özel sağlık sigortası pazarının ürün bileşimini değiştirmiştir. Klasik ÖSS daha geniş teminat ve hizmet sağlayıcısı seçeneklerine yönelik talebi karşılarken, TSS GSS kapsamındaki bireylerin özel sağlık hizmetlerinden yararlanırken karşılaşılabileceği belirli ilave maliyetlerin sigorta kapsamında paylaşılmasına imkan sağlamaktadır (SGK, 2012; TSB, 2025a).

Bu iki ürün grubunun farklı tüketici ihtiyaçlarına yanıt vermesi nedeniyle TSS'nin büyümesi klasik ÖSS'nin

tamamen ortadan kalktığı anlamına gelmemektedir. Klasik ÖSS daha geniş ürün ve hizmet seçeneklerine yönelik talebini sürdürürken, TSS daha düşük prim düzeyi ve GSS ile bağlantılı yapısı sayesinde daha geniş bir potansiyel sigortalı kitlesine ulaşabilmektedir. Nitekim 2024 yılında TSS'deki yaklaşık 5,2 milyon sigortalı ile özel sağlık sigortasındaki yaklaşık 2,8 milyon sigortalı arasındaki fark, iki ürün grubunun pazar büyüklüğündeki ayrışmayı göstermektedir (TSB, 2025a).

3.4. Sağlık Harcamaları, Medikal Enflasyon ve Fiyatlandırma Çıkmazı

Özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliği, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile sigorta primlerinin erişilebilirliği arasındaki dengenin kurulmasına bağlıdır. Türkiye’de sağlık harcamalarındaki artış, bu dengenin önemini artırmaktadır. TÜİK’in 2024 yılı verilerine göre toplam sağlık harcaması 2,36 trilyon TL’ye ulaşmış; genel devlet sağlık harcamalarının payı %76,1, özel sektörün payı ise %23,9 olmuştur. Hanehalklarının cepten sağlık harcamaları yaklaşık 442,4 milyar TL ile toplam sağlık harcamalarının %18,8’ini oluşturmuştur (TÜİK, 2025).

Sağlık hizmetlerinin fiyatlarında ve kullanım maliyetlerinde meydana gelen artışlar, sigorta şirketlerinin hasar maliyetlerini ve dolayısıyla primleri etkileyebilmektedir. Medikal enflasyonun yüksek seyretmesi; sağlık kuruluşlarının fiyatları, ilaç ve tıbbi malzeme maliyetleri, teknolojik hizmetlerin kullanımı ve sağlık hizmetlerine yönelik talep gibi faktörlerle birlikte fiyatlandırma baskısını artırmaktadır (WTW, 2025; Yavaş, 2026).

Bu durum sektörde iki yönlü bir sorun yaratmaktadır. Primlerin maliyet artışlarına uyum sağlayacak ölçüde

yükseltilmesi sigortacının teknik dengesini korumaya yardımcı olurken, yüksek primler tüketicilerin sigortaya erişimini ve poliçelerini sürdürme kapasitesini sınırlandırmaktadır. Buna karşılık primlerin maliyet artışlarının gerisinde kalması, hasar/prim oranlarının yükselmesine ve teknik sürdürülebilirliğin zayıflamasına neden olabilir. Dolayısıyla sağlık sigortacılığında fiyatlandırma, yalnızca maliyetleri yansıtmaya değil, aynı zamanda erişilebilirlik ve uzun dönemli sigortalılık sürekliliğini gözetme sorunudur.

Bu çerçevede sürdürülebilir fiyatlandırma; doğru risk değerlendirmesi, uygun teminat tasarımı, sağlık hizmeti kullanımının etkin yönetimi, veri analitiği ve sigortacı-sağlık hizmeti sunucusu ilişkilerinin geliştirilmesiyle desteklenmelidir. Böylece primlerin yalnızca maliyet artışlarına tepki olarak yükseltilmesi yerine, maliyet ve risk yönetimini birlikte ele alan daha dengeli bir yaklaşım geliştirilebilir.

4. Özel Sağlık Sigortacılığında Yapısal Sorunlar ve Operasyonel Dinamikler

4.1. Bilgi Asimetrisi: Ters Seçim ve Ahlaki Tehlike

Sağlık Sağlık sigortacılığında tarafların risk ve sağlık hizmeti kullanımı hakkında aynı bilgi düzeyine sahip olmaması bilgi asimetrisine yol açmaktadır. Bu sorun, poliçe öncesinde ters seçim, poliçe sonrasında ise ahlaki tehlike şeklinde ortaya çıkarak sigorta havuzunun risk yapısını ve aktüeryal dengeyi etkileyebilmektedir (Sevim ve Nal, 2021).

Ters seçim, sağlık riskinin daha yüksek olduğunu bilen bireylerin sigorta satın alma konusunda daha güçlü talep göstermesi, düşük riskli bireylerin ise sigortayı daha az gerekli görmesi durumudur. Risk havuzunun yüksek riskli

bireyler lehine değişmesi, primlerin yükselmesine ve düşük riskli bireylerin sistemden uzaklaşmasına neden olabilecek bir döngü oluşturabilir (Daroudi vd., 2025). Türkiye’de yapılan çalışmalar da sağlık riski algısının özel sağlık sigortasına yönelik talep ve tutumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Akyol ve Umut, 2024; şahin ve Ertaş, 2025). Bu nedenle sigorta ürünlerinin kapsamı, istisnaları ve mali sonuçları konusunda tüketicilerin bilgilendirilmesi, bilgi asimetrisinin azaltılması açısından önem taşımaktadır (avmak, 2025).

Ahlaki tehlike ise sigorta kapsamının, sigortalının sağlık hizmeti kullanım davranışını etkileyebilmesiyle ilişkilidir. Hizmet maliyetinin tamamının veya önemli bir bölümünün doğrudan sigortalı tarafından karşılanmaması, bazı durumlarda daha fazla sağlık hizmeti kullanımına yönelik teşvik oluşturabilmektedir (Güdük vd., 2023). Bununla birlikte hizmet kullanımındaki her artış ahlaki tehlike olarak değerlendirilmemeli; sigortanın daha önce karşılanamayan sağlık ihtiyaçlarına erişimi kolaylaştırabileceği de dikkate alınmalıdır. Bu nedenle temel amaç, gerekli sağlık hizmetlerine erişimi korurken gereksiz kullanımı sınırlandıracak maliyet ve kontrol mekanizmaları geliştirmektir.

4.2. Sigortacı–Sağlık Hizmeti Sunucusu İlişkileri ve Geri Ödeme Mekanizmaları

Özel sağlık sigortacılığının operasyonel sürdürülebilirliği, sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sözleşmesel ve finansal ilişkilere bağlıdır. Artan tıbbi maliyetler, enflasyon ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler; fiyatlandırma, hizmet kapsamı ve geri ödeme koşullarının sürekli yeniden

değerlendirilmesini gerektirmektedir (Özsarı ve Güdük, 2020; WTW, 2025).

Sağlık kuruluşlarının ilaē, tıbbi malzeme, teknoloji ve personel giderlerindeki artış hizmet fiyatlarına yansırken, bu durum sigorta şirketlerinin hasar maliyetlerini yükseltmektedir. Sigorta şirketleri ise tüketicici aēısından sürdürülebilir prim düzeyini ve teknik dengeyi korumak amacıyla maliyetleri kontrol etmeye ēalıřmaktadır (Kara, 2024; TSB, 2026). Bu nedenle taraflar arasında fiyat, hizmet kapsamı ve geri ödeme koşullarına ilişkin pazarlıklar önem kazanmakta; özellikle büyük sağlık kuruluşları karşısında pazarlık gücündeki farklılıklar, küçük lēekli sigorta şirketlerinin geniş sağlık kuruluşu ağları oluşturmasını zorlaştırabilmektedir (zsarı ve Güdük, 2020; WTW, 2025).

Geri deme yöntemi de sağlık hizmetlerinin maliyet yapısını ve tarafların teşviklerini etkileyen temel araēlardan biridir. Hizmet başına ödeme, her hizmetin ayrı ücretlendirilmesi nedeniyle hizmet hacmini artırıcı teşvikler oluşturabilirken; paket ödeme, belirli bir tedavi veya işlem grubu iēin önceden belirlenen ücret üzerinden maliyetlerin daha öngörülebilir olmasını ve maliyet verimliliğini destekleyebilir (OECD, 2024). Türkiye’de TSS pazarının gelişmesiyle birlikte özel sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmelerde paket ve benzeri maliyet kontrol mekanizmalarının önemi artmaktadır (TSB, 2026). Geri deme sistemlerinin temel amacı, sağlık hizmeti sunucularının finansal sürdürülebilirliği ile sigorta şirketlerinin maliyet kontrolünü ve hizmet kalitesini birlikte gözetmektir.

Bu ēerēevede sigorta şirketlerinin performansı yalnızca prim retimiiyle değil; hasar yönetimi, provizyon sreēleri,

sağlık kuruluşu ağı ve operasyonel giderlerin etkin yönetimiyle birlikte değerlendirilmelidir. Maliyet ve operasyon süreçlerini etkin yöneten şirketlerin daha sürdürülebilir sonuçlara ulaşabildiği belirtilmektedir (Akkurt ve Umut, 2023; Coşkun ve Ağırbaş, 2024). Dijital provizyon ve otomatik kontrol sistemleri de bu verimliliği destekleyebilecek araçlar arasında yer almaktadır.

4.3. Demografik Dönüşüm, Nüfusun Yaşlanması ve Kronik Hastalıkların Yönetimi

Türkiye’de doğurganlık oranlarının düşmesi ve yaşam süresinin uzaması, nüfusun yaşlanma eğilimini güçlendirmektedir (TÜİK, 2026). Bu dönüşüm, kronik hastalıkların ve uzun süreli bakım ihtiyaçlarının önemini artırırken sağlık finansmanı ve özel sağlık sigortacılığının aktüeryal yapısı üzerinde de baskı oluşturmaktadır.

Yaşlı nüfusun ve kronik hastalık yükünün artması, sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacını ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Kronik hastalıkların uzun süreli takip, ilaç ve tedavi gerektirmesi, sağlık finansmanında kısa dönemli hizmet kullanımından uzun dönemli maliyet yönetimine geçişi gerekli kılmaktadır (Diğer vd., 2025). Yaş ve kronik hastalık riskinin yükselmesi, sigorta havuzunda beklenen sağlık giderlerini artırmaya başlayacağından aktüeryal fiyatlandırma ve risk yönetiminin önemini de güçlendirmektedir. Bununla birlikte yüksek sağlık giderleri karşısında özel ve tamamlayıcı sağlık sigortalarının finansal koruma işlevi daha görünür hale gelmektedir (Cece vd., 2026).

Demografik değişim sigorta talebini de etkileyebilmektedir. Yaşın ilerlemesi ve sağlık riskinin yükselmesi, bireylerin sağlık güvencesine yönelik algılarını ve sigorta talebini artırmaktadır (Daroudi

vd., 2025). Türkiye’deki çalışmalar, yaş, algılanan sağlık riski ve gelecekteki sağlık güvencesine ilişkin kaygıların ÖSS ve TSS’ye yönelik tutumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Akyol ve Umut, 2024; Şahin ve Ertaş, 2025; Ekiyor ve Akçınar, 2023). Bununla birlikte yaşlı veya kronik hastalığı bulunan bireylerde artan sigorta maliyetleri ve teminat sınırlamaları, sigortaya erişimi güçleştirebilir. Dolayısıyla yaşlanan nüfus sektör açısından hem artan talep potansiyeli hem de yükselen risk maliyeti anlamına gelmektedir.

Bu dönüşüm, özel sağlık sigortacılığında yalnızca tedavi giderlerinin karşılanmasına dayalı yaklaşımların yanında kronik hastalıkların izlenmesi, düzenli kontroller ve koruyucu sağlık uygulamalarını içeren modellerin önemini artırmaktadır. Sigorta okuryazarlığının geliştirilmesi de poliçe kapsamı ve geçmiş hastalık uygulamalarına ilişkin beklenti uyumsuzluklarının azaltılması açısından önemlidir (Çavmak, 2025; Orhaner ve Yavaş, 2023). Böylece özel sağlık sigortacılığının yalnızca hasar sonrası ödeme yapan bir yapıdan, riskleri erken belirleyen ve kronik hastalık yönetimini destekleyen bir yapıya doğru gelişmesi mümkün olabilir.

5. Dijitalleşme, Teknolojik Dönüşüm ve Gelecek Perspektifi

Modern Sağlık sigortacılığı, dijitalleşme ve yeni teknolojilerin etkisiyle geleneksel süreçlerden daha veri temelli ve otomatik yapılara doğru dönüşmektedir. Yapay zeka, makine öğrenmesi ve büyük veri analitiği; risk değerlendirme, provizyon, hasar yönetimi ve müşteri hizmetlerinde kullanılırken, tele-sağlık ve dijital sağlık uygulamaları da sigorta ürünlerinin kapsamını ve hizmet

sunum biçimlerini değiştirmektedir (Alkhelb ve Alshagrawi, 2025; European Commission, 2025).

5.1. Dijital Sağlık ve Insurtech: Yapay Zeka Destekli Provizyon ve Suistimal Önleme

Insurtech, sigortacılık süreçlerinde dijital teknolojilerin kullanımını ifade etmekte ve özel sağlık sigortacılığında operasyonel verimlilik ile maliyet yönetimini destekleyen önemli araçlardan biri haline gelmektedir. Yapay zeka uygulamaları; risk değerlendirme, fiyatlandırma, provizyon, hasar sınıflandırması ve müşteri hizmetlerinde kullanılabilmektedir (Alkhelb ve Alshagrawi, 2025; Ramezani-A vd., 2025).

Yapay zekanın önemli kullanım alanlarından biri de sigorta suistimallerinin tespitidir. Makine öğrenmesi modelleri, geçmiş hasar ve fatura verilerindeki örüntüleri analiz ederek olağandışı işlemlerin belirlenmesine yardımcı olabilmektedir. Türkiye’de Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi’nin merkezi veri altyapısı da hasar ve poliçe bilgilerinin değerlendirilmesini ve risk yönetimini desteklemektedir (du Preez vd., 2025; SBM, 2025).

Bununla birlikte dijitalleşme yalnızca teknolojik kapasitenin artırılması olarak değerlendirilmemelidir. Algoritmik kararların şeffaflığı, veri güvenliği, adalet ve insan denetimi de dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla dijital sağlık sigortacılığında teknolojik verimlilik ile sigortalı haklarının korunması arasında denge kurulması temel bir yönetim sorundur.

5.2. Tele-Sağlık Entegrasyonu ve Sağlık Veri Alanlarının Yönetimi

Tele-sağlık uygulamaları, özellikle pandemi sonrasında uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik ilgiyi

artırmış ve sigorta şirketleri açısından yeni hizmet ve geri ödeme modellerini gündeme getirmiştir. Uzaktan hekim görüşmeleri ve takip hizmetleri sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırırken, bazı durumlarda yüz yüze hizmet kullanımını ve buna bağlı maliyetleri azaltmaya katkı sağlayabilmektedir (Li vd., 2024).

Bununla birlikte tele-sağlığın sigorta kapsamına alınması; geri ödeme, fiyatlandırma, hizmet kalitesi ve suistimalin önlenmesi gibi konularda yeni düzenlemeleri gerekli kılmaktadır. Bu nedenle tele-sağlığın sürdürülebilir bir sigorta teminatına dönüşmesi, açık geri ödeme kuralları ve uygun denetim mekanizmalarıyla desteklenmelidir (Li vd., 2024).

Dijital sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlık verilerinin güvenli biçimde paylaşılmasını ve işlenmesini de gerektirmektedir. Türkiye’de sağlık verileri, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında özel nitelikli kişisel verilere ilişkin kurallara tabidir. Bu nedenle sigorta şirketleri, sağlık kuruluşları ve dijital sağlık platformları arasındaki veri aktarımında güvenlik, yetkilendirme, veri minimizasyonu ve hukuka uygun işleme ilkeleri gözetilmelidir (KVKK, 2016; SBM, 2025).

Uluslararası düzeyde Avrupa Sağlık Veri Alanı (EHDS), sağlık verilerinin güvenli ve standart biçimde paylaşılması ile birlikte çalışabilirliğin geliştirilmesine yönelik önemli bir örnek oluşturmaktadır. Bu gelişmeler, Türkiye açısından sağlık verilerinin standartlaştırılması ve güvenli dijital altyapıların geliştirilmesi bakımından referans niteliğindedir (European Commission, 2025).

5.3. Yeni Nesil Sigortacılık: Değer Bazlı, Önleyici ve Yaşlı Bakım Modelleri

Özel sağlık sigortacılığındaki dönüşüm, yalnızca gerçekleşen sağlık harcamalarının karşılanmasından, sağlık risklerinin daha erken yönetilmesine ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine odaklanan modellere doğru ilerlemektedir. Bu dönüşüm değer bazlı ödeme, önleyici sağlık ve uzun dönemli bakım olmak üzere üç temel alanda değerlendirilebilir (WTW, 2025).

5.3.1. Değer Bazlı Sağlık Sigortacılığı

Değer bazlı yaklaşımlar, hizmet miktarından çok elde edilen sağlık sonuçlarına ve yaratılan değere odaklanmaktadır. Bu yaklaşım gereksiz veya düşük değerli hizmet kullanımının azaltılması, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi ve sağlık harcamalarının daha etkin yönetilmesi açısından potansiyel taşımaktadır (OECD, 2024; WTW, 2025). Türkiye’de yaygınlaşması halinde sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sözleşmelerin yalnızca fiyat üzerinden değil, kalite ve sağlık çıktıları üzerinden de yapılandırılması gerekecektir.

5.3.2. Önleyici Sağlık ve Davranışsal Sigortacılık

Yeni nesil ürünlerde sigortalının yalnızca hastalık ortaya çıktığında desteklenmesi yerine, sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesi de önem kazanmaktadır. Giyilebilir teknolojiler, mobil sağlık uygulamaları ve uzaktan izleme sistemleri, sağlık göstergelerinin ve bazı davranışların izlenmesine olanak sağlayarak risklerin erken belirlenmesine katkıda bulunabilir (Bazyar vd., 2022; Li vd., 2024). Bununla birlikte bu uygulamalarda kişisel sağlık verilerinin kullanılması nedeniyle

mahremiyet, veri güvenliği ve ayrımcılık riskleri dikkate alınmalıdır.

5.3.3. Yaşlı Bakım ve Uzun Dönemli Bakım Modelleri

Türkiye'nin yaşlanan nüfus yapısı, sağlık sigortacılığında akut tedavinin yanında uzun dönemli bakım ihtiyaçlarının da dikkate alınmasını gerekli kılmaktadır. Evde bakım, rehabilitasyon, palyatif bakım ve uzun süreli destek hizmetleri gelecekte daha önemli hale gelebilecektir (TÜİK, 2026). Bu durum, özel sağlık sigortasında mevcut ürünlerin yeniden tasarlanmasını ve uzun dönemli bakım risklerine yönelik finansman modellerinin geliştirilmesini gündeme getirmektedir (OECD, 2024).

5.4. Gelecek Senaryoları ve Türkiye İçin 2030 Politika Yol Haritası

Türkiye'de sağlık finansmanının geleceği, kamu kaynaklarının sürdürülebilirliği ile bireylerin sağlık harcamalarına karşı finansal korunmasının birlikte sağlanmasına bağlıdır. Bu çerçevede ÖSS ve TSS'nin gelişimi, kamu sisteminin yerine geçen yapılar olarak değil, mevcut finansman sistemini destekleyen ve bireylerin finansal risklerini paylaşan araçlar olarak değerlendirilmelidir (Diğer vd., 2025; OECD, 2024).

Özel sağlık sigortacılığının geleceğini sınırlayan temel sorunlar arasında medikal enflasyon, artan sağlık hizmeti maliyetleri ve bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Bu nedenle sürdürülebilir bir piyasa; erişilebilir primler, doğru risk fiyatlandırması, sigorta okuryazarlığının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını destekleyen mekanizmaların birlikte ele alınmasını gerektirmektedir

(WTW, 2025; Yavaş, 2026; Daroudi vd., 2025; Güdük vd., 2023; avmak, 2025).

5.4.1. 2030 İçin ncelikli Politika Alanları

Türkiye’de 2030 perspektifinde sağlık sigortacılığı politikalarının üç temel eksende geliştirilmesi önerilebilir:

Birinci eksen: Kamu–zel finansman uyumunun güçlendirilmesi. GSS ile TSS ve diğer özel sağlık sigortası ürünleri arasındaki sınırların daha açık hale getirilmesi, tüketicilerin hangi hizmetin hangi finansman mekanizması tarafından karşılandığını anlamasını kolaylaştırabilir. İşveren destekli grup sigortalarının ve uygun teşvik mekanizmalarının geliştirilmesi de özel sigortanın daha geniş kesimlere ulaşmasına katkı sağlayabilir (CSBB, 2023).

İkinci eksen: Değer ve maliyet odaklı geri ödeme modellerinin geliştirilmesi. Medikal maliyetlerin yükseldiği ortamda paket ödeme, kalite göstergeleri ve risk paylaşımını içeren modellerin yaygınlaştırılması, sigorta şirketleri ile sağlık kuruluşları arasındaki maliyet yönetimini güçlendirebilir (OECD, 2024; WTW, 2025).

nc eksen: Dijital sağlık ve veri yönetişiminin güçlendirilmesi. Yapay zeka destekli provizyon, dijital sağlık hizmetleri ve sağlık verilerinin birlikte çalışabilirliği için güvenli ve şeffaf bir dijital altyapının geliştirilmesi gerekmektedir. KVKK ile uyumlu veri yönetişimi, algoritmik şeffaflık ve bireylerin sağlık verileri üzerindeki kontrolünün korunması, yeni nesil sigorta ürünlerinin sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır (European Commission, 2025; KVKK, 2016).

Bu çerçevede 2030 perspektifi, özel sağlık sigortacılığında yalnızca pazarın büyütülmesini değil; erişilebilirlik, finansal sürdürülebilirlik, teknolojik dönüşüm ve sigortalı haklarının birlikte gözetildiği bir yapının oluşturulmasını gerektirmektedir.

6. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının gelişimi, sağlık finansman sistemindeki dönüşümler, artan sağlık hizmeti maliyetleri, değişen tüketici beklentileri ve teknolojik gelişmelerle birlikte şekillenmektedir. Genel Sağlık Sigortası (GSS), sağlık hizmetlerine yönelik temel kamu güvencesini oluştururken; Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), bireylerin farklı sağlık hizmeti tercihleri ve finansal riskleri karşısında ek koruma sağlayan mekanizmalar olarak konumlanmaktadır (SGK, 2023; WHO, 2025b; TSB, 2025b).

Çalışmada ortaya konulduğu üzere, Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının gelişimi yalnızca sigortalı sayısındaki ve prim üretimindeki artışla değerlendirilmemelidir. Pazarın sürdürülebilirliği; sağlık hizmeti maliyetleri, medikal enflasyon, hasar/prim dengesi, teknik kârlılık, tüketici erişilebilirliği ve sigorta ürünlerinin uzun dönemli sürdürülebilirliğiyle birlikte ele alınmalıdır. Özellikle TSS’nin son yıllarda genişlemesi, özel sağlık sigortacılığının daha geniş bir tüketici kitlesine ulaşmasına katkı sağlarken, ÖSS’nin daha geniş teminat ve hizmet seçeneğine dayalı konumunu koruduğu görülmektedir.

Sektörün karşı karşıya olduğu yapısal sorunlar da gelecekteki gelişimin temel belirleyicileri arasındadır. Bilgi asimetrisi, ters seçim ve ahlaki tehlike sigorta risklerinin yönetimini zorlaştırırken; sağlık hizmeti

sunucuları ile sigorta şirketleri arasındaki fiyatlandırma ve geri ödeme ilişkileri maliyet kontrolünü önemli hale getirmektedir. Yaşlanan nüfus ve kronik hastalık yükündeki artış ise sağlık finansmanında kısa dönemli tedavi maliyetlerinin yanında uzun dönemli bakım risklerinin de dikkate alınmasını gerektirmektedir.

Bu koşullar, özel sağlık sigortacılığında yalnızca hasar gerçekleştiğinde ödeme yapan geleneksel yaklaşımın ötesine geçilmesini gerekli kılmaktadır. Değer bazlı geri ödeme, önleyici sağlık uygulamaları, davranışsal sigortacılık ve uzun dönemli bakım modelleri, gelecekte ürün tasarımının önemli alanları arasında yer alabilir. Bu dönüşümün temelinde ise maliyet kontrolü ile sağlık hizmetlerine erişim ve kalite arasındaki dengenin korunması bulunmaktadır (OECD, 2024; WTW, 2025).

Teknolojik dönüşüm de sektörün geleceğinde belirleyici olacaktır. Yapay zeka ve makine öğrenmesi; risk değerlendirme, provizyon, hasar yönetimi ve suistimal tespitinde operasyonel verimliliği destekleyebilirken, tele-sağlık ve dijital sağlık uygulamaları hizmet sunumunun biçimini değiştirmektedir (Alkhelb ve Alshagrawi, 2025; Li vd., 2024). Ancak bu dönüşümün sürdürülebilirliği; sağlık verilerinin korunması, algoritmik şeffaflık, veri güvenliği ve insan denetimi gibi yönetim ilkelerinin güçlendirilmesine bağlıdır (European Commission, 2025; KVKK, 2016).

Bu çerçevede Türkiye'nin 2030 perspektifinde özel sağlık sigortacılığı açısından üç temel öncelik öne çıkmaktadır: kamu ve özel finansman arasındaki uyumun güçlendirilmesi, değer ve maliyet odaklı geri ödeme modellerinin geliştirilmesi ve dijital sağlık ile veri

yönetişiminin güçlendirilmesi. Bu alanlar birbirinden bağımsız değil, birbirini tamamlayan politika eksenleri olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının geleceği yalnızca pazarın büyüklüğüyle değil, erişilebilirlik, finansal sürdürülebilirlik, hizmet kalitesi, teknolojik kapasite ve sigortalı haklarının birlikte korunabilmesiyle belirlenecektir. GSS’nin temel kamu güvencesi niteliği korunurken ÖSS ve TSS’nin bu yapıyı destekleyen, bireylerin finansal risklerini paylaşan ve değişen sağlık ihtiyaçlarına uyum sağlayan araçlar olarak geliştirilmesi, daha dengeli ve sürdürülebilir bir sağlık finansmanı yapısına katkı sağlayabilir. Bu nedenle sektörün gelecekteki başarısı, yalnızca daha fazla poliçe üretmekten değil, daha kapsayıcı, öngörülebilir, veri temelli ve sürdürülebilir bir sigorta yapısı oluşturmaktan geçmektedir.

KAYNAKÇA

- 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu. (1971). T.C. Resmî Gazete.
- 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu. (1983). T.C. Resmî Gazete.
- 2926 sayılı Tarımda Kendi Nam ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu. (1983). T.C. Resmî Gazete.
- 3008 sayılı İş Kanunu. (1936). T.C. Resmî Gazete.
- 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Verilmesi Hakkında Kanun. (1992). T.C. Resmî Gazete.
- 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu. (1945). T.C. Resmî Gazete, (Sayı: 6051).
- 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu. (1945). T.C. Resmî Gazete, (Sayı: 6062).
- 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu. (1949). T.C. Resmî Gazete, (Sayı: 7227).
- 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu. (1949). T.C. Resmî Gazete, (Sayı: 7235).
- 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu. (1950). T.C. Resmî Gazete.
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). T.C. Resmî Gazete, (Sayı 26200).
- 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu. (2007). T.C. Resmî Gazete, (Sayı 26552).
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016). T.C. Resmî Gazete, (Sayı: 29677).
- Akkurt, E., ve Umut, M. (2023). Tamamlayıcı sağlık sigortası üretiminde sigorta şirketlerinin gri ilişkisel analiz yöntemiyle performanslarının ölçümü. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 15(1), 332–346. <https://doi.org/10.20491/isarder.2023.1590>
- Akyol, B., ve Umut, M. (2024). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Ankara ili özel sektör çalışanlarının algılarının değerlendirilmesine ilişkin bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi*, 27(1), 332–342. <https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.1452488>
- Alkhelh, A. A., ve Alshagrawi, S. (2025). Role of artificial intelligence in healthcare insurance: systematic literature review. *Exploration of Digital Health Technologies*, 3, 101145. <https://doi.org/10.37349/edht.2025.101145>
- Başoğlu, B. (2021). Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortaları prim üretimi ve özel sağlık sigortaları sistemine katkılarını açısından değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (46), 108-123.

- Bazyar, M., Alipouri Sakha, M., Gordeev, V. S., Mousavi, B., Karimi, A., Maniei, R., ... ve Ranjbar, M. (2022). Criteria for the selection of complementary private health insurance: the experience of a large organisation in Iran. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1377. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08777-7>
- Cece, S., Pinar, A., Öztürk, L. ve ark. (2026). The political economy of health reforms and out-of-pocket spending in Türkiye: Evidence from household microdata, 2014–2023. *International Journal for Equity in Health*, 25, 203 <https://doi.org/10.1186/s12939-026-02929-5>
- Coşkun, G., ve Ağırbaş, İ. (2024). Tamamlayıcı sağlık sigortası hizmeti veren sigorta şirketlerinin performanslarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1607–1619. <https://doi.org/10.47934/gushs.13.4.1607>
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028). T.C. Cumhurbaşkanlığı.
- Çavmak, D. (2025). Sağlık Sigortası Okuryazarlığı Düzeyinin Ölçümüne Yönelik Bir Model Çalışması. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* (AKAD), 17(32), 219-231. <https://doi.org/10.20990/kilisiibfakademik.1508741>
- Daroudi, R., Hashempour, R., Raci, B., Ramandi, S., Irandoust, K., Kazemi-Karyani, A., ... ve Darabi, M. (2025). Factors influencing the demand for individual voluntary private health insurance in Iran. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 23(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12962-025-00609-9>
- Diğer, H., Çebi Karaaslan, K., Köstekçi, A. ve Göv, A. (2025). Determinants of healthcare expenditures: Evidence from Türkiye's healthcare system. *Frontiers in Public Health*, 13, 1632883. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1632883>
- du Preez, A., ve ark. (2025). Fraud detection in healthcare claims using machine learning: A systematic literature review. *Artificial Intelligence in Medicine*, 160, 103061. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2025.103061>
- Ekiyor, A., ve Akçınar, M. (2023). Tamamlayıcı özel sağlık sigortasında toplumsal algı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 113–127.
- European Commission. (2025). *Regulation on the European Health Data Space* (EHDS). European Union.
- Güçük, Ö., İşci, E. ve Tarım, M. (2023). Özel Sağlık Sigortasına Sahip Bireylerin Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(3), 541-552. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.1313636>
- Gülay, A., ve Attila, İ. (2021). Türkiye’de özel sağlık sigortalıları ve etkinlik analizi. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergi*, 10(2), 68–85.

- Kara, O. (2024). Türkiye’de özel sağlık sigortası şirketlerinin prim toplama başarısında enflasyonun etkisi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 23(4), 1571–1586. <https://doi.org/10.21547/jss.1384521>
- Li, Q., ve ark. (2024). Health insurance payment for telehealth services: A scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e56699. <https://doi.org/10.2196/56699>
- OECD ve World Bank. (2008). OECD reviews of health systems: Turkey 2008. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264051096-en>
- OECD. (2024). Fiscal sustainability of health systems: How to finance more resilient health systems when money is tight? *OECD Publishing*. <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>
- Orhaner, E., ve Yavaş, E. (2023). Tamamlayıcı sağlık sigorta kullanıcılarının bilgi ve memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi: Ankara ilinde bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Sağlık Politikaları Araştırmaları Dergisi* (USAYSAD), 9(1), 12–24.
- Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği. (2013, 23 Ekim). T.C. Resmî Gazete, (Sayı: 28800).
- Özsarı, H., ve Güdük, Ö. (2020). Bazı sigorta şirketi yöneticilerinin Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı üzerine bir değerlendirmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 526 - 536. doi.org/10.31067/0.2020.303
- Ramezani-A, A., ve ark. (2025). Artificial intelligence applications in health insurances: A scoping review. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 23, 53. <https://doi.org/10.1186/s12962-025-00563-1>
- Sagan, A., ve Thomson, S. (Eds.). (2016). *Voluntary health insurance in Europe: country experience*.
- Sevim, E., ve Nal, M. (2021). Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı sisteminin mevcut durum analizi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11(1), 157–174. <https://doi.org/10.32331/sgd.952573>
- Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi. (2025). 2024 faaliyet raporu ve sağlık sigortası veri altyapısı analizleri. SBM.
- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu [SEDDK]. (2025). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinin uygulama esaslarına ilişkin genelge (Genelge No: 2025/28).
- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu. (2026, 22 Mayıs). Özel sağlık sigortalarında yeni döneme ilişkin bilgilendirme hakkında sektör duyurusu (Duyuru No: 2026/1).
- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu. (2025b, 10 Aralık). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğinin uygulama esaslarına ilişkin genelge (Genelge No: 2025/28).
- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu. (2026). Sigortacılık ve özel emeklilik sektörü gelişmeler ve temel göstergeler, 2025 Ocak–Aralık raporu. SEDDK.

- Sigortacılık ve Özel Emeklilik Düzenleme ve Denetleme Kurumu. (2025a, 8 Aralık). Özel sağlık sigortalarında yeni dönem çalıştayı.
- Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK]. (2012, 28 Haziran). Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları Genelgesi (Genelge No: 2012/25).
- Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK]. (2013). Tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası uygulamaları hakkında duyuru.
- Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK]. (2023). Genel sağlık sigortası nedir?
- Şahin, N. ve Ertaş, H. (2025). *Özel Sağlık Sigorta Algısı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Konya Örneği. Sosyal Güvence*, (28), 1810-1840. <https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.1549448>
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2025, 4 Aralık). Sağlık harcamaları istatistikleri, 2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2026, 12 Mart). İstatistiklerle yaşlılar, 2025.
- Türkiye Sigorta Birliği. (2025a). 2024 sektör raporu.
- Türkiye Sigorta Birliği. (2025b). Özel sağlık sigortalarının geliştirilmesi: Durum belgesi.
- Türkiye Sigorta Birliği. (2026). Sektör raporu 2025. TSB.
- Willis Towers Watson. (2025). *2026 global medical trends survey*.
- World Health Organization. (2025b). *Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report*.
- Yavaş, E. (2026). *Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Talebi: Grup ve Ferdi Poliçeler Açısından Değerlendirilmesi. Sosyal Güvence*, 27, 2218-2234. <https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.1642237>
- Yayar, R., ve Daşçı, A. N. (2020). Özel sağlık sigortası talebini etkileyen faktörlerin ikili lojistik regresyon yöntemiyle analizi: İstanbul örneği. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(1), 19-40. <https://doi.org/10.32331/sgd.752099>

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI: SAĞLIK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN KAVRAMSAL BİR İNCELEME

Ferhat Bolukçu*

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık harcamalarının finansmanında etkin ve sürdürülebilir bir finansman sisteminin oluşturulamaması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu durumun en önemli sonuçlarından biri, sağlık hizmetleri için gerçekleştirilen cepten ödemelerin yüksek düzeylere ulaşmasıdır. Bazı durumlarda hane halklarının sağlık harcamalarının toplam bütçe içerisindeki payı önemli ölçüde artabilmekte ve bu durum ailelerin ciddi finansal güçlüklerle karşılaşmasına neden olabilmektedir (Xu vd., 2003). Sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve sağlık harcamalarının artmasına katkıda bulunurken, sağlık sigortasının bireyleri yüksek ve katastrofik sağlık harcamalarının finansal sonuçlarından korumadaki önemini de artırmıştır (Kifmann, 2006).

Bununla birlikte, sağlık sigortalarının sağlık hizmetlerinin tamamını kapsamayı çeşitli nedenlerle mümkün olmayabilmektedir. Estetik uygulamalar ve bazı dış sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin kapsam dışında bırakılması veya bu hizmetlere ilişkin maliyetlerin sigortalılar tarafından karşılanması, sağlık sigortasının

* Dr., Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Komuta Kontrol Merkezi, Türkiye, E-posta: bolukcuferhat@gmail.com, ORCID: orcid.org/ 0000-0002-4062-6193

sunduğu güvencenin sınırlarını oluşturabilmektedir (Getzen, 2004). Ayrıca bu tür hizmetlerin yüksek maliyetleri, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kurumlar üzerinde önemli bir finansal baskı oluşturabilmektedir (Henderson, 2005). Bu bağlamda tamamlayıcı sağlık sigortası, temel sağlık güvencesinin kapsamı dışında kalan veya sigortalının karşılaşabileceği ilave mali yüklerin finansmanında tamamlayıcı bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik ilginin son yıllarda arttığı ve bu sigorta türünün sağlık hizmetlerinin finansmanındaki rolünün giderek önem kazandığı görülmektedir (Orhan ve Yavaş, 2023). Uluslararası düzeyde özellikle tamamlayıcı özel sağlık sigortasının yaygın olduğu ülkelerde, kamu tarafından sunulan sağlık güvencesinin karşılamadığı katkı payları ve benzeri mali yüklerin finansmanında tamamlayıcı sigorta önemli bir işlev üstlenmektedir. Örneğin Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlığı oldukça yüksek olup, nüfusun büyük çoğunluğu bu tür bir güvenceye sahiptir (Saliba ve Ventelou, 2007). Türkiye'de ise tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlığı daha düşük olmakla birlikte, son yıllarda bu alandaki gelişimin devam ettiği görülmektedir (Karaca vd., 2018). Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişim, tetkik ve tedavi olanakları bakımından olumlu değerlendirmelerde bulunmaları ve sigortadan duyulan memnuniyetin yüksek olması, bu sigorta türüne yönelik talebin gelişimini destekleyen unsurlar arasında değerlendirilebilir (Bulut ve Baygn, 2025).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin finansmanındaki rolünün yanı sıra sağlık işletmeleri ve insan kaynakları yönetimi açısından da önem

taşımaktadır. Sağlık işletmelerinde nitelikli insan kaynağının istihdam edilmesi, çalışanların örgütte tutulması ve çalışan performansının sürdürülebilirliği, işletmelerin başarısı açısından önemli unsurlardır. Bu kapsamda çalışanlara sunulan sağlık sigortası gibi sosyal ve ekonomik yan haklar, yalnızca sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran bir uygulama olarak değil, aynı zamanda çalışanların örgüte yönelik bağlılığını ve işte kalma eğilimini destekleyebilecek bir insan kaynakları uygulaması olarak değerlendirilmektedir.

Dolayısıyla sağlık güvencesinin çalışanların iş yaşamındaki tutum ve davranışları üzerinde de olumlu sonuçlar doğurabileceği ileri sürülmektedir. Nitekim tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışanların işe alım ve elde tutulması açısından bir avantaj sağlayabileceği, devamsızlık ve çalışan devir hızının azaltılmasına ve dolayısıyla üretkenliğin desteklenmesine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık sigortası, çalışanlara sağlanan geleneksel ücret unsurlarının ötesinde değerlendirilebilecek önemli bir sosyal yan hak niteliğindedir. Çalışanların sağlık ve finansal açıdan kendilerini daha güvende hissetmeleri, çalışan refahının desteklenmesine ve çalışma yaşamına ilişkin olumlu tutumların geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Bu açıdan tamamlayıcı sağlık sigortası, özellikle özel sağlık kuruluşları ve diğer işletmeler tarafından çalışanlara sunulan sosyal haklar kapsamında değerlendirildiğinde, nitelikli işgücünün çekilmesi, çalışanların örgütte tutulması ve çalışan memnuniyetinin desteklenmesi açısından stratejik bir insan kaynakları aracı olarak ele alınabilir. Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışan performansı üzerindeki rolünün

doğrudan ve tek başına ortaya çıkan bir sonuç olarak değerlendirilmesi yerine; sağlık güvencesi, sağlık hizmetlerine erişim, çalışan refahı, iş stresi, devamsızlık ve örgütsel bağlılık gibi ara mekanizmalar üzerinden ele alınması daha uygun görünmektedir.

Makro düzeyde değerlendirildiğinde ise tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık harcamalarının finansmanında kamu kaynaklarını tamamlayıcı bir işlev üstlenme potansiyeline sahip olduğu görülmektedir. Türkiye'de sigorta sektörüne ilişkin değerlendirmelerde de genel sağlık sigortası ile birlikte tamamlayıcı sağlık sigortasının sunulmasının sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlayabileceği yönünde görüşler bulunmaktadır (Tapan, 2008). Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortası; bireylerin karşılaşılabileceği sağlık harcamalarının finansal riskini azaltması, sağlık hizmetlerine erişimi desteklemesi, çalışanlara yönelik bir sosyal hak olarak işlev görmesi ve sağlık finansmanında kamu kaynaklarını tamamlayabilecek bir kaynak oluşturması bakımından sağlık yönetimi açısından çok boyutlu bir araç olarak değerlendirilebilir.

1.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortasının tarihsel gelişimini ve ortaya çıkış sürecini; sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık güvencesi boyutunu; kamu sağlık harcamaları üzerindeki olası etkilerini; çalışanların refahı ve performansı açısından rolünü; ters seçim ve ahlaki tehlike risklerini ve sağlık yönetimi açısından ortaya çıkardığı avantaj ve dezavantajları ilgili alan yazın çerçevesinde kavramsal olarak incelemektir.

2. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI: KAVRAMSAL VE KURUMSAL ÇERÇEVE

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamını tamamlamaya yönelik olarak ortaya çıkan özel sağlık sigortası türlerinden biridir. Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortası kapsamında karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin sigortalının ödemekle yükümlü olduğu ilave tutarların veya genel sağlık sigortası kapsamında karşılanmayan belirli sağlık hizmetlerinin finansal güvencesini sağlamaya yönelik bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır (SGK, 2012). Başka bir ifadeyle tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortasının sunduğu güvencenin dışında kalan veya sigortalının ilave ödeme yapmak durumunda olduğu sağlık hizmetlerine ilişkin finansal yükün özel sigorta aracılığıyla karşılanmasını sağlamaktadır. Bu yönüyle tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortasının sunduğu sağlık güvencesini destekleyen ve bireylerin karşılaşılabileceği sağlık harcamalarına ilişkin finansal riski azaltan bir araç niteliğindedir (Akyol ve Umut, 2024).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel amaçlardan biri, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine kaliteli, etkin, eşitlikçi ve ulaşılabilir koşullarda erişebilmesinin sağlanmasıdır. Bununla birlikte sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, yaşlanan nüfus, artan sağlık hizmeti talebi ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerindeki yükseliş, sağlık sistemleri üzerindeki finansman baskısını artırmaktadır. Bu çerçevede gönüllü özel sağlık sigortasının bir türü olan tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık harcamalarının finansmanında kamu kaynaklarını tamamlayan alternatif bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir (Varoğlu, 2013). Tamamlayıcı

sağlık sigortasının temel işlevlerinden biri, kamu tarafından sağlanan sağlık güvencesinin kapsamının dışında kalan veya bireyler açısından ilave mali yük oluşturan sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlamaktır.

Tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik talep, ülkelerin sağlık sistemi, kamu tarafından sunulan sağlık güvencesinin kapsamı, bireylerin gelir düzeyi ve sağlık hizmetlerine ilişkin beklentileri gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. İran'da yapılan bir araştırmada, tamamlayıcı sağlık sigortası seçiminde başvuru sahiplerinin önceki deneyimleri, müşteri iletişimi, mali durum, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ağı, teknik altyapı, iş gücü, taleplerin incelenmesi ve geri ödeme süreci gibi unsurların önemli olduğu belirlenmiştir. Araştırmada en yüksek ağırlığa sahip kriterin ise başvuru sahiplerinin önceki yıllardaki deneyimleri olduğu tespit edilmiştir (Bazyar vd., 2022).

Tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik talebin belirlenmesinde ekonomik faktörlerin de önemli olduğu görülmektedir. Fransa'da gerçekleştirilen bir çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortası satın almanın temel nedenlerinden birinin sosyal güvenlik sisteminin karşılamadığı finansal riskleri azaltmak olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik talebin gelir düzeyiyle birlikte arttığı, düşük gelirli bireylerin ise yüksek düzeyde sübvansiyon sağlansa dahi sigorta satın alma eğilimlerinin daha düşük olduğu ortaya konulmuştur. Bu bulgular, tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaştırılmasına yönelik politikaların yalnızca sübvansiyon mekanizmalarıyla sınırlı kalmaması ve gelir grupları arasındaki farklılıkların

da dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir (Grignon ve Kambia-Chopin, 2009).

Türkiye açısından değerlendirildiğinde tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortası sistemi içerisinde genel sağlık sigortası ile birlikte işleyen ve bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde karşılaşılabilecekleri ilave mali yükleri azaltmayı amaçlayan bir sigorta mekanizmasıdır. Bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti alma isteği, özel sağlık kuruluşlarından yararlanma eğilimi ve sağlık hizmetlerinin finansmanında ortaya çıkabilecek ilave maliyetlerden korunma ihtiyacı, tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik talebi artıran faktörler arasında değerlendirilmektedir (Ünlüöner ve Özüdoğru, 2024). Bu yönüyle tamamlayıcı sağlık sigortası, bireylerin sağlık güvencesini desteklemenin yanı sıra sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel sektör kaynaklarının birlikte kullanılmasına olanak sağlayan bir mekanizma niteliğindedir.

Sonuç olarak tamamlayıcı sağlık sigortası, bireylerin genel sağlık sigortası kapsamında karşılanmayan veya ilave ödeme gerektiren sağlık hizmetlerine ilişkin finansal risklerini azaltırken, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının genişletilmesine katkı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık sistemindeki rolü yalnızca bireysel finansal koruma açısından değil; sağlık hizmetlerinin finansmanı, kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından da değerlendirilmelidir. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık yönetimi perspektifinden birey, sağlık işletmesi, sigorta sektörü ve kamu finansmanı arasındaki

ilişkileri etkileyebilen çok boyutlu bir finansman aracı olarak ele alınmalıdır.

2.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Tarihsel Gelişimi

Tamamlayıcı sağlık sigortası tarihsel gelişimi iki alt başlıkta açıklanmıştır.

2.1.1. Dünyada tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi

Tamamlayıcı sağlık sigortasının ortaya çıkışına ilişkin tüm ülkeler için geçerli tek bir tarih belirlemek mümkün değildir. Bunun temel nedeni, ülkelerin sağlık sistemlerinin, sağlık sigortası modellerinin ve kamu tarafından sunulan sağlık güvencesinin kapsamının birbirinden farklı olmasıdır. Nitekim bazı ülkelerde tamamlayıcı sağlık sigortası, zorunlu sağlık sigortası kapsamında sigortalıların karşılamak durumunda olduğu katkı payları ve cepten yapılan sağlık harcamalarının finansmanına yönelik olarak gelişirken, bazı ülkelerde kamu tarafından sunulan sağlık güvencesinin kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaya başlanmıştır (Tynkkynen vd., 2018).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi, ülkelerin sağlık sistemlerinde gerçekleştirilen reformlar ve kamu tarafından sağlanan sağlık güvencesinin kapsamındaki değişimlerle yakından ilişkili olmuştur. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin azaltılması, finansal korumanın güçlendirilmesi ve kamu tarafından karşılanmayan sağlık harcamalarının finansmanına yönelik arayışlar, tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimini destekleyen unsurlar arasında yer almaktadır. Bu süreçte kamu ve özel sağlık sigortası mekanizmalarının birlikte kullanılması, sağlık

hizmetlerinin finansmanında farklı aktörlerin rolünün artmasına ve sağlık sigortası piyasalarının çeşitlenmesine katkı sağlamıştır (Greer ve Méndez, 2015).

Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişim biçimi ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortasının karşılamadığı sağlık harcamalarının finansmanında uzun süredir önemli bir role sahipken, Nordik ülkelerde özel sağlık sigortasının gelişimi ve kullanım biçimleri ülkelerin kurumsal yapıları ve sağlık sistemlerinin özelliklerine göre farklılaşmıştır (Buchmueller ve Couffinhal, 2004; Tynkkynen vd., 2018). Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortasının tarihsel gelişimi, tek bir küresel başlangıç tarihinden ziyade, ülkelerin sağlık finansmanı sistemlerinin dönüşümü içerisinde ortaya çıkan farklı kurumsal ve ekonomik ihtiyaçlar çerçevesinde değerlendirilmelidir.

2.1.2. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortasının ortaya çıkışı

Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelik çalışmalar 2010’lu yılların başında hız kazanmıştır. Bu dönemde Türkiye’ye özgü bir tamamlayıcı sağlık sigortası modeli oluşturulmasına yönelik olarak kamu kurumları, üniversiteler, sigorta sektörü ve özel sağlık kuruluşlarının katılımıyla çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Bu sürecin önemli aşamalarından biri, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 28 Haziran 2012 tarihinde yayımlanan 2012/25 sayılı “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları” konulu Genelge olmuştur. Söz konusu Genelge ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmış ve üçlü

fatura sisteminin uygulanmasının önü açılmıştır (Uzun, 2015, s. 143-144).

Bu düzenlemenin ardından, 19-21 Eylül 2012 tarihlerinde Sosyal Güvenlik Kurumu ev sahipliğinde “Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teknik Çalıştay” gerçekleştirilmiştir. Dünya Bankası ve Avrupa Birliği kurumlarından uzmanların da katıldığı çalıştayda, Türkiye’de uygulanabilecek tamamlayıcı sağlık sigortası modeline ilişkin teknik ve kurumsal konular ele alınmıştır. Türkiye’de tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasının hukuki altyapısının geliştirilmesindeki bir diğer önemli aşama ise 23 Ekim 2013 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanan “Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” olmuştur. Yönetmeliğin 18. maddesinde tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri düzenlenmiş; bu sigortalar kapsamında genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki sağlık giderlerine ilişkin ilave masrafların ve SGK tarafından karşılanmayan belirli sağlık giderlerinin, sözleşmenin kapsamı ve koşulları çerçevesinde sigorta şirketleri tarafından karşılanabileceği hükmüne bağlanmıştır.

2.1.3. 5510 Sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Türkiye’de sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası sisteminin temel hukuki çerçevesini oluşturmaktadır. 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen Kanun, sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası kapsamında kişilerin güvence altına alınmasına ilişkin esasları düzenlemektedir. Kanun ile sigortalıların, işverenlerin ve sağlık hizmeti sunucularının hak ve yükümlülükleri ile sigortalıların sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları belirlenmiştir.

Genel sağlık sigortasının temel amacı, kişilerin sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleriyle karşılaşmaları durumunda ortaya çıkan sağlık hizmeti giderlerinin finansmanını sağlamaktır. Bu kapsamda genel sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına alan ve sağlık harcamalarının finansal risklerine karşı koruma sağlayan temel kamu sağlık güvencesi mekanizması niteliğindedir. 5510 sayılı Kanun'un genel sağlık sigortasına ilişkin hükümleri 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş, genel sağlık sigortası uygulamasının tüm nüfusu kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması ise 1 Ocak 2012 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi açısından 5510 sayılı Kanun'un önemi, genel sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin finansmanında temel güvence mekanizması olarak yapılandırılmasıyla ilişkilidir. Genel sağlık sigortasının kapsamı ve sağlık hizmetlerine ilişkin geri ödeme esasları, bireylerin karşılaşabileceği ilave sağlık harcamalarının ve kapsam dışında kalan sağlık hizmetlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durum, genel sağlık sigortasının sunduğu güvencenin tamamlanmasına yönelik özel sigorta mekanizmalarının geliştirilmesi için kurumsal bir zemin oluşturmuştur. Bu çerçevede tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortasının yerine geçen bir sistemden ziyade, GSS kapsamında sağlanan sağlık güvencesini tamamlayan ve bireylerin karşılaşabileceği ilave mali yüklerin finansmanına katkı sağlayan bir mekanizma olarak değerlendirilmelidir.

2.1.4. 2012 yılı sonrası tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi

Türkiye bağlamında tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve özel sağlık sigortasının kamu tarafından sağlanan sağlık güvencesini tamamlayıcı bir işlev üstlenmesiyle yakından ilişkilidir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmesi ve genel sağlık sigortası uygulamasının 1 Ocak 2012 tarihinde tüm nüfusu kapsayacak şekilde zorunlu hale gelmesi, Türkiye'de sağlık finansmanı açısından önemli dönüm noktaları olmuştur. Bu gelişmeler, bireylerin sağlık hizmetlerine ilişkin temel güvencesinin kamu tarafından sağlandığı bir yapının oluşmasına katkı sağlamıştır.

Genel sağlık sigortasının kapsamının genişlemesiyle birlikte, kamu tarafından karşılanan sağlık hizmetleri ile bireylerin karşılaşabileceği ilave sağlık giderleri arasındaki ayırım daha belirgin hale gelmiştir. Bu süreçte, genel sağlık sigortasının sunduğu sağlık güvencesini tamamlamaya yönelik özel sigorta mekanizmalarının geliştirilmesi gündeme gelmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 28 Haziran 2012 tarihinde yayımlanan 2012/25 sayılı Genelge ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin önemli bir düzenleme yapılmış ve bu sigortaların uygulanmasına yönelik kurumsal altyapının oluşturulmasına katkı sağlanmıştır. Varoğlu (2013) da Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişim sürecini ve uluslararası uygulamalarla ilişkisini ayrıntılı biçimde ele almıştır.

Sağlık sistemlerinde kamu tarafından sunulan güvencenin kapsamı, maliyet paylaşımı uygulamaları ve

sağlık hizmetlerine erişim koşulları, özel sağlık sigortalarının gelişimini etkileyen başlıca unsurlar arasında yer almaktadır. Bu çerçevede tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortasının sağladığı temel güvencenin yerine geçen bir sistemden ziyade, kamu tarafından karşılanmayan veya sigortalı açısından ilave mali yük oluşturan sağlık giderlerinin finansmanına katkı sağlayan bir mekanizma olarak gelişmiştir. Türkiye'de de tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi bu genel çerçeve içerisinde, GSS ile özel sağlık sigortası sistemi arasındaki tamamlayıcı ilişkinin güçlenmesiyle şekillenmiştir.

2.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Güvence Boyutu

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık güvencesini destekleyerek, sigortalıların özellikle özel sağlık kuruluşlarında sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde karşılaşılabilecekleri ilave mali yüklerin karşılanmasına katkı sağlayabilmektedir. Bu yönüyle tamamlayıcı sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmanın yanı sıra sağlık kuruluşu ve hizmet tercihlerinin genişlemesine de olanak sağlayabilmektedir (Cihangiroğlu, 2019; Akyol ve Umut, 2024; Franc vd., 2015). Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki rolü yalnızca finansal güvence boyutuyla değil, sigortalıların sağlık hizmeti kullanım davranışları ve sağlık kuruluşu tercihleri açısından da değerlendirilmelidir.

Nitekim sosyal sağlık sigortasına sahip bireylerde özel tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık kuruluşu tercihleri üzerindeki rolünü inceleyen bir çalışmada, tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip

bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına kıyasla daha üst düzey sağlık kuruluşlarını tercih etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, ilçe hastanelerinin tercih edilme olasılığının %17, il veya daha üst düzey hastanelerin tercih edilme olasılığının ise %27 arttığı ortaya konulmuştur (Bie vd., 2024). Bu bulgu, tamamlayıcı sağlık sigortasının yalnızca sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakla kalmayıp, bireylerin sağlık kuruluşu tercihlerinin niteliğı ve düzeyi üzerinde de rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

Benzer şekilde, tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip hanelerin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamalarını inceleyen bir araştırmaya göre, sağlık şoku sonrasında özel sağlık sigortasına sahip hanelerin sigortası bulunmayan hanelere kıyasla daha fazla tıbbi hizmet kullandıkları ve daha yüksek sağlık harcamaları gerçekleştirdikleri belirlenmiştir (Park vd., 2025). Bu durum, tamamlayıcı sağlık sigortasının bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırırken aynı zamanda sağlık hizmeti kullanım düzeyini ve sağlık harcamalarını artırabilecek bir mekanizma oluşturabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetlerine erişim açısından değerlendirilmesinde, finansal koruma ve hizmete erişim kazanımlarının yanı sıra sağlık hizmeti kullanımındaki olası artışların da dikkate alınması gerekmektedir.

Öte yandan tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki olumlu potansiyeli, sigortaya erişimde ortaya çıkabilecek sosyoekonomik farklılıklar nedeniyle eşitsizlik boyutuyla da ele alınmalıdır. Belçika'da gerçekleştirilen ampirik bir çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasına erişimdeki mevcut sosyoekonomik eşitsizliklerin devam etmesi

durumunda, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındaki farklılıkların sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyoekonomik eşitsizlikleri daha da belirginleştirebileceği ortaya konulmuştur (Schokkaert vd., 2010). Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaşması, sağlık hizmetlerine erişimi ve finansal korumayı destekleyebilecek olmakla birlikte, sigortaya erişimdeki gelir ve sosyoekonomik farklılıkların dikkate alınmasını da gerektirmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının sağladığı finansal güvence, bireylerin sağlık hizmeti arama ve kullanma davranışlarını da etkileyebilmektedir. Sigorta kapsamında maliyetlerin bir bölümünün karşılanması, bireylerin sağlık hizmetlerinin fiyatına karşı duyarlılığını azaltarak daha fazla sağlık hizmeti kullanmasına neden olabilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin gereğinden fazla veya düşük marjinal fayda sağlayacak biçimde kullanılmasına yol açması halinde ahlaki tehlike (moral hazard) problemi kapsamında değerlendirilmektedir (Ko, 2020). Ahlaki tehlike, bireyin sigorta güvencesine sahip olması nedeniyle sağlık hizmeti kullanımının mali sonuçlarını daha az dikkate alması ve bu durumun sağlık hizmetleri talebinde artış oluşturması şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

Bu çerçevede tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetlerine erişim açısından çift yönlü bir işlev taşıdığı söylenebilir. Bir taraftan bireylerin karşılaşılabileceği mali yükleri azaltarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta ve finansal koruma sağlamaktadır. Diğer taraftan, sigorta güvencesinin sağlık hizmeti kullanımını artırması, sağlık harcamaları üzerinde ilave bir baskı oluşturabilmekte ve kaynakların etkin kullanımına ilişkin sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle

tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, yalnızca sigortalı sayısının artırılması açısından değil, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önlenmesi, maliyetlerin kontrol edilmesi ve sağlık kaynaklarının etkin ve rasyonel kullanımının sağlanmasıya yönelik yönetsel ve düzenleyici mekanizmalarla birlikte değerlendirilmelidir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının temel işlevlerinden biri de bireyleri sağlık hizmetlerinden kaynaklanabilecek finansal risklere karşı korumaktır. Sağlık harcamalarındaki artış ve yüksek cepten ödemeler, bireylerin ve hanelerin özel sağlık sigortasına yönelik talebini artırabilen unsurlar arasında değerlendirilmektedir (Zhang vd., 2020). Sağlık sigortası mekanizması, sağlık risklerinin ve bunlara bağlı mali kayıpların sigortalılar arasında paylaşılmasını sağlayarak bireylerin tek başına üstlenmek durumunda kalabileceği finansal yükü azaltmaktadır (Nejat vd., 2007). Bu açıdan tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimin desteklenmesi ile sağlık harcamalarının bireyler üzerindeki finansal sonuçlarının sınırlandırılması arasında bir köprü işlevi görebilmektedir.

2.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Çalışanın Refahı ve Performansı Açısından Önemi

Performans, bir kişi, ekip ya da organizasyon tarafından gerçekleştirilen amaçlı veya planlanmış bir etkinlik sonucunda hedeflere ulaşma düzeyinin nitel ve nicel boyutlarıyla ifade edilmesidir. Günümüz iş yaşamında hızla değişen koşullar, küreselleşme ve artan rekabetle birlikte etkinlik, verimlilik ve performans kavramları giderek daha fazla önem kazanmıştır. Bu doğrultuda kurumların örgütsel amaç ve hedeflerine

ulaşabilmeleri için yüksek düzeyde performans gösteren çalışan ve ekiplere ihtiyaç duydukları görülmektedir (Kılınç ve Paksoy, 2017). alışan performansının yalnızca bireysel özelliklerle açıklanamayacağı, çalışma ortamı ve örgütsel koşulların da çalışan performansı üzerinde önemli bir rol oynayabileceği belirtilmektedir. Nitekim Aydın ve ifti Kıracı'nın (2025) 360 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada, örgütsel sağlık düzeyindeki artışın çalışanların iş performansında artış ve iş stresinde azalma ile ilişkili olduğu; buna karşılık iş stresindeki artışın çalışan performansındaki azalmayla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, çalışan performansının geliştirilmesinde çalışanların içinde bulunduğu örgütsel ortamın ve çalışma koşullarının dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir.

alışan performansı, çalışanın görev ve sorumluluklarını yerine getirirken örgütün amaç ve hedeflerine sağladığı katkıyı ifade etmektedir. Bu kapsamda performans; iş başarısı, etkinlik, verimlilik, hedeflere ulaşma, katma değer yaratma ve çalışanların işe ilişkin tutum ve davranışları gibi farklı boyutlar üzerinden değerlendirilebilmektedir (Bozboğa, 2019; aktaran Bayraktar ve Aydın, 2024; Bayram, 2006; aktaran Korkmazer, 2021). alışan performansı, örgütsel amaçların gerçekleştirilmesinde önemli bir unsur olmasının yanı sıra performans yönetimi ve insan kaynakları yönetiminin de temel bileşenlerinden biridir. alışan performansının sürdürülebilirliği yalnızca ücret ve çalışma koşullarıyla değil, çalışanlara sunulan sosyal ve sağlıkla ilişkili yan haklarla da bağlantılı olarak değerlendirilebilir. Bu kapsamda sağlık sigortası gibi yan haklar, çalışanların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmanın yanı sıra hastalık veya sağlık sorunları

nedeniyle ortaya çıkabilecek finansal belirsizliklerin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Çalışanların sağlık ve finansal açıdan kendilerini daha güvende hissetmeleri ise çalışan refahı ve işe ilişkin tutumlar bakımından olumlu sonuçlar doğurabilecek bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Gupta, 2025; aktaran Küçükyavaş, 2025).

Bu çerçevede tamamlayıcı sağlık sigortası, çalışanlara sunulan sosyal ve sağlıkla ilişkili yan haklardan biri olarak çalışanların sağlık güvencesini destekleyebilecek ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecinde karşılaşılabilecekleri belirli mali yüklerin azaltılmasına katkı sağlayabilecek bir mekanizma olarak değerlendirilebilir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve sağlık harcamalarına ilişkin finansal belirsizliğin azalması, çalışanların sağlık ve refah algısını destekleyebilir. Bunun yanı sıra sağlık sorunlarının zamanında yönetilmesi, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan gecikmelerin ve buna bağlı iş gücü kayıplarının azaltılmasına katkı sağlayabilir. Bu mekanizmalar aracılığıyla tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışanların işe ilişkin tutumları ve performansları üzerinde dolaylı bir rol oynayabileceği değerlendirilmektedir.

Burada tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışan performansı üzerindeki etkisinin doğrudan ve otomatik bir sonuç olarak ele alınmaması önem taşımaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının olası katkısı daha çok sağlık hizmetlerine erişim, sağlık güvencesi ve finansal güvenlik, çalışan refahı, işe ilişkin tutumlar, çalışan performansı şeklinde açıklanabilecek dolaylı bir mekanizma üzerinden değerlendirilebilir. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışan performansına katkısı; sigortanın kapsamı, çalışanların sağlık

hizmetlerinden yararlanma düzeyi, poliçe koşulları ve çalışanların sağlık ve refah algıları gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak farklılaşabilir.

Türkiye açısından değerlendirildiğinde, tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışanlara sunulan bir yan hak olarak önemi, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık harcamalarının finansmanı boyutlarıyla birlikte ele alınmalıdır. Bununla birlikte, Türkiye'deki tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının gönüllülük esasına dayanması ve poliçe primlerinin bireysel olarak veya işveren tarafından karşılanabilmesi, bu güvenceden yararlanma düzeyinin çalışanlar ve işletmeler arasında farklılaşmasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortasının çalışan refahı açısından sağlayabileceği katkı, yalnızca sigortanın mevcut olmasıyla değil, çalışanların poliçe kapsamından fiilen yararlanabilmeleriyle de ilişkilidir.

Öte yandan, Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının gelişimini sınırlayan bazı yapısal ve davranışsal faktörlerin bulunduğu belirtilmektedir. Özsarı ve Güdük (2020), Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında yeterince gelişmediğini; sosyal sigorta kapsamının genişliği, sigorta bilincinin düşük olması ve kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine duyulan güven gibi faktörlerin bu durumla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Bu değerlendirme doğrudan tamamlayıcı sağlık sigortasına özgü olmamakla birlikte, Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının gelişimini etkileyen koşulların tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaşması açısından da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Uluslararası literatürde ise işverenler tarafından çalışanlara sağlanan sağlık sigortasının, çalışanların işletmede tutulması, verimlilik ve işletme performansı açısından olumlu sonuçlarla ilişkili olabileceğine yönelik bulgular bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 15.000 küçük firmadan elde edilen verilerin analiz edildiği bir çalışmada, çalışanların işletmede tutulmasının ve yeni çalışanların işe alınmasının zorlaştığı koşullarda sağlık sigortası sunmanın daha önemli hâle geldiği belirlenmiştir. Sağlık sigortası sunan firmaların, sağlık sigortası sunmayan firmalara kıyasla çalışanların elde tutulması, verimlilik ve kârlılık açısından daha iyi sonuçlara sahip olduğu ortaya konulmuştur (Tsolmon ve Ariely, 2022). Bu bulgular, çalışanların sağlık ve refahına yönelik uygulamaların, özellikle nitelikli işgücünün temin edilmesi ve elde tutulmasının önemli olduğu rekabetçi işgücü piyasalarında avantaj sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Benzer şekilde, O'Brien (2003), işveren tarafından sağlanan özel sağlık sigortasının nitelikli çalışanların işe alınmasına ve elde tutulmasına katkı sağlayabileceğini belirtmektedir. Sağlık sigortasının sağlık sorunları, devamsızlık ve çalışanların işten ayrılmasından kaynaklanan maliyetlerin azaltılması ve çalışan verimliliğinin desteklenmesi yoluyla kurumun kurumsal performansına katkı sağlayabileceği ifade edilmektedir. Dey ve Flinn (2005) ile Dizioli ve Pinheiro (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da sağlık sigortası sunulan işlerde çalışanların ücretlerinin sağlık sigortası sunulmayan işlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve sağlık sigortası bulunan işlerde çalışanların, ücret düzeyi kontrol edildiğinde dahi, işten ayrılma olasılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu

bulgular birlikte değerlendirildiğinde, çalışanlara sunulan sağlık sigortasının yalnızca bir sosyal yardım veya yan hak olarak değil, aynı zamanda insan kaynaklarının yönetimi açısından stratejik bir araç olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Sağlık güvencesinin çalışanların sağlık hizmetlerine erişimini ve finansal güvenliğini desteklemesi; bunun çalışan refahı ve işe ilişkin tutumlar üzerinde olumlu sonuçlar doğurması hâlinde, firmalar açısından çalışan performansının ve örgütsel performansın desteklenmesine katkı sağlayabileceği öngörülmektedir

2.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Ters Seçim ve Ahlaki Tehlike Riski

Ters seçim (adverse selection), sağlık riski yüksek bireylerin, sağlık riski daha düşük bireylere kıyasla tamamlayıcı sağlık sigortası satın alma veya mevcut sigorta kapsamlarını genişletme konusunda daha güçlü bir teşvike sahip olmalarını ifade etmektedir. Bu durum, sigortalı ile sigortacı arasında bir asimetrik bilgi probleminden kaynaklanmaktadır (Chiappori ve Salanié, 2013; Dionne vd., 2013). Daha açık bir ifadeyle, sigortalı veya sigorta başvurusunda bulunan kişi, kendi sağlık riski ve gelecekteki sağlık hizmeti kullanımına ilişkin sigortacının sahip olmadığı ya da risk derecelendirmesi ve seçici sigortalama süreçlerinde kullanmasına izin verilmeyen özel bilgilere sahip olabilmektedir (Akerlof, 1970; Neudeck ve Podczech. 1996; Pauly, 1986).

Ters seçimin ortaya çıkabilmesi için iki temel koşulun birlikte gerçekleşmesi gerekmektedir (Bakker, 1997; Marquis, 1992; Stiglitz, 1976; Wilson, 1977). İlk olarak, bireylerin gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık harcamalarını sigortacının prim belirleme sürecinde dikkate aldığı bilgilerden daha doğru tahmin edebilmesi

gerekir. İkinci olarak, bireylerin sahip oldukları bu bilgi, sigorta satın alma veya sigorta kapsamını belirleme kararlarını etkileyebilmelidir. Bu koşulların gerçekleşmesi durumunda, yüksek sağlık riskine sahip bireylerin sigorta kapsamına girme eğilimi artarken, düşük riskli bireylerin sigorta satın alma veya mevcut teminatlarını sürdürme isteği azalabilmektedir.

Ters seçimin sigorta piyasasında ortaya çıkması, sigortacının beklenen sağlık harcamalarının üzerinde bir maliyetle karşılaşmasına ve dolayısıyla sigorta portföyünün risk yapısının bozulmasına neden olabilir. Sigortacının karşılaştığı bu maliyet artışını telafi etmek amacıyla primleri yükseltmesi ise düşük riskli bireylerin sigorta kapsamından ayrılmasına veya teminat düzeylerini azaltmasına yol açabilir. Bunun sonucunda sigorta havuzunda yüksek riskli bireylerin ağırlığı daha da artabilir ve primlerdeki yeni artışlar düşük riskli bireylerin piyasadan çekilmesini teşvik edebilir. Bu karşılıklı beslenen süreç literatürde ters seçim sarmalı (adverse selection/death spiral) olarak ifade edilmektedir (Godfried vd., 2001; Marquis, 1992; Dionne vd., 2013).

Tamamlayıcı sağlık sigortası açısından ters seçim riski, özellikle bireylerin kendi sağlık durumları ve gelecekteki sağlık hizmeti ihtiyaçları hakkında sigortacılardan daha fazla bilgiye sahip olmaları durumunda önem kazanmaktadır. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortası piyasalarının sürdürülebilirliği açısından risk değerlendirmesi, uygun primlendirme, risk paylaşımı ve risklerin yeniden dağıtılmasına yönelik mekanizmalar önem taşımaktadır. Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortası piyasalarında ters seçimin ortaya çıkması zorunlu bir sonuç değildir; sigorta piyasasının düzenlenme biçimi, bilgi asimetrisinin düzeyi, prim farklılaştırmasına ilişkin

kısıtlamalar ve sigortalıların davranışları ters seçimin boyutunu etkileyebilmektedir (van Winssen vd., 2018).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, sigortalılar için sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürürken, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının artmasına yol açarak ahlaki tehlike riski yaratabilir. Fransa’da yapılan bir araştırmada, tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetleri tüketimini artırdığı saptanmıştır (Franc ve ark., 2016); Güney Kore’de yapılan bir araştırmada ise tamamlayıcı özel sağlık sigortasının ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin kullanımını artırdığı ve sosyal sigorta harcamalarının yükselmesine yol açtığı ortaya konmuştur (Ko, 2020). Benzer şekilde, Malezya’da yapılan bir araştırmada, tamamlayıcı özel sağlık sigortası olan bireylerin özel hastanelerde yatarak sağlık hizmeti kullanım oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Balqis-Ali ve ark., 2023).

OECD ülkelerinde, sağlık sigortası piyasasının tamamına veya belirli bölümlerine yönelik risk derecelendirmesine ilişkin kısıtlamaların uygulanması ya da primlere üst sınır getirilmesi durumunda, sigortacılar arasındaki risk farklılıklarını dengelemek amacıyla çeşitli risk paylaşımı ve risklerin yeniden dağıtılmasına yönelik mekanizmalardan yararlanılmaktadır. Bu mekanizmaların temel amacı, sigortacıların düşük riskli bireyleri tercih ederek yüksek riskli bireylerden kaçınmasına dayanan risk seçimini sınırlandırmak ve yüksek sağlık maliyetine sahip bireylerin daha büyük bir bölümünü sigortalayan kuruluşların finansal açıdan korunmasını sağlamaktır. Bunun yanı sıra, yüksek riskli bireylerin sigorta kapsamına alınmasından kaynaklanabilecek maliyet artışlarına ilişkin sigortacıların endişelerinin azaltılması ve daha kapsayıcı sigorta düzenlemelerine geçişin

kolaylaştırılması da bu mekanizmaların amaçları arasında yer almaktadır (OECD, 2005).

Bu uygulamalar, özellikle gönüllü bireysel sağlık sigortası piyasalarında, primlere yönelik düzenlemelerin tek başına sigortacılar arasındaki risk dağılımını dengelemek için yeterli olmayabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla sağlık sigortası piyasalarında hem sigortacıların finansal sürdürülebilirliğinin korunması hem de yüksek riskli bireylerin sigorta kapsamına alınmasının teşvik edilmesi açısından risk paylaşımı ve risklerin yeniden dağıtılmasına yönelik mekanizmaların önemli bir düzenleyici araç olduğu değerlendirilmektedir.

2.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sağlık Yönetimi Açısından Avantaj ve Dezavantajları

Sağlık yönetimi açısından değerlendirdiğimizde, TSS'nin başlıca avantajları şu şekilde özetlenebilir:

Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma, sağlık hizmetlerinin kullanımını ve sağlık kuruluşu tercihini yönlendirme: TSS, SGK kapsamında bulunan bireylerin poliçe koşulları doğrultusunda özel sağlık hizmeti sunucularından yararlanabilmesine ve ortaya çıkabilecek ilave maliyetlerin karşılanmasına katkı sağlayabilir. Bu durum, bireylerin sağlık hizmeti kullanımında finansal engellerin azaltılmasını destekleyebilir. Ayrıca sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık kuruluşu tercihini belirlemeye olanak sağlamaktadır (Bie vd., 2024; SGK).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitlilik: TSS, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kaynaklarının yanı sıra özel sigorta mekanizmasının da kullanılmasına olanak sağlayarak finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesine katkıda bulunabilir (Atilla ve Günay, 2022).

Kamu sağlık sistemindeki finansman baskısının paylaşılmaması: Özel sigorta mekanizmasının sağlık hizmetlerinin finansmanına dahil olması, belirli sağlık hizmetlerine ilişkin maliyetlerin kamu ve özel finansman mekanizmaları arasında paylaşılmasına olanak sağlayabilir (Varoğlu, 2013).

Sağlık hizmeti sunucularının kaynak kullanımının desteklenmesi: TSS'nin yaygınlaşması, özel sağlık hizmeti sunucularına yönelik talebin ve özel sağlık sektörünün sağlık hizmeti sunumundaki rolünün artmasına katkıda bulunabilir. Böylece sağlık hizmeti kapasitesinin kamu ve özel sektör arasında daha etkin kullanılmasına yönelik fırsatlar ortaya çıkabilir (Bie vd., 2024).

Bireylerin finansal sağlık güvencesinin güçlendirilmesi: Sağlık hizmetlerine ilişkin beklenmedik harcamaların sigorta mekanizması aracılığıyla karşılanabilmesi, bireylerin sağlık harcamalarından kaynaklanan finansal risklerinin yönetilmesine katkı sağlayabilir (Varoğlu, 2013).

Çalışmadan çıkarılan çıkarımlara göre TSS'nin dezavantajlarını ise şu şekilde sıralanabilir:

Sağlık Hizmetlerine Erişimde eşitsizlik: TSS sağlık hizmetlerine erişimde ve sosyoekonomik eşitsizliklere ve farklılıklara neden olabilir. Gönüllü ve prim esaslı yapısı nedeniyle TSS, ödeme gücü yüksek bireylerin özel sağlık hizmetlerine erişim olanaklarını artırarak mevcut eşitsizlikleri derinleştirebilir (Schokkaert vd., 2010).

Ahlaki Tehlike Riski Doğurabilir: Sigorta kapsamında maliyetlerin karşılanması, bireylerin sağlık hizmeti kullanımını artırarak gereksiz hizmet kullanımına ve sağlık harcamalarında artışa neden olabilir. Bu nedenle maliyet paylaşımı ve sağlık hizmeti kullanımının uygun

biçimde denetlenmesi önem taşımaktadır (Franc vd., 2016; Ko, 2020; Balqis-Ali vd., 2023).

Ters Seçim Riski: TSS piyasalarının sürdürülebilirliği açısından önemli bir risk oluşturmaktadır. Yüksek sağlık harcaması bekleyen bireylerin sigortaya yönelik talebinin daha yüksek olması, sigorta portföyünün risk yapısını etkileyebilmekte ve uygun risk değerlendirmesi ile primlendirme mekanizmalarının önemini artırmaktadır (Chiappori ve Salanié, 2013; Dionne vd., 2013; Godfried vd., 2001; Marquis, 1992; Dionne vd., 2013).

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tamamlayıcı sağlık sigortası (TSS), sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık güvencesi boyutlarıyla bireylerin sağlık ve refahının desteklenmesine katkı sağlayabilecek bir mekanizma olarak değerlendirilebilir. Bu kapsamda, TSS'nin sağladığı sağlık güvencesi ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının çalışan sağlığının korunmasını ve çalışan performansının desteklenmesini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir. Çalışan performansındaki olası iyileşmelerin ise sağlık kurumlarının kurumsal performansına ve rekabet avantajına olumlu yönde katkı sağlayabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle TSS, yalnızca bireylerin sağlık harcamalarına karşı finansal güvence sağlayan bir sigorta ürünü olarak değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimin desteklenmesi, çalışan sağlığının korunması ve insan kaynaklarının etkin yönetimi açısından da önem taşıyan bir uygulama olarak değerlendirilebilir.

Bununla birlikte, TSS'nin sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik farklılıkları artırabilmesi, ahlaki tehlike ve ters seçim gibi sigorta piyasası riskleri oluşturabilmesi

ve poliçe kapsamına ilişkin sınırlılıklar içerebilmesi, uygulamanın sağlık yönetimi açısından dikkatle ele alınmasını gerektirmektedir. Bu nedenle TSS politikalarının geliştirilmesinde erişim, hakkaniyet, finansal sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı arasındaki dengenin gözetilmesi önem taşımaktadır.

Türkiye açısından bakıldığında, TSS pazarındaki büyüme ve sigortalı kişi sayısındaki artış, bu tür bir sigortanın gelecekte sağlık finansmanında daha da önemli bir rol üstlenebileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, TSS'nin sürdürülebilir bir şekilde gelişmesi için primlerin makul düzeyde tutulması, poliçe kapsamının kullanıcıların ihtiyaçlarına göre uyarlanması, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sigorta şirketleri arasındaki ilişkilerin etkin bir şekilde düzenlenmesi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sonucu ortaya çıkan maliyet artışlarının kontrol altında tutulması önemlidir. Gelecekte, TSS'nin sadece tedavi masraflarını karşılayan bir sigorta ürünü olmaktan giderek önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri, dijital sağlık uygulamaları, teletıp ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetlerini de içeren bir yapıya dönüşmesi muhtemeldir. Bu dönüşüm, TSS'nin sağlık yönetimi alanındaki önemini güçlendirebilir; bu, sadece sağlık hizmetlerinin finansmanındaki rolü açısından değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi açısından da söz konusu olabilir.

Bu doğrultuda, politika yapıcılarının TSS'nin kapsamının ve uygulanma biçiminin sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik oluşturmayacak şekilde geliştirilmesine, sigorta piyasasında risklerin dengeli dağıtılmasına ve sağlık sistemi üzerindeki olası etkilerinin düzenli olarak izlenmesine yönelik politikalar geliştirmeleri

önerilmektedir. İşletmeler açısından ise TSS'nin çalışanlara sunulan sosyal ve sağlık yan hakları kapsamında değerlendirilmesi; çalışan sağlığı, işe bağlılık ve performans üzerindeki olası katkılarının dikkate alınması önerilebilir.

Son olarak, bu çalışma teorik ve kavramsal bir değerlendirme niteliğindedir. Gelecekte yapılacak ampirik araştırmalarda TSS sahipliği ile çalışan sağlığı, çalışan performansı ve örgütsel performans arasındaki ilişkiler test edilebilir. Özellikle TSS'nin çalışan performansı üzerindeki olası etkisinde çalışan refahının aracılık rolü ve çalışan performansı ile işletmelerin rekabet avantajı arasındaki ilişki araştırılarak konuya ilişkin ampirik kanıtların geliştirilmesine katkı sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Akerlof, G. A. (1970). Quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly journal of Economics*, 84(3), 488-500.
- Akyol, B., & Umut, M. (2024). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Ankara ili özel sektör çalışanlarının algılarının değerlendirilmesine ilişkin bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 27(1), 332-342. <https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.1452488>
- Arısoy, B. (2025). Çalışma hayatı kalitesinin çalışanlar açısından değerlendirilmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 636-656. <https://doi.org/10.15869/itobiad.1604436>
- Attila, İ., & Gülay, A. (2022). Türkiye’de genel sağlık sigortası’nın sürdürülebilirliği için zorunlu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli önerisi. *Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-40. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ubfdergisi/article/1106066>
- Aydın, E. S., & Çiftçi Kırac, F. (2025). Örgütsel sağlık iş stresi ve iş performansı ilişkisi: sağlık çalışanları üzerine bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 1617-1628. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1665873>
- Bakker, F. (1997). *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*.
- Ballı, M. (2015). Türk ticaret kanunu’na göre haksız rekabet kavramı ve unsurları. *Gümrük ve Ticaret Dergisi*, 5, 62-72. <https://izlik.org/JA23YG45MR>
- Balqis-Ali, N. Z., Jailani, A. S., Fun, W. H., Jawahir, S., Sararaks, S., & Lee, G. H. (2023). Effect of supplementary private health insurance on inpatient utilisation: Evidence from Malaysia. *Heliyon*, 9(3).
- Barnett, J. C., & Vornovitsky, M. S. (2016). *Health insurance coverage in the United States: 2015*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Bayraktar, O. ve Aydın, N. (2024). Yetenek yönetimi, çalışan performansı ve iş tatmini ilişkisi. *Ekonomi, İşletme ve Yönetim Dergisi*, 8(1), 119-142. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3894743>
- Baziyar, M., Alipouri Sakha, M., Gordeev, V. S., Mousavi, B., Karmi, A., Maniei, R., ... & Ranjbar, M. (2022). Criteria for the selection of complementary private health insurance: the experience of a large organisation in Iran. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1377.
- Bie, F., Yan, X., Qiu, W., Mao, A., Meng, Y., Cai, M., ... & Zhang, Y. (2024). Does supplemental private health insurance impact health care utilization and seeking behavior of residents covered by social health insurance? Evidence from China National Health Services Survey. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 113.
- Bulut, S., & Baygün, D. (2025). Bir kamu hastanesi başvuran tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip hastaların tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sosyal Güvençe*, 27, 1517-1534. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/4116418>

- Cave, J. (1984). Equilibrium in insurance markets with asymmetric information and adverse selection.
- Chiappori, P. A., & Salanié, B. (2013). Asymmetric information in insurance markets: Predictions and tests. *Handbook of insurance*, 397-422.
- Cihangiroğlu, M. (2019). *Tamamlayıcı sağlık sigortalarının sağlık sigortacılığına ve sağlık sistemine etkileri: Türkiye örneği* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Dey, M. S., & Flinn, C. J. (2005). An equilibrium model of health insurance provision and wage determination. *Econometrica*, 73(2), 571-627.
- Dionne, G., Fombaron, N., & Doherty, N. (2013). Adverse selection in insurance contracting. In *Handbook of insurance* (pp. 231-280). New York, NY: Springer New York.
- Dizioli, A., & Pinheiro, R. (2016). Health insurance as a productive factor. *Labour Economics*, 40, 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2016.03.002>
- Dursun, İ. T. (2021). Michael E. Porter ve Jay Barney'in rekabet üstünlüğü ile ilgili yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Akademik Hassasiyetler*, 8(15), 189-208. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akademik-hassasiyetler/article/823002>
- Franc C, Perronnin M, Pierre A. Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption-A Dynamic Approach to Moral Hazard. *Health Econ*. 2016 Dec;25(12):1582-1598. doi: 10.1002/hec.3271. Epub 2015 Oct 15. PMID: 26468078.
- Franc, C., & Pierre, A. (2015). Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: implications and current debate. *Health Policy*, 119(2), 111-116.
- Gençtürk, F. E., Kandemir, D., Koç, Ö. T., & Demirci, I. C. (2012). Rekabet avantajı kuramının tanımlanması ve ölçülmesi - conceptualization and measurement of competitive advantage construct. *Öneri Dergisi*, 9(34), 13-25. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/165726>
- Getzen, T. E. (2004). Health economics: fundamentals and flow of funds. (*No Title*).
- Godfried, M., Oosterbeek, H., & Van Tulder, F. (2001). Adverse selection and the demand for supplementary dental insurance. *De Economist*, 149(2), 177-190.
- Greer, S. L., & Méndez, C. A. (2015). Universal health coverage: a political struggle and governance challenge. *American journal of public health*, 105(S5), S637-S639.
- Grignon, M., & Kambia-Chopin, B. (2009). *Income and the demand for complementary health insurance in France* (p. 32). Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Henderson, J. W. (2005). *Health economics and policy* (p. 473). Thomson/South-Western.
- Kalaycı Oflaz, N., & Özen, O. (2025). Evrensel sağlık kapsamının sürdürülebilirliğinde tamamlayıcı sağlık sigortasının rolü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, (67).

- Karaca, Ö. F., Uygun, S., & Çoban, S. (2018). TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALI SAYISI VE ÖZEL SAĞLIK PİRİM ÜRETİMİ ARTIŞININ SAĞLIKTA HİZMET SUNUMU AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.
- Karakuş, S. ve Kantaş Yılmaz, F. (2023). Örgütsel stresin mutluluğa ve çalışan performansına etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5 (2), 169-179. <https://doi.org/10.55050/sarad.1251277>
- Kılınç, E., & Paksoy, H. (2017). Sağlık çalışanlarında performans algı düzeyinin bazı sosyo - demografik değişkenlere göre incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 151-159. <https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.341357>
- Kifmann, M. (2006). Risk selection and complementary health insurance: The Swiss approach. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 6(2), 151-170.
- Ko, H. (2020). Moral hazard effects of supplemental private health insurance in Korea. *Social Science & Medicine*, 265, 113325.
- Korkmaz, F. (2021). İş yükü fazlalığı algısının çalışan performansı üzerindeki etkisinde iş tatmininin aracı rolü: Sağlık sektöründe bir uygulama. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(36), 2767-2793. <https://doi.org/10.26466/opus.878760>
- Kumru, A., & Özkara, B. (2024). Performans değerlendirme örgütsel bağlılığı etkiler mi? bankalarda bir araştırma. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 7(1), 116-126. <https://doi.org/10.33712/mana.1423012>
- Küçükyağcı, N. (2025). Sürdürülebilir insan kaynakları yönetimi: Ücret yönetimi ilişkisi. In: Arat, M. (ed.), Sürdürülebilir insan kaynakları yönetimi: Yeni çağın dinamikleri. Özgür Yayınları. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub747.c3067>
- Lin, Z., Yao, X., & Zhao, Z. (2014). The direct and indirect impact of employee benefits on firm performance in China. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 52(4), 476-495.
- Marquis, M. S. (1992). Adverse selection with a multiple choice among health insurance plans: a simulation analysis. *Journal of Health Economics*, 11(2), 129-151.
- Nahin, R. L., Barnes, P. M., & Stussman, B. J. (2016). Insurance coverage for complementary health approaches among adult users: United States, 2002 and 2012.
- Nejat, S. A. H. A. R. N. A. Z., MONTAZERI, A., HOLAKOUEI, N. K., Mohammad, K. A. Z. E. M., & Majdzadeh, S. R. (2007). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version.
- Neudeck, W., & Podczek, K. (1996). Adverse selection and regulation in health insurance markets. *Journal of health economics*, 15(4), 387-408.
- O'brien, E. (2003). Employers' benefits from workers' health insurance. *The Milbank Quarterly*, 81(1), 5-43.

- Organization for Economic Cooperation and Development OECD. (2005). *The OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD Countries*. OECD.
- Orhaner, E., & Yavaş, E. (2023). Tamamlayıcı sağlık sigorta kullanıcılarının bilgi ve memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi: Ankara ilinde bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 12-24. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/article/1208522>
- ÖZGEN NARCI, H. A. C. E. R., & UĞURLUOĞLU ALDOĞAN, E. C. E. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2).
- Özsarı, H., & Güdük, Ö. (2020). Bazı Sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11 (3). 526–536.
- Park, S., Kim, K., & Callison, K. (2025). Supplementary Private Health Insurance and Household Debt, Health Care Utilization, and Medical Spending Following A Health Shock. *International journal of social determinants of health and health services*, 55(2), 187–198. <https://doi.org/10.1177/27551938241293382>
- Pauly, M. V. (1986). Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *Journal of economic literature*, 24(2), 629-675.
- Rashad, I., & Sarpong, E. (2008). Employer-provided health insurance and the incidence of job lock: a literature review and empirical test. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 8(6), 583–591. <https://doi.org/10.1586/14737167.8.6.583>
- Rekabet Kurumu. (2016). KOBİ’ler İçin Rekabet Hukuku: Hepimiz İçin Rekabet. Rekabet Kurumu Yayınları. (Çevrimiçi). Erişim Tarihi: 22.05.2026, <https://www.rekabet.gov.tr/Dosya/geneldosya/kobi-el-kitabi-17-02-2016-son.pdf>
- Saliba, B., & Ventelou, B. (2007). Complementary health insurance in France Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?. *Health policy*, 81(2-3), 166-182.
- Schokkaert, E., Van Ourti, T., De Graeve, D., Lecluyse, A., & Van de Voorde, C. (2010). Supplemental health insurance and equality of access in Belgium. *Health economics*, 19(4), 377-395.
- Sevgili, S. Ö. (2024). İnsan kaynakları yönetimi yan haklar politikalarında yeni bir bakış açısı olarak esnek yan haklar uygulamaları [Yüksek lisans tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi].
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2012). Tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası uygulamaları (Genelge No. 2012/25).
- Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629-647.
- Şimşek, T. (2022). İş tatmini ile çalışan performansı arasındaki ilişkide iş yaşamında yalnızlığın aracı rolü: Market zincirleri çalışanları üzerine bir uygulama. *Gümüşhane University Journal of Social Sciences*, 13(3), 1161-1175. <https://doi.org/10.36362/gumus.1115305>

- Tapan, B. (2008). Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- Tsolmon, U., & Ariely, D. (2022). Health insurance benefits as a labor market friction: Evidence from a quasi-experiment. *Strategic Management Journal*, 43(8), 1556-1574.
- Tynkkynen, L. K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J., & Vrangbæk, K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries—an exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*, 122(5), 485-492.
- Uçar, N., & Karalınç, T. (2025). Motivasyon uygulamalarının çalışan personelin performansı üzerine etkileri: Üniversite çalışanları örneği. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30, 139-159. <https://doi.org/10.29029/busbed.1735337>
- Uzun, S. (2015). Tamamlayıcı sağlık sigortası. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.*
- Ünlüönen, S. F., & Özüdoğru, H. (2024). Covid-19 sürecinde yetişkinlerin tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açıları üzerine bir araştırma: Ankara İli Örneği. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(1), 343-368. <https://doi.org/10.26745/ahbvuibfd.1386419>
- van Winssen, K. P. M., van Kleef, R. C., & van de Ven, W. P. M. M. (2018). Can premium differentiation counteract adverse selection in the Dutch supplementary health insurance? A simulation study. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 19(5), 757-768. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0918-2>
- Varoğlu, F. Ö. (2013). Tamamlayıcı sağlık sigortasının genel görünümü ve Türkiye'deki gelişim süreci. *Sosyal Güvence*, 3, 20-40. <https://doi.org/10.21441/sguz.2013317888>
- Wilson, C. (1977). A model of insurance markets with incomplete information. *Journal of Economic theory*, 16(2), 167-207.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*, 362(9378), 111-117.
- Yalçın, S. (2006). Rekabet avantajı sağlamada stratejik maliyet yönetiminin muhasebe uygulamalarıyla ilişkileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/55360>
- Zhang, C., Fu, C., Song, Y., Feng, R., Wu, X., & Li, Y. (2020). Utilization of public health care by people with private health insurance: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 20(1), 1153.