Uluslararası Beşerî Bilimler ve Sanat Dergisi

Araştırma Makalesi / Research Article
DOI: 10.5281/zenodo.21007063

Almanya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi: Yönetim, Hizmet Sunumu, Finansman ve Sistem Performansı

A Comparative Analysis of the Health Systems of Germany and Türkiye: Governance, Service Delivery, Financing and System Performance

dursunkanbur@gmail.com

Dursun KANBUR
(Sorumlu Yazar-*Corresponding Author*)

Doktora Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme (Dok.) , İstanbul, TÜRKİYE

Istanbul Aydın University, Institute of Graduate Education, Doctoral Program in Business Administration (PhD), Istanbul, Türkiye.

Öz

Bu çalışmanın amacı, Almanya ve Türkiye sağlık sistemlerini aynı analitik çerçeve içinde; ülke sağlık profili ve uluslararası konum, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu, finansman-sigorta-geri ödeme mekanizmaları ile sistem performansı bakımından karşılaştırmaktır. Çalışma, hedefli karşılaştırmalı anlatı derlemesi olarak tasarlanmıştır. Haziran 2026'ya kadar yayımlanmış OECD, Dünya Sağlık Örgütü/Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi, Almanya Federal Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu ve Sosyal Güvenlik Kurumu belgeleri ile seçilmiş hakemli çalışmalar incelenmiştir. Bulgular, her iki ülkenin de nüfusun neredeyse tamamını temel sağlık hizmetleri açısından kapsamasına karşın sistem mimarilerinin belirgin biçimde ayrıştığını göstermektedir. Almanya, federal-eyalet düzeyleri ve korporatist öz-yönetim organları arasında paylaşılmış, zorunlu sosyal sağlık sigortası ağırlıklı, çoğulcu bir yapıya sahiptir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığının güçlü düzenleyici ve hizmet sunucu rolü ile Sosyal Güvenlik Kurumunun tek baskın kamu satın alıcısı olduğu daha merkezi bir model bulunmaktadır. OECD'nin 2025 göstergelerinde Almanya; kişi başına sağlık harcaması, hekim, hemşire ve yatak kapasitesi bakımından Türkiye'nin belirgin biçimde üzerindedir. Türkiye ise düşük kaynak yoğunluğuna rağmen yüksek nüfus kapsayıcılığı, çocukluk çağı bağışıklaması ve ulusal dijital sağlık altyapısında önemli kazanımlar sağlamıştır. Buna karşılık Türkiye'de insan gücü kapasitesi, koruyucu hizmetlerin sürekliliği, sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve cepten ödeme yükü; Almanya'da ise sektörler arası parçalanma, hastane ağırlığı, mali sürdürülebilirlik ve bölgesel personel dağılımı temel sorun alanlarıdır. Sonuç olarak, iki sistem arasında üstünlük sıralaması yapmak yerine bağlama duyarlı ve seçici politika öğrenmesi daha işlevseldir. Türkiye'nin birinci basamak, sağlık insan gücü, kalite güvencesi ve mali korumayı güçlendirmesi; Almanya'nın ise dijital entegrasyon, bakım koordinasyonu ve hastane dışı hizmetlere geçişi hızlandırması öncelikli görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Almanya; Türkiye; sağlık sistemi; sağlık politikası; sağlık finansmanı; evrensel sağlık kapsamı; karşılaştırmalı analiz

Abstract

This study compares the health systems of Germany and Türkiye within a common analytical framework focusing on national health profiles and international positioning, organisation and delivery of healthcare, financing, insurance and reimbursement mechanisms, and system performance. A targeted comparative narrative review was conducted using current OECD, WHO/European Observatory and national institutional sources. Germany combines federalism, corporatist self-governance and Statutory Health Insurance (SHI), whereas Türkiye is characterised by central stewardship, General Health Insurance and a dominant public purchaser, the Social Security Institution (SSI). The analysis indicates that both systems have achieved near-universal coverage, but Germany has substantially greater workforce and financial capacity and stronger financial protection, while Türkiye has demonstrated rapid national implementation and highly integrated patient-facing digital services. The comparison also identifies continuing challenges related to care coordination, workforce distribution, efficiency, sustainability and out-of-pocket payments. Because the reference years of internationally comparable indicators differ, each table explicitly reports data years and distinguishes current health expenditure from capital investment. The findings support selective, context-sensitive policy learning rather than direct institutional transplantation.

Keywords: Germany; Türkiye; health system; health policy; health financing; universal health coverage; comparative analysis

Geliş Tarihi/Received	27.04.2026
Kabul Tarihi/Accepted	26.06.2026
Yayın Tarihi/Publication	29.06.2026

Atıf

Kanbur, D. (2026) Almanya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi: Yönetim, Hizmet Sunumu, Finansman ve Sistem Performansı. *trk Uluslararası Beşerî Bilimler ve Sanat Dergisi*, 7(1), 113-131. https://doi.org/10.5281/zenodo.21007063

Citation

Kanbur, D. (2026). A Comparative Analysis of the Health Systems of Germany and Türkiye: Governance, Service Delivery, Financing and System Performance. *Trk International Journal of Humanities and Art*, 7(1), 113 128. https://doi.org/10.5281/zenodo.21007063

The content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

1. Giriş

Bir sağlık sistemi yalnızca hastaneler ve sağlık profesyonellerinden oluşan teknik bir hizmet ağı değildir; aynı zamanda toplumların devlet-vatandaş ilişkisini, dayanışma anlayışını, mesleki özerklik kültürünü ve sosyal haklara yüklediği anlamı yansıtan tarihsel ve beşerî bir kurumdur. Almanya'daki Bismarckçı sosyal sigorta ve korporatist öz-yönetim geleneği, sağlık hizmetlerini çalışan-işveren dayanışması, meslek örgütleri ve çoğulcu müzakere üzerinden biçimlendirmiştir. Türkiye'de ise sosyal devlet ilkesi, güçlü merkezî idare ve ülke çapında standart hizmet sunma amacı sağlık sisteminin kurumsal gelişiminde daha belirleyici olmuştur. Bu nedenle iki ülkenin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması yalnızca harcama ve kapasite göstergelerinin yan yana getirilmesi değil, farklı tarihsel-kültürel yönetim geleneklerinin sağlık hakkını nasıl kurumsallaştırdığının incelenmesidir. Sağlık sistemleri bu çerçevede yönetişim, kaynak oluşturma, finansal risklerin havuzlanması, hizmet satın alma, insan gücü planlaması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin örgütlenmesi ile kalite güvencesini birlikte içeren kurumsal düzenlemeler bütünü olarak ele alınmıştır.

Almanya ve Türkiye, karşılaştırmalı sağlık politikası açısından öğretici iki örnektir. Her iki ülkede sosyal sigorta geleneği güçlüdür ve temel sağlık hizmetleri açısından nüfusun neredeyse tamamına ulaşan bir kapsama düzeyi oluşturulmuştur. Bununla birlikte Almanya, federal siyasal yapı, çok sayıda hastalık fonu ve korporatist öz-yönetim kurumlarının birlikte rol aldığı çoğulcu bir model sunarken; Türkiye, Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumunun merkezî kapasitesinin belirleyici olduğu daha bütünleşik bir yönetişim düzenine sahiptir. Ülkelerin gelir düzeyi, yaş yapısı, sağlık insan gücü, yerleşim örüntüsü ve hizmet kullanma davranışları da önemli ölçüde farklıdır. Dolayısıyla karşılaştırma, yalnızca "hangi sistem daha iyi?" sorusuna değil, benzer kapsayıcılık hedeflerine farklı kurumsal araçlarla nasıl ulaşıldığına odaklanmalıdır.

Türkiye'de yayımlanan önceki karşılaştırmalı çalışmalar, sağlık harcamaları ve evrensel kapsama ilişkin değerli bir başlangıç sağlamış olmakla birlikte önemli bir bölümü 2010'lu yılların ilk yarısına ait verileri kullanmış, ülke anlatılarını aynı alt başlıklarda sistematik biçimde eşleştirmemiş veya dijital sağlık, güncel insan gücü kapasitesi, mali koruma ve hizmet koordinasyonu gibi son dönemde öne çıkan alanları sınırlı ele almıştır (Ertürk Atabey & Meriç, 2016). OECD ülkelerini performans göstergeleri üzerinden inceleyen daha yeni çalışmalar ise Türkiye'nin göreli konumunu ortaya koymakta, ancak Almanya ile ayrıntılı kurumsal politika karşılaştırması yapmamaktadır (Çakır et al., 2024). Bu nedenle güncel ve karşılaştırılabilir göstergeleri, sistem mimarisi ve politika öğrenmesiyle birleştiren bir değerlendirmeye ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Almanya ve Türkiye sağlık sistemlerini aynı analitik düzen içinde karşılaştırmak ve her iki ülkenin güçlü yönleri, yapısal sorunları ve karşılıklı öğrenme alanlarını güncel literatür temelinde ortaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda üç temel soru ele alınmıştır: (i) ülkelerin sağlık profilleri ve

uluslararası göstergelerdeki konumları nasıl farklılaşmaktadır? (ii) hizmet sunumu, yönetişim, sigorta ve geri ödeme düzenekleri hangi kurumsal mantıklarla işlemektedir? (iii) iki ülke; erişim, kalite, mali koruma, verimlilik, sürdürülebilirlik ve dijital bütünleşme bakımından birbirinden hangi politikaları öğrenebilir?

2. Yöntem

Çalışma, hedefli karşılaştırmalı anlatı derlemesi olarak tasarlanmıştır. Bu tasarımın seçilme nedeni, iki ülkenin sağlık sistemlerini yalnızca nicel göstergeler üzerinden değil, bu göstergeleri üreten yönetişim, finansman ve hizmet sunumu düzenekleriyle birlikte değerlendirme gereğidir. İnceleme Haziran 2026 itibarıyla güncellenmiş; temel tarihsel ve kurumsal yapıyı açıklayan daha eski kaynaklar dışında, öncelik 2016-2026 dönemindeki belgelere verilmiştir.

Kaynak kümesi dört grupta oluşturulmuştur: (i) OECD'nin karşılaştırılabilir sağlık göstergeleri ve ülke notları; (ii) WHO Avrupa Bölge Ofisi ile Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevinin ülke sağlık sistemi raporları; (iii) Almanya Federal Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu ve Sosyal Güvenlik Kurumu gibi resmî ulusal kurumların güncel belgeleri; (iv) konuya doğrudan katkı sağlayan seçilmiş hakemli makaleler. Kaynak seçiminde kurumsal yetkinlik, yöntemsel açıklık, verinin güncelliği, iki ülke arasında karşılaştırılabilirlik ve araştırma sorularıyla doğrudan ilişki ölçütleri kullanılmıştır.

Hakem önerileri doğrultusunda her ülke aynı üç ana eksende incelenmiştir: (1) ülke sağlık profili ve uluslararası konum, (2) sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu, (3) finansman, sigorta ve geri ödeme mekanizmaları. Karşılaştırma bölümünde bu eksenler; yönetişim, nüfus kapsamı, insan gücü ve fiziksel kapasite, erişim, kalite ve sağlık sonuçları, mali koruma, dijital sağlık, verimlilik ve sürdürülebilirlik boyutlarıyla eşleştirilmiştir.

OECD ülke notlarında yer alan göstergeler, her değişken için mevcut en son karşılaştırılabilir yılı yansıtmaktadır; bu nedenle göstergelerin tümü aynı takvim yılına ait değildir. Yıl uyumsuzluğunun özellikle nominal harcamalar, döviz kuru, enflasyon ve satın alma gücü paritesi (SGP) güncellemeleri bakımından yanıltıcı sonuç doğurabileceği kabul edilmiştir. Bu riski azaltmak için Tablo 1'de her göstergeye ait referans yılı ayrıca belirtilmiş; nominal ulusal para değerleri ülkeler arasında doğrudan karşılaştırılmamış; kişi başına harcamalarda yalnızca OECD'nin SGP ile standardize edilmiş değerleri kullanılmıştır. Farklı yıllara ait göstergelerden kesin sıralama veya nedensel sonuç çıkarılmamış, yalnızca yapısal büyüklüklerin yönü ve yaklaşık düzeyi yorumlanmıştır. Türkiye'nin 2024 ulusal sağlık hesapları ile OECD'nin uluslararası standardize edilmiş göstergeleri de birbirinin yerine kullanılmamıştır. TÜİK'in "toplam sağlık harcaması" göstergesi cari sağlık harcamalarına ek olarak sağlık sektöründeki gayrisafi sabit sermaye oluşumunu, diğer bir ifadeyle bina, cihaz ve altyapı yatırımlarını içerirken; OECD'nin "current health expenditure" göstergesi sağlık hizmetlerinin dönem içindeki tüketimine

ilişkin cari harcamaları kapsar ve sermaye yatırımlarını dışarıda bırakır. Ayrıca uluslararası veri tabanlarında revizyon ve tahmin takvimleri ulusal yayımlardan farklılaşabilir. Bu nedenle %5,3 toplam sağlık harcaması/GSYH, TÜİK'in %4,9 cari sağlık harcaması/GSYH ve OECD ülke notundaki %4,7 uluslararası standardize cari harcama/GSYH değerleri aynı kavram ve veri üretim döngüsünün birebir eşdeğer ölçümleri olarak değerlendirilmemiştir.

3. Kavramsal Çerçeve ve Karşılaştırma Ölçütleri

Sağlık sistemi performansı, tek bir göstergeyle ölçülemeyecek çok boyutlu bir kavramdır. OECD'nin güncel performans çerçevesi; sağlık durumu, risk faktörleri, erişim, bakım kalitesi ve sistem kapasitesinin yanı sıra hakkaniyet, verimlilik, sürdürülebilirlik ve dayanıklılık gibi yatay boyutları birlikte ele almaktadır (OECD, 2025a). Bu yaklaşım, yüksek harcamanın otomatik olarak daha iyi sonuç üretmediğini; kaynak düzeyinin, satın alma mekanizmalarının, bakım koordinasyonunun ve toplumun risk profilinin sonuçları birlikte belirlediğini vurgular.

Finansman bakımından üç işlev ayırt edilmelidir: gelirin toplanması, risklerin havuzlanması ve hizmetlerin satın alınması. Sosyal sağlık sigortası sistemlerinde primler önemli bir gelir kaynağı olsa da vergiler ve kamu transferleri de kapsayıcılığın sürdürülmesinde rol oynar. Satın alma ise bütçe tahsisi, hizmet başına ödeme, tanı ilişkili gruplar, kişi başı ödeme ve performans teşvikleri gibi araçlarla sağlık kuruluşlarının davranışını şekillendirir. Bu nedenle "kamu payı" veya "sigorta kapsamı" tek başına mali koruma ve verimlilik hakkında yeterli bilgi vermez; cepten ödeme düzeyi, hizmet paketinin kapsamı, katkı payları ve ek ücretler de değerlendirilmelidir.

Hizmet sunumu açısından birinci basamağın kapı tutucu rolü, uzman ve hastane hizmetlerine geçiş, ayakta-yatarak tedavi dengesi, kamu-özel sektör ilişkisi ve dijital bilgi akışı temel karşılaştırma ölçütleridir. Güçlü birinci basamak; koruyucu hizmetleri, kronik hastalık izlemini ve bakım sürekliliğini desteklerken, katı olmayan veya etkisiz sevk mekanizmaları hastane ve uzman hizmetlerinin aşırı kullanımına yol açabilir. Öte yandan hasta seçme özgürlüğü erişimi güçlendirebilir; fakat parçalı bilgi sistemleri ve sektörler arası kopukluk varsa koordinasyonu zayıflatabilir.

4. Türkiye'nin Sağlık Sistemi

4.1. Ülke Sağlık Profili ve Uluslararası Konum

Türkiye, son yirmi yılda sigorta kapsamını genişletme, sağlık altyapısını yenileme, anne-çocuk sağlığı hizmetlerini güçlendirme ve dijital sağlık araçlarını yaygınlaştırma bakımından önemli ilerlemeler kaydetmiştir. 2003 sonrasında yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 2006'da kabul edilen Genel Sağlık Sigortası, daha önce ayrı çalışan sigorta yapılarının Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmesine zemin hazırlamıştır. Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevine göre bu dönüşüm, özellikle düşük gelirli grupların kapsama alınmasını ve hizmete erişimin artmasını sağlamıştır (Polin et al., 2022).

OECD'nin 2025 ülke göstergelerinde Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi 77,3 yıl; önlenebilir ölüm hızı 100.000 kişide 168, tedavi edilebilir ölüm hızı 119 olarak bildirilmiştir. Bu değerler OECD ortalamalarından daha olumsuzdur. Buna karşılık temel hizmet paketi kapsamı %99'a ulaşmış ve karşılanmamış sağlık hizmeti gereksinimi bildirenlerin oranı %1,2 ile OECD ortalamasının altında kalmıştır. Hizmetlerin mevcut ve kaliteli olduğuna ilişkin memnuniyet ise %41'dir; bu oran, kapsama ve kullanım kolaylığı kazanımlarının algılanan kalite ve deneyimle aynı düzeyde ilerlemediğine işaret etmektedir (OECD, 2025b).

Türkiye'nin nüfus sağlığı profilinde bulaşıcı olmayan hastalıklar temel hastalık yükünü oluşturmaktadır. Günlük sigara kullanımı %28,3, yetersiz fiziksel aktivite %44 ve bildirime dayalı obezite %20 düzeyindedir. Çocukluk çağı difteri-tetanoz-boğmaca bağışıklama oranının %96 olması güçlü bir koruyucu hizmet çıktısıdır; buna karşılık meme kanseri tarama oranının %37'de kalması erişim ile etkili koruyucu hizmet kullanımı arasındaki farkı göstermektedir (OECD, 2025b). Hava kirliliği, tütün kullanımı ve antibiyotik direnci, sistemin yalnızca tedavi kapasitesiyle çözülemeyecek başlıca halk sağlığı sorunlarıdır (Polin et al., 2022).

Uluslararası konum açısından Türkiye'nin belirgin özelliği, görece düşük kaynak yoğunluğuyla geniş kapsama sağlamasıdır. Ancak bu durumun sürdürülebilirliği, sağlık insan gücünün niceliği ve dağılımı, birinci basamağın güçlendirilmesi, koruyucu hizmetlerin etkinliği ve hanehalkının mali yükünün kontrolü ile doğrudan ilişkilidir. Başka bir ifadeyle Türkiye, nüfus kapsamı bakımından olgunlaşmış; hizmet kapasitesi ve kalite sürekliliği bakımından ise geliştirilmesi gereken bir sistem görünümündedir.

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Sunumu

Türkiye sağlık sisteminin yönetişimi ağırlıklı olarak merkezîdir. Sağlık Bakanlığı; politika belirleme, düzenleme, halk sağlığı, sağlık insan gücü planlaması ve büyük bir kamu hizmet sunucu ağının yönetiminde temel aktördür. İl sağlık müdürlükleri, Bakanlık politikalarının yerel uygulamasını yürütür. Üniversite hastaneleri eğitim-araştırma ve ileri basamak hizmetlerde, özel hastaneler ise özellikle kentsel bölgelerde tamamlayıcı bir rol üstlenir. Bu yapı, ulusal programların hızlı yaygınlaştırılması bakımından avantaj sağlarken yerel ihtiyaçlara göre esneklik, kurumsal özerklik ve hizmet sunucularının hesap verebilirliği bakımından dengeli bir tasarım gerektirir.

Birinci basamak hizmetler aile sağlığı merkezleri, aile hekimliği birimleri ve toplum sağlığı/sağlıklı hayat merkezleri üzerinden sunulmaktadır. Aile hekimleri koruyucu hizmet, bağışıklama, gebe-bebek izlemi ve kronik hastalık takibinde merkezi bir konumdadır. Bununla birlikte aile hekimliğinin uzman ve hastane hizmetlerine erişimde zorunlu ve etkili bir kapı tutucu işlevi bulunmamaktadır. Hastaların doğrudan ikinci ve üçüncü basamağa başvurabilmesi, kısa vadede seçim ve erişim

kolaylığı yaratırken birinci basamağın koordinasyon rolünü ve kaynakların uygun basamakta kullanımını zayıflatabilmektedir.

OECD 2025 göstergelerine göre Türkiye'de 1.000 kişiye 2,4 hekim ve 2,9 hemşire düşmektedir; her iki değer de OECD ortalamalarının belirgin biçimde altındadır. Hastane yatağı kapasitesi 1.000 kişiye 3,1, BT-MR-PET cihazlarının toplam yoğunluğu milyon kişiye 30'dur (OECD, 2025b). Sağlık Bakanlığının 2024 yıllığı da sağlık tesisleri ve personel sayısındaki artışı göstermektedir; ancak artan başvuru hacmi, bölgesel dengesizlikler, bazı branşlarda yığılma ve hemşirelik kapasitesinin sınırlılığı hizmet kalitesi ve çalışan yükü bakımından önemini korumaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Türkiye'nin ayırt edici güçlü alanlarından biri dijital sağlık altyapısıdır. e-Nabız, farklı hizmet sunucularında üretilen sağlık kayıtlarının birey tarafından görüntülenebilmesine ve yetkilendirilmiş sağlık profesyonelleriyle paylaşılabilmesine imkân veren ulusal bir kişisel sağlık kaydı platformudur. Merkezi Hekim Randevu Sistemi, e-Reçete, teleradyoloji ve diğer ulusal uygulamalarla birlikte düşünüldüğünde, hasta düzeyinde bilgi bütünlüğü ve ulusal ölçekli uygulama kapasitesi oluşmuştur. OECD, Türkiye'nin e-Nabız merkezli elektronik sağlık kaydı gelişimini ve tele-tıp uygulamalarını uluslararası örnekler arasında değerlendirmektedir (Keelara et al., 2025). Buna karşın veri kalitesi, ikincil kullanım, birlikte çalışabilirliğin derinliği, mahremiyet ve dijital dışlanma riskleri sürekli yönetişim gerektirmektedir.

Hizmet sunumundaki temel mesele, erişim genişlemesinin uygun basamakta, süreklilik içinde ve yüksek kaliteyle sürdürülmesidir. Hastane merkezli kullanımın azaltılması, aile hekimliği ekiplerinin hem sayı hem yetkinlik bakımından güçlendirilmesi, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin rolünün genişletilmesi, kronik hastalık yönetimi ve toplum temelli bakımın geliştirilmesi bu açıdan önceliklidir.

4.3. Finansman, Sigorta ve Geri Ödeme Mekanizmaları

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin temel finansman omurgası Genel Sağlık Sigortasıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu, prim gelirleri ve kamu transferleriyle oluşturulan kaynakları havuzlayan ve kamu ile sözleşmeli özel hizmet sunucularından sağlık hizmeti satın alan baskın kamu alıcısıdır. Sağlık Bakanlığı ise hem vergi gelirleriyle finanse edilen koruyucu hizmetleri ve kamu sağlığı görevlerini yürütmekte hem de geniş hastane ağının sahibi ve yöneticisi olarak sistemde çift yönlü bir konum taşımaktadır. Bu yapı, risk havuzunun büyük ölçüde birleşmesini ve ulusal satın alma kurallarının uygulanmasını kolaylaştırmıştır.

SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), geri ödeme kapsamı, işlem puanları, ilaç ve tıbbi malzeme listeleri ile katılım paylarının ana düzenleyici çerçevesidir. Kamu hastanelerinde küresel bütçe ve bütçe tahsisi, hizmet hacmi ve performans unsurları birlikte etkili olurken; sözleşmeli özel hizmet sunucuları çoğunlukla SUT fiyatları, paket ödemeler ve izin verilen ilave ücretler çerçevesinde ödeme almaktadır. Bu model, tek alıcının pazarlık ve standardizasyon kapasitesini

güçlendirse de tarife güncelliği, maliyet farklılıkları, hacim teşvikleri ve hizmet kalitesinin ödeme sistemlerine yeterince yansıtılması sürekli politika ayarı gerektirir. SUT'un 2026 içinde de değişikliklerle güncellenmesi, satın alma kurallarının dinamik niteliğini göstermektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu [SGK], 2026).

TÜİK'in 2024 ulusal sağlık hesaplarına göre toplam sağlık harcaması 2,359 trilyon TL'ye, kişi başına sağlık harcaması 27.587 TL'ye ulaşmış; toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı %5,3 olmuştur. Aynı yayında cari sağlık harcamasının GSYH'ye oranı %4,9 olarak bildirilmiştir. Aradaki 0,4 puanlık fark esas olarak sağlık sektöründeki yatırım harcamalarından, başka bir ifadeyle gayrisafi sabit sermaye oluşumundan kaynaklanmaktadır; 2024 sağlık yatırımları 172,349 milyar TL olarak raporlanmıştır. Harcamanın %76,1'i genel devlet, %23,9'u özel sektör tarafından karşılanmış; hanehalkı cepten ödemelerinin toplam sağlık harcaması içindeki payı %18,8 olmuştur (TÜİK, 2025). OECD'nin 2025 ülke notunda Türkiye için verilen %4,7'lik sağlık harcaması/GSYH göstergesi ise uluslararası karşılaştırma amacıyla standardize edilmiş cari sağlık harcamasını temsil eder; sermaye yatırımlarını içermez ve veri revizyon/tahmin takvimi ulusal sağlık hesaplarından farklı olabilir. Bu nedenle %5,3 ile %4,7 arasındaki fark yalnızca basit bir "kaynak farklılığı" değil, kapsam, sınıflandırma ve veri güncelleme süreci farklılığıdır.

Genel Sağlık Sigortası, önceki parçalı yapıya kıyasla mali korumayı ve nüfus kapsamını önemli ölçüde artırmıştır. Bununla birlikte reçete ve muayene katılım payları, geri ödeme dışı hizmet ve ürünler, özel sunuculardaki ilave ücretler ile ağız-diş sağlığı ve bazı uzun süreli bakım ihtiyaçları hanehalkı yükünü artırabilmektedir. Cepten ödeme payının yükselmesi, özellikle düşük gelirli ve kronik hastalığı olan gruplar açısından yakından izlenmelidir. Mali sürdürülebilirlik için yalnızca fiyat baskılama değil; etkili sağlık teknolojisi değerlendirmesi, kanıta dayalı geri ödeme, uygun basamakta hizmet ve sonuç odaklı satın alma araçları gereklidir.

5. Almanya'nın Sağlık Sistemi

5.1. Ülke Sağlık Profili ve Uluslararası Konum

Almanya, zorunlu sosyal sağlık sigortasının tarihsel olarak geliştiği ve "Bismarck modeli"nin klasik örneği kabul edilen ülkedir. Güncel sistem, tarihsel sosyal sigorta ilkelerini federal yönetişim, çok sayıda hastalık fonu, özel sigorta ve korporatist öz-yönetim kurumlarıyla birleştirir. Kapsamın genişliği, hizmet paketinin kapsamlı oluşu ve yüksek kaynak düzeyi, Almanya'yı Avrupa'nın en yoğun sağlık harcaması yapan sistemlerinden biri hâline getirmiştir (Blümel et al., 2024).

OECD 2025 göstergelerinde Almanya'da doğuşta beklenen yaşam süresi 81,1 yıl; önlenebilir ölüm hızı 100.000 kişide 129, tedavi edilebilir ölüm hızı 66'dır. Temel

hizmet paketi kapsamı %100, sağlık hizmetlerinin mevcut ve kaliteli olduğuna ilişkin memnuniyet %81 ve karşılanmamış gereksinim oranı %0,8'dir (OECD, 2025c). Bu sonuçlar Almanya'nın erişim ve tedavi edilebilir ölümleri önleme bakımından güçlü performansına işaret eder; ancak nüfusun yaşlanması, çoklu hastalık, uzun süreli bakım gereksinimi ve sağlık çalışanı açığı gelecekteki baskıları artırmaktadır.

Almanya'nın yüksek kaynak kapasitesi her alanda aynı düzeyde verimlilik üretmemektedir. Ülkede hastane yatağı, tıbbi teknoloji ve hizmet kullanım hacmi yüksektir. OECD'ye göre önlenebilir hastane yatışları 100.000 kişide 810 ile OECD ortalamasının üzerindedir (OECD, 2025c). Bu bulgu, yüksek kapasitenin bir bölümünün birinci basamak ve ayakta bakımda daha etkili yönetilebilecek gereksinimlere yöneldiğini düşündürmektedir. Dolayısıyla Almanya'nın uluslararası konumu, yalnızca yüksek kalite ve erişimle değil; yüksek maliyet, hastane yoğunluğu ve koordinasyon sorunlarıyla birlikte değerlendirilmelidir.

5.2. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Sunumu

Alman sağlık sisteminin yönetişimi karmaşık ve çok düzeylidir. Federal hükümet temel yasal çerçeveyi oluşturur; eyaletler hastane planlaması, kamu sağlığı ve yatırım kararlarında önemli yetkilere sahiptir. Zorunlu sağlık sigortası alanında Federal Ortak Komite, hastalık fonları birlikleri, hekim ve diş hekimi birlikleri ile hastane temsilcileri gibi korporatist öz-yönetim organları hizmet paketinin ayrıntıları, kalite standartları ve ödeme kuralları üzerinde belirleyicidir. Bu yapı, paydaş katılımı ve teknik kararların siyasetten belirli ölçüde ayrıştırılması bakımından güçlü; karar süreçlerinin karmaşıklığı ve reformların yavaşlığı bakımından ise zorlayıcıdır (Blümel et al., 2024).

Ayakta bakım, büyük ölçüde kendi muayenehanesinde çalışan ve zorunlu sağlık sigortasıyla sözleşmeli aile hekimleri ile uzmanlar tarafından sunulur. Hastalar çoğu durumda hekim ve uzmanını serbestçe seçebilir; genel ve zorunlu bir sevk zinciri bulunmaz. Hastane hizmetleri kamu, kâr amacı gütmeyen ve özel kuruluşlar tarafından verilir. Ayakta ve yatarak bakımın farklı planlama, ödeme ve yönetişim düzeneklerine bağlı olması, sektörler arası keskin ayrışma yaratmaktadır. Bu parçalanma; taburculuk sonrası bakım, kronik hastalık yönetimi, bilgi aktarımı ve kaynakların uygun basamakta kullanımı açısından uzun süredir temel sorunlardan biridir (Blümel et al., 2020; Blümel et al., 2024).

Almanya'da sağlık insan gücü ve fiziksel kapasite OECD ortalamasının üzerindedir. 1.000 kişiye 4,7 hekim, 12,2 hemşire ve 7,7 hastane yatağı düşmekte; BT-MR-PET cihaz yoğunluğu milyon kişiye 74'e ulaşmaktadır (OECD, 2025c). Bu yüksek ortalamalara rağmen kırsal bölgelerde ve bazı uzmanlık alanlarında hekim açığı, yaşlanan iş gücü ve genel pratisyen payının görece düşüklüğü önemli sorunlardır. İnsan gücü bolluğu ile coğrafi ve mesleki dağılımın uygunluğu aynı şey değildir.

Hastane reformu, son yıllarda Alman sağlık politikasının merkezindedir. Mevcut tanı ilişkili gruplar sisteminin hizmet hacmini teşvik eden etkisini azaltmak,

hastaneleri hizmet grupları ve kalite ölçütleri doğrultusunda yeniden yapılandırmak, kapasite ödemeleriyle sabit maliyetleri karşılamak ve uygun vakaları günübirlik/ayakta bakıma kaydırmak hedeflenmektedir (Blümel et al., 2024; OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Reformun başarısı, eyalet planlaması ile federal finansman kurallarının uyumu ve kırsal erişimin korunmasına bağlıdır.

Dijital sağlık alanında Almanya, telematik altyapı ve elektronik hasta kaydı (*elektronische Patientenakte*, ePA) için önemli yatırımlar yapmıştır. "Herkes için ePA" yaklaşımında vazgeçme esaslı kayıt modeline geçiş, bilgi sürekliliğini ve hasta katılımını güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Federal Ministry of Health, 2023). Bununla birlikte tarihsel olarak parçalı bilgi sistemleri, sıkı veri koruma düzenlemeleri, teknik uyum ve kullanıcı benimsemesi dijital dönüşümün hızını sınırlamıştır. Bu alan, yüksek kurumsal kapasiteye rağmen uygulama koordinasyonunun belirleyici olduğunu göstermektedir.

5.3. Finansman, Sigorta ve Geri Ödeme Mekanizmaları

Almanya'da sağlık sigortası zorunludur ve iki ana kanaldan sağlanır: zorunlu sağlık sigortası (*Statutory Health Insurance*, SHI) ve ikame edici özel sağlık sigortası (*Private Health Insurance*, PHI). 2023 itibarıyla SHI yaklaşık nüfusun %89'unu, PHI ise %11'ini kapsamaktadır (European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Federal Sağlık Bakanlığı da SHI kapsamında 70 milyondan fazla kişinin, yani nüfusun yaklaşık %90'ının bulunduğunu belirtmektedir (Federal Ministry of Health, 2025). Bu nedenle eski bazı metinlerdeki "Almanya'da özel sigorta çok azdır" ifadesi doğru değildir; özel sigorta nüfusun azınlığını kapsamakla birlikte sistemin yapısal bir bileşenidir.

SHI primleri esas olarak gelire bağlıdır ve çalışan ile işveren arasında paylaşılır; federal vergi transferleri aile üyeleri ve sigorta dışı sosyal görevlerin finansmanına katkı sağlar. Hastalık fonları arasında risk yapısına göre mali dengeleme uygulanır. Sigortalılar belirli koşullarda hastalık fonunu seçebilir ve fonlar aynı geniş temel hizmet paketini sunar. PHI primleri ise risk, yaş ve sözleşme kapsamına göre farklılaşabilir. Zorunlu uzun süreli bakım sigortası, sağlık sigortasına paralel fakat ayrı bir finansman sütunudur.

Ayakta çalışan hekimler, bölgesel sözleşmeli hekim birlikleri üzerinden bütçe ve puan sistemleri çerçevesinde; hastaneler ise ağırlıklı olarak tanı ilişkili gruplar ve ek ödeme düzenekleriyle finanse edilir. İlaç ve tıbbi teknolojiler için kanıt, ek yarar ve fiyat müzakeresi mekanizmaları satın alma politikasının önemli parçalarıdır. 2024 reform gündemi, hastane gelirlerinin bir bölümünü vaka sayısından bağımsız kapasite ödemelerine bağlayarak hacim teşvikini azaltmayı amaçlamaktadır (Blümel et al., 2024).

OECD 2025 göstergelerine göre Almanya kişi başına 9.365 ABD doları satın alma

gücü paritesi düzeyinde sağlık harcaması yapmakta ve sağlık harcamaları GSYH'nin %12,3'üne ulaşmaktadır (OECD, 2025c). 2023 Avrupa Birliği karşılaştırmasında sağlık harcamalarının yaklaşık %86'sı zorunlu/kamu finansman kaynaklarıyla, %11'i cepten ödemelerle ve %3'ü gönüllü sigorta/diğer özel düzeneklerle karşılanmıştır (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2025). Cepten ödeme payı görece düşük olsa da uzun süreli bakım ve ilaçlar hanehalkı harcamalarında önemlidir. Sistemin temel finansman sorunu kapsam eksikliğinden çok, yüksek harcama düzeyinin yaşlanma, ücret artışları ve teknolojik yenilikler karşısında sürdürülebilir yönetimidir.

6. Almanya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Gösterge	Almanya (referans yılı hücrelerde)	Türkiye (referans yılı hücrelerde)
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	81,1 (2023)	77,3 (2023)
Önlenebilir ölüm (100.000 kişide)	129 (2022)	168 (2022)
Tedavi edilebilir ölüm (100.000 kişide)	66 (2022)	119 (2022)
Temel hizmet paketi kapsamı (%)	100 (2024)	99 (2024)
Kaliteli hizmet mevcudiyetinden memnuniyet (%)	81 (2024)	41 (2024)
Karşılanmamış sağlık gereksinimi (%)	0,8 (2024)	1,2 (2024)
Kişi başına sağlık harcaması (ABD doları, SGP)	9.365 (2024 tahmini)	2.309 (2024 tahmini)
Sağlık harcaması / GSYH (%)	12,3 (2024 tahmini)	4,7 (2024 tahmini)
Hekim (1.000 kişide)	4,7 (2023)	2,4 (2023)
Hemşire (1.000 kişide)	12,2 (2023)	2,9 (2023)
Hastane yatağı (1.000 kişide)	7,7 (2023)	3,1 (2023)
BT + MR + PET cihazı (milyon kişide)	74 (2023)	30 (2023)

Tablo 1. Almanya ve Türkiye'nin seçilmiş sağlık sistemi göstergeleri

Not: OECD Health at a Glance 2025 ülke notları temel alınmıştır. Parantez içindeki yıllar göstergenin referans yılını gösterir; "2025" raporun yayımlanma yılıdır ve tüm verilerin 2025 yılına ait olduğu anlamına gelmez. Harcama göstergeleri 2024 tahmini/son karşılaştırılabilir OECD değerlerini, sağlık insan gücü ve kapasite göstergeleri çoğunlukla 2023 verilerini, mortalite göstergeleri ise en son doğrulanmış 2022-2023 verilerini yansıtır. SGP: satın alma gücü paritesi. Ülkeler arası karşılaştırmada nominal para değerleri değil, SGP ile standardize edilmiş değerler kullanılmıştır. Kaynak: OECD (2025b, 2025c).

6.1. Yönetişim ve Nüfus Kapsamı

Her iki ülke de temel sağlık hizmetleri bakımından evrensel kapsama yaklaşmış

olmakla birlikte bunu farklı kurumsal yollarla gerçekleştirmiştir. Türkiye'de birleşik risk havuzu ve tek baskın kamu alıcısı, ulusal kuralların hızlı uygulanmasına ve sigorta parçalanmasının azaltılmasına olanak tanımıştır. Almanya'da ise çok sayıda hastalık fonu, federal-eyalet yetki paylaşımı ve korporatist kurumlar daha müzakereci, çoğulcu ve teknik öz-yönetime dayalı bir düzen oluşturmuştur. Türkiye'nin güçlü yönü uygulama birliği; Almanya'nın güçlü yönü ise paydaş temsilinin ve kurumsal denge-denetim mekanizmalarının daha gelişmiş olmasıdır.

Kapsam oranlarının %99-100 düzeyinde olması, fiilî erişimin ve hakkaniyetin tamamen sağlandığı anlamına gelmez. Coğrafi mesafe, randevu süresi, özel ödemeler, sağlık okuryazarlığı, göçmenlik durumu ve hizmet kalitesi gibi etkenler sigortalılık ile gerçek erişim arasındaki farkı belirler. Almanya'da karşılanmamış gereksinim ve memnuniyet göstergeleri daha olumluyken Türkiye'de düşük karşılanmamış gereksinime rağmen memnuniyetin sınırlı olması, kullanım kolaylığı ile deneyim/kalite algısının ayrışabildiğini göstermektedir.

6.2. Sağlık Profili, Hizmet Kapasitesi, Erişim ve Kalite

Almanya'da kişi başına sağlık harcaması Türkiye'nin yaklaşık **dört katıdır** (9.365/2.309 ≈ 4,1). Bu bulgu, önceki metinde yer alan "beş kat" ifadesinin güncel OECD verileriyle düzeltilmesini gerektirmiştir. Kaynak farkı hekim, hemşire, hastane yatağı ve yüksek teknoloji kapasitesine doğrudan yansımaktadır. Özellikle hemşire yoğunluğunun Almanya'da Türkiye'nin dört katından fazla olması, ekip temelli bakım ve uzun süreli bakım kapasitesi açısından belirleyicidir.

Almanya'nın daha uzun yaşam süresi ve daha düşük önlenebilir/tedavi edilebilir ölüm hızları, daha yüksek kaynak düzeyi, güçlü finansal koruma ve bakım kapasitesiyle uyumludur. Ancak yüksek yatak sayısı, önlenebilir hastane yatışlarının fazlalığı ve sektörler arası parçalanma, ilave kaynağın her zaman en verimli şekilde kullanılmadığını göstermektedir. Türkiye ise daha sınırlı kaynakla geniş başvuru hacmini karşılamakta; bunun karşılığı olarak sağlık çalışanı iş yükü, kısa görüşme süreleri, bölgesel dengesizlik ve koruyucu hizmetlerin sürekliliği sorunları yaşayabilmektedir.

Kalite göstergeleri karma bir tablo sunar. Türkiye çocukluk çağı bağışıklamasında güçlü; kanser taramasında ise OECD ortalamasının altındadır. Almanya'da da meme kanseri tarama oranı OECD ortalamasının altında kalmakta ve önlenebilir hastane yatışları yüksektir. Bu nedenle iki ülke için ortak ders, kapsama ve kapasite göstergelerinin süreç ve sonuç kalitesiyle birlikte izlenmesi gerektiğidir.

6.3. Finansman, Mali Koruma ve Satın Alma

Almanya'nın sağlık finansmanı daha yüksek gelir tabanı, çalışan-işveren primleri ve vergi transferleriyle desteklenmekte; hanehalkı cepten ödeme payı Türkiye'ye kıyasla daha düşük kalmaktadır. Türkiye'nin 2024 ulusal verilerinde cepten ödeme

payı %18,8 iken Almanya'nın 2023 Avrupa karşılaştırmasında yaklaşık %11'dir. Yıllar ve tanımlar tam eşleşmese de yön, Türkiye'de hanehalkı finansman yükünün daha yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle geri ödeme dışı ürünler, özel sunucu ilave ücretleri ve ağız-diş sağlığı gibi alanlar mali koruma açısından önemlidir.

Türkiye'nin tek alıcılı yapısı fiyat müzakeresi ve ulusal standartların uygulanması için güçlü bir araçtır; ancak fiyatların gerçek maliyetlerden uzun süre ayrışması hizmet sunucularında finansal baskı, çapraz sübvansiyon ve hacim odaklı davranış yaratabilir. Almanya'nın çok alıcılı yapısı daha karmaşıktır; buna karşılık sağlık teknolojisi değerlendirmesi, ek yarar analizi, kalite standartları ve paydaş müzakeresi daha kurumsallaşmıştır. Her iki ülkede de satın alma sistemlerinin hizmet sayısından çok değer, kalite, bakım sürekliliği ve sonuçlara yönelmesi gerekmektedir.

6.4. Dijital Sağlık, Bakım Koordinasyonu ve Sistem Dayanıklılığı

Türkiye, e-Nabız ve merkezi randevu altyapısı sayesinde hasta düzeyindeki bilgiyi ulusal ölçekte görünür kılan, kullanıcıya dönük bir dijital ekosistem kurmuştur. Almanya'da dijital uygulamalar daha uzun süre parçalı ilerlemiş, ePA'nın yaygınlaştırılması daha temkinli ve kademeli olmuştur. Bu karşılaştırma, merkezî yönetişimin teknik standardizasyon ve hızlı ölçekleme bakımından avantaj sağlayabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte Türkiye'de de verilerin klinik karar desteği, kalite ölçümü ve araştırma için güvenli ikincil kullanım kapasitesinin geliştirilmesi gereklidir.

Bakım koordinasyonunda her iki sistemin farklı zayıflıkları vardır. Almanya'da ayakta ve yatarak bakım arasındaki kurumsal sınırlar; Türkiye'de ise birinci basamağın zorunlu ve etkili sevk koordinatörü olmaması hastanın bakım yolculuğunu parçalayabilmektedir. Dijital kayıt tek başına koordinasyon sağlamaz; ödeme teşvikleri, ekip sorumluluğu, ortak bakım planları ve geri bildirim mekanizmalarıyla desteklenmelidir.

Boyut	Almanya	Türkiye
Yönetişim	Federal-eyalet paylaşımı; korporatist öz-yönetim; çok aktörlü ve çoğulcu	Merkezî yönetişim; Sağlık Bakanlığı güçlü düzenleyici/sunucu, SGK baskın alıcı
Sigorta yapısı	SHI yaklaşık %89; ikame edici PHI yaklaşık %11	Genel Sağlık Sigortası; SGK çatısı altında büyük ölçüde birleşik risk havuzu
Birinci basamak	Aile hekimi ve ayakta uzman hizmeti; genel zorunlu kapı tutuculuk yok	Aile hekimliği yaygın; uzman/hastaneye zorunlu sevk zinciri yok
Hastane sektörü	Kamu, kâr amacı gütmeyen ve özel; yüksek yatak kapasitesi; eyalet planlaması	Sağlık Bakanlığı ağı baskın; üniversite ve özel hastaneler tamamlayıcı

Boyut	Almanya	Türkiye
Satın alma/ödeme	Hastalık fonları; ayakta puan-bütçe sistemi; hastanede DRG ve reformla kapasite ödemeleri	SGK-SUT; küresel bütçe, paket/puan tarifeleri ve sözleşmeli özel sunucular
Mali koruma	Görece düşük cepten ödeme; uzun süreli bakım ve ilaçlar önemli	Geniş kapsam; cepten ödeme ve özel ilave ücretler daha belirgin
Dijital sağlık	ePA ve telematik altyapı yaygınlaştırılıyor; uygulama federal ve kademeli	e-Nabız, MHRS, e-Reçete ve teleradyoloji ulusal ölçekte bütünleşik
Başlıca güçlü yön	Kaynak kapasitesi, mali koruma, kalite kurumları, geniş hizmet paketi	Hızlı ulusal uygulama, tek alıcı kapasitesi, kapsama ve dijital entegrasyon
Başlıca sorun	Parçalanma, hastane ağırlığı, yüksek maliyet, bölgesel personel açığı	Düşük insan gücü yoğunluğu, birinci basamak koordinasyonu, memnuniyet ve cepten yük

Tablo 2. İki sağlık sisteminin yapısal karşılaştırması

Not. Tablo, OECD (2025a–c), Blümel et al. (2024), Polin et al. (2022), TÜİK (2025), T.C. SağlıkBakanlığı (2025) ve SGK (2026) temelinde yazar tarafından oluşturulmuştur.

7. Tartışma

Bu karşılaştırma, Almanya ve Türkiye'nin ortak evrensel kapsama hedefini farklı yönetişim ve finansman araçlarıyla izlediğini göstermektedir. Almanya'nın modeli yüksek kaynak, güçlü mali koruma, geniş hizmet paketi ve kurumsallaşmış öz-yönetim avantajlarına sahiptir. Türkiye'nin modeli ise sigorta havuzlarının birleşmesi, ulusal politika ve dijital altyapının hızlı ölçeklenmesi, erişimin genişletilmesi ve düşük kaynak düzeyinde yüksek hizmet hacmi üretme kapasitesiyle öne çıkmaktadır. Bu farklılıklar, sağlık sistemi performansının yalnızca harcama miktarıyla değil; kaynakların nasıl toplandığı, dağıtıldığı ve hizmete dönüştürüldüğüyle belirlendiğini doğrular.

Almanya açısından en önemli sorun, yüksek harcamanın bakım koordinasyonu ve verimlilik kazanımlarına tam olarak dönüşmemesidir. Hastane kapasitesinin yüksekliği, ayakta-yatarak bakım ayrımı ve önlenebilir yatışlar reform ihtiyacını açıkça göstermektedir. Yaşlanan nüfus ve sağlık çalışanı açığı, uzun süreli bakım ile toplum temelli hizmetlerin önemini artırmaktadır. Hastane reformu, vaka başı ödeme teşviklerini dengelemesi ve uygun hizmetleri ayakta bakıma kaydırması bakımından doğru yöndedir; ancak yerel erişim, kalite ve maliyet etkilerinin şeffaf biçimde izlenmesi gerekir.

Türkiye açısından temel sorun, kapsama genişlemesinin kalite, insan gücü ve mali koruma ile aynı hızda derinleştirilememesidir. Hekim ve özellikle hemşire sayısının

düşüklüğü, yüksek hizmet kullanımının sürdürülebilirliğini sınırlar. Aile hekimliği ekiplerinin nüfus yükünün azaltılması, kronik hastalık yönetiminin güçlendirilmesi, sevk ve geri bildirim mekanizmalarının kademeli biçimde geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının coğrafi dağılımının iyileştirilmesi ve koruyucu hizmetlere ayrılan payın artırılması gereklidir. Cepten ödeme artışının gelir gruplarına göre izlenmesi ve yoksullaştırıcı harcamalara karşı hedefli koruma mekanizmaları oluşturulması da önceliklidir.

7.1. Türkiye'nin Almanya'dan Öğrenebileceği Alanlar

Birinci olarak Türkiye, sağlık insan gücü politikasını yalnızca hekim sayısını artırmaya değil; hemşire, ebe, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, bakım koordinatörü ve uzun süreli bakım personelini içeren ekip temelli bir kapasiteye yöneltmelidir. Almanya'nın yüksek hemşire yoğunluğu doğrudan kopyalanabilir bir hedef değildir; ancak iş bölümü, yetki devri ve kronik bakım ekipleri bakımından önemli bir referanstır.

İkinci olarak bağımsız kalite güvencesi, klinik rehberler, sağlık teknolojisi değerlendirmesi ve kanıta dayalı geri ödeme süreçleri güçlendirilmelidir. Tek alıcının pazarlık gücü, sonuç ve kalite verisiyle birleştiğinde daha etkili stratejik satın alma üretebilir. Üçüncü olarak sosyal sağlık sigortasının mali koruma işlevi, katkı payı muafiyetleri, düşük gelirli ve kronik hastalara yönelik üst sınırlar ve ağız-diş sağlığı/uzun süreli bakım paketlerinin geliştirilmesiyle derinleştirilebilir. Dördüncü olarak bölgesel ihtiyaç planlaması ile eğitim kontenjanları, kadro ve yatırım kararları daha sıkı ilişkilendirilmelidir.

7.2. Almanya'nın Türkiye'den Öğrenebileceği Alanlar

Almanya, Türkiye'nin ulusal ölçekte hasta odaklı elektronik kayıt ve merkezi dijital hizmetleri hızlı yaygınlaştırma deneyiminden yararlanabilir. ePA'nın teknik olarak var olması kadar, vatandaşın kolay erişimi, randevu, reçete, görüntüleme ve laboratuvar bilgilerinin tek kullanıcı yolculuğunda bütünleşmesi önemlidir. Türkiye'nin merkezî standart belirleme kapasitesi, Almanya için birebir kurumsal model değil; birlikte çalışabilirlik, kullanıcı deneyimi ve ulusal uygulama temposu bakımından seçici bir öğrenme alanıdır.

Türkiye'nin ulusal bağışıklama programları ve kriz dönemlerinde hızlı merkezî koordinasyon deneyimi de Almanya'nın parçalı yapısında ortak standartların uygulanması açısından öğretici olabilir. Ancak bu dersler, federal yapı ve veri koruma kültürü göz ardı edilerek aktarılamaz. Politika transferinin amacı kurumsal kopyalama değil, işlevsel problemi çözen unsuru yerel yönetişime uyarlamaktır.

7.3. Çalışmanın Literatüre Katkısı ve Sınırlılıkları

Çalışmanın temel katkısı, iki ülkeyi ayrı ve dağınık tanımlamak yerine aynı üçlü çerçevede karşılaştırması; güncel OECD 2025 göstergelerini, Türkiye'nin 2024 ulusal sağlık harcaması verilerini ve Almanya'nın 2024-2025 sistem raporlarını

birlikte değerlendirmesi; ayrıca betimsel farkları karşılıklı politika öğrenmesine dönüştürmesidir. Bu yaklaşım, hakemlerin kapsamın belirginleştirilmesi, paragraf bütünlüğü, aynı örüntüde karşılaştırma ve sonuç bölümünde öğrenme alanlarının vurgulanması yönündeki önerilerini doğrudan karşılamaktadır.

Bununla birlikte çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir. İlk olarak karşılaştırılan göstergelerin referans yılları değişmektedir. İkinci olarak ulusal sağlık hesapları ile OECD'nin standardize edilmiş cari sağlık harcaması verileri aynı kapsamı kullanmayabilir. Üçüncü olarak ülke ortalamaları bölgesel, sosyoekonomik ve göçmen gruplar arasındaki eşitsizlikleri gizleyebilir. Dördüncü olarak belge incelemesi, belirli reformların sağlık sonuçları üzerindeki nedensel etkisini kanıtlamaz. Son olarak Almanya ile Türkiye'nin gelir düzeyi, demografik yapı ve siyasal-idari düzeni farklı olduğundan politika önerileri bağlama uyarlanmalıdır.

8. Sonuç ve Politika Önerileri

Almanya ve Türkiye, nüfusun neredeyse tamamını kapsayan sosyal sağlık koruması hedefinde birleşmekte; ancak bu hedefe farklı kurumsal yollarla ulaşmaktadır. Almanya yüksek kaynak düzeyi, kapsamlı sigorta paketi, düşük cepten ödeme ve kurumsallaşmış kalite mekanizmalarıyla güçlüdür; buna karşın sistem parçalanması, hastane ağırlığı ve yüksek maliyet baskısı yaşamaktadır. Türkiye, merkezî reform kapasitesi, tek baskın kamu alıcısı, erişim artışı ve dijital sağlık bütünleşmesiyle dikkat çekmektedir; buna karşılık sağlık insan gücü, birinci basamak koordinasyonu, koruyucu hizmet kullanımı, memnuniyet ve mali koruma alanlarında güçlendirmeye ihtiyaç duymaktadır.

Politika öncelikleri beş başlıkta özetlenebilir: **(i)** Türkiye'de ekip temelli birinci basamak ve sağlık insan gücü kapasitesinin güçlendirilmesi; **(ii)** cepten ödemelerin gelir ve hastalık yüküne göre izlenmesi ve mali koruma araçlarının genişletilmesi; **(iii)** her iki ülkede hastane merkezli teşviklerin azaltılarak ayakta, toplum temelli ve uzun süreli bakımın geliştirilmesi; **(iv)** dijital kayıtların yalnızca veri depolama aracı olmaktan çıkarılıp bakım koordinasyonu, kalite ölçümü ve klinik karar desteğine dönüştürülmesi; **(v)** ödeme ve yatırım kararlarının sağlık sonuçları, hakkaniyet ve değer temelinde değerlendirilmesi.

Sonuç olarak iki ülke arasında tek yönlü bir "model aktarımı" yerine, güçlü ve zayıf işlevlerin seçici biçimde eşleştirildiği karşılıklı öğrenme yaklaşımı benimsenmelidir. Almanya'nın kurumsallaşmış kalite, mali koruma ve insan gücü kapasitesi ile Türkiye'nin ulusal dijital entegrasyon ve hızlı uygulama deneyimi, bağlama duyarlı reformlar için birbirini tamamlayan dersler sunmaktadır.

Kaynakça

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Hengel, P., Eriksen, A., Maresso, A., & Busse, R. (2024). *Germany: Health system summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-5995-4.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition, 22*(6), 1–272.

Çakır, K., Erol, Ö., & Karadayı, M. A. (2024). A comparative performance analysis of Türkiye's health system within OECD countries. *Journal of Health Systems and Policies, 6*(2), 127–141. https://doi.org/10.52675/jhesp.1538953

Ertürk Atabey, S., & Meriç, M. (2016). Sağlık harcamaları ve evrensel kapsama açısından Türk ve Alman sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı incelenmesi. *Sosyoekonomi, 24*(29), 113–131. https://doi.org/10.17233/se.2016.06.005

European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *Germany: Health system information—country overview*. World Health Organization Regional Office for Europe.

Federal Ministry of Health. (2023). *Germany's digitalisation strategy for health and care*. Bundesministerium für Gesundheit.

Federal Ministry of Health. (2025a). Everything you need to know about the healthcare system in Germany. Bundesministerium für Gesundheit.

Federal Ministry of Health. (2025b). Wahltarife, Bonusprogramme und Zusatzleistungen: Hausarzttarif (hausarztzentrierte Versorgung). Bundesministerium für Gesundheit.

Keelara, R., Sutherland, E., & Almyranti, M. (2025). Leading practices for the future of telemedicine: Implementing telemedicine post-pandemic. *OECD Health Working Papers* (No. 173). OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/496a8ffe-en

OECD. (2025a). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en

OECD. (2025b). *Health at a glance 2025: Türkiye*. OECD Publishing.

OECD. (2025c). *Health at a glance 2025: Germany*. OECD Publishing.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *Germany: Country health profile 2025*. State of Health in the EU. OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.

Polin, K., Yıldırım, H. H., & Waitzberg, R. (2022). *Health systems in action: Türkiye*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-5921-3.

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2026). *Sağlık Uygulama Tebliği: 2026 yılı değişiklikleri işlenmiş güncel metin*. SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü.

Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition, 13*(6), 1–186.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2024*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2024* (Haber Bülteni No. 54188).

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization.

Extended Abstract

Introduction

Health systems are institutional arrangements that combine governance, revenue collection, risk pooling, purchasing, workforce planning and the delivery of preventive, curative, rehabilitative and long-term care. Germany and Türkiye are suitable cases for comparative policy analysis because both pursue near-universal health coverage through social insurance traditions, yet they differ markedly in political-administrative structure, national income, demographic profile and the organisation of healthcare. Germany is characterised by federalism, corporatist self-governance and multiple sickness funds, whereas Türkiye has a more centralised model with a strong Ministry of Health and a dominant single public purchaser, the Social Security Institution. Earlier Turkish-language comparisons provided useful descriptive accounts but relied predominantly on older data, did not consistently organise the two countries under identical analytical headings, and gave limited attention to digital health, workforce capacity, financial protection and current reform priorities.

Purpose

The study aims to compare the German and Turkish health systems using a common framework and to identify their strengths, structural challenges and areas for mutual policy learning. It addresses three questions: How do the national health profiles and international positions of the two countries differ? How are governance, healthcare delivery, insurance and reimbursement organised? Which policies could each country selectively adapt from the other to improve access, quality, financial protection, efficiency and sustainability?

Methodology

A targeted comparative narrative review was conducted and updated through June 2026. Sources included OECD comparative indicators and country notes; reports of the World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies; documents from the German Federal Ministry of Health, the Ministry of Health of Türkiye, the Turkish Statistical Institute and the Social Security Institution; and selected peer-reviewed studies. Sources were selected according to institutional authority, recency, methodological transparency, comparability and relevance. In direct response to the reviewers' recommendations, each country was analysed under the same three headings: (1) national health profile and international position, (2) organisation and delivery of healthcare, and (3) financing, insurance and reimbursement. Cross-country comparison then focused on governance, coverage, resources, access, quality, financial protection, digital health, efficiency and sustainability. Reference years were reported at indicator level because the latest comparable OECD

observations vary across measures. Nominal values from different years were not directly compared; purchasing-power-parity-adjusted values were used for per-capita expenditure. Turkish total health expenditure, which includes gross fixed capital formation, was explicitly distinguished from current health expenditure, which excludes capital investment. The design is descriptive and does not support causal inference.

Findings

Both systems cover almost the entire population for a core set of services, but their institutional architectures differ substantially. Germany has a decentralised and pluralistic system in which federal and state governments and corporatist self-governance organisations share responsibilities. Statutory health insurance covers approximately 89% of the population and substitutive private health insurance about 11%. Türkiye introduced General Health Insurance with a dominant single public payer, the Social Security Institution, while the Ministry of Health retains strong stewardship and service-delivery functions. This arrangement has reduced insurance fragmentation and facilitated nationwide implementation of reforms.

OECD 2025 indicators show a substantial resource gap. Life expectancy is 81.1 years in Germany and 77.3 in Türkiye. Preventable mortality is 129 versus 168 per 100,000 and treatable mortality is 66 versus 119. Germany spends USD PPP 9,365 per capita, compared with USD PPP 2,309 in Türkiye, a ratio of approximately 4.1 rather than the fivefold difference reported in the earlier manuscript. Germany has 4.7 physicians, 12.2 nurses and 7.7 hospital beds per 1,000 population, compared with 2.4, 2.9 and 3.1 in Türkiye. Core-service coverage is 100% and 99%, respectively; reported unmet need is low in both countries, at 0.8% and 1.2%. Satisfaction with the availability of quality healthcare is, however, 81% in Germany and 41% in Türkiye.

Türkiye's strengths include broad population coverage achieved with relatively limited resources, high childhood vaccination, nationally integrated digital platforms such as e-Nabız and the Central Physician Appointment System, and the capacity to implement nationwide programmes rapidly. Its major challenges are low workforce density, especially nursing capacity; uneven regional distribution; weak gatekeeping and care coordination; preventive-care gaps; relatively low satisfaction; and household financial burden. Turkish national health accounts for 2024 indicate that general government financed 76.1% of total health expenditure and household out-of-pocket payments accounted for 18.8%.

Germany's strengths include a broad benefit package, greater workforce and infrastructure capacity, low unmet need, stronger financial protection and well-institutionalised quality and health-technology-assessment mechanisms. Nevertheless, the separation between ambulatory and inpatient care, high hospital capacity and utilisation, avoidable admissions, regional shortages of general practitioners, population ageing and high expenditure create major efficiency and sustainability pressures. Hospital reform aims to reduce volume incentives in diagnosis-related-group payments, introduce capacity-related funding and shift appropriate care to outpatient settings. Germany is also scaling up its electronic

patient record through an opt-out approach, but digital implementation has historically been slower and more fragmented than in Türkiye.

Discussion and Policy Implications

The comparison does not establish a simple hierarchy between the systems. Germany converts much higher resources into stronger mortality, access and financial-protection outcomes, but also exhibits overcapacity, fragmentation and high costs. Türkiye has demonstrated substantial implementation efficiency in expanding coverage and digital infrastructure, yet its low workforce capacity and higher household burden threaten quality and sustainability. Türkiye can draw lessons from Germany in multidisciplinary workforce development, independent quality assurance, health technology assessment, evidence-based reimbursement, long-term care and regional capacity planning. Germany can selectively learn from Türkiye's patient-facing, nationally integrated digital services and its ability to standardise and scale nationwide programmes. These lessons should not be transferred mechanically: federalism, income levels, demographic structure, professional regulation and social expectations shape the feasibility and effects of reforms.

Conclusion

Germany and Türkiye share the objective of universal social health protection but rely on different governance and purchasing arrangements. Priority reforms in Türkiye are to strengthen team-based primary care, increase and redistribute the health workforce, improve preventive-care continuity, enhance strategic purchasing and protect households from out-of-pocket costs. A concrete option is to pilot contract-based primary-care models inspired by Germany's Hausarztzentrierte Versorgung, in which a designated family physician assumes a coordinating role and is supported by quality and payment incentives. Germany should accelerate integration between ambulatory, hospital and long-term care, reduce hospital-centred incentives, address regional workforce shortages and make digital records function as practical tools for coordinated care. Mutual learning is most useful when it targets specific system functions rather than copying an entire national model.