



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



SAĞLIK SİGORTA ŞİRKETLERİ İLE SAĞLIK KURUMLARI İŞBİRLİĞİ SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ

Gaye Pınar UĞUR

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU**

ANKARA

2019

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK SİGORTA ŞİRKETLERİ İLE SAĞLIK KURUMLARI
İŞBİRLİĞİ SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ**

Gaye Pınar UĞUR

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU**

ANKARA

2019

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı : Gaye Pınar Uğur

Tarih : 12.11.2019

İmza :

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında
Gaye Pınar UĞUR tarafından hazırlanan
“Sağlık Sigorta Şirketleri ile Sağlık Kurumları İşbirliği Süreçlerinin İncelenmesi”
adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY
BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07.11.2019

İmza
Prof. Dr. Tarık TUNCAY
Hacettepe Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Prof.Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Danışman Üye

İmza
Doç.Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
Çizelgeler	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Türkiye’de Sigortacılığın Tarihi	4
1.2. Sigortanın İşlevleri	8
1.3. Türkiye’de Sigorta Uygulamaları	9
1.3.1. Sigorta Türleri ve Branşları	9
1.3.2. Türkiye’de Uygulanan Özel Sigorta Branşları	10
1.4. Genel Sağlık Sigortası	10
1.4.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı	11
1.4.2. Sigortalıların Sistemdeki Yeri	12
1.5. Özel Sağlık Sigortaları	15
1.5.1. Özel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Özellikleri	15
1.5.2. Özel Sağlık Sigorta Sözleşmelerinin Özellikleri	16
1.5.3. Özel Sağlık Sigortalarında Prim Tespiti	16
1.6. Türkiye’de Sağlık Sigorta Sistemi	18
1.6.1. Sağlık Sistemi Finansmanı	20
1.6.2. Risk Yönetimi	20
1.6.3. Reasürans	22
1.6.4. Fon Yönetimi	23
1.6.5. Finansal Analizler	25
1.6.6. Denetim	26
1.7. Özel Sağlık Sigortalarında Risk Değerlendirme Uygulamaları	27
1.7.1. Risk Kabul Uygulamaları	27
1.7.2. Standart İstisnaların Kullanımı	33
1.7.3. Sigorta Şirketleri Uygulamaları	35
1.7.3.1. Özel Sağlık Sigortaları Ürün ve Teminat Yapıları	36
1.8. Özel Sağlık Sigortalarında Ürün Çeşitleri	40
1.8.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	41
1.8.2. Seyahat Sağlık Sigortası	43
1.8.3. Acil Sağlık Sigortası	43
1.8.4. Yabancılar İçin Sağlık Sigortası	44
1.8.5. Gündelik Hastane Tazminatı	45
1.9. Türkiye’de Özel Sağlık Sigorta Sektörü Gelişmeleri	46
1.9.1. Sağlık Sigorta Sektöründe Ödenen Tazminatlar	51
1.10. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları	53
1.10.1. Sağlık Kurumlarının Özellikleri	54
1.10.2. Sağlık Kurumu ve Sigorta Şirketi Anlaşmalarının Amacı ve Kapsamı	57

1.10.2.1. Sağlık Hizmetleri Fiyatları ve Sigorta Sistemi	58
1.10.2.2. Anlaşmalı Fiyat Uygulamaları	59
1.10.3. Sağlık Hizmet Sunumunda Özel Sağlık Sigortalarının Yeri	61
1.11. Özel Sağlık Sigortalarında Pazarlama Yöntemleri	68
1.11.1. Ürün ve Portföy Geliştirme Faaliyetleri	69
1.11.1.1. Yönetilen Planlar	78
1.11.1.2. Uzun Dönem Bakım Sigortası	78
1.11.1.3. Uzun Dönem Sağlık Sigortaları	79
1.11.2. Özel Sağlık Sigortalarının Toplumsal Faydaları ve Hedefleri	81
1.12. Türkiye’de Özel Sağlık Sigorta Şirketleri Tarafından Verilen Evde Bakım Teminatı	84
1.12.1. Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Verilen Hizmetler	85
1.12.2. Türkiye’de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Açısından Mevcut Durum	89
1.12.2.1. Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kapsamında Sunulan Evde Bakım Hizmetleri	91
1.12.2.2. Türkiye’de Özel Kurumlar Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri	92
1.12.2.3. Aile Hekimleri Tarafından Sunulacak Evde Bakım Hizmetler	94
1.12.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Unsurlar	95
1.12.3.1. Yaşlı Bireyler İçin Bakım Sigortaları	98
2. GEREÇ VE YÖNTEM	101
2.1. Araştırmanın Önemi	103
2.2. Araştırmanın Amacı	106
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	106
2.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	108
2.5. Araştırma Yöntemi	112
2.5.1. Araştırma Modeli	113
2.5.2. Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar ve Unsurlar	114
2.6. Veri Toplama Aracı	117
2.6.1. Nitel Araştırma Veri Toplama Yöntemleri	120
2.7. Araştırma Sınırlılıkları ve Varsayımları	127
2.7.1. Araştırma Raporunun Yazılması	128
2.8. Nitel Veri Analizi	129
3. BULGULAR	133
3.1. Eşgüdüm ve Organizasyon	133
3.1.1. İşbirliğinde Eşgüdüm	133
3.1.2. Yetkili Birimleri Çalışma Prensipleri	135
3.1.3. Onay Sistemi	137
3.2. Pazarlama	140
3.2.1. Sigortaya Başvuru ve Kabul Koşulları	140
3.2.2. Farklı Ürünler	142
3.2.3. Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler	144
3.3. Evde Bakım Hizmetleri	146
3.4. Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri	149
3.5. Finansman ve Ödeme Sistemleri	151
3.5.1. Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları	151

4. TARTIŞMA	154
4.1. Eşgüdüm ve Organizasyon	154
4.1.1. İşbirliğinde Eşgüdüm	154
4.1.2. Onay Sistemi ve Yetkili Birimler Çalışma Prensipleri	155
4.2. Pazarlama	156
4.2.1. Sigortaya Başvuru ve Kabul Koşulları ile Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler	156
4.2.2. Farklı Ürünler	158
4.2.3. Evde Bakım Hizmetleri	159
4.3. Finansman ve Ödeme Sistemleri	167
4.3.1. Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları	167
4.4. Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri	169
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	174
5.1. Hizmet Sunumunun Geliştirilmesi	174
5.1.1. Eşgüdüm ve Organizasyon	175
5.2. Pazarlama	176
5.2.1. Sigortaya Başvuru ve Kabul Koşulları	177
5.2.2. Farklı Ürünler	178
5.3. Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler	180
5.4. Evde Bakım Hizmetleri	181
5.5. Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri	183
5.6. Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları	186
ÖZET	188
SUMMARY	190
KAYNAKLAR	192
EKLER	200
Ek-1. Etik Kurul Raporu	200
Ek-2. Özel Sigorta Şirketleri “Yetkililer” Görüşme Formu	201
Ek-3. Özel Sigorta Şirketleri “Yöneticiler” Görüşme Formu	203
Ek-4. Özel Sağlık Kurumları “Yöneticiler” Görüşme Formu	205
Ek-5. Özel Sağlık Kurumları “Yetkililer” Görüşme Formu	207
ÖZGEÇMİŞ	211

ÖNSÖZ

Araştırma modeli, kurumlararası disiplinlerin bilgi tabanını oluşturmak için tasarlanmıştır. Bu çalışmada araştırmacının temel rolü, sağlık hizmeti sunan kurumların ve sigorta sektörünün işbirliğinden dolayı elde edilen deneyimlerin nasıl tanımlanabileceği ve ileri gelişmelerin başlangıcı olarak nasıl kullanılabileceğine yönelik bilgileri, araştırma sürecinde toplamış olduğu verileri analiz etmek suretiyle keşfetmek ve ortaya çıkartmaktır. Bu amaçla, hizmet sunucuları olarak sağlık kurumları ve sigorta şirketlerine, hizmet alıcılar olarak hastalar ve sigortalılara odaklanılmış ve birden fazla veri toplama yöntem ve tekniği bir arada kullanılmıştır. Sağlık bakım çalışanları, sigortalı ve hasta olarak hizmet alanlar ve hatta diğer personelin yaşadıkları deneyimleri esnek ve özgün görüşme modelleri ile inceleme iyi sonuçlar verebilmekte ve bazen yeni sorgu alanları yaratabilmektedir.

Çalışma kapsamında görüşme yapmama izin veren tüm kurumlara ve görüşme yaptığım katılımcılara; çalışma sırasında tezime farklı disiplin bakış açısı ile okuyarak katkı sunan değerli sigorta acenteleri ve çalışma arkadaşlarıma;

Yüksek Lisans eğitimi süresince, bizlere emek ve destek veren Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi bölümü öğretim üye ve elemanlarına,

Yüksek Lisans eğitimi süresince her ders sonunda öğrendiklerimizle yeni bir bakış açısı kazandığımız tez hazırlama süresince her türlü akademik desteği veren Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü öğretim üyesi Prof.Dr.Afsun Ezel Esatoğlu'na;

Bana duydukları güven ile tez çalışmam süresince manevi desteklerini esirgemeyen, sevgili ailemin tüm fertleri ile sevgili dostlarıma, teşekkür ederim.

Bu çalışmayı, insan ilişkilerini yürütmekte gösterdiği anlayış ve sabırla örnek aldığım annem Merhum Semahat Uğur’a ve hayat boyu tüm desteğini yanımda hissettiğim babam Merhum Galip Uğur’a atfediyorum.



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGM	Emeklilik Gözetim Merkezi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HMO	Health Maintenance Organization (Sağlık Bakım Organizasyonu)
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
ÖSK	Özel Sağlık Kurumu
ÖSS	Özel Sağlık Sigortası
SAGMER	Sağlık Sigortası Bilgi ve Gözetim Merkezi
SASDER	Sağlık ve Sigorta Yöneticiler Derneği
SBM	Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi
SEGEM	Sigortacılık Eğitim Merkezi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TOBB	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TSB	Türkiye Sigorta Birliği
TSRŞB	Türkiye Sigorta Reasürans Şirketleri Birliği Araştırması
TSS	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TTB	Türk Tabipleri Birliği

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Risk Yönetim Süreci	21
Şekil 1.2. Kadın Sigortalı Sayıları	30
Şekil 1.3. Gelir ve Sağlık Hizmeti Talep Eğrisi	32
Şekil 1.4. Sağlık Sigortalarında Poliçe Tipine Göre Sigortalı Sayısı Dağılımı	35
Şekil 1.5. Ürünlere Göre Sigortalı Sayısı Dağılımı	45
Şekil 1.6. Yıllar İtibari İle Sağlık Sigortaları Prim Artışı	48
Şekil 1.7. Özel Sağlık Sigortaları Ürün Bazında Satışları	50
Şekil 1.8. Sigorta Şirketleri Hasar/Prim Oranları	51
Şekil 1.9. Net Kazanılan Prim-Net Kazanılan Hasar	52
Şekil 1.10. Sigortalıların, “Hasta-Kabul İşlem” Süreçleri	63
Şekil 1.11. Sigorta Şirketlerinden Provizyon Alma Süreci	65
Şekil 1.12. Sağlık Kurumları ve Özel Sağlık Sigorta Şirketleri Faturalandırma Süreci	67
Şekil 1.13. 15 Yaş ve Üzeri Bireylerin Genel Sağlık Durumunun Cinsiyet ve Yaş Dağılımına Göre İncelenmesi	71
Şekil 1.14. Yaşlı Genç Nüfus Oranları	74
Şekil 1.15. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları Satış Verileri	82

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Genel Sağlık Sigortaları Kapsamında Tescil Edilenler	13
Çizelge 1.2. GSS ve ÖSS Hizmet Kapsamı Karşılaştırmalı Hizmetler	14
Çizelge 1.3. “TSS” Verilen Teminatlar ve Kapsamları	42
Çizelge 1.4. Branşlara Göre Sigorta Şirketi Sayısı	46
Çizelge 1.5. Sağlık Sigortaları Branşında Teknik Kar Oranları	48
Çizelge 1.6. Sağlık Branşında Şirketlerin “2017-2018” Yılı Prim Gelirleri	49
Çizelge 1.7. Yenileme Yapısına Göre Yazılan “Sağlık Sigorta Ürünleri”	73
Çizelge 1.8. Türkiye ‘de Kamu Sisteminde Sunulan Sağlık-Bakım Hizmetleri	91
Çizelge 2.1. Özel Sigorta Şirketlerinde Sağlık branşında “2016” Yılı Prim Gelirleri	109
Çizelge 2.2. Ankara ve İstanbul İlinde Müracaat Edilen Sigorta Şirketleri	109
Çizelge 2.3. Ankara ve İstanbul İlinde Müracaat Edilen Özel Sağlık Kurumları	110
Çizelge 2.4. Ankara’ da Evde Bakım Hizmeti Veren Bazı Özel Kurumlar	111
Çizelge 2.5. Sigorta Yöneticileri ve Yetkili Personeli Kodlamaları	121
Çizelge 2.6. Sigorta Şirketi ve Acenteleri Kurum İçi Çalışma Özellikleri	122
Çizelge 2.7. Özel Sağlık Kurumları Yönetici ve Personeli Görev Kodları	125
Çizelge 2.8. Sorumlu Sağlık Personelinin Kurum İçi Çalışma Özellikleri	126

1. GİRİŞ

Sağlık kavramı, İkinci Dünya savaşı sonrasına kadar, hastalık, sakatlık veya ölümle ilişkilendirilen dar bir bakış açısı ile ele alınmıştır. “Dünya Sağlık Örgütü” (DSÖ) tarafından sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır; “Sağlık sadece hastalık ve sağlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir”. Dünya sağlık örgütünün bu geniş tanımı, yaşam kalitesi ile ilgili en önemli unsurları içermekte ve sağlıkla ilgili ölçümlerin altını çizmektedir (Öksüz ve Malhan, 2005). Bu tanım ile sağlık, dar anlamalı geleneksel tanımını aşarak sağlık ve sosyal etmenler arasında doğrudan bir ilişki kuran kapsamlı ve çağdaş bir yaklaşıma kavuşmuştur (Yenimahalleli, 2007).

“Sağlık, erken ölümü engelleyerek yaşam süresinin uzatılması, sağlık için yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi, sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması, çevre ile ilişkilerde yüksek bir tatmine ulaşılabilmesi, kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımının sağlanması ve artırılması”. Bu tanım ile sağlık, sadece bireyi değil toplumu merkeze alan bir yaklaşım ile açıklanmıştır (Özkara, 2006).

Sağlık hizmetleri; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanılarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Kaçaman, 2016).

21. yüzyılda hastalıkların birçoğu ortalama ömrün uzamasına, yaşam biçimine ve çalışma şartlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 65 yaş ve üstünü “yaşlılık” dönemi olarak tanımlamaktadır. 2000 yılı itibarıyla toplam dünya nüfusunun %10’u 60 yaş üstündeyken, 2050’de bu oranın %20’nin üzerine çıkması beklenmektedir. Türkiye’de de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Yaşları 65’in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de toplum nüfusu içindeki payı

önümüzdeki 20-30 yılda artacaktır (<http://who.int./nha/database>).

Toplumsal düzeyde, yaşlı nüfus ortalamasının artışı ile birlikte kronik hastalıklarda da artışlar gözlenmektedir. Kronik hastalıklar dünyada, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hızla artmakta, var olan sağlık hizmetlerini zorlamakta ve sağlığa ayrılan bütçenin büyük bölümünü kapsamaktadır (Ünal ve Ergör, 2013).

Türkiye’de de kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı giderek artmakla birlikte bugüne kadar yapılan çalışmalar genellikle ülke düzeyinde ve tüm kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin boyutunu kapsayıcı değildir. Bu nedenle ülkede kronik hastalıkların ve risk faktörleri sıklığının ulusal düzeyde saptanmasına ve buna yönelik uygun müdahaleler geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu faktörlerle birlikte bireylerin yaşam koşulları ve çevresel faktörler de sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Büyük şehirlerde meydana gelen nüfus artışı ile ulaşım, iletişim, konut, enerji, çevre kirliliği, sağlık ve hijyen sistemlerinde giderek çözümü güçleşen sorunlar meydana gelmeye başlamıştır (www.tsb.org.tr).

Gelişmiş ülkelerde metropol yaşamının yoğunluğu içinde bireylerde psiko/somatik bozukluklar, alkol ve uyuşturucu kullanımındaki artışlar, trafik kazaları, hazır gıda tüketimi ve aşırı beslenmeye bağlı hastalıklar daha sık görülürken, gelişmekte olan ülkelerde ise bulaşıcı hastalıklar, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmeti talebi artmaktadır (www.sbu.saglik.gov.tr).

Kırsal bölgelerde ise sağlık problemleri yaşam biçimine bağlı olarak daha çok tarımsal ilaç zehirlenmeleri, tarım alet ve makinalarının kullanımları sırasında oluşan yaralanma ve kırıklar gibi kırsal kesime özgü sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapı vardır. Kamu, sosyal sigorta kurumları ve vergilerden karşılanan hizmetler aracılığı ile özel sektör ise özel sağlık sigortası kuruluşlarının sunduğu sağlık sigortaları ile sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı bireylerin aldıkları hizmetlerin karşılığı olarak cepten yaptıkları

ödemeleri de içermektedir (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortacılığının gelişmesi, hastaneleri birkaç yönden olumlu olarak etkilemiştir. Hastanelerin mali durumları kararlılık göstermiştir ve böylece kendilerini geliştirme olanağı elde etmişler ve tıbbi teknolojiye yatırım yapmışlardır. Bununla birlikte sigorta kurumları, hastaneleri daha ekonomik hizmet üretmeleri konusunda da etkilemiştir.

Sağlık yönetimi, etkili sağlık koşullarına odaklanır, hedefe yönelik araçlar sağlar, müdahale ihtiyacı duyan hastaları proaktif olarak tanımlar, sistematik süreç iyileştirmelerini destekler ve sağlığı iyileştirmek için hastalar ile profesyoneller arasındaki işbirliğini teşvik eder. Bu açıdan sağlık kurumları ve özel sigortalar arasındaki işbirliği ile verilen sağlık hizmetleri sunumu; hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık bakımın planlamasındaki etkinlik, verimlilik ve güvenilirlik açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada özel sağlık kurumları ile özel sağlık sigortaları işbirliğinde yürütülen organizasyonel prosedürler ve hizmet sunumlarında karşılaşılan sorunların nasıl çözüleceğine ve sunulan hizmetlerin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin değerlendirmelerin yapılması amaçlanmıştır.. Özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumu, özel sağlık sigorta şirketlerinin sağlık kurumları ile yaptıkları anlaşmaların kapsamı ve amaçları, sağlık kurumlarına müracaat eden sigortalıların kabul işlemleri, provizyon işlemlerinin aşamaları, sağlık kurumlarında hekim kaynaklı sorunlar ve sistemsal sorunlar araştırma kapsamında değerlendirilecek temel unsurlardır. Araştırmanın amaçlarına bağlı olarak; ülkede toplumun artan sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin sağlık kurumları ve özel sağlık sigorta şirketlerinin işbirliğinde hedeflerinin gelecekte olmak istenen yer ve bu yere ulaşmak için gereken stratejilerin belirlenmesini nasıl sağlayacakları ile ilgilidir.

1.1. Türkiye’de Sigortacılığın Tarihi

Sigortanın gelişme süreci, 1870 yazında Beyoğlu’ndaki yangında (Büyük Pera Yangını) çok sayıda ev, cami ve kilisenin yanması, bu bölgede de daha çok yabancı ve yabancılarla ilişkide olan zenginlerin oturması ile hızlanmıştır. 1872 yılında, 3 İngiliz sigorta şirketi acente olarak faaliyete geçmiş, 1878 yılında bir Fransız sigorta şirketi bunu izlemiştir (Özsarı, 2007).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde kurulan ilk şirket; Osmanlı Bankası, Tütün Rejisi ve Düyunu Umumiye İdaresi’nden bir sermaye grubunun ortaklığındaki 1893 tarihli Osmanlı Umum Sigorta’dır. Bunları, 1923 tarihinde Şark Sigorta (Riunione Adriatica Katılımı) ve diğerleri takip etmiştir.

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte, ekonominin her alanında, öncelikli olarak da finans sektöründe yerel sermayenin faaliyet göstermesi ve güçlenmesi hedeflenmiştir. Genç cumhuriyetin gelişmeye başlayan ekonomisi için sigorta sektörünün varlığı önem taşımaktadır.

Mustafa Kemal Atatürk, bu ihtiyaçları karşılamak üzere, tamamen milli sermayeli bir sigorta şirketi kurulması talimatı vermiştir. Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi, bu talimat üzerine Türkiye İş Bankası ve İttihadı Milli Sigorta Şirketi ortaklığı tarafından dörtte biri ödenmiş 500.000 TL sermaye ile 1925 yılında kurulmuştur.

Aynı dönemde yurtdışı menşeli sigorta şirketleri de unvanlarını Türkçeye çevirmişlerdir. Bu çerçevede 14 Mart 1925’te, Güneş Sigorta A.Ş (Soleil) tesis edilmiş. (Günümüzde faaliyetini sürdüren Güneş Sigorta ile karıştırılmamalıdır) ve bunu da 19 Eylül 1926’da, Bozkurt Türkiye Umum Sigorta Şirketi’nin (Assurance Gles de Paris) kuruluşu izlemiştir. 1927 yılında sigortacılığın ve sigorta Şirketlerinin Teftiş ve Murakabesi Hakkındaki Kanun yürürlüğe girmiştir.

Yerli ve yabancı sigorta şirketlerinin denetlenmesi, döviz çıkışının önlenmesi amacını taşıyan bu kanunla birlikte sigortacılık gelişmeye, yerli sermaye ile kurulan şirketlerin sayısı artmaya başladı. 1929'da Milli Reasürans T.A.Ş kuruldu. Milli Reasürans T.A.Ş, şirketi, sigortacılığın millileştirilmesine zemin ve imkan hazırlamak reasürans primlerinin imkan nispetinde memlekette kalmasını sağlamak suretiyle döviz tasarrufunda bulunmak ve hazineye gelir temin etmek amaçlarına hizmet etmektedir.

Devletin planlı sanayileşme politikalarını yürütmek üzere 1933'te kurulan Sümer bank tamamen yerli sermaye ile, 1935 yılında Güven Sigorta'yı kurmuştur. 1936'da ise bir diğer yerli sermayeye dayanan sigorta şirketi olarak, Anadolu Sigorta tarafından Ankara Türk Sigorta şirketi kuruldu.

1942 yılında ilk özel sermayeli sigorta şirketi Doğan Sigorta kurulmuştur. Bu şirketleri, ilerleyen yıllarda diğer şirketler takip etmiştir. 1944'de Halk Sigorta, 1945'te Destek Reasürans, 1948'de Türkiye Genel Sigorta, 1950'de İnan Sigorta 1955'te Şeker Sigorta, 1957'de Güneş Sigorta, 1958'de Birlik Sigorta ve ay Sigorta, 1959'da Başak Sigorta ve Cihan Sigorta ile çok sayıda sigorta şirketi hizmete başlamıştır. 1959 yılında 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu yürürlüğe girmiştir.

1968/1984 arasında sigorta şirketi kurulmasına izin verilmemiştir. 1980'li yıllardan itibaren sigorta sektöründe liberalleşme çalışmaları başlamış, piyasaya giriş/çıkışlar daha serbest hale gelmiş, mali bünyeyi güçlendirici önlemler alınmasına çalışılmıştır. Yine bu dönemde yeni sigorta şirketlerinin kurulması için verilen izni takiben şirket sayısı hızla artmıştır. Özellikle 1994 sonrası dönemde, sektörde faaliyet gösteren sigorta şirketleri sayısındaki artışın kaynağında mevcut şirketlerin hayat branşından ayrı olarak şirketleşmeye gitmesi olgusuna da dikkat çekmek gerekmektedir (www.tsb.org.tr).

7397 sayılı kanun ve ilgili diğer mevzuatın sigorta hizmetleri hususunda Sanayi ve Ticaret Bakanlığına vermiş olduğu görev ve yetkiler, 8.12.1987 tarihli ve 303 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Başbakanlığa ve müteakiben Hazine ve Dış Ticaret

Müsteşarlığına devredilmiştir.

1980'lerde ülke ekonomisinde izlenmeye başlayan liberalleşme politikaları ile birlikte sigorta sektöründe Sigorta Murakabe Kanunu yeniden düzenlenerek güncelleştirilmiştir. Türkiye'de ilk özel sağlık sigortası uygulaması 1990 yılında başlamıştır. 1990 yılından itibaren çok hızlı gelişme gösteren özel sağlık sigortacılığı, bugün Türkiye'nin en hızlı büyüyen sigorta kolu olma özelliği taşımaktadır.

09.12.1994 tarihli ve 4059 sayılı Hazine Müsteşarlığı Teşkilat Kanunu ile Sigortacılık Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Aynı Kanunla ayrıca Sigorta Murakabe Kurulu, Sigorta Denetleme Kurulu adı altında Hazine Müsteşarlığı merkez denetim birimleri arasına dâhil edilmiştir. Sigortacılık sektörü, Hazine Müsteşarlığı bünyesindeki söz konusu iki birim tarafından düzenlenmekte ve denetlenmektedir. (Tekin, 2018)

2001 yılında “ Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu” kabul edilmiştir. Son olarak, 2007 yılında, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu yasalaştırılmıştır. Bu dönemde Avrupa tek sigorta piyasasına uyum çalışmaları hızlanmış ve sektör daha liberal hale gelmiştir.

14 Haziran 2005 tarihinde 5363 sayılı "Tarım Sigortaları Kanunu" çıkarılmış ve bu kanun kapsamında Sigorta Havuzu (TARSİM) kurulmuştur. Bu Havuza ilişkin tüm iş ve işlemler, bu havuza katılan sigorta şirketlerinin eşit hisselerle ortak oldukları Tarım Sigortaları Havuz İşletmesi AŞ tarafından yürütülmektedir (web.tarsim.gov.tr).

Trafik Sigortası Bilgi Merkezi (TRAMER) 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile kurulmuştur. Trafik sigortası üretimi gerçekleştiren bütün sigorta şirketlerinin 01/01/2003 tarihinden itibaren tüm poliçe bilgileri ve bunların hasar ve ödeme kayıtları TRAMER sistemine transfer edilmiş olup, yeni üretilen poliçeler ve hasar kayıtları günlük olarak transfer edilmektedir (www.sigortam.net).

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu 14 Haziran 2007 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu gelişmenin ardından, 2008 yılında Sigortacılık Kanununun getirdiği yeni tanım ve uygulamalarla ilgili ikincil mevzuat düzenlemeleri üzerindeki çalışmalar tamamlanmıştır (Tekin, 2018).

Sigorta Bilgi Merkezi 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan yönetmelikle faaliyetine başlamıştır. SBM nezdinde kurulan alt bilgi merkezleri, Trafik Sigortaları Bilgi Merkezi (TRAMER), Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER), Hayat Sigortası Bilgi Merkezi (HAYMER) ve Sigorta Hasar Takip Merkezi (HATMER) kurulmuşlardır.

2018 itibarıyla 60'ı sigorta, 2'si reasürans olmak üzere 62 şirket Birliğimize üyedir. Şirketlerin 4'ü hayat, 18'i hayat/emeklilik, 38'si hayat-dışı şirkettir.

- Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi

Hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama fikri ilk olarak Ortaçağ Avrupası'nın zanaatçıları arasında, sonradan hastalık fonlarına dönüşecek sandıkların kurulması ile başlamıştır. Karşılıklı yardım sandıkları terimi, daha sonra sosyal güvenlik çerçevesinde ortaya çıkacak olan sosyal sağlık sigortasının gelişimini anlamak açısından çok önemlidir. İhtiyacı olanlara destek sağlamak amacıyla, haftalık gelir üzerinden sabit bir miktarda katkı toplayan bu sandıklar, kar amacı gütmemektedirler. Üyelerine para yardımı ile başlayan ilk uygulamalar, bazı sandıkların düzenli olarak sözleşmeli doktor istihdam etmeleri ile devam etmiş ve daha sonra özellikle sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu ülkelerde üyeleri için hizmet sunumunu garantilemek amacı ile kendi sağlık tesislerini kurmaya yönelik uygulamalara dönüşmüştür (Yenimahalleli, 2007).

Gönüllü veya özel sağlık sigortacılığı olarak da adlandırılacak olan karşılıklı yardım sandıkları uygulaması, daha geç tarihlerde ve daha küçük ölçekte Arjantin, Brezilya ve Uruguay'da başlamıştır. Uygulamanın Latin Amerika'daki en önemli işlevi, belli ulusların göçmenleri için hayır kurumları tarafından sunulan sağlık

hizmetlerinden daha iyi hizmet sağlamayı garanti altına almasıdır.

Özel sağlık sigortacılığı tarihindeki en ilginç gelişme, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşanmıştır. I. Dünya savaşı öncesinde ABD'nin bazı kentlerinde başlayan Avrupa modeli karşılıklı yardım sandıkları uygulaması, ABD'deki tıbbi profesyonellerin doktorlarla sözleşme yapılmasına karşı çıkması nedeni ile uygulanamamıştır. Bu baskıya rağmen, 1929 tarihinden itibaren Batı eyaletlerde kurulan sandıklar, 1949 yılına gelindiğinde yüzün üzerine çıkmıştır. Ancak on yıl sonra sadece birkaç tane kalmıştır. O döneme kadar her ikisi de hizmet sunucular tarafından kurulan “Blue Cross” ve “Blue Shields” sağlık sigortası piyasasına hakim olmuştur. Bu tarihsel gelişim, ABD’nde özel sigortacılığın ağırlıklı olarak uygulanan finansman yöntemi olmasına neden olmuştur. ABD’nin yanı sıra, Avusturalya ve İsviçre gibi kimi ülkelerde özel sağlık sigortacılığına ağırlıklı yer vermişlerdir (Yenimahalleli, 2007).

1.2. Sigortanın İşlevleri

Sigortacılık, genel anlamda, risk faktörlerinin muhtemel zararlarına karşı kişileri korumak için, önceden prim ödenmesi yoluyla risklerin devredildiği bir sistemdir. Toplumdan toplanan paraların yine zarar gören toplum fertlerine dağıtılması esasına dayanmaktadır (Özsarı, 2007).

Sigorta, toplumun refah düzeyinin artmasına, ekonomik kalkınmaya, büyüme ve gelişmeyi hızlandırmaya, toplum ve ekonomi için önem taşıyan sosyal, ekonomik ve politik istikrarın oluşmasına yardımcı olur. Sigorta risk analizi ve yönetimi ile ticaret ve endüstriyel alanda meydana gelebilecek hasar oluşumunu minimuma düşürerek olabilecek zarardan dolayı her çeşit kaybın önlenmesine yardımcı olur. Bireylerin ve kurumların her türlü sahip oldukları mal, can, sağlık ve diğer maddi değerleri için teminat yaratıp, finans anlamında güvenliklerini sağlayarak, kar ve endüstriyel üretimde istikrarlı bir gidişe ön ayak olması da kattığı önemli bir işlevdir (Özbolat, 2007).

Sigorta, sosyal güvenlik programlarının üzerindeki baskıyı hafifletir. Özellikle hayat sigortaları ve bireysel emeklilik sistemi, devletin büyük harcamalar gerektiren sosyal güvenlik programları için tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Örneğin, bireysel emeklilik sistemi sosyal güvenlik sistemine ek emeklilik ödemeleri ile katkıda bulunur. Böylece sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yükü azaltarak, devlet bütçesi üzerindeki baskıyı hafifletir. Hükümetler de kaynaklarını başka yerlere ve yatırımlara aktarabilirler (Sayan, 2008).

1.3. Türkiye’de Sigorta Uygulamaları

Bu konu başlığı altında sigorta türleri olarak sosyal sigorta, özel sigorta tanımı ile genel ve özel sağlık sigortası tanımı, amacı ve kapsamı yer almaktadır.

1.3.1. Sigorta Türleri ve Branşları

Sigorta, farklı bakış açıları ile çeşitli açılardan sınıflandırılabilir. Bu kapsamda özel sigorta ve sosyal sigorta en temel ayrımlardandır. Sosyal sigorta, toplumun karşılaştığı bir takım temel risklere karşı güvence sağlanabilmesi amacıyla devlet desteği ile uygulamaya konulan sigorta türüdür. Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açısından farklılaşmaktadır. Günümüz sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri aşağıda verilmiştir.

- Üyeliğin zorunlu oluşu sistemin en temel özelliklerinden birisidir.
- Sosyal sağlık sigortası sistemleri genel olarak işçi-işveren primleri ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir.
- Prim oranları, bazı ülkelerde standart bir oran, bazılarında ise üyelik statüsü

ve hastalık fonlarına göre değişiklik göstermektedir (Yenimahalleli, 2009).

Özel sigorta, gerçek ya da tüzel kişilerin sahip olduğu riskleri transfer etmek için ihtiyari ya da zorunlu olarak alınan sigortadır (www.segemakademi.org).

Özel sağlık sigortası sigortalanan kişinin hastalıklar ve kazalar sonucu oluşacak sağlık giderlerinin karşılanması için hazırlanmış kişiye özel planlardır. Belirlenen limitler, özel ve genel şartlar dahilinde, risklere karşı sigortalıyı korur.

1.3.2. Türkiye’de Uygulanan Özel Sigorta Branşları

Türkiye’de uygulanmakta olan sigorta branşları 11.07.2007 tarihli ve 26579 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2007/1 Sayılı Sigorta Branşlarına İlişkin Tebliğ ile belirlenmiştir. Bu tebliğı göre, sigorta branşları aşağıda yer aldığı şekilde hayat dışı grubu ve hayat grubu olmak üzere alt ayrımlara tabi tutulmuştur. 5684 Sayılı sigortacılık Kanunu gereğı, sigorta şirketleri hayat ve hayat dışı sigorta gruplarından sadece birinde faaliyet gösterecek olmakla birlikte, hastalık/sağlık ve kaza branşları her iki grup altında yer aldığından, söz konusu branşta gerek hayat gerekse hayat dışı grubunda faaliyette bulunan sigorta şirketleri teminat verebilir (www.segemakademi.org).

1.4. Genel Sağlık Sigortası

Bu konu başlığı altında genel sağlık sigortası tanımı, amacı ve kapsamı verilmiştir.

1.4.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı

Genel sağlık sigortası, toplumdaki bireylerin sağlıklarıyla ilgili gelecekte karşılaşılabilecekleri risklere karşı kişilerin ekonomik güçlerine ve istekli olup olmamalarına bakılmaksızın, toplumda yaygın ve etkili bir şekilde faydalanmayı sağlamayı amaçlayan bir sosyal güvenlik aracıdır. Bu anlamda, genel sağlık sigortası, toplumdaki tüm bireylerin tamamına sağlık hizmeti finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerin prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir (İzbudak, 2011).

Temelde sağlık finansmanında dört yaklaşım benimsenmektedir:

- i. Vergilere Genel Sağlık Sigortası dayalı devletin finansman,
- ii. Sosyal sigorta,
- iii. Özel sigorta,
- iv. Cepten Ödemeler.

Genel Sağlık Sigortası, 5510 sayılı yasaya göre “01.10.2008” yılında tam olarak yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de 01.01.2012 yılından itibaren ikamet eden herkes için bu uygulama zorunlu hale gelmiştir (www.iskanunu.com). Bu Kanunun birinci maddesi amaç ile ilgilidir.

Madde 1 (Amaç): sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir.

Madde 2 (Kapsam): Bu Kanun, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenler, sağlık hizmet sunucularını, bu kanunun uygulaması bakımından gerek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsar (www.resmigazete.gov.tr).

Genel sağlık sigortasının en önemli yönü, Anayasa'nın 56. maddesi hükmü ve maddesinde yer alan "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir" düzenlemesinin gereği olarak, tüm bireylerin sosyal güvenlik kapsamına dahil edilerek genel sağlık sigortası kapsamında yer almasını sağlayan bir kanun olmasıdır (Sıvacı, 2005).

Kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak gören genel sağlık sigortasının oluşturulmasının temel nedeni etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli bir tasarruf olarak kabul edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası sayesinde, herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilecektir. Genel Sağlık Sigortası'nın amaçları genel olarak; bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine aktif bir şekilde, sosyal insan haklarına uygun olarak ulaşmalarını sağlamak, sağlığın finansmanı oluşturulurken ayrılan sağlık harcamalarının etkin kullanımını oluşturmaktır (Akgül, 2003).

1.4.2. Sigortalıların Sistemdeki Yeri

Genel sağlık sigortası sisteminin en önemli konularından biri, kapsadığı toplum kesimlerinin önemli derecede genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sistemi dışında kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi hedef alınmıştır. Üniversite eğitimi alan 25 yaşa kadar olan çocuklar anne ve/veya baba üzerinden, 25 yaşını doldurduklarında ise 2016 yılı verilerine göre 76.75 tl prim ödemek sureti ile kurum tarafından sigortalı sayılmaktadırlar.

Herhangi bir işte çalışmayan kişiler açısından GSS yükümlülüğü 18 yaşında başlamaktadır. Lise ve dengi okul mezunları için bu süre 20, üniversite mezunları için

ise 25 yaş olarak uygulanmaktadır. Öğrenciler, okuldan mezun oldukları tarihten itibaren iki yıl süreli, prim ödemedi sağlık hizmeti alabilmektedir (Pekten, 2006).

Genel Sağlık Sigortası uygulamasındaki yeni düzenlemeler ile birlikte vatandaşlar arasında sağlık hizmetine erişim ve kullanım konusundaki farklılıklar ortadan kaldırılarak, herkese eşit düzey ve kalitede sağlık hizmeti sunulması sağlanmıştır.

Çizelge 1.1. Genel Sağlık Sigortaları Kapsamında Tescil Edilenler (www.tuik.gov.tr,2018)

GENEL SAĞLIK SİGORTALARI KAPSAMINDA TESCİL EDİLENLER - 2018	
GSS Kapsamında Tescil Edilenler	9.887.396
GSS Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler	1.846.737
GSS Primleri Devlet Tarafından Ödenenler	8.040.659

Çizelge 1.1. Genel sağlık sigortaları kapsamında tescil edilenlerle ilgilidir. 5510 sayılı genel sağlık sigortasının 60.maddesi ile ilgili olarak, yerleşim yeri Türkiye’de olan kişilerden ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun kapsamında, yeşil kart verilen kişilerin sağlık sigortası primleri devlet tarafından sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra, ailenin prim borcu ya da yükümlülükleri göz önüne alınmaksızın, 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar koşulsuz olarak tüm sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler (Tuncay ve Ekmekçi, 2011).

- Sağlık Kuruluşu Seçme Hakkı

Tüm genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sağlık hizmeti sunucuları arasından, genel sağlık sigortası ile ilgili diğer madde hükümlerine uymak şartıyla istediğini sağlık kuruluşunu seçme hakkına sahiptir. Sigortalı, Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm kamu sağlık kuruluşlarından birine dilediği anda tedavi amacıyla gidebilmektedir. Üniversite hastanelerinin de kamu kurumu olması sebebiyle bu hastanelere gitme hakkına sahiptirler.

Özel hastaneler, SGK ile sözleşme imzalama konusunda serbesttir; isteğe bağlı olarak hastane veya özel sağlık kuruluşu SGK ile GSS kapsamında sözleşme imzalayabilir. Sigortalılar, sözleşme imzalamış olan özel sağlık kuruluşlarından dilediği anda faydalanabilmektedir (www.isvesosyalguvenlik.com). Çizelge 1.2’de GSS ve ÖSS Hizmet Kapsamı Karşılaştırmalı Hizmetler gösterilmiştir.

Çizelge 1.2. GSS ve ÖSS Hizmet Kapsamı Karşılaştırmalı Hizmetler (Araştırmacı tarafından yapılmıştır)

GSS ve ÖSS HİZMET KAPSAMI KARŞILAŞTIRMALI HİZMETLER	<u>GENEL</u> <u>Sağlık Sigortası</u>	<u>ÖZEL</u> <u>Sağlık Sigortası</u>
Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	Kapsamda	Kapsam Dışı
İnsan Sağlığına Zararlı Madde Bağımlılığını Önlemeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.	Kapsamda	Kapsam Dışı
Ayakta Veya Yatarak; Hekim Tarafından Yapılacak Muayene	Kapsamda	Kapsamda
Teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,	Kapsamda	Kapsamda
Konulan Teşhise Dayalı Olarak Yapılacak Tıbbi Müdahale Ve Tedaviler,	Kapsamda	Kapsamda
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri,	Kapsamda	Kapsamda
Organ, Doku ve Kök Hücre Nakline	Kapsamda	Kapsam Dışı
Acil Sağlık Hizmetleri,	Kapsamda	Kapsamda
Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene,	Kapsamda	İlk Yıl Kapsam Dışı / İkinci Yıl Kapsamda
Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri,	Kapsamda	Kapsamda
Analık Sebebiyle Ayakta veya Yatarak; Yapılacak Tıbbi Müdahale ve Tedaviler,	Kapsamda	Kapsamda
Ayakta Veya Yatarak; Ağız ve Diş Muayenesi,	Kapsamda	Kapsam Dışı
Ağız ve Diş Hastalıklarının Teşhisi İçin Gereken Klinik Muayeneler,	Kapsamda	Sadece trafik kazası durumu
Diş Çekimi, Konservatif Diş Tedavisi ve Kanal Tedavisi	Kapsamda	Kapsam Dışı
Diş Protez Uygulamaları,	Kapsamda	Kapsam Dışı
Ağız ve Diş Hastalıkları İle İlgili Acil Sağlık Hizmetleri	Kapsamda	Sadece trafik kazası durumu
18 Yaşını Doldurmamış Kişilerin Ortodontik Diş Tedavileri	Kapsamda	Kapsam Dışı
Normal Tıbbi Yöntemlerle Çocuk Sahibi Olunamaması Durumunda Yardımcı Üreme Yöntemleri	Kapsamda	Kapsam Dışı
Yukarıdaki Bentler Gereğince Sağlanacak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Teşhis ve Tedavileri için Gerekli Olabilecek Kan Ve Kan Ürünleri	Kapsamda	Kapsam Dışı
Yukarıdaki Bentler Gereğince Sağlanacak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Teşhis ve Tedavileri İçin Gerekli Olabilecek Kemik İliği, Aşı, İlaç, Ortez, Protez, Tıbbi Araç ve Gereç,	Kapsamda	Teminatı Alınmışsa kapsamda

1.5. Özel Sağlık Sigortaları

Bu konu başlığı altında, özel sağlık sigortalarının tanımı, sözleşmeleri ve prim tespiti özellikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

1.5.1. Özel Sağlık Sigortasının Tanımı ve Özellikleri

Özel sağlık sigortası, kişilerin aniden ortaya çıkan veya poliçe başlangıç tarihinden sonra oluşan, poliçe başlangıç tarihinde var olup sigortacıya bildirilen ve sözleşme ile kapsama alınmış rahatsızlıkları için tıbbi yardım, tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat veren bir sigorta türüdür. Sigorta şirketleri özel kuruluşlardır ve ürünleri de özel sigorta hukukuna tabidir.

Sağlık sigortaları, sigortalı tarafından yatırılan primle finanse edilmektedir. Sağlık sigorta poliçelerinin süresi bir yıldır. Seyahat sağlık sigortalarında ise süre anlaşmayla belirlenmektedir. Sigortalılar, uygulamada doktor ve sağlık kurumunu seçme özgürlüğüne sahiptir. Sigorta şirketlerinin hekim danışmanlarının onayı alınarak, sigortalının büyük, orta ve küçük operasyonları, uzun ve / veya kısa dönem tıbbi tedavileri, bu tıbbi durumlarına bağlı ilaç giderleri gibi poliçenin teminat ve limit kapsamına sözleşme ile dahil edilen sağlık harcamaları, azamî limitler dahilinde tamamı veya sigortalının katılım payı oranında olan kısmı düşülerek (muafiyet oranı) karşılanmaktadır.

Özel sigortalarının sınıflandırılmasında yaygın olarak kullanılan bir ayrım olan üçlü sınıflandırma aşağıda verilmiştir.

- Mal sigortaları, mal varlığı değerlerinin oluşturduğu sigortalardır. Bir kişi veya kuruluşun mal varlığını tehdit eden rizikoların sonuçlarına karşı yapılır (www.segemakademi.org).

- Can sigortaları (hayat, ferdi kaza, hastalık); insan hayatına yönelik rizikoları teminat altına alan sigortalara can sigortaları denir. Can sigortaları, insanları, ölüm, sakatlık, hastalanma yaşlanma, kaza geçirme gibi tehlikelere karşı teminat altına alır. Can sigortaları, ferdi kaza sigortası, sağlık sigortası ve hayat sigortalarından oluşur.

- Hayat sigortaları; sigorta konusu insan hayatı olan, genellikle uzun vadeli sigortalardır. Hayat sigortaları, kendi içinde risk ağırlıklı ve birikimli olarak gruplanabilir.

- Sağlık sigortaları; sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ve varsa gündelik tazminatlarını karşılar (www.segemakademi.org).

1.5.2. Özel Sağlık Sigorta Sözleşmelerinin Özellikleri

Sigorta sözleşmelerinin esas içeriği, müsteşarlık tarafından onaylıdır ve genel şartlara uygun olarak hazırlanmaktadır. Gerekli hal ve durumlarda sözleşmelere özel şartlar konulabilmektedir. Özel şartlar, sigorta sözleşmesindeki özel şartlar başlığında ayrıca bildirilerek tarafları mağdur durumda bırakmayacak şekilde detaylı bir şekilde açıklanmalıdır.

Genel ve özel şartlar özel sağlık sigorta poliçelerinin en önemli unsurlarıdır. Sağlık sigorta poliçesi hazırlanırken özel ve genel şartlara bağlı olarak belirlenen kapsamın amacı, sigortalıyı olası olumsuz durumlara karşı korumaktadır. Bu sebeple kişiye en uygun poliçenin hazırlanması gerekmektedir.

1.5.3. Özel Sağlık Sigortalarında Prim Tespiti

Türkiye’de zorunlu sigortalarda fiyatları, Ticaret Bakanlığı veya ilgili diğer otoriteler hazırlar ve sigorta şirketleri bu tarifelere uymaya mecburdur. Türkiye’de sağlık

sigortalarında serbest tarife rejimi uygulanmaktadır (www.tsev.org.tr).

Satışta olan ürünlerin, sigortalı adaylarının tamamen sağlıklı oldukları varsayımı ile her bir yaş ve cinsiyet için %25 peşin +5 eşit taksit ödeme planı ve iline göre sigorta şirketi tarafından belirlenen ve sigorta şirketinin uygun gördüğü dönemlerde revize edilen prime, ürün tablo fiyatı denir.

Ürünlerin tablo fiyatlarını belirlenirken, medikal enflasyon, ürün kar/zarar durumu, genel giderler, komisyon payı, portföyün yaşlanması, cinsiyet ve yaşa bağlı olarak görülen hastalık ve tedavi risk dağılımında ki değişiklikler, döviz kuru değişikliği gibi etkenler dikkate alınmaktadır. Ürün tablo fiyatları gerekli görüldüğü anlarda sigorta şirketi tarafından yukarıda bahsedilen kriterler doğrultusunda yeniden hesaplanabilmekte ve değiştirilebilmektedir (www.axasigorta.com.tr, 2017).

Tablo Fiyatını Arttıran / Azaltan Durumlar: ikame edilen il, ödeme planı değişiklikleri, sigortalının poliçeyi kullanma sıklığı, tablo fiyatının artmasına veya azalmasına neden olabilmektedir. Her sigortalı için ayrı prim alınmaktadır. Yenileme döneminde sigortalının primi, aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bir sigortalının tablo fiyatının en fazla üç katına kadar artabilir. Sigortacılıkta fiyatı oluşturan prim, her sigorta döneminin başında ödenmekte ve belirlenen dönemi genellikle yıllık olarak kapsamaktadır. Şirketler prim ödemelerinde indirim uygulamaları, paket fiyat belirlemeleri ve taksitlendirmeler yoluyla ödeme kolaylıkları sağlayarak satışlarını artırma yoluna gitmektedirler (Karakaş, 2000).

Kurumsal özel sağlık sigorta ödemeleri şirketler tarafından yapılabileceği gibi çalışanı ile ortak bir ödeme planı çıkararak da yapılabilmektedir. Ayrıca sağlık sigortalarına tanınan vergi avantajı ile çalışan ve işverene artı bir avantaj da sağlayabilmektedir. Özel sağlık sigortalarında satışı yapılan poliçelerin ekinde sigorta şirketinin özel şartları ve sağlık sigortaları genel şartları verilmektedir. Tüm şartlar, prim tahsilatı ve prim borcunun olması durumunda oluşacak nihai şartlar, sigortalıya açık ve anlaşılır bir şekilde bildirilmektedir.

1.6. Türkiye’de Sağlık Sigorta Sistemi

Sigorta şirketleri, mali güçleriyle ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez unsurlarıdır ve sağladıkları hizmetlerle topluma finansal destek vermektedirler. Sigorta şirketleri sigortacılık risklerini üstlenerek, prim gelirleri elde etmekte ve buna karşı tazminat ödemektedirler.

Sigortacılık sektörünün, ülke ekonomilerinin finansal istikrarı içindeki önemi giderek artmaktadır. Sigorta şirketleri, yatırımlarından ve finansal faaliyetlerinden dolayı piyasa, kredi ve likidite riski ve aktif/pasif uyumsuzluğundan kaynaklanan riskleri üstlenirler. Sigorta şirketleri bu riskleri, bir takım geliştirilmiş ve çeşitlendirilmiş tekniklerle, prim havuzu oluşturma çerçevesinde yönetirler (www.tsev.org.tr).

Sigorta şirketlerinin sigortacılık işinde sağlam ve ihtiyatlı bir yönetim ve gözetim ile poliçe sahiplerinin çıkarlarını yeterince anlayan ve koruyan bir kurumsal yönetim anlayışı şeklinde davranmaları gerekmektedir. Kurumsal yönetim, bir kuruluşun yönetilmesini ve kontrol edilmesini sağlayan sistemleri (yapılar, politikalar ve süreçler gibi) ifade eder.

Geniş bir risk yelpazesi üzerinde odaklanan özel sağlık sigortaları, poliçe sahiplerinin haklarının korunmasını sağlayacak şekilde; şeffaf teknik ve etik standartlarla uyumlu, karşı taraf risklerinin kontrol altında olduğu güvenli bir ödeme sistemi, finansal hizmetler ve kamu açısından yeterli temel ekonomik alt yapılar, istatistikler ve raporlama elverişliliği ile ele alınması gereken bir yatırım ve risk yönetim süreçlerinin birlikte yöneltildiği işlemler bütünüdür.

Kişisel verilerin toplanması; mevzuat, sigorta şirketlerinin ve acentelerinin müşterilerinin kişisel bilgilerini toplamasına, saklanmasına, kullanmasına veya üçüncü şahıslarla paylaşmasına izin veren özel hayatın gizliliğinin korunması ile ilgili hükümleri belirler. Kişisel bilgiler genellikle bir kişinin ya da tüzel kişinin topladığı, sakladığı, kullandığı veya ticari faaliyeti sırasında üçüncü şahıslarla paylaştığı bilgileri ifade eder.

Güvenlik ihlalleri ve bu ihlallerden etkilenen müşterilere ve denetçilere, sigorta şirketi sorumlu kişilerine (yönetim kurulu üyeleri, üst düzey yöneticiler veya kilit kontrol görevlileri) zamanında bildirilmelidir. Zamanında bildirimde bulunmak ve diğer ilgili raporlama gereksinimlerini karşılamak amacıyla veri güvenliğine yönelik politika ve prosedürler uygulanmalıdır (www.iaisweb.org).

Bilgi güvenliği; sigortacılık sektöründe bilgi güvenliği oldukça önemlidir çünkü bilgi toplama, saklama ve işleme süreçleri önemli miktarda finansal, tıbbi ve kişisel bilgi içerir. Kişisel ve finansal verilerin korunması, finansal hizmetler sektörünün önemli sorumluluklarından biridir (www.iaisweb.org). Özel sağlık sigorta şirketleri için veri kayıtları ve analizleri neticesinde ortaya çıkan istatistiksel sonuçlar, satış geliştirme ve yönetim stratejileri açısından önemlidir. Sigorta şirketlerinin bilgi işlem alt yapıları departmanlarının sorumluluklarına göre bölümlendirilmiştir. Ürün portföylerinin geliştirilmesi ve çeşitlendirilmesi, sektördeki pazar payları, teknik karlılık oranları, kaynakların doğru bir şekilde yönetilmesi için sigorta şirketlerinin bilgi işlem alt yapılarının güçlü olması gerekir.

Sigorta şirketleri müşteri portföylerini elektronik ortamda kayıt etmekte ve bilgi işletim sistemlerinin fonksiyonel program yazılımları ile istatistiksel analizler yapmaktadırlar. Bu bilgi kayıtları çeşitlendirilmekte ve sigorta şirketinin risk analizleri için veri tabanı oluşturmaktadır. Bu bilgi yönetim sistemleri ile sigorta şirketleri müşteri portföylerini istatistiksel analizler ile tespit etmektedirler.

Sigorta şirketleri kendi istatistiksel verileri ışığında elde ettikleri sonuçlara göre biçimlendirdikleri fiyat tarifeleri ile çalışmaktadırlar. Verilerin istatistiksel bir değer oluşturabilmeleri için yeterli sayısal çoklukta olmaları beklenmektedir.

Özel sağlık sigorta şirketleri için veri kayıtları ve analizleri neticesinde ortaya çıkan istatistiksel sonuçlar, yönetim stratejileri açısından önemlidir. Sigortanın arz yönü, büyük sayılar yasasına dayanır. Büyük sayılar yasası yardımıyla, hem sigorta talebini oluşturan tüketicilerin ortalama gelirleri bulunup ona göre arz politikası oluşturabilir hem de ülkedeki sigorta talebinin riski azaltılabilir. Sigortalı sayısının

artması sigorta şirketleri açısından karlılık ve risk yönetimi açısından güvenilirliğinin de artması demektir. Portföyün büyütülebilmesi, müşteri profillerinin belirlenmesi ve müşteri beklentilerini karşılayacak yönetim stratejilerinin geliştirilebilmesi için sistemsal olarak yeterli veri kayıtlarının girilmiş olması ve sonuçların raporlarla alınabilmesi önemlidir (Güvel ve Güvel, 2015).

1.6.1. Sağlık Sistemi Finansmanı

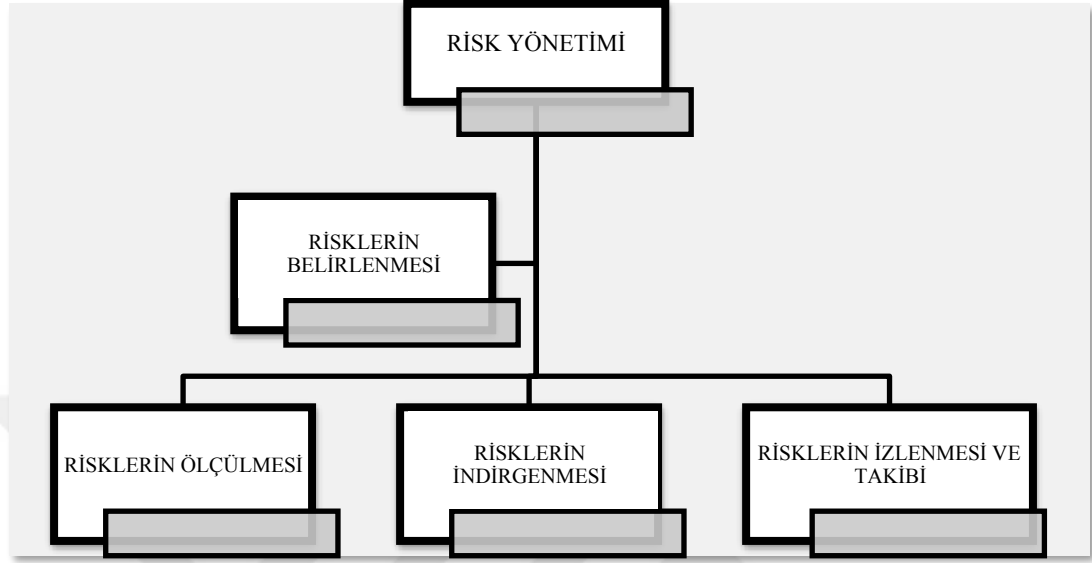
Dünya genelinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı için, tek başına uygulanmayan, ama hizmet türlerine göre karma bir model ile kullanılan, vergi bazlı, prim bazlı sosyal sağlık sigortacılığı ve özel sağlık sigortacılığı olmak üzere farklı sağlık finansmanı sistemleri bulunmaktadır (Özsarı, 2007).

Türkiye’de de birçok ülkede olduğu gibi sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapı vardır. Kamu, sosyal sigorta kurumları ve vergilerden karşılanan hizmetler aracılığı ile özel sektör ise özel sağlık sigortası kuruluşlarının sunduğu sağlık sigortaları ile sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmaktadır (Tiryaki, 1998). Özel sektörün sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı, bireylerin aldıkları hizmetlerin karşılığı olarak cepten yaptıkları ödemenin yanında özel sağlık sigortası kuruluşları ile olmaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Konu toplum olunca hak ve menfaatlerin korunması açısından devletin müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır. Devlet sigorta şirketlerinin taşıdıkları sorumlulukları devir almamakla birlikte, son derece dikkatli ve uyumlu bir sistem içinde güvence altına almakta ve sürekli denetlemektedir (Karakaş, 2000).

1.6.2. Risk Yönetimi

Risk yönetimi, şirketlerin gelecekteki nakit akımlarının ihtiva ettiği risk ve getiri yapısının ve buna bağlı olarak faaliyetlerin niteliğinin ve düzeyinin izlenmesine, kontrol altında tutulmasına ve gerektiğinde değiştirilmesine yönelik politikaların, uygulama usullerinin ve limitlerin belirlenmesi ve bunlar vasıtasıyla, maruz kalınan risklerin

tanımlanması, ölçülmesi, izlenmesi ve kontrol edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Şekil 1.1’ de risk yönetim sürecindeki işlem basamakları tarif edilmektedir.



Şekil 1.1. Risk Yönetim Süreci (www.hazine.gov.tr).

Tahminler ve fiyatlama dönem başında yapılırken, sonuçlar uzun süre sonra gerçekleşmektedir. Bundan dolayı sigorta şirketinin başarısı ve gelecekteki finansal yapısının sağlamlığı ile ilgili tahminler hayati bir önem taşımaktadır.

Zayıf risk üstlenme kararları, prim hesaplamaları üstlenilen risk düzeyi ile orantılı olarak düşünüldüğünden şirketin karlılığı üzerinde çok önemli rol oynar. Hayat sigorta şirketleri eşleştirmeyi iyi yapamadıklarında, özellikle faiz oranı değişimleri ve varlık oranlarının değişmesinde önemli risklerle karşı karşıya kalırlar. Eşleştirme, varlıkların önemli bir kısmının gelecekteki hak ve yükümlülükleri karşılamaının önemli olduğu durumlarda özel bir rol oynar (www.hazine.gov.tr).

Gelecekteki belirsizliklerden dolayı, karşılık ayırma çok önemlidir. Bir hayat sigorta şirketinin riskleri düşük tahmin etmesi durumunda, sermaye açığı ortaya çıkacaktır. Bu sebepten dolayı varlıklar sabit getirili yatırım araçlarına bağlanacak ve ödeme dönemlerinde güçlüklerle karşılaşılacaktır. Ayrıca, hayat sigorta şirketleri açısından provizyon hesaplamalarında faiz oranlarının da yakından ilişkili olduğu ve

değişmelerin dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

1.6.3. Reasürans

Reasürans en yalın tanımıyla, sigorta edilmiş riskin belli bir kısmının veya tamamının yeniden sigorta edilmesidir. Diğer bir ifadeyle, reasürans sigortacının üstlendiği sorumluluğun bir kısmını veya tamamını diğer bir sigortacıya devretmesi olarak tanımlanabilir. Bir reasürans anlaşmasının iki tarafı vardır: Reasürör ve sigortacı. Sigortacı, risk devri yaptığı için genellikle devreden (sedan) taraf olarak bilinir (www.segemakademi.org).

Sigorta şirketlerinde risklerin azaltılmasında, reasürans önemli bir mekanizmadır. Sigorta şirketleri reasürans şirketleri ile risklerini paylaşarak çalışmaktadır. Reasürans, sigortacının normal koşullarda teminat sağlayamayabileceği büyüklükteki riskleri sigortalayabilir hale gelmesini sağlayarak sigortalama kapasitesini artırmaktadır. Dolayısı ile reasürörlerin finansal gücü, risk ve sermaye yönetimi stratejilerinin uygunluğu ve alternatif risk transferi mekanizmaları, reasürans programı kapsamındaki idari düzenlemeler, sigorta şirketi açısından önemlidir (www.tsb.org.tr).

Bir reasürans anlaşması, geniş bir risk ve sermaye yönetimi yaklaşımının parçası olarak profesyonel taraflar arasında yapılan işletmeler arası bir işlemdir. Sigorta şirketinin genel reasürans teminatının tanımı, korunan net risklerin, yapılan reasürans düzenlemelerinin türlerinin (anlaşma, ihtiyari, bölüşmeli veya bölüşmesiz) ve reasürans teminatından kaynaklanan riskleri azaltan risk azaltma araçlarının açıklanması yoluyla yapılabilir. Sigorta şirketinin bir reasürans / risk transferi sözleşmesinden beklenen teminat seviyesi veya kapsamının alınamaması halinde bunun etkisini ve planlanan tedbiri açıklaması yararlı olabilir (www.iaisweb.org).

Reasürans anlaşmaları mali yapının kuvvetli olması, sedan şirketlere sunabileceği güvencenin de, büyük olması anlamına gelmektedir. Reasürans düzenlemelerine ilişkin

değerlendirmeler her durum için ayrı olarak gözden geçirilmesi gereken bir dizi faktöre bağlı olarak yapılmalıdır. Reasürans işlemi, sigorta şirketlerine risk boyutu, risk türü ve makul oranlarda sigortalayabilecekleri iş hacmi anlamında esneklik sağlar. Ayrıca, sigorta şirketlerine yeni işlere girmek, işini genişletmek veya kısa bir süre içinde bir faaliyet kolundan çekilme imkanları da tanır. Düzgün şekilde yapılandırılmış reasürans programları sayesinde, sigorta şirketlerinin riziko kabulündeki geniş dalgalanmaları kısıtlayarak yükümlülük karşılama yeterliliğini geliştirmelerine olanak sağlanır (www.tsb.org.tr).

Sigorta şirketleri, reasürörlerin varlık desteğinden faydalanabilirler. Reasürans işlemleri, sigorta şirketlerinin sermaye artırımına bir alternatif olarak sigorta operasyonlarının finanse edilmesine yardımcı olmaktadır (Koç, 1998).

1.6.4. Fon Yönetimi

Gelişmiş ülkelerde, sigorta şirketleri sermaye piyasalarının en güçlü kurumsal yatırımcılarından biri olarak faaliyet göstermektedir. Türkiye’de 3 Haziran 2007 tarihli ve 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 16. Maddesi gereği, “Sigorta Şirketleri, Sigorta Sözleşmelerinden Doğan Yükümlülükleri İçin Müteakip Maddelerde Belirtilen Esaslara Göre Teknik Karşılık Ayırmak Zorundadırlar” hükmünü içerir. Teknik karşılıklar, sigorta şirketlerinin ayırıcı karakteristik hesaplarıdır ve sigortacının sigortalılar ile sigorta sözleşmesinden yararlanan diğer kişilere olan yükümlülüğünü göstermektedir. Türkiye’de bulunan risklerle ilgili olarak ayrılmış bulunan teknik karşılıklara ilişkin varlıkların ülkede saklanması esastır.

Sigortacının sigortalılara karşı olan ve sözleşmeden doğan sorumluluklarını karşılamalarını sağlamak için söz konusu aktiflerin şirketin, yükümlülük profilleri dikkate alınarak tutarlı ve rasyonel bir yaklaşımla yatırımlara yönlendirilmesi ve yönetilmesi gerekmektedir.

Fon kaynaklarını dört grupta toplamak mümkündür;

1. Kaynağı girişimci olan fonlar,
2. Kaynağı hukuktan doğan fonlar,
3. Kaynağı ekonomik tercihlerden doğan fonlar,
4. İşletme faaliyetinden doğan fonlar,

Fon kaynakları sigorta sektörünün mali tablosunu pasif taraf olarak, fonların kullanım alanları da sektörün ekonomik tablosunu-aktif taraf olarak göstermektedir (www.hazine.gov.tr).

Sigorta şirketlerinin topladıkları fonların değerlendirilmesi, sigortalıların korunması amacıyla devlet tarafından belirlenmektedir. Nitekim söz konusu şirketler, işletmeler, birçok mali kurumdan farklı olarak eldeki fonlarını, öncelikle güvenlik prensibini, daha sonra likidite ve karlılık prensiplerini göz önünde bulundurarak yatırıma dönüştürmektedirler. Türkiye’de sigorta şirketlerinin % 80’i devlet tahviline gitmektedir. Sigorta şirketleri biriken fonları kısa ve uzun vadeli çeşitli yatırımlara yöneltebilirler. Kısa vadeli yatırım araçları arasında banka hesabı, hazine bonusu, devlet tahvili repo gibi belirgin işlemler yer alır. Uzun vadeli yatırım araçlarının başlıcaları ise gayrimenkul yatırımları, ipotek karşılığı ödünç verme, hayat poliçesi karşılığında borç verme ve pay senetleridir (Karacan, 1994).

Sigorta faaliyetleri kamu yararı ile çok yakından ilişkilidir. O nedenle, devletin sigorta şirketlerine yaklaşımı, diğer ticari işletmelere yaklaşımından farklıdır. Sigorta şirketlerinin uzun vadeli mali yeterliliğe sahip olması, tüketicinin, yani sigortalının korunması ve piyasada güvenin zedelenmemesi açısından son derece önemlidir (www.hazine.gov.tr)

1.6.5. Finansal Analizler

Finansal analiz, verilerin önemi ve anlamını saptamak için yürütülen bir faaliyettir ve tablolardaki verilere dayanılarak yapılır. Planlama ve kontrolün ön koşulu finansal analizdir. Finansal analiz yoluyla elde edilen sonuçlar, işletme ile ilgili olarak alınan çeşitli kararların temelini oluşturur. İşletmenin durumu bilinmeden, finansal planlama ve kontrol faaliyetlerinin yürütülmesine olanak yoktur. Finansal tablolar, işletmenin mali durumu ve faaliyet sonuçları hakkında önemli bilgiler verir. Sigortacılıkta temel finansal tablolar, bilanço ve gelir tablosudur (Atay ve Örtten, 2000).

- Sigorta ve Reasürans Şirketleri Finansal Tabloları

Sigorta işletmeleri sigortalıların sözleşmelerinde açıklanan şartların tahakkuku sonucunda gereken tazminat tutarlarını ödemekle yükümlüdür. Finansal tablolar bir işletmenin faaliyetleri ve finansal durumu hakkında genel bir çerçeve verir (Atay ve Örtten, 2000).

- Bilanço; bir işletmenin belirli bir tarihteki varlıklarını ve kaynaklarını gösteren “statik” bir tablo” olarak ifade edilebilir. Sigorta şirketlerinin bilançolarında, yatırımların grup ve bağlı işletmelere göre daha detaylı, alacak ve borçların daha ayrıntılı şekilde, grup ve bağlı işletmelere ilişkin tutarları da içerecek şekilde gösterilmesi gereklidir.

- Gelir Tablosu; kar ve zarar tablosu, sigortacılık alanında faaliyet gösteren bir sigorta şirketinin belirli bir faaliyet dönemi içerisinde, gerek ana faaliyet konusu sigortacılıktan, gerekse ana faaliyet dışı işlemlerden meydana gelen gelir ve giderlerinin, işletmenin tüm faaliyet sonucunu tespit etmek üzere, bir araya getirilmesi ile oluşturulan bir tablodur.

Teknik karşılıkların belirlenmesi ve muhasebeleştirilmesi, sigorta işletmelerine özgü bir dönem sonu muhasebe işlemidir. Bu karşılıkların en önemlileri; cari riskler karşılığı, muallak hasarlar karşılığı ve hayat matematiği karşılığıdır (Başpınar, 2005).

Ayrılacak bu karşılıklar ilgili sigorta branşlarının gelirlerinden düşülür. Sigorta şirketlerinin, yayın organları aracılığıyla kamuya ilan ettikleri bilanço örneği, rapor şeklinde hazırlanarak düzenlenmiştir.

Sigorta şirketlerinin teknik kârı; işletme faaliyetlerinden doğan fonları oluşturan “kâr kavramı” harcamalarla gelirler arasındaki olumlu fark olarak tanımlanmaktadır. Şirketin mali plasmanlarından, hisse senedi ve tahvillerin kupon, ipotekli ifrazatın, faiz, gayrimenkul kira ve benzeri gelirlerden, bu gelirlerin oluşması sırasında ortaya çıkan amortisman, faiz gideri, karşılıklar ve gider mahiyetindeki vergiler düşüldükten sonra ortaya çıkan pozitif rakam, şirketin kârını ifade etmektedir (Koç, 1998).

1.6.6. Denetim

Sigorta şirketleri açısından uzun ve kısa vadeli yatırım fırsatları sağlanmasında etkin finansal piyasalar çok önemlidir çünkü sigorta şirketlerinin mali durum ve risk pozisyonu ile yatırım ve risk yönetimi stratejilerinin yürütülmesini etkin finansal piyasalar sağlamaktadır.

Finansal piyasalar etkinliğini kaybettiği zaman, hem sigorta şirketleri hem de denetim otoriteleri açısından mali durum ve risk pozisyonlarının korunması zor olabilir. Bu nedenle denetim otoritelerinin finansal piyasa etkinliğindeki olası değişimleri öngörmesi ve sigorta sektörü üzerinde olabilecek etkilerini dikkatle değerlendirmeleri gerekmektedir (Darıcı, 2008).

Şirketlerin, sistemlerinin yeterli ve etkin bir şekilde yapılandırılmasında yasal gereklilikler bulunmaktadır. Bu doğrultuda;

18 Ekim 2019 tarih ve 30922 sayı no ile resmi gazete’de “Sigortacılık ve Özel Emeklilik Denetleme Kurumu kuruluş, görev yetkilileri hakkında Cumhurbaşkanlığı kararnamesi yayınlanmıştır.

Sigortacılık ve özel emeklilik denetleme kurumu görev ve yetkileri hakkında

- Kurumun stratejik planı, performans ölçütlerini, amaç ve hedeflerini, hizmet kalite standartlarının belirlemek, insan kaynakları ve çalışma politikasını oluşturmak,
- Kurumun hizmet birimleri ve bunların görevlerini belirlemek,
- Kurumun stratejik planı ile amaç ve hedeflerine uygun olarak hazırlanan bütçe teklifini görüşmek ve karara bağlamak,
- Kurumun performansını ve mali durumunu gösteren raporları onaylamak,
- Taşınmaz alımı, satımı ve kiralanması konularındaki önerilerini görüşüp karara bağlamak olarak bildirilmiştir.

1.7. Özel Sağlık Sigortalarında Risk Değerlendirme Uygulamaları

Sigorta şirketi, sözleşme yapmadan önce başvuran adaylar için risk analizi yapmakta ve kendi oluşturdukları özel şartlara göre kabul koşulları uygulamaktadır. Sigortacı uygun bulmadığı durumlarda başvuruyu ret edebilir ya da ek prim /ek şart uygulayarak poliçe başvurusunu kabul edebilir.

Sigorta şirketlerinin, bu analizlere dayanarak sigortalı adayını sistemine dahil etme veya etmeme hakkı bulunmaktadır. Sigorta şirketlerinin sağlık sigortalı adaylarının kabulü ile ilgili olarak uygulamalarında ve ürünlerinin özel şartları kapsamında farklılıklar olabilmektedir.

1.7.1. Risk Kabul Uygulamaları

Özel sağlık sigortalarında tıbbi yazım kavramı, sigortalının poliçenin düzenlendiği anda sağlık durumu ile ilgili beyanlarının değerlendirmeye tabi

tutulması, belirtilerini taşıdığı hastalıkların saptanması ve gereğinde bunların özel şartlar eklenerek veya ek prim alınarak teminat altına alınması ya da teminat dışında tutulması anlamına gelir.

Sigorta şirketleri risk analiz sınırlarını kendileri belirler. Sigortalı adaylarının yaş, boy/kilo oranı, geçirilmiş ve mevcut hastalıkları, cinsiyet ve meslek bilgileri, davranış ve alışkanlıkları risk analizini etkilerler (Karacık, 2001). Sağlık sigortaları yaptırırken ücreti etkileyen en önemli unsurlar olan objektif ve subjektif rizikolar; sigortalının poliçenin düzenlendiği anda belirtilerini taşıdığı hastalıkların saptanmasına bağlı olarak risk ile prim arasında bir denge gözetilerek fiyat oluşturulur, yaş ve hastalık risk faktörüne bağlı olarak poliçenin fiyatına bir yükleme yapılır. Dolayısı ile sağlık sigortalarının sigorta kabul esasları açısından tespiti hem de sigorta yaptıran kişinin beyanı dolayısı ile dikkat edilmesi gereken aşamalardır (Çelik, 2011). Sağlık sigortalarında uygulamada bazı hastalıklara yönelik genel bekleme süreleri bulunmaktadır.

- Bekleme süreleri; kayıt tarihi ile başlayan ve belirli durumların teminat altına alınmadığı süredir. Sigortalının varlığından haberdar olmadığı, gelişim süreci açısından police öncesine dayanan rahatsızlıklar, bademcik, geniz eti, kanser hastalığına yönelik ameliyat, kemoterapi ve radyoterapi giderleri, kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, fitik, miyom, meme ve rahim ameliyatları, 12 ay bekleme süresine tabi olabilmektedir. Ayrıca, sigortalıya özel olarak konulmuş ek bir bekleme maddesi de poliçeye şart olarak ilave edilmiş olabilir (Özbolat, 2007).

- Hekim Onayı; sigorta şirketi, sağlık beyan formunda yer alan bilgilerin analizinde hekim onayına başvurabilmektedir. Hekim onayı, sigortalının sağlık giderlerini tazmin etmek üzere, sigorta şirketine başvurduğu durumlarda, hastanın doktoru ile temas kurarak, tıbbi durumun ne zaman başladığı hakkında bilgi alabilir, epikriz raporu, patoloji raporları, sağlık kurumu tarafından tutulan tıbbi kayıtları talep ederek incelemeye tabi tutabilir.

- Sağlık beyan formunda bildirimlerin gizlendiğinin hasar anında anlaşılması; rizikonun gerçekleşme olasılığının yüksek ve düşük olmasına göre prim oranlarının belirlenmesinde etkili olan iki tip riziko vardır.

- Objektif rizikolar; fiziksel rizikolar olarak da ifade edilebilmektedir. Sigorta konusuna ilişkin olup, tehlikenin gerçekleşme olasılığı üzerinde etkili olabilecek unsurlardır. Objektif rizikolar yaş, cinsiyet, meslek, coğrafi konum, medeni durum ve faaliyetlerine bakılarak oluşturulur.

- Subjektif rizikolar; sigortalının davranış ve alışkanlıkları ile ilgilidir. Vücut yapısı, bünyesel özellikler, eğilimler (sigara, alkol kullanımı vb), kalıtsal özellikler, ailede genetik faktörler, sağlık durumu ve geçmişi gibi iç faktörler belirlemektedir (Çelik, 2011).

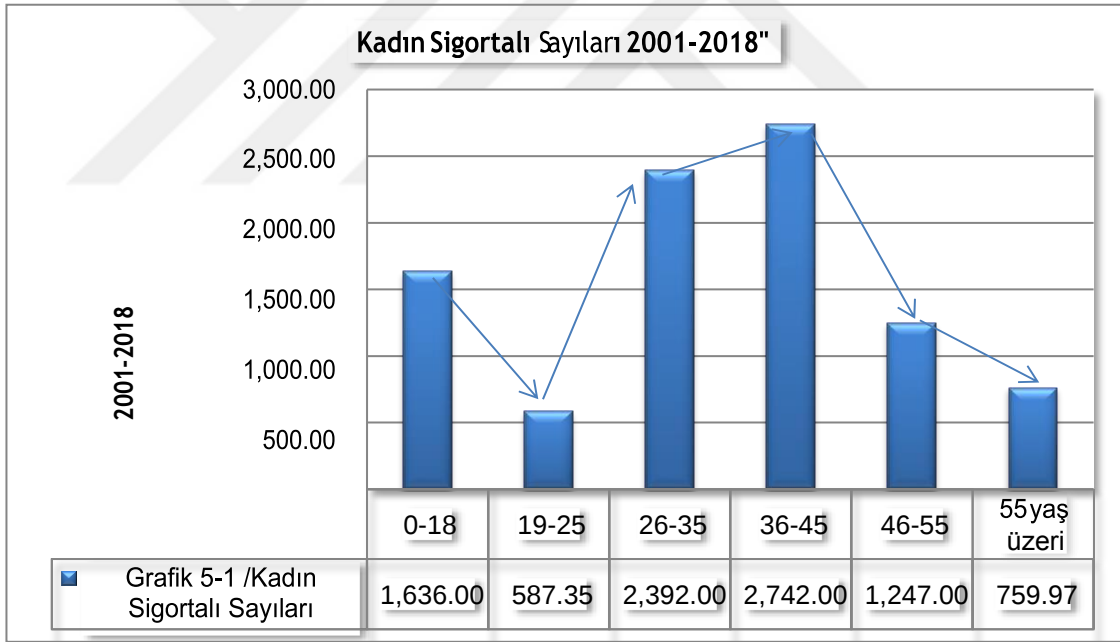
- Objektif rizikolarda yaş faktörü ; Bireyin satın alma davranışını etkileyen önemli etmenlerden biridir. Değişen yaş ile birlikte gereksinimler değişir. Yaş etkeni, bireyin satın alma davranışını etkilemekle birlikte satın alınan ürün ya da hizmetin kullanma biçimini de belirler (Köseoğlu, 2002).

Tüketim psikolojisi açısından dört önemli yaş grubu vardır. Bunlar ergenler, öğrenciler, çocuk sahipleri ve yaşlılardır (Orhan,2002). Genç ve yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık kurumlarını kullanım sıklığı ve davranışları farklılık arz etmektedir. Yaşlılık ile birlikte, sağlık sigorta hizmetine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Ancak, özel sağlık sigorta şirketlerinin uygulamaları kapsamında belli bir üst yaş sınırı bulunmakta ve kronik hastalıklar, uzman hekimin çağırılması ile yapılan hekim konsültasyonları, geriyatrik bakımlar kapsam dışı bırakılmaktadır.

- Objektif rizikolarda cinsiyet faktörü: satın alma kararlarında ve ürün/marka seçiminde cinsiyet önemli bir role sahiptir. Kadınlarla erkeklerin tüketim davranışları açısından farklılaştıklarını gösteren bir çok araştırma yapılmıştır. Toplumsal cinsiyet rollerini tüketim alanıyla ilişkilendiren Dittmar, ürünleri bazı özelliklerine göre ayırmış ve bu ürün gruplarının satın alınmasında cinsiyete dayalı tercih farklılıkları

olduğunu bulmuştur. Bu bulgulara göre; kadınların duygusal açıdan kendilerini daha iyi hissetmelerine yol açan ve sosyal hayatlarındaki ilişkilerini sembolize ettiklerini düşündükleri ürünleri tercih ederken erkeklerin daha çok pratik kullanıma yönelik aktivite ilişkili, kendilerini ifade etmelerine yardımcı olacağını düşündükleri ürünlere öncelik verdikleri görülmüştür (Tengilimoğlu, 2011).

Kadınların düşünce ve davranışlarındaki değişimlerin tüketici davranışlarına yansıyan yönleri izlenmelidir. Şekil 1.2’de “2001-2018” tarih aralığında, yaş gruplarına göre kadın sigortalı sayıları verilmektedir. Kadın sigortalıların 25-35 ve 35-45 yaş aralığında sayılarının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınlar, sağlık sigorta poliçelerini doğum teminatı ve hamilelik tıbbi kontrollerinin kapsama alınması dolayısı ile tercih edebilmektedir.



Şekil 1.2. Kadın Sigortalı Sayıları (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, 2017)

Erkek ve kadınların sağlık ihtiyaçlarının farklı olduğu, kadınların özellikle doğurganlık çağında daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları da bir gerçektir. (Çelik, 2011)

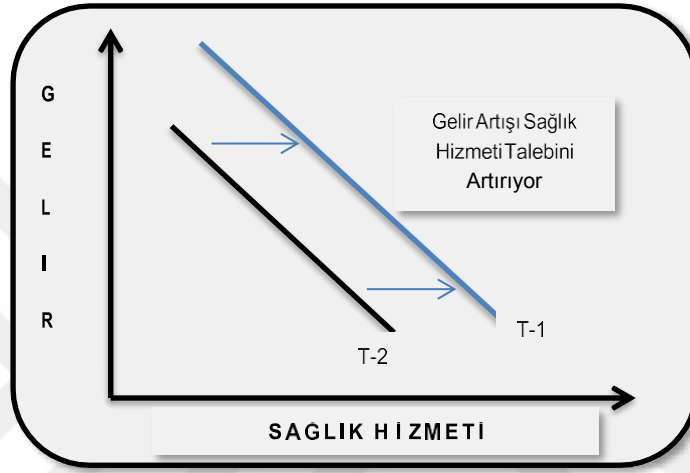
- Objektif rizikolarda meslek faktörü; tüketiciler; yönetici, memur, teknisyen, satış elemanı, işçi, çiftçi, doktor, mühendis, avukat, hakim öğretmen, akademisyen, sanatçı, politikacı ve daha sayılabilecek pek çok mesleğe ayrılabilir. Bazı meslekler ise tehlikeli olarak nitelendirilebilir. Pilot, şoför, polis, itfaiyeci, maden işçileri, sporcu gibi meslekleri bu gruba katarak örnekleri daha da çeşitlendirmek mümkündür.

Meslek faktörü, tüketicilerin satın alma talebi açısından, sigorta şirketleri için ise risk kabul uygulamaları kapsamındaki değerlendirmeleri açısından önemli olan etmenler arasındadır. Tüketicinin satın alma talebi ile ilgili olarak; bireyin mesleği, onun satın alma davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Meslekler ve öğrenim düzeyleri arasındaki ilişki, bireylerin isteklerini çeşitlendirmekte, tercihlerini etkilemektedir. Buna göre gereksinimleri de değişmektedir.

Eğitim / öğrenim seviyesi de kişisel özellikler olarak tüketici davranışlarını etkileyen önemli bir faktördür. Eğitim seviyesi yükseldikçe, insanlar ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine nereden ulaşabileceklerini ve nasıl yararlanabileceklerini bilmekte ve tercihlerini daha net olarak ortaya koyabilmektedir. Buna bağlı olarak öğrenim düzeyi arttıkça, sağlık personelinin kendileri için planladığı hizmet /ürünlerden beklentileri yükselmekte ve ortaya zor beğenen ve ikna olan, haklarında ısrarcı bir müşteri kitlesi çıkmaktadır. Bu sebeple her sektör için ürün çeşitliliği önem kazanmaktadır (Çelik, 2011).

Meslek ve gelir düzeyi arasındaki ilişki de, kişilerin isteklerini ve gereksinimlerini etkilemektedir. Gelir, tüketicinin satın alma gücünün göstergesi konumundadır. Kullanılabilir gelirin bir bölümü, değişmez yükümlülöklere ve yaşam için zorunlu ihtiyaçlara harcanır (Köseoğlu, 2002). Gelir düzeyi arttıkça, tüm ürün kategorilerinde harcamalar artmaktadır. Pratik olarak tüketicilerin gelir düzeyi 4 ana gruba ayrılmıştır.

- Ortalamanın altında çok düşük ücretle çalışanlar,
- Ortalamanın altında gelir elde edenler,
- Ortalamanın üstünde gelir elde edenler,
- Ortalamanın çok üstünde gelir elde edenler.



Şekil 1.3. Gelir ve Sağlık Hizmeti Talep Eğrisi (Çelik, 2011)

Aileler ve bireyler, gelirleri oranında mal ve hizmet tüketirler. Ailenin toplam geliri yükselirse talep kaymasından söz edilir ve bu takdirde ailenin farklı türden mal ve/veya hizmet kullanımını artacaktır.

Alman iktisatçı Ernest Engel, Belçika’da aile bütçeleri üzerinde yaptığı çalışmada, geliri artan ailelerin artan gelirlerini hangi mallara yönelttiklerini araştırmış ve sonuçlarını kendi adıyla tanımlanan “Engel Eğrileri” olarak tanımlamıştır. Şekil 1.3. gelir ve sağlık hizmeti talep eğrisi ile ilgilidir. Kültür, eğlence, hijyen, sağlık ve ulaşım harcamaları artan gelirle büyük oranda artmaktadır. Bu doğrultuda; ailelerin gelir düzeyi artıkça, sağlık için yapılan harcamalar oransal olarak yükseliş göstermektedir. Halkın gelir düzeyi yükseldikçe özellikle diş, check/up, estetik cerrahi gibi sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar artmaktadır. Sağlık temel bir ihtiyaç olduğu için, genelde talep esnekliği katıdır. Gelir düzeyindeki artışlar, sağlık hizmeti

sunucularına olan başvuruları ve sağlık sigortasına olan talebi de artırmaktadır (Çelik, 2011).

Meslek faktörünün ana unsurları olan gelir düzeyi ve öğrenim seviyelerini, tüketicilerin satın alma talebi ile ilişkilendirdikten sonraki bölüm, sigorta şirketleri için risk kabul uygulamaları kapsamındaki değerlendirmelerdir. Tehlikeli mesleği olan veya tehlikeli bir sporla uğraşan (motosiklet yarışçısı, base jumping/paraşütle atlayış ve benzeri sporlar) bir sigortalı adayının başvurusunu, sigorta şirketlerinin risk analizi yaparak sistemine dahil etme ve/veya etmeme hakkı vardır. Sigortalı adayının kabulü ek şartlarla ve/veya ek prim hesabı yapılarak kabul edilebilmektedir. Sigorta teknik terimleri ile fiyata yapılan bu yükleme “ek prim” ya da “sürprim” olarak ifade edilmektedir. Bu ek primler de sigorta teknik kuralları çerçevesinde, risk kabul esaslarına göre yapılmaktadır.

1.7.2. Standart İstisnaların Kullanımı

Özel sağlık sigortaları, temelde kısa süreli ve akut hastalıkların tanı, tetkik ve tedavi giderlerini karşılamak amacıyla olduğu için kronikleşmiş tıbbi durumların uzun süreli giderlerini mutlak olarak karşılamaz (Karacık, 2001). Çoğu poliçelerde uygulanan istisnalar aşağıda verilmiştir.

- Kronik durumlar,
- Olumsuz sonuca yaklaşmış hastalıklar,
- Uzman hekimin çağırılması ile yapılan konsültasyon giderleri,
- Kendi kendini yaralama,
- Geriatrik (yaşlılık) bakımı,
- Yurtdışı teminatı.

İstisnai hükümler statik kavram olmayıp, tıbbi gelişmelere, teşhis, tetkik ve tedavi giderlerindeki değişikliklere göre paralel değişimler gösterebilirler. Bu kararların arkasında genellikle maliyet sorgulaması yatar. Maliyeti etkileyen başlıca etken de teknolojidir. Risk maliyeti sürekli gözden geçirilmesi gereken bir husustur. (Karacık, 2001)

- Özel Sağlık Sigortası Teminatı Dışı Kalan Haller (Genel İstisnalar)

Özel sağlık sigortaları teminat dışı kalan haller, sigorta şirketi tarafından belirlenmiş standart istisnalar ve sağlık sigortası genel şartları gereğince teminat dışı tutulmuş genel istisnalardan oluşmaktadır.

Aşağıdaki haller nedeniyle, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

a. Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,

b. Cürüm işlemek ve/veya teşebbüs etmek, tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali dışında, sigortalının kendisini bilerek ağır bir tehlikeye maruz bırakması, uyuşturucu madde kullanımı,

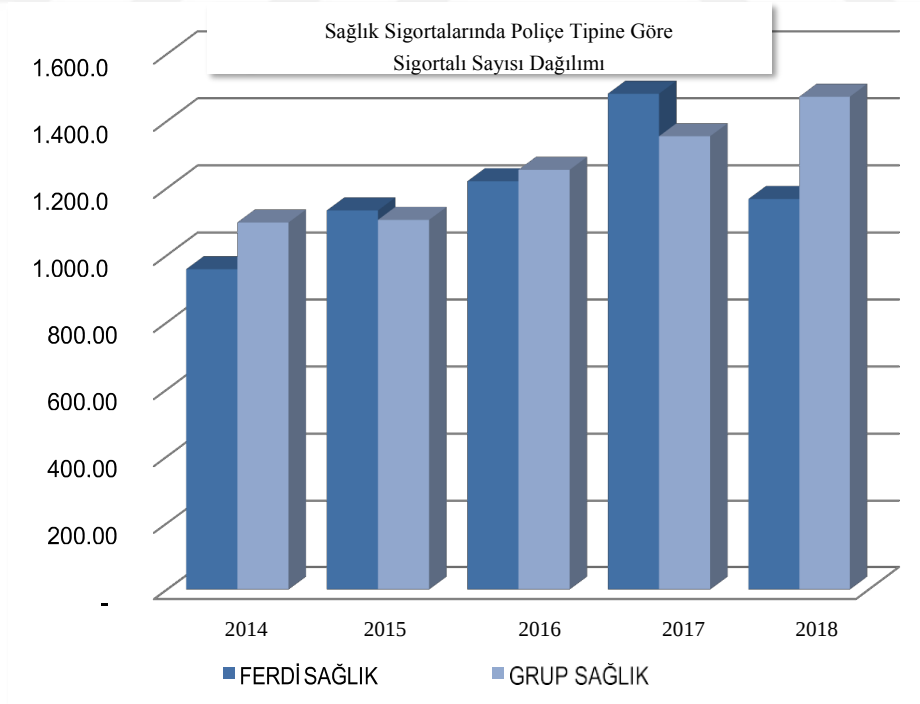
c. Nükleer rizikolar, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı, her türlü sabotaj, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemler sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu oluşan biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak zararlar.

d. Sigortalının intihara teşebbüs nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması gibi doğal afetler sonucu oluşan hastalık ve/veya yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır.

e. Teminat dışı kalan hallerin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler (Kaya, 2010).

1.7.3. Sigorta Şirketleri Uygulamaları

Özel sağlık sigortaları ferdi veya grup sigortası olarak düzenlenebilir. Ferdi sağlık sigortası, kişinin kendi adına veya ailesiyle birlikte yaptırdığı sigortalardır. Grup sağlık sigortası, bir alıcının birçok kişinin lehine sağlık sigortası yaptırmasıdır. Bir şirketin çalışanları veya bir birliğin üyeleri gibi sınırlayıcı kriterler vardır. Poliçe sahibi; işveren, dernek veya birlik, sendika ya da vakıf veya yalnızca sigorta poliçesini almak amacıyla örgütlenmiş olmayan herhangi bir başka yasal organizasyon olabilir. Şekil 1.4’de ferdi ve grup sağlık sigortalarının “2014 - 2018” tarih aralığındaki sayısal dağılımı verilmiştir (Karacık, 2001)



Şekil 1.4. Sağlık Sigortalarında Poliçe Tipine Göre Sigortalı Sayısı Dağılımı (Sagmer İstatistikleri, 2014-2018)

Ömürboyu Yenileme Garantisi; Sigorta şirketinin yapacağı değerlendirme sonucunda, aralıksız üç yıl süreyle kendi şirketinde sigortalı olanların sağlık sigorta sözleşmelerini, belirlenen süre boyunca yenileme taahhüdüdür. Sigorta şirketleri, ortalama 3 yıl kendi bünyesinde kalan sigortalısına ömür boyu yenileme garantisi vermektedir. Sigortalılık dönemi içinde ortaya çıkan hastalıklar ise, yenileme koşullarına göre tekrar değerlendirilebilmektedir. Sigorta şirketlerinin her yıl yenileme dönemlerinde tıbbi değerlendirme kurallarına göre yenileme esaslarında değişiklik yapma durumu söz konusu olabilmektedir.

Sigorta şirketinin değiştirilmesi konusunda ise, sigortalının kazanılmış haklarının tümü ile kabulü başka bir sigorta şirketine geçişte her koşulda mümkün olmayabilir. Dolayısı ise, özel sağlık sigorta poliçelerinin hizmetlerinden ömür boyu yararlanabilmenin en önemli koşulu, üst yaş gruplarına çıkmadan sigortalı olmak ve aynı şirkette sigortalılığı devam ettirmektir.

1.7.3.1. Özel Sağlık Sigortaları Ürün ve Teminat Yapıları

Sağlık sigortaları, hizmet kapsamaları ile karşılayacakları maliyetler için belirlenmiş tutarlara göre sınıflandırılırlar. Tutarları açısından, iki ana başlık altında toplanmıştır.

Limitli ve limitsiz teminat, sigorta şirketi tarafından verilen teminatlar için uygulanan tarife sistemini ifade etmektedir.

- Limitsiz Teminat: sigortalı tarafından harcamaların belgelenmesi kaydıyla, tamamının sigorta şirketi tarafından kabul edildiğini ifade eder. Özellikle yatarak, hastane tedavisi için verilen teminat türüdür.

- Limitli Teminat: sigortalı tarafından yapılan harcamaların belli bir oranına ya da meblağına sigortalının da katılmasını ifade etmektedir. Genellikle ayakta tedavilerde ve anlaşmasız hastanelerde kullanılan tedavilerde uygulanmaktadır

(Özbolat, 2007).

Özel sağlık sigortalarının kapsamlarına göre ise başlıca iki ana teminatı vardır. Bunlardan birincisi "Ayakta Tedavi Teminatı" ikincisi ise "Yatarak Tedavi Teminatıdır". Bu teminatlar birleşik olarak verilebildiği gibi sadece yatarak tedavi teminatını içeren poliçelerde hizmete sunulmaktadır.

Teminatların kapsamları, limit ve muafiyet oranları, yurt içi ve yurt dışında geçerli olmaları, dönemsel olarak yıllık veya kısa dönem seyahat sağlık poliçeleri gibi yapısal özellikleri de değişebilmektedir.

- Ayakta Tedavi Teminatı:

Doktor muayene, tahlil/röntgen ve teşhis yöntemleri (MR, tomografi ve laboratuvar tetkikleri gibi), küçük müdahaleler ile ayakta tedaviler ve ilaç giderlerini kapsamaktadır.

- Doktor muayene teminatı: çalışma ruhsatına sahip hastane, tıp merkezleri ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılan her türlü muayene masraflarını kapsar.

- İlaç teminatı: tedavi için gerekli olduğu reçete ile belgelenen ilaç bedelleri fatura ve ilaç kupürleri ile birlikte beyan edilir. Teminat her bir reçete için geçerli olup, reçeteler bölünemez.

- Tahlil / röntgen teminatları: teşhis amacı ile doktor tarafından istenildiği belgelenen her türlü tıbbi tahlil ve röntgen masrafları sonuç belgelerinin ibrazı halinde, fatura veya makbuz karşılığında ödenir.

- Modern tetkikler teminatı: bu teminat tomografi, sintigrafi, Mr ve doppler tetkiklerine yönelik harcamaları kapsamaktadır (Karakaş, 2000).

Ayakta teşhis ve tedavi teminatlarının en belirgin özelliği, hasarların daha sık ve nispeten küçük meblağlar olmasıdır. Dolayısı yüksek hasar frekansını azaltmanın bir yolu olarak sigortalı katılım payları (muafiyet) uygulanmaktadır.

- Yatarak Tedavi Teminatı

Ameliyat olmak üzere ya da yatarak yapılan tedaviler için hastaneye yatış ve taburculuk dönemi içindeki; doktor, asistan, anestezi, ameliyathane, diğer tıbbi hizmetlere ait sigortalının tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderler ile yoğun bakım ve ambulans giderlerini karşılar. Ayakta tedavi ve yatarak tedavi teminatlarının bir arada düzenlendiği sağlık sigorta poliçeleri de oldukça yaygındır. Doğum teminatı (hamilelik), diş tedavisi, ambulans hizmetleri gibi teminatlarda isteğe bağlı ek teminatlar olarak ilave edilebilir ve poliçenin kapsamı genişletilebilir. Yatarak teşhis ve tedavi teminatlarının özelliği ise, daha düşük bir hasar frekansı olmasına rağmen, daha yüksek tutarlardaki ödemeler olmalarıdır. Yatarak teşhis ve tedavi teminatları içerisinde yer alan ve günümüzde oldukça yaygın hale gelen bir başka sağlık ürünü ise yüksek limitli “hastane tedavi” teminatı sigortasıdır. Burada amaç, büyük ameliyatları (örneğin kalp veya beyin ameliyatları) ve bunula ilgili diğer harcamaları karşılamak olduğundan, muafiyet tutarı oldukça yüksek tutulmakta ve böylece ödenecek prim tutarı aşağıya çekilmekte nispeten küçük harcamalarının ise sigortalı tarafından ödenmesi gerekmektedir.

Sigorta şirketi sağlık sigortaları özel şartlarında sigortalı adayının, sağlık beyanı bildirim formunda yer alan sorulara yanlış, eksik, yanıltıcı cevap vermesi ya da var olduğunu bildiği sağlık problemlerini gizlemesi durumunda ilgili teminatların geçerli olmayacağını açıkça belirtmiştir. Sigortacılar, talep edilen tazminat ve hasar tarihi ile hastalığın muhtemel başlangıç süresini police tarihi ile karşılaştırarak gizleme konusunu açığa çıkarabilirler. Şayet sigortalı erken tarihte bir hasar talebinde bulunmuş ise, sigortacı bildirim eksikliğinin bulunup bulunmadığını kontrol eder. Sigortacıya ihbar edilmiş ve riziko buna rağmen kabul edilmiş ise, hasar ödenmektedir (Karacık, 2001).

- Oda ve yemek giderleri teminatı: sigortalının hastalığının tedavisi ile ilgili olarak sağlık kuruluşunda yattığı her tam gün için oda yemek ve hemşirelik giderleri seçilen limit

dahilinde günlük olarak ödenir.

- Refakatçi giderleri teminatı: sigortalıya refakat eden kişiye ait oda ve yemek giderleri seçilen limit dahilinde ödenir.

- Acil ambulans giderleri teminatı: sigortalının acil sağlık problemi sebebi ile hastaneye nakli sırasında kullanılabilecek kara, deniz ve hava nakliye araçlarıyla yapılan taşımalara ait giderler seçilen limit dahilinde ödenir.

- Evde hemşirelik bakım teminatı: doktorun gerekli gördüğü durumlarda lisanslı bir hemşire tarafından evde yapılan tıbbi bakım giderlerini kapsamaktadır.

- Doğum giderleri teminatı: doğum, erken doğum ve düşük hallerinin gerektirdiği giderler seçilen limit ve muafiyet oranı dahilinde ödenir. Doğum giderleri teminatı, sigorta şirketinin belirlediği bekleme süresi sonunda başlayan hamilelik süresini kapsar (Karacık, 2001).

- Ameliyat teminatı: sigortalının tedavisinin cerrahi bir müdahaleyi gerektirdiğin doktor raporu ile belgelenmesi durumunda; ameliyat teminatı limiti dahilinde ödenir (Karakaş, 2000). Ameliyatların sınıflandırılmasında, Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi esas alınmaktadır (www.anadolusigorta.com.tr).

- Diş tedavi teminatı: muayenehane açmaya ehliyetli diş hekimlerince yapılan teşhis, tedavi ve cerrahi müdahale giderlerini kapsam içine almaktadır.

- Fizik tedavi: hastalığın tedavisi için doktor tarafından gerekli görülen fizik tedavi giderlerini teminat altına alır.

- Gözlük çerçevesi, gözlük camı ve lens teminatı: gözlük çerçevesi teminatı, göz doktorunun tıbben gerekli gördüğü durumlarda, numaralı cam kullanmak amacıyla kullanılan gözlük çerçevesi teminatıdır (Karacık ve Atlı, 2001).

- Organ nakli teminatı: organ nakli teminatı böbrek, kalp, kornea, kemik iliği ve karaciğer nakilleri esnasında oluşan tıbbi giderleri karşılamaktadır. Organın elde edilmesi ve organı veren şahsa ait tüm giderler kapsam dışı bulunmaktadır.

- Sağlık taramaları teminatı (check-up): toplum içinde sağlık bilincinin yaygınlaşması ile yılda bir veya iki kez check-up talebi oluşmuştur. Sigortacılar bu teminatı belli limitler içinde verebilmektedir.

- Yurtdışı teminatı: sağlık sigortaları, kural olarak yurt içinde geçerlidir. Ek prim ödenmesi koşulu ile teminatın yurt dışına açılması sağlanabilir. Daha çok yurtdışında hastalanmış sigortalının tıbben gerekli görülen hallerde bulunduğu yerde hastaneye götürülmesi veya kendi ülkesine getirilmesi giderleri bu teminatın ana konusunu teşkil eder.

1.8. Özel Sağlık Sigortalarında Ürün Çeşitleri

Türkiye’de ve yurt dışında sigortalıların ihtiyaçlarına göre hazırlanmış çeşitli sağlık sigortası ürünleri mevcuttur. Bu ürünler; sigorta şirketlerinin pazar araştırma deneyimlerinin katkısı ile sürekli değişebilmektedir.

Bireylerin, kamu kuruluşlarının, büyük şirketlerin, küçük ve orta büyüklükteki işletmelerin dolayısı ile hayatın ve iş dünyasının farklı bileşenlerinin değişik sigorta ihtiyaçlarını tatmin edebilmek için sigorta ürünlerinin farklılaştırılması doğru bir yaklaşım olacaktır. Piyasaya sürülen sigorta ürünleri nitelik ve nicelik açısından ne kadar çok olursa, sektörün ekonomi içerisinde derinliğinin artması da o oranda kolay olabilecektir (Güngör, 2007).

1.8.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı sağlık sigortaları (TSS)'nin amacı; sosyal güvenceye sahip genel sağlık sigortalılarının SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında SGK'nın karşıladığı sağlık hizmeti tutarı sonrasında kalan kısmının, TSS sayesinde sigorta şirketleri tarafından ödenip, aradaki ücretin genel sağlık sigortalısına yansıtılmaması amaçlanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile hizmet alan kişi, ayakta ve yatarak tedavi teminatları kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu farkı, sigortası aracılığıyla ödeme olanağına sahip olacaktır (/www.dunya.com).

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı' nın 2012 tarihinde çıkardığı genelgeye göre tamamlayıcı ya da destekleyici sağlık sigortasının kapsamı şu şekilde belirlenmiştir: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kapsama alınmayan, kapsama alındığı halde kısmen karşılanan, başka bir ifadeyle kişinin kendisi tarafından ilave ücret ödemesi yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür (www.sgkrehberi.com).

SGK'nın 2012/25 sayılı Genelgesi ile “ tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası” ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca, 23 Ekim 2013 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren “ özel sağlık sigortaları yönetmeliği' nin” 18'inci maddesinde de konuyla ilgili düzenlemeye gidilmiştir(www.dunya com).

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ödeme Kapsamları

TSS kapsamında, Çizelge 1.3'de verilen ödemeler sigorta poliçesine konu edilebilmektedir.

Çizelge 1.3. “TSS” Verilen Teminatlar ve Kapsamları (www.sigortam.net)

AYAKTA TEDAVİ	YATARAK TEDAVİ
Doktor- Muayene	Cerrahi ve Dahili Yatışlar
Laboratuvar Hizmetleri	Yoğun Bakım
Fizik Tedavi Giderleri	Kemoterapi/Radyoterapi
İleri Tanı Yöntemleri	Dializ
Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri	Koroner Anjiyografi

Yatarak tedavi teminatı; sigortalı, poliçe başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıkları ile ilgili olarak tıbben gerekli görülmesi ve doktor tarafında rapor verilmesi durumunda dahili veya cerrahi yatışları, acil sağlık durumları, küçük müdahaleler, yatarak tedavi kapsamında özel ve genel şartlara uygun olarak ödenir (İzbudak, 2017).

Ayakta tedavi teminatı; sigortalı başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tahlil, radyoloji, modern teşhis yöntemleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Tamamlayıcı sağlık sigortasının geçerli olduğu hastaneler, sigorta şirketlerinin anlaşmalı olduğu özel hastanelere göre değişmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının geçerli olması için öncelikle özel hastanenin SGK ile anlaşması olması gerekir. Sağlık poliçesin yapıldığı sigorta şirketinin hangi hastanelerle anlaşması olduğu önemlidir.

Her sigorta şirketinin kendi anlaşmalı hastaneleri mevcuttur. Tamamlayıcı sağlık sigortası primi İstanbul dışındaki iller için daha da uygundur. Özel sağlık sigortası fiyatlarının yaklaşık 3’te 1’i kadardır. Tamamlayıcı sağlık sigortası teminatları yatarak veya yatarak /ayakta tedavi beraber olmak üzere kişilerin tercihine göre belirlenmektedir. Bu sigorta, 55 yaş altı SGK mensubu kişiler içindir ve Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamı dahilinde kısmen karşılanan hizmetlerin dışında kalan sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik en ekonomik yoldur. Ayakta ve yatarak tedavi

içeren poliçelerde bekleme süresi olmadan doğum teminatı mevcuttur. Doğum teminatı seçilen poliçeler standart tablonun dışında fiyatlandırılmaktadır.

1.8.2. Seyahat Sağlık Sigortası

Seyahat sağlık sigortası; herhangi bir ulaşım yolunu kullanarak, yurt içinde, yurt dışına veya yurt dışından ülkeye seyahat edenleri, seyahatleri esnasında karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı koruyan özel bir sigorta türüdür. Sigortacı, seyahat sırasında poliçenin geçerlilik tarihleri arasında meydana gelen bir kaza veya önceden mevcut bir duruma bağlı olmayan hastalık hali sonucunda, planlanan seyahat süresi dışında meydana gelmemesi kaydıyla, sigortalıya, poliçede belirtilen teminatları sağlar.

Seyahat sağlık sigortasında yer alan teminatlarla ilgili hizmetleri sigorta şirketleri verir. Hizmetlerin verilmesi gerektiğinde, sigortacı tarafından hizmet satın alma sözleşmeleri aracılığı ile asistan kişi / şirketlere devredilebilir (<http://www.tsb.org.tr>).

Seyahat Sağlık Sigortaları Uygulamaları; sigortalı durumunu, şirketin onayını alabilmek amacıyla, şirket ve/veya asistan kişi/şirkete en kısa zamanda bildirmelidir. Şirkete ulaşılamaması durumunda ise, kendisine en yakın acil sağlık kurum ve/veya kuruluşuna gidebilir. Sigortalı şirkete hizmetin tam olarak verilebilmesi için, sağlık kurumundan gerekli tüm bilgi ve belgeleri (hastane raporu, reçeteler, medikal tetkik raporları, makbuzlar, faturalar) temin etmelidir.

1.8.3. Acil Sağlık Sigortası

Acil sağlık sigortası, ani ve beklenmedik durumlara karşı güvence sağlamaktadır. Poliçede belirtilen acil durumlardan birinin ortaya çıkması ve ortaya çıkan acil durum nedeniyle tedaviye gerek duyulması durumlarında bir sağlık

kuruluşuna gidilmesi halinde yapılacak olan ilk müdahale, ilk müşahede, dahili yatış ve ameliyat giderlerini, poliçedeki teminatlar dahilinde karşılanmaktadır. (<http://zirvesigorta.ltd.com/>) Acil sağlık sigortası özellikleri aşağıda verilmiştir.

- Yaş sınırı; 2–70 yaş arasındır,
- Poliçe süresi 1 yıldır,
- Vefat nedeni ile iptal olan poliçelerde, prim iade edilir.

Ferdi kaza teminatı, (ölüm ve sürekli sakatlık) sağlık poliçesine ek olarak satılabilmektedir. Sigortalı ya da lehtarın, doğrudan doğruya kendisinin ödediği masraflar, sigortalının şuuru kapalı ise açılana kadar, açık ise azami 48 saat içinde bildirimde bulunmadığı takdirde geri alma hakkı olmamaktadır (<http://zirvesigortaltd.com/>).

1.8.4. Yabancılar İçin Sağlık Sigortası

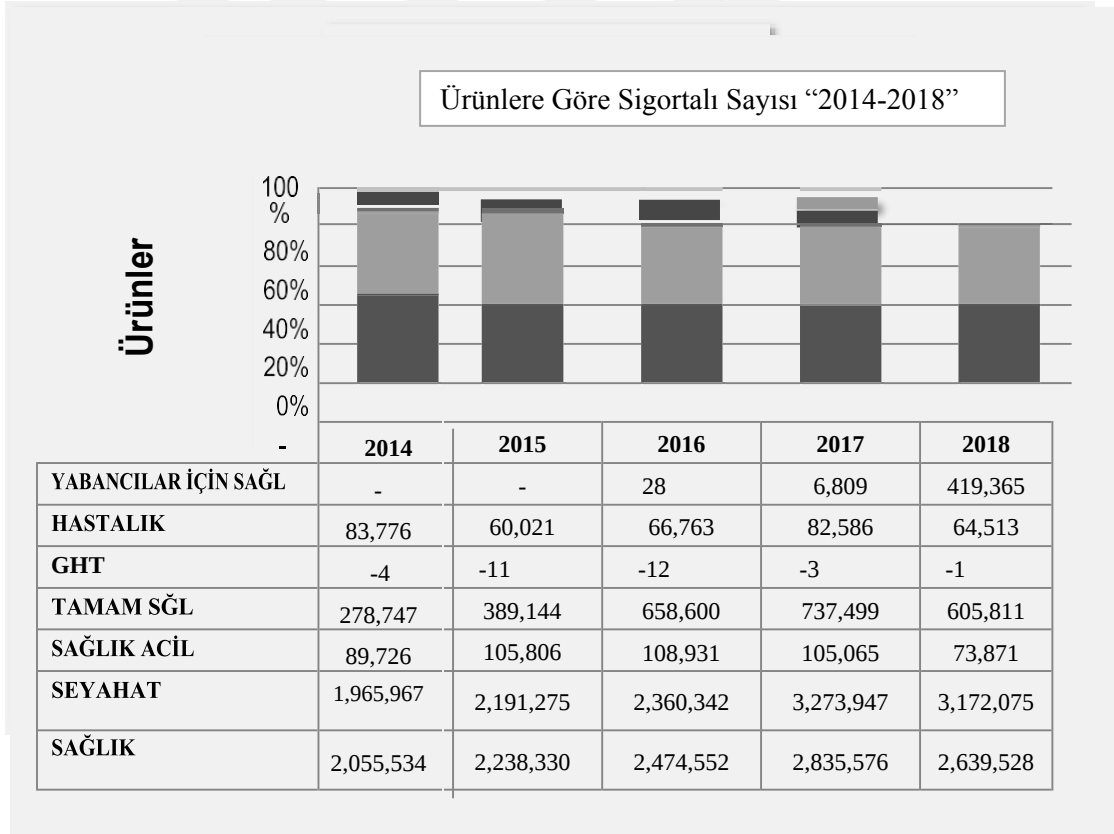
Türkiye'nin taraf olduğu, iki ve/veya çok taraflı sosyal güvenlik antlaşmasında aksi belirtilmediği sürece, bir yıllık ya da daha uzun sürelik oturma izni başvurularında, “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” gereğince genel sağlık sigortası sisteminden faydalanmayan yabancıların, yatarak tedaviyi ya da ayakta tedaviyi ve medikal harcamaları karşılayan özel sağlık sigortasını yaptırmaları gerekmektedir. Tüm zorunlulukların yerine getirildiği durumlarda, 18 yaş altı (aile sağlık sigortası kapsamına girmeyen) ve 65 yaş üstü yabancıların, oturma izni başvurularında özel sağlık sigortası şartı aranmamaktadır (Köylüoğlu, 2010).

Genel sağlık sigortasına kaydolmak isteyen yabancı öğrenciler, eğitim kurumlarına kayıt yaptırdıktan sonraki üç ay içerisinde sigorta başvurusunda bulunabilmektedir. Genel sağlık sigortasına kaydolmamış öğrencilerin, yatarak tedaviyi ya da ayakta tedaviyi karşılayan yıllık özel sağlık sigortasını çıkarmaları gerekmektedir ([/www.atakurumsal.com](http://www.atakurumsal.com)).

1.8.5. Gündelik Hastane Tazminatı

Bu sigorta modeli, oldukça ekonomik prim yapısına ve çok kullanışlı bir özelliğe sahiptir. Sigortalının teminat kapsamına giren bir durum nedeniyle hastaneye yatması halinde, hastane masraflarına veya hastane masraflarının karşılanıp karşılanmadığına bakılmaksızın, sigortalıya yattığı gün sayısına göre tazminat ödenir. Farklı seçenekli planlar halinde sunulmaktadır (<http://www.adsigorta.com>).

Seçilen plandaki muafiyet, hastanede yatılan her gün için masraf tutarına bakılmaksızın tazminat ödemesi yapılmaktadır. Herhangi bir fatura veya harcama belgesi ibrazına gerek yoktur. Bu sigorta modelinde masraflara bakılmaksızın tazminat ödemesi yapılır (www.hazine.gov.tr). Şekil 1.5’de “2014-2018” tarih aralığında sigorta ürün çeşitlerine göre sigortalı sayıları bildirilmiştir.



Şekil 1.5. Ürünlere Göre Sigortalı Sayısı Dağılımı (Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi, 2014-2018)

1.9. Türkiye’de Özel Sağlık Sigorta Sektörü Gelişmeleri

31/12/2018 itibarıyla sektörde 60’ı sigorta ve emeklilik, 2’si reasürans olmak üzere toplam 62 şirket bulunmakta olup, bunlardan 38’si hayat dışı, 4’ü hayat, 18’i hayat ve emeklilik branşında faaliyet göstermektedir. Hayat dışı şirketlerinden ikisi yurt dışında kurulmuş sigorta şirketinin ülkedeki şubesi şeklinde faaliyetlerine devam etmektedir (www.hmb.gov.tr). Çizelge 1.4.’de branşlara göre sigorta şirketi sayısı gösterilmektedir (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, 2017).

Çizelge 1.4. Branşlara Göre Sigorta Şirketi Sayısı (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, 2017)

SEKTÖRDEKİ SİGORTA ŞİRKETİ SAYISI	
HAYAT DIŞI	38
HAYAT	4
HAYAT/EMEKLİLİK	18
REASÜRANS	2
TOPLAM	62

Yabancı sermayenin doğrudan veya dolaylı payının %50’den fazla olduğu şirketlerin yabancı olarak addedildiği bir yaklaşımla şirketler sermaye yapılarına göre sınıflandırıldığında, sektörde 20 yerli, 39 yabancı şirket bulunmaktadır (www.hmb.gov.tr). Hazine Müsteşarlığı, şirketlerin Türkiye’de sigortacılık faaliyetinde bulunabilmesinin Hazine Müsteşarlığı’ndan ilgili branşta ruhsat almasına bağlı olduğunu, bu çerçevede vatandaşların, sigortacılık yapan şirketler hakkında bilgilendirilmesinin yetkisiz kişi ve kuruluşlarca sigorta teminatı verilerek mağdur edilmemesi açısından önem taşıdığını bildirmektedir.

Türkiye’de, "hayat dışı ve hayat" alanındaki sigorta şirketleri ile " özel emeklilik ve reasürans şirketleri " ve bunların faaliyet alanları aşağıdaki gibi sıralanmıştır. Hayat sigortası şirketleri: hayat, hastalık-sağlık, kaza, evlilik, doğum, sermaye itfa ve yatırım fonlu sigorta" alanlarında faaliyette bulunmaktadır.

- Hayat dışı sigorta şirketleri: " kara araçları, kara araçları sorumluluk, yangın ve doğal afetler, nakliyat, kaza, hastalık sağlık, genel zararlar, genel sorumluluk, kredi

hukuksal koruma, raylı araçlar, su araçları, su araçları sorumluluk, hava araçları, hava araçları sorumluluk ve finansal kayıplar" alanlarında faaliyet göstermektedir.

Sigorta şirketi sayısının artmasının; şirketlerin sigortacılığın farklı branşlarına odaklanmasının da etkisiyle, sektörün büyümesine olumlu katkıda bulunduğu gözlemlenmektedir. Özel sağlık sigortaları gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir etken olmuştur ve uluslararası anlamda da büyük gelişmeler sağlamıştır (www.dunya.com/ekonomi/).

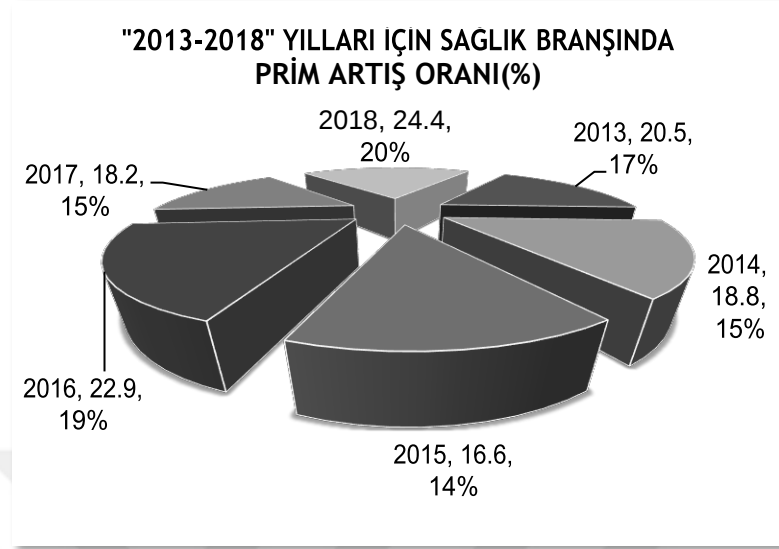
Sigorta şirketleri ekonomik ve sosyal kurumlardır. Risklere karşı ve gerçekleşen riskler neticesinde, meydana gelen zararların bedelini karşılamak üzere kurulmuş sigorta şirketlerinin hedefinde, başta sigorta hizmetinin sunulması olmak üzere birçok amacı gerçekleştirmek vardır. Sigorta işletmeleri, ekonomik anlamda aynı riske maruz kalma oranı yüksek olan kişileri ve kurumları bir araya getirerek ortak bir prim havuzu oluşturmakta, riskin gerçekleşmesi durumunda bu ortak havuzdan zararları karşılamaktadır. Bu anlamda sigorta temel bir ihtiyaçtır ve geleceğimizi güvence altına alınmasına yönelik hizmetleri kapsar. Bu amaçla birlikte sigorta kurumları meydana gelebilecek riskli durumun maddi olarak belirlenmesi özelliğini öne sürerek sigortalının risk yönetimi sorumluluğunu da üstlenmektedir.

Türkiye’de özel sağlık sigortaları 1990’lı yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. 2000 yılına kadar büyüyen bir kapasite ile devam eden özel sigorta işlemleri 2000/2001 ekonomik krizinden etkilenmiştir.

Ekonomik kriz nedeni ile pazar payı kaybetmek istemeyen sigorta şirketleri, sağlık sigortası primlerinde indirim uygulayarak, sigortalı sayısını artırma yolundaki hedeflerini gerçekleştirmiştir (<http://www.saglikcilar.org>).

Sigorta şirketlerinin teknik karlılıkları sektördeki varlıklarını sürdürebilmeleri için önemlidir. 2013 yılı verilerine göre sağlık sigortasında 2.398.077.778 TL prim toplanmıştır. Sigorta şirketleri mali karlılıktan ziyade teknik karları arttırıcı faaliyetlerde bulunmayı hedeflemektedirler. “2013-2018” tarih aralığında sağlık

sigortaları prim artışı Şekil 1.6.'de gösterilmiştir.



Şekil 1.6. Yıllar İtibari ile Sağlık Sigortaları Prim Artışı (Türkiye Sigorta Birliği Sektör Raporu, 2019)

Çizelge 1.5. Sağlık Sigortaları Branşında Teknik Kar Oranları, “2013-2018” (www.tsb.org.tr, 2018)

Dönem	Teknik Kar	Artış (%)
2013	88.112.130	-%48,3
2014	94.873.134	%7,7
2015	147.560.164	%55,5
2016	81.336.994	-%44,9
2017	355.105.916	%336,6
2018	700.835.513	%97,4

36 şirketin faaliyet gösterdiği hastalık/sağlık branşında 2015 yılında prim gelirleri 3.321.928.306.TL'ye yükselerek bir önceki yıla göre cari fiyatlarla %17,28 oranında artmıştır. TÜFE'nin etkisi göz önünde bulundurulursa, prim geliri reel olarak %17,78 oranında artmıştır. Sağlık branşında kârlılık açısından olumlu değişimin 2015 yılı içerisinde de pozitif anlamda devam ettiği görülmektedir. Sağlık branşının 2015 yılında kârlılığını artıran önemli iki nedenden biri yabancılar için sağlık sigortası diğeri ise mali gelirdeki artışlardır. Düşük hasar prim oranına sahip yabancı sağlık sigortasından kazanılan primin önemli ölçüde bu yıla yansımalarının yarattığı pozitif

etki sağlık branşının teknik kârlılığına yansımıştır. Çizelge 1.5.’de “2013-2018” Yılları İçin Sağlık Sigortaları Branşında Teknik Kar Oranları bildirilmiştir (Türkiye Sigorta Birliği Sektör Raporu).

Tamamlayıcı sağlık sigortacılığının ürünler arasında yerini almış olması da sağlık branşında 2015 yılı içerisinde de yeni sigortalı kazanımının devam etmesinde etkili olmuştur. 2015 yıl sonu verilerine bakıldığında hastalık/sağlık branşında toplam sigortalı sayısının 3.984.830 olduğu görölmektedir. Yalnızca sağlık branşında ise 2015 sonunda 1.852.299 sigortalı sayısına ulaşılmıştır (<http://www.saglikcilar.org>).

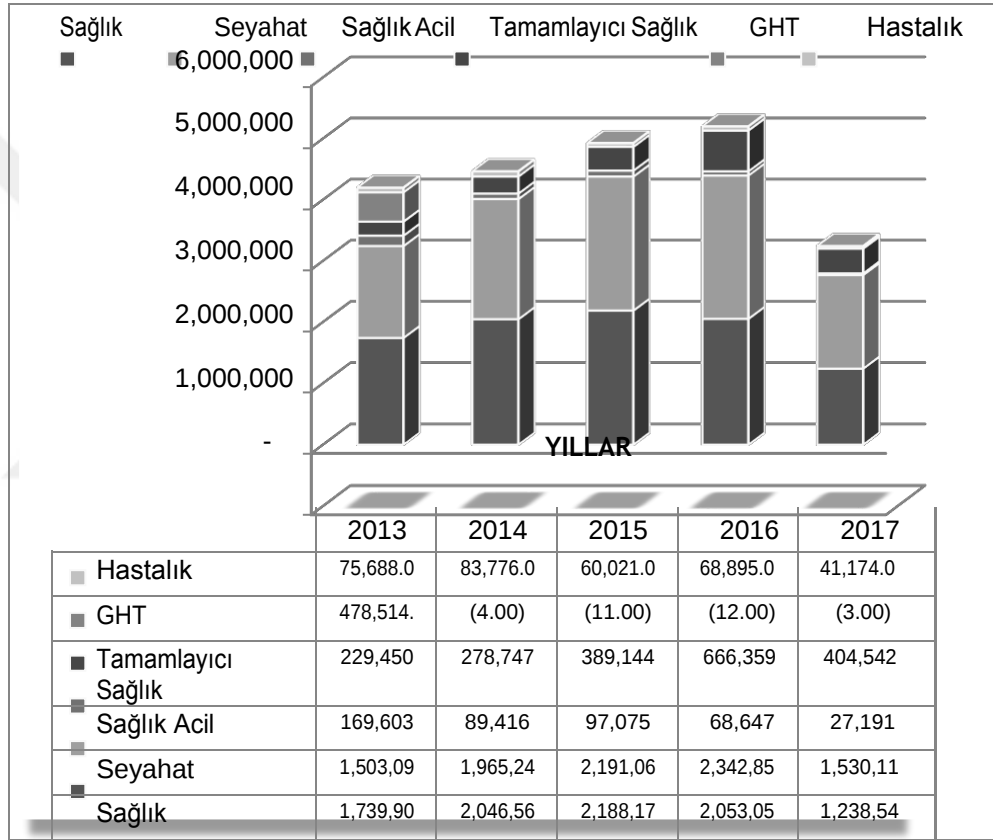
2016 yılında teknik ve artış oranlarında belirgin bir düşüş meydana gelmiştir. 2016 yılında net yazılan prim 3.485.743.300-TL, artış oranı % 17,1 oranında ve 2015 yılına göre daha düşük bir oranda gerçekleşmiştir (www.tsb.gov.tr). Sigorta şirketlerinin hastalık ve sağlık branşında ilk 20 şirketin hastalık / sağlık branşında 2016 yılında prim gelirleri 3.777.682.716 / TL’ye ve 2017 yılında 4.337.485.367.TL’ye, 2018 yılında 5.597.955.608 / TL’ye yükselmiştir (www.tsb.org.tr).

Çizelge 1.6. Sağlık Branşında Şirketlerin “2017-2018” Yılı Prim Gelirleri (www.tsrb.org.tr)

Şirket Adı	Net Yazılan Primler (TL) / 2017	Net Yazılan Primler (TL) / 2018
Allianz	1.513.153.548	2.133.362.943
Acıbadem Sağlık ve Hayat	786.434.571	1.113.394.749
Mapfre	393.262.947	552.579.725
Anadolu	468.693.080	661.617.051
Axa	184.638.921	241.488.654
Ak	224.312.794	-
Groupama	126.947.411	161.709.133
Güneş	127.551.988	151.284.830
Eureko	114.843.256	147.445.899
Ergo	74.757.735	76.157.648
Demir	-	68.010.466
İLK 10 ŞİRKET	4.014.594.251	5.307.051.098

Özel sağlık sigortaları gelir ve kârlılıkta büyük ölçüde büyüme potansiyeline sahiptir. GSYİH’ya oranının en az %5 olmasının gelişmişlik göstergesi olarak değerlendirildiği göz önüne alındığında ülkede sigortacılık sektörünün prim üretiminin

en az 4 kat daha büyümesi hedef olarak alınmalıdır. Bu da prim üretiminin 35 milyar dolar seviyesine çıkartılması anlamına gelmektedir. Prim üretiminde hedeflenen gelişimin sağlanması ekonomik istikrar faktörlerine bağlıdır. Sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ürünleri ile sektörel büyüme 2018 yılında devam etmiştir. Bu ürünler, sektördeki büyümeyi hızlandıran faktörler olmayı sürdürecektir. Çizelge 1.6’da sigorta şirketlerinin “2013-2017” tarih aralığında prim üretimleri gösterilmiştir (www.capital.com.tr).

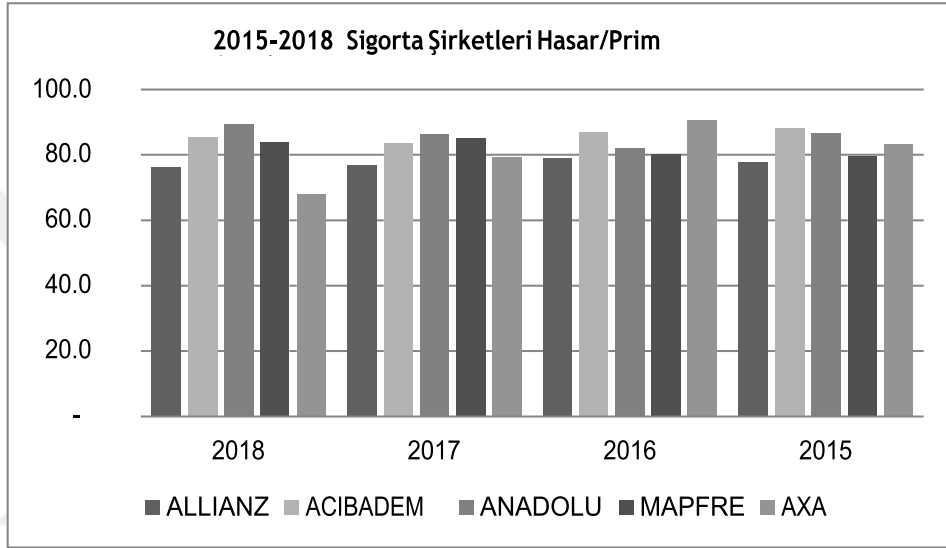


Şekil 1.7. Özel Sağlık Sigortaları Ürün Bazında Satışları (www.tsrb.org.tr).

Şekil 1.7’de “2013-2017” tarih aralığında ürün bazında yapılan satışlar poliçe sayıları olarak gösterilmiştir. 2018 yılı ürün grubuna göre poliçe adetleri; sağlık branşında “2.639.528” adet, seyahat branşında “3.172.075” adet, sağlık acil “73.871” adet, tamamlayıcı sağlık sigortalarında “ 605.811” adet, yabancılar için sağlık sigortalarında “419.365” adet olarak gerçekleşmiştir.

1.9.1. Sağlık Sigorta Sektöründe Ödenen Tazminatlar

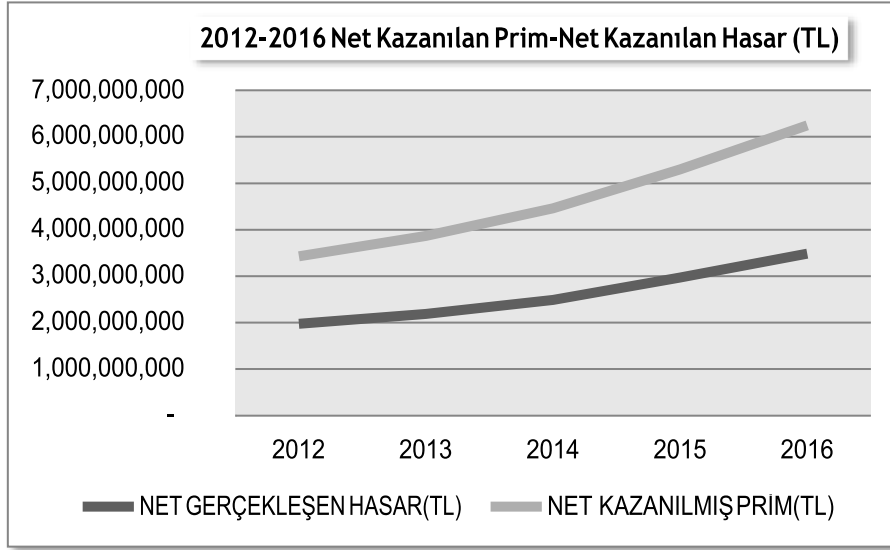
2018 yılında, Allianz Sigorta H/P oranı % 76.4, Acıbadem Sigorta H/P oranı % 85.3, Mapfre Sigorta H/P oranı % 84.7, Anadolu Sigorta H/P oranı % 89.3, Axa Sigorta H/P oranı % 67.9, oranlarında gerçekleşmiştir. Şekil 1.8 “2015 - 2018” tarih aralığında sigorta şirketlerinin hasar/prim oranlarını yansıtmaktadır.



Şekil 1.8. Sigorta Şirketleri Hasar/Prim Oranları (www.tsb.org.tr, 2018).

Bir sigorta branşı olarak sağlık sigortası çok geniş bir yelpazede incelenen, sürekli bir değişim ve gelişim gösteren konuları ile diğer sigorta branşlarından ayrılmaktadır. Sağlık sigortaları, insan sağlığında oluşan riskleri kapsama almaları dolayısı ile geniş kapsamlı, pahalı sigortalardır ve tamamen farklı sorunlar yaşamaktadır (Orhaner, 2006).

Hasar / prim oranlarının yüksek olması sigorta faaliyetlerinden oluşan teknik kârın/gelirin de yeterli düzeyde olmaması anlamına gelmektedir (Orhaner, 2006). Bu durum, sigorta şirketlerinin menkul ve gayrimenkul yatırımlara yeni kaynaklar ayıramamasına ve fon yaratılamamasına neden olabilmektedir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008).



Şekil 1.9. Net Kazanılan Prim-Net Kazanılan Hasar (www.tsb.org.tr, 2018).

Özel sağlık sigortalarında hasar/prim oranlarının yüksek olması ile birlikte prim tahsilatında vadeliendirmelerin de branşın kârlılığını doğrudan etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Yatarak teşhis ve tedavi teminatlarının daha düşük bir hasar frekansı olmasına rağmen, yüksek tutarlardaki ödemeler bu teminat kapsamında yapılmaktadır. Doğum teminatı (hamilelik), diş tedavisi, ambulans hizmetleri gibi teminatlarda isteğe bağlı ek teminatlar olarak poliçeye ilave edilebilmektedir. Şekil 1.9’da “2012-2016” net kazanılan prim-net kazanılan hasar (TL) bazında gösterilmiştir.

Sigorta şirketleri giderlerinin büyük bir kısmını peşin ödemektedir. Prim gelirlerini ise belli vadelere yayılmış bir taksitlendirme planına göre tahsil etmektedirler. Prim gelirlerini belli bir süreye bağlı olarak tahsil eden sigorta şirketleri, tazminat ödemelerini kısa sürede ve nakit olarak yapmak durumundadırlar. Sigorta şirketlerinin nakit akış dengelerinin bozulmaması diğer bir ifade ile hasar/prim dengelerinin sigorta şirketi için dezavantajlı bir durum olmaması, özel sağlık sigorta şirketlerinin öncelikli olarak ele alması gereken konuların başında gelmektedir.

Türkiye’de sağlık sisteminin politikaları açısından özel ve kamu sağlık sigortacılığı prim ve hasar verilerinin düzenli olarak izlenmesi ve analizi, sürdürülebilirlik tartışmaları açısından önem taşımaktadır (www.tepav.org.tr).

1.10. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireylerin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sağlık kurumları ve sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerdir (Öztek, 2001)

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört grupta toplanmaktadır. Sağlık kurumları, ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre farklılaşmaktadır. Sağlık Hizmetleri, hizmet kapsamı bakımından üç düzeye ayrılmaktadır (Sayım, 2011).

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri,
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri,
- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.

Birinci basamak sağlık hizmetleri; tedavi hizmetlerinden daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar; sağlık evleri, sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, dispanserler örnek olarak verilebilir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri; uzman, tıp ve sağlık personelinin (hemşire, eczacı, psikolog, vb) yer aldığı değişik büyüklüklerde hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı hizmetleri içermektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin temel amacı, tedavi hizmetlerinin sunulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisi, ikinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde de tedavi amacı ön plandadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, bölge hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilen hizmetleri içermektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kurumları, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında verilmesi mümkün olmayan, yoğun bilgi ve teknolojik olanlar gerektiren karmaşık, ağır olgulara yönelik hizmetler sağlamaktadır. Özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarına örnek olarak verilebilir (Öztek,2001).

1.10.1. Sağlık Kurumlarının Özellikleri

Sağlık kurumlarının diğer endüstri ve hizmet kurumlarından ayıran özellikler bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının kendine özgü özelliklerini, sağlık yönetimi ve işletmeciliğinin ortaya çıkışının hazırlayan faktörler olarak görmek mümkündür. Sağlık kurumları hizmet üreten kurumlardır. Sağlık kurumlarının genel özelliklerini daha iyi kavrayabilmek için öncelikle hizmet üretiminin genel karakteristiklerini incelemek yararlı olacaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak izleme, muayene, tanı, (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”

Tedavi hizmetleri, hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında, koruyucu sağlık hizmetleri de sağlamaktadırlar. Hastanelerdeki çocuk birimleri, bu hizmetlere örnek olarak verilebilir. Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadele etkin rol oynamaktadırlar. (örn: sigara bırakma, dengeli beslenme, gebe ve bebek bakımı) ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

- Hastanelerin Sınıflandırılması; çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır;

- Mülkiyet
- Eğitim Statüsü
- Hizmet Türü
- Büyüklük

Mülkiyet durumu bakımından hastaneler, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna veya niteliklerine göre sınıflandırılır. Hastaneler eğitim statüsü bakımından eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olarak ikiye ayrılır. Eğitim hastanesi, tanı ve tedavi hizmetleri yanında, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetler de sağlamaktadırlar.

Hastaneler, verdikleri hizmet türüne göre sınıflandırılabilir. Bu sınıflamada hastaneler, genel hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal

hastaneleri ise belirli cinsiyet ve belirli hastalık türüyle sınırlı hizmet veren hastanelerdir.

Hastaneler büyüklüklerine göre de sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin büyüklüklerini sınıflamada kullanılan başlıca ölçütler, yatak sayısı, personel sayısı, hasta günü sayısıdır. Bunlar içinde kullanılan en yaygın ölçüt yatak sayısıdır. Yatak sayısı bakımından hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Hastaneler ayrıca yatarak tedavi ettikleri hastaların ortalama yatış süresine göre, akut bakım hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri olarak iki grupta toplanabilmektedirler. Akut bakım hastaneleri, genellikle 30 günden daha kısa hastaneye yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisi ile ilgilenmekte iken, kronik bakım hastaneleri uzun dönemli yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadır.

Hastaneler akredite edilme durumlarına göre, akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadır. Hastanelerin sınıflandırılmasında kullanılabilecek bir diğer kriter, hastanenin dikey bütünleşme basamaklarındaki konumu veya kapsamlı bir sağlık hizmetleri planı içindeki yeridir. Bu kritere göre hastaneler birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç gruba ayrılmaktadır. Birinci basamak hastaneler, genellikle günü birlik (ayaktan) tanı ve tedavi hizmetlerini sağlamaktadırlar. İkinci basamak hastaneler, kısa süreli yataklı tedavi hizmetini gerektiren (akut) hastaları kabul etmektedirler. Üçüncü basamak hastaneler ise gelişmiş teknolojik donanım ve olanaklara sahiptirler. Birinci ve ikinci basamak hastanelerinde tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavisi ile ilgili hizmetleri sağlamaktadırlar. Üniversite hastaneleri ve yanık merkezleri üçüncü basamak hastanelere örnek olarak verilebilir (Seçim, 1991).

1.10.2. Sağlık Kurumu ve Sigorta Şirketi Anlaşmalarının Amacı ve Kapsamı

Özel sağlık kurumları, özel sağlık sigorta şirketleri ile anlaşma yaparak sigortalı bireylerin kendilerinden hizmet almalarını sağlamaktadır. Sigorta şirketleri ise yaptıkları bu anlaşmalarla, sigortalılarının anlaşmalı sağlık kurumlarından hizmet almalarını tercih etmektedirler. Bu tercihe neden olan faktör ise, bu anlaşmaların özel fiyat anlaşmalarını da kapsaması ve sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan özel fiyat anlaşmalarına bağlı olarak sağlık harcamalarının kontrol altında alınabilmesidir. Sağlık hizmetleri fiyatı ile kastedilen, faydalanılan sağlık hizmeti için hasta bireyden talep edilen tutardır.

Sağlık sigortacılığının gelişmesi sağlık kurumlarını birkaç yönden olumlu etkilemiştir. Sigorta şirketi sigortalılarının tazminat ödemelerini doğrudan bu kurumlara yapmakta dolayısı ile sigortalı için bir sağlık problemi ortaya çıktığı durumda oluşacak sağlık harcamalarının ödemeleri konusunda herhangi bir sorun yaşanmamaktadır. Sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan indirimli fiyat anlaşmalarına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin maliyetleri düşmekte ve sonuç olarak sağlık harcamalarında bir tasarruf sağlanmaktadır. Bir başka açıdan ise bu durum dolayısı ile özel sağlık sigorta şirketlerinin verdiği hizmet kapsamında, özel sağlık sigortalılarının anlaşmalı kurumlara yönlendirilmesi ve sigortalılar tarafından tercih edilmesinin özel sağlık kurumlarına finansal olarak da bir katkısı vardır. Sağlık sigorta şirketlerinin sigortalılarına sağladığı bu imkanlar ve avantajlar, sağlık kurumlarına sigortalıların başvurusunun sayıca artmasını sağlamakta, diğer taraftan sigortalıların aldığı hizmetleri sağlık kurumlarına geri ödeme sistemindeki tutarlılık da sağlık kurumlarının mali yapılarını olumlu etkilemektedir (www.mevzuatdergisi.com).

Sağlık kurumları, sigortalıların yatarak tedavi işlemleri ile ayaktan tedavi' de bazı işlemleri için sigorta şirketinden teminatların kullanımı ve limitleri dahilinde hizmet vermek için sigortacıdan onay almaktadırlar. Sigortacı tazminat taleplerini, sigorta özel ve genel şartlara göre değerlendirerek, sağlık kurumlarına teminat ve limitlerin verilen hizmete uygunluğu için onay vermektedir.

1.10.2.1. Sağlık Hizmetleri Fiyatları ve Sigorta Sistemi

Fiyat, tüketiciler açısından satın alınan mal veya hizmetin değerinin bir ifadesidir. Bir mal veya hizmeti satın alma eğiliminde olan kişiler o mal ve hizmetten azami faydayı elde etmek isteyeceklerdir. Eğer tüketici, hizmetlerden sağladığı faydanın hizmet için ödediği paradan fazla olduğuna inanıyorsa o hizmet değerlidir. Bu güven bir kere oluştuktan sonra fiyat değişimleri başta olmak üzere rakip mal ve hizmetlerde meydana gelebilecek değişiklikler tüketicileri çok fazla etkilemeyecektir (Karasu, 1996; Tengilimoğlu, 2011).

Sağlık hizmetleri sektörü, karmaşık yapılara sahiptir. Artan rekabet koşulları ve müşteri talepleri, sağlık kurumlarının kaynaklarını en verimli biçimde kullanmaya zorlamaktadır. Sağlık sigorta şirketleri, sigortalılarını anlaşmalı olduğu kurumlardan hizmet almaya yönlendirirken, sağlık kurumlarından özel fiyat indirimleri talep etmektedir.

Özel sağlık sigortalarındaki ödeme miktarları kullanacak kişinin talepleri doğrultusunda oluşturulacak poliçeye göre farklılık göstermektedir. Sigortalı hastaların sağlık kurumlarından hizmet alma süreçleri ve yatarak tedavi görmeleri ise, sigorta şirketinin provizyon sistemine tabidir.

Sigorta şirketlerinin yatış süreçlerini ve sebeplerini izleme ve maliyetleri kontrol etmek üzere değerlendirmeye tabi tuttuğu bir “provizyon sistemi” mevcuttur. Bu sistemde sigorta şirketi sigortalısının sağlık kurumundan aldığı hizmetin faturası ile poliçenin limit ve teminatlarını yine poliçenin özel şartlarına göre incelemektedir.

Bazı durumlarda yatış gün sayısı vererek ödeme yapmayı kabul etmekte, bazı durumlarda da kullanılan ilaç ve sarf malzemelerinde ve/veya diğer harcama kalemlerinde oluşan maliyetler için sağlık kurumlarından indirim yapması için talepte bulunabilir.

Sağlık hizmeti harcamalarının aşağıya çekilmesi yönündeki talepler, sağlık sektöründe artan rekabet koşulları ve müşteri taleplerine etkili karşılık verebilmek için sağlık kurumlarının kendi kaynaklarını etkili biçimde kullanmak üzere, iş ve süreçlerde yeniden yapılandırmalara gitmesi gerekebilir. Maliyetlerin azaltılması, kullanılan malzemelerden tasarruf edilmesi oldukça etkili yaklaşımlardır (Tengilimoğlu, 2011).

Sağlık kurumlarının pazarlama faaliyetlerini artırarak yeterli gelir elde edilmesi yönündeki çalışmalarını etkili ve kararlı bir şekilde sürdürmeleri, karmaşık yapıdaki sağlık sektörü içinde yeni tüketici gruplarına ulaşılması yönündeki olumlu gelişmeleri de beraberinde getirecektir.

1.10.2.2. Anlaşmalı Fiyat Uygulamaları

Sağlık hizmetleri piyasasının yapı ve işleyişi yönünden diğer mal ve hizmet piyasaları ile aralarında büyük farklılıklar vardır. Bu piyasada tüketiciler (hastalar) vazgeçme, pazarlık etme, erteleme ve ikame etme gibi özgürlüklere sahip değildirler.

Bireylerin sağlık problemlerinin ortaya çıkması durumunda talep edilecek sağlık hizmetleri ve fiyat belirsizliği nedeni ile sağlık sigorta şirketleri sağlık hizmetlerinin talebinde oldukça önemli bir rol oynamaktadır.

Özel sağlık sigorta şirketleri, sigortalılarına sundukları sağlık hizmetlerini sağlık kurumları ile yapmış oldukları indirimli fiyat anlaşmalarına bağlı olarak vermektedirler. Sağlık hizmetlerinden faydalanacak kişilerin sağlık kurumlarına ödeyecekleri ücretler ise fiyat anlaşmalarına bağlı olarak düşmektedir (Çelik,2011).

Sağlık sigorta şirketleri genel olarak sağlık kurumları ile “Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat” anlaşmaları ile çalışmaktadır. “Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat” dahili ve cerrahi branşlarda sık karşılaşılan hastalıkların tanı ve tedavisi sırasında hizmet içeriği bakımından hasta bazında çok fazla değişiklik göstermeyen ve bu nedenle yaklaşık

maliyeti önceden tahmin edilebilen tüm işlemlerin tek bir fiyat olarak belirlenmesidir (Sağlık Platformu, 2018).

Sağlık hizmetlerinde check/up, kalp ameliyatları, anjio hizmetlerinin teşhis vetedavi giderlerinin bir paket halinde fiyatlandırılması, bu yöneme örnek olarak verilebilir. Özel sağlık kurumlarının hizmet politikalarındaki imtiyaz hakları kendilerinde olduğu için “Türk Tabipler Birliğinin” belirlemiş olduğu fiyatlara bağlı olarak şekillendirme yapabilmektedirler.

Kurumlar genelde rekabetçi bir ortamda yaşamlarını sürdürmek zorundadırlar. Bu rekabet fiyatların belirlenmesi açısından da geçerlidir. Farklılaştırılmış fiyatlandırma, talebe göre fiyatlamamanın değişik uygulama şekillerinden biridir. (Tengilimoğlu, 2011)

Özel sigorta şirketleri ile özel sağlık kurumları arasında yapılan farklı fiyat anlaşmaları, farklı fiyat tarifelerine bağlı olarak diğer sağlık kurumları ile haksız bir rekabet ortamı yaratabilir. Sağlık hizmetlerinin fiyat tarifeleri ile ilgili yapılan anlaşmalarından kaynaklanabilecek sorunlarda, sağlık hizmetleri talebinde bulunan sigortalılar aldıkları hizmetlerin önemli bir bölümünü belirlenmiş fiyatlarla yapılamaması nedenleri ile kendileri katkı payları ödemek durumunda kalmaktadırlar. Bu durum sigorta kapsamında prim ödeyip hizmet bekleyen vatandaşlara, hizmet almada kısıtlama veya fark ödeme gibi olumsuz koşullarla yansımaktadır (Öztürk, 2006).

Sağlık kurumları ve sağlık sigorta şirketleri arasında yapılan anlaşmalar, reel hizmet maliyetleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. Anlaşma koşulları hem sigorta elemanları hem de sağlık kurumlarının özel sağlık sigortalısına hizmet veren tüm çalışanları tarafından iyi bilinmelidir. Bunun içinde özel sağlık sigorta şirketleri ve sağlık kurumlarının birleşik hizmet sunumunun gelişmesi ve sorunların giderilmesi için hizmet içi eğitimler sıkça yapılmalıdır.

Sağlık kurumlarının daha fazla müşteriye ulaşabilme politikalarında, T.T.B tarafından belirlenen taban fiyatları daha düşük bir seviyede uygulamaları sağlık sektöründe beklenmeyen ve etik olarak kabul görmeyen bir uygulamadır. Sağlık hizmetleri fiyatları (muayene, laboratuvar, röntgen ve ilaç fiyatları), ilgili meslek odaları veya kurumlarca reklam ve rekabet aracı olarak kullanılmaz (Özkara, 2006).

1.10.3. Sağlık Hizmet Sunumunda Özel Sağlık Sigortalarının Yeri

Sağlık hizmetlerinin belirsizliği ve hasta olduğunda karşılaşılabilecek maliyet belirsizliği nedeni ile sağlık sektöründe sigorta kuruluşları önemli bir konumdadır. Sağlık sigorta sistemine dahil bir sigortalı için, sağlık hizmetlerinin fiyatı piyasa koşullarına göre düşmektedir.

Sigorta şirketlerinin portföylerinde bazı ürünlerde, teminatların üst limitinin yüksek veya limitsiz olması durumunda hizmet anında oluşan harcamaların tamamı karşılanmaktadır. Bu tip bir ürüne sahip bir sigortalı hastanın sağlık kurumlarında oluşan harcamaları için ödeme yapmak durumu söz konusu değildir. Başka bir açıdan konuya yaklaşırsa, bu sigortalı hasta için talep ettiği sağlık hizmetleri bedavadır dolayısı ile sağlık hizmetlerinde bir tasarrufa da yönelmeyecektir. Sağlık kurumuna bir sağlık problemi için başvuran sigortalı müşteri her ne kadar hasta olmadan önce prim ödeyerek risk satın alsa bile hastalık anında ödeme tutarları ile ilgilenmeyecektir.

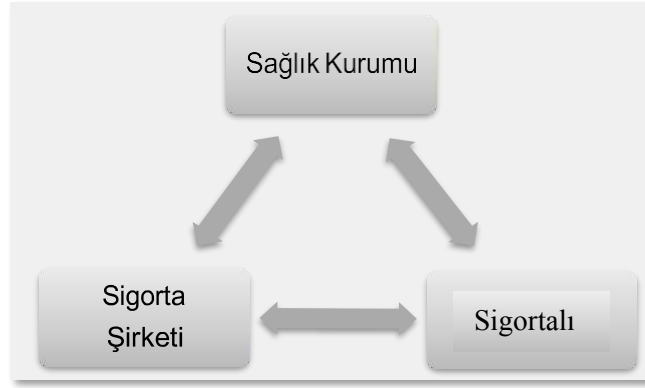
Sağlık sigorta sisteminin, sağlık hizmetleri üzerinde iki önemli etkisi bulunmaktadır; talebi artırır ve talep esnekliğini azaltır. Bu durum, sağlık sigortasına sahip tüketici kitlesinin sağlık hizmetlerinin fiyatlarına daha az duyarlı olması olarak da açıklanabilir. Bir üst amaç olan kurumsal sürdürülebilirliğin sağlanmasında, verimlilik ilkelerine göre yönetimi öngören bir yaklaşım, yalnızca kaynakların doğru kullanılması değil doğru işin yapılmasını sağlayan ölçümleri de içerir. Kurum / lar gelecekte olmak istedikleri yer ve bu yere ulaşmak için stratejilerini belirlemeleri uygun olabilir.

Hasta olunduğunda talep edilecek sağlık hizmetlerinin ve maliyetlerin belirsizliği dolayısı ile sağlık sektöründe sigorta kuruluşları oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık sigorta şirketlerinin ülke genelinde daha geniş kitleleri sigorta kapsamına alması ile sağlık kurumlarına yapılacak müracaatlarda da artış olacaktır (Çelik, 2011). Dolayısı ise sağlık kurumlarının hastalarının gereksinimlerini bilerek ve bunları sağlamak yönünde gerekli stratejileri belirlemeleri gerekmektedir (Hatton ve Matthews, 2011).

- Hasta-Kabul İşlem Süreçleri

Sağlık kurumlarının kaliteli sağlık hizmetlerine etki eden en önemli faktör müşteriler ile personel arasındaki ilişkilerdir. Sağlık hizmeti sektöründe personelin faaliyetleri ve müşteriler ile ilişkisi ve hizmet ortamında bulunan diğer müşterilerin davranışları müşterileri doğrudan olacak şekilde etkilemektedir.

Özel sağlık sigorta şirketi ile sağlık hizmeti veren kişi ve kurumlar arasındaki ilişki basit bir ilişki olarak görülmemelidir. Sağlık sektörü alanında sigorta şirketi, sigortalı ve sağlık hizmeti sunan sağlık kurumu arasında oluşan bir hizmet üçgeni vardır. Sağlık kurumuna müracaat eden sigortalı müşterilerin hasta/kabul süreçlerinin işleyişi, sağlık kurumu ve sigorta şirketi işbirliğinin birlikte değerlendirildiği bir süreçtir. Şekil 1.10’ da, Sigortalıların, “Hasta-Kabul İşlem” Süreçleri gösterilmiştir. Tüketicilerin gözünde hizmeti sunan kişi çoğu kez hizmetin kendisidir (Tengilimoğlu, 2011).



Şekil 1.10. Sigortalıların, “Hasta-Kabul İşlem” Süreçleri (Araştırmacı tarafından yapılmıştır)

Bazı özel sağlık ve hayat sigorta şirketlerinin, anlaşmalı sağlık kurumlarına sigortalılarının müracaat ettiği an itibari ile sigorta konusundaki ihtiyaçlarını karşılayan “sigorta temsilcileri” bulunmaktadır. Sigorta temsilcileri, sağlık kurumuna giriş bölümünde yine sağlık kurumları tarafından sigorta şirketlerine tahsis edilmiş bankolarda müşterilere hizmet vermektedir. Sigorta temsilcileri, müşteri hizmetleri personeli ile birlikte, sigorta şirketinin pazarlama ve teknik departmanları ve kurumlarının yetkili birimleri ile doğrudan temas halinde, uygulamaları düzenli olarak takip ederek, müşterilerin ihtiyaçlarını gidermek ve tamamlamak üzere hizmet vermektedir.

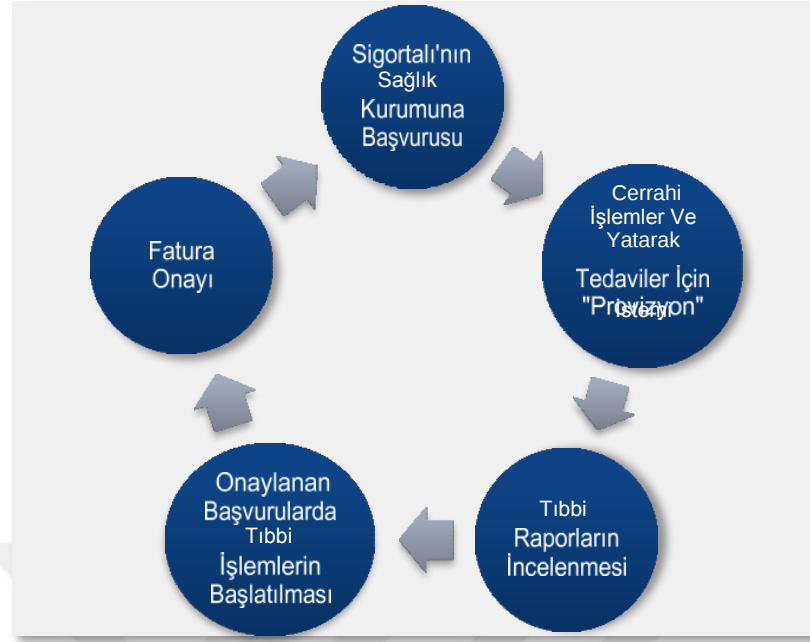
Sağlık hizmeti faaliyetlerinde yer alan bir çok personelin statüsü karmaşıktır. Sağlık kurumları ve özel sağlık sigorta şirketlerinden kaynaklanan sorunların değerlendirilmesi ile bu işbirliğinde ve hizmet kapsamında farkındalık yaratarak çözümlerin nasıl oluşturulacağı konusunda sağlık profesyonellerinin çifte sorumlulukları vardır. Kurumlarında görev yapan müşteri hizmetleri sorumlusu, tıbbi sekreterler, hemşire, hekim, sağlık teknikerlerinin yaklaşımları özel sağlık sigortalılarından önemlidir. Sigortalıların sağlık kurumlarından hizmet satın alma döneminde, karşılaşılabilecek sorunlar açısından gerek yetkili birimlerin gerekse sağlık profesyonellerinin etkin çalışması ve tüketici şikayetlerine anında ve uygun müdahalelerde bulunması, bu işbirliğinin başarısının gelecekte devamı açısından son derece önemlidir.

- Onay (Provizyon) Alma Süreci

Sağlık kurumları, sigortalının yatarak tedavi işlemleri ile ayaktan tedavide bazı işlemler için sigorta şirketinden teminatın kullanımı ve fatura onayı alır. Provizyon işlemlerinin aşamaları; uygulanan tedavinin kapsam dahilinde olup olmadığı, masrafların belirlenen teminatlar dahilinde olup olmadığı, masrafların sigorta şirketi ile anlaşmalı sağlık kuruluşu arasındaki anlaşmaya uygun olup olmadığının değerlendirilmesinden oluşur. Onay alınması ile sigortalıya bilgi verilir ve işlemler başlatılır. Şekil 1.11’de Sigorta Şirketlerinden “provizyon alma süreci” gösterilmiştir.

- Tıbbi Raporlama Süreçleri

Birey ve toplum sağlığı ile ilgili çalışmalar sonucunda elde edilmiş bilgilerin, uygun kayıt ortamlarına aktarılarak oluşturulan materyallere, tıbbi doküman denir. Sağlıkla ilgili yazılmış bir makale tıbbi doküman olabildiği gibi, hasta dosyasının tamamı ya da içinden bir form da tıbbi doküman olabilir. Sağlık kurumlarında tutulan ve saklanan tıbbi dokümanlar; istenildiğinde uygun teknik analizler yapılarak tıbbi araştırmalara kaynaklık eder. Birey ve toplum sağlığı ile ilgili konulara kaynak oluşturacağı için trafik kazası, iş kazaları ve benzer durumlarda sigorta ve tazminat işlemleri ve adli tıp ile ilgili işlemlerde de resmi belge olarak kullanılmaktadır.



Şekil 1.11. Sigorta Şirketlerinden Provizyon Alma Süreci (Araştırmacı tarafından yapılmıştır).

Sağlık kurumlarında hastaya uygulanan tedavi ve/veya cerrahi işlemler ve hastanın sağlık bakım ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesinden ve planlamasından sorumlu tıbbi personeldir. Sağlık kurumlarında çalışan tıbbi personel; başhekim, başhekim yardımcısı, doktor, başhemşire, sorumlu hemşire, fizyoterapistler, klinik psikolog, radyalog, diyetisyenden oluşan lisanslı, eğitilmiş, deneyimli sağlık profesyonelleridir.

Bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin niteliği ve miktarı doktor tarafından tespit edilir. Doktor, hasta için yararlı olacak mal ve hizmet çeşitlerini değerlendirirken maliyet, fiyat, gelir gibi ekonomik öğelere değil, tıp biliminin olanaklarını ve kullanılabilir araçlarını dikkate almaktadır. Hasta kendisine tavsiye edilecek tedavi hizmeti paketini kabullenmek durumundadır (Özkara, 2006).

Sağlık sigortalılarına hizmet verme süreçlerinde sorumlu sağlık personelinin, ayaktan tedavi ve/veya yatarak tedavi hizmetleri için onay alınması, ödenecek tazminat bedelleri, tıbbi raporlama süreçlerindeki sorumlulukları sigorta şirketi, sigortalı ve sağlık kurumu arasındaki güven ortamı, istikrar ve maliyetlerin kontrolleri açısından

önem taşımaktadır. Hastaların sağlık kurumundan alacağı tıbbi bakımın koordinasyonundan sorumlu idari personel, hastane müdürü, müdür yardımcısı, halkla ilişkiler, hasta kabul memurları, tıbbi sekreterlerdir.

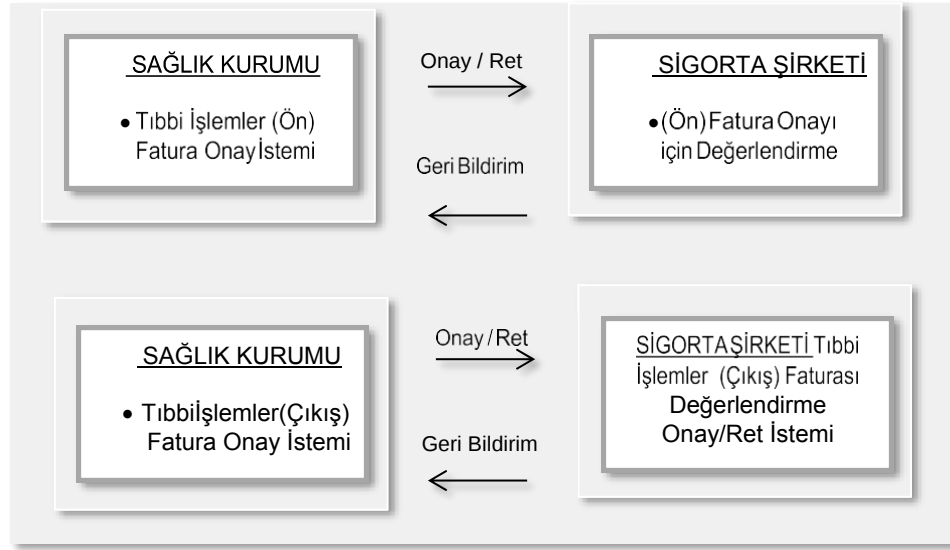
Sağlık kurumlarında dolaylı veya doğrudan olacak şekilde özel sağlık sigortaları ile ilgili işlem yapma, bilgi verme yetkisine sahip olan personel; mali işler sorumlusu, anlaşmalı kurumlar sorumlusu, sigorta sorumlusu gibi idari işlemlerden sorumlu personeldir (TÜRK SAĞLIK-SEN, 2019).

- Faturalandırma Süreç Yönetimi

Temel süreçlerin gerçekleştirilebilmesi için gerekli alt yapı ve hizmetlerle birlikte, müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamaya yönelik süreçler, destek süreçleri olarak adlandırılmaktadır. Bilgi sistemleri, raporlama, satın alma, muhasebe işlemleri destek süreçlere örnek teşkil etmektedir (Bozkurt, 2003).

Sağlık kurumları ile sigorta şirketlerinin işbirliğinde provizyon sistemi, sigortalıların yatarak tedavi/operasyon işlemleri için uygulanmaktadır. Provizyon işlemlerinin aşamaları; uygulanan tıbbi tedavinin kapsam dahilinde olup olmadığının yanısıra masrafların sigorta şirketi ile anlaşmalı sağlık kurumu arasındaki fiyat anlaşmasına ve genel piyasa koşullarına uygun olup olmadığının değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır.

Sağlık kurumları, provizyon isteminde bulunurken, yapılacak işlemlerin harcamalarına ilişkin ön faturayı da sigorta şirketlerine ibraz ederler. Ön fatura, sigortalı hastanın sağlık kurumunda kalacağı sürece yapılması planlanan tedavi ve/veya operasyona ilişkin harcamaların bir ön taslağıdır. Sigorta şirketini yapılacak işlemler ve kullanılacak ilaç, malzemeler, oda fiyatı, ameliyat, doktor ücreti ve benzeri harcamalar için bilgilendirmek üzere hazırlanır ve tıbbi işlemler provizyon istemi ile birlikte sigorta şirketine gönderilir.



Şekil 1.12. Sağlık Kurumları ve Özel Sağlık Sigorta Şirketleri Faturalandırma Süreci (Araştırmacı tarafından yapılmıştır)

Ön fatura (proforma fatura) kesin faturadan ayrı olarak karşı tarafa mali bir sorumluluk yüklemeyi. Sigorta şirketi, yapılacak harcamaları sağlık kurumu ile olan fiyat anlaşmalarına ve bazı durumlarda genel piyasa koşullarına göre değerlendirir. Kesin fatura, sigortalının taburculuk işlemleri aşamasında oluşturulur. Eğer sair masraflar oluştu ise ikinci kez sigorta şirketine gönderilir. Oluşan ek masrafların da onayı alınır. Şekil 1.12’de, Sağlık Kurumları ve Özel Sağlık Sigorta Şirketleri Faturalandırma Süreci gösterilmiştir.

Sağlık kurumları, özel sağlık sigorta şirketlerine faturalandırma süreçlerinde eksiksiz doküman göndermelidir. Sağlık kurumlarının, sigorta şirketleri ile yaptıkları kurumsal anlaşmalara bağlı olarak fiyat tarifelerini uygulamaları, sigortalı bireylerin bağlı oldukları sigorta şirketinin fiyat anlaşmalarını faturaya yansıtılması çok önemlidir. Aksi durumlarda, sigorta şirketinin bu anlaşmalar kapsamında mali açıdan zarar görmesine sebep olabileceği gibi sigortalı hastaların da ödemek zorunda oldukları katılım paylarını farklı kılabilir. Özel sağlık sigorta şirketleri de kontrollerini yapıp fatura onayı bilgisini en hızlı şekilde cevabını vermeli, geri ödemeleri de anlaşma takvimine uygun olarak zamanında yapmalıdır. Bu süreçlerin yönetimi, özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının anlaşmalarının devamlılığı ve güven ilişkisi açısından önem taşımaktadır. Bu nitelikte olabilecek hataların önlenmesi ve

sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasındaki ilişkinin zarar görmemesi sağlanmalıdır.

1.11. Özel Sağlık Sigortalarında Pazarlama Yöntemleri

Stratejik pazar planlama süreci, organizasyonel görevi (misyonun belirlenmesini), şirket stratejisini, pazarlama hedeflerini ve amaçlarını, pazarlama stratejisini ve son olarak bir pazarlama planını teşhis etmeyi ve kurmayı içerir. Bu süreç, organizasyonun iç ve dış çevresinin enine boyuna analiz edilmesiyle başlar ve “durum analizi” olarak da adlandırılır. Bu analiz, organizasyonun içsel güçlü yanlarını ve zayıflıklarını belirlemede ve dışsal fırsatlarını ve tehditlerini tayin etmede yöneticiye yardımcı olur. Bu uygun çevresel konuların ayrıntılı değerlendirmesine dayanarak şirket; organizasyonel misyonunu, amaçlarını ve hedeflerini, şirket veya işbirimi stratejilerini, fonksiyonel hedef ve amaçlarını, fonksiyonel stratejilerini, uygulamalarını gözden geçirir ve kontrolünü kurar.

Sağlık sektörünün verilen hizmetlerin maliyetlerinin bireylerin ödeme güçlerini aşabilecek nitelikte olması ile kendine özgü özellikleri vardır. Sağlık sigortası, can sigortacılığının içinde olan, hastalık olgusu ile ilgilidir. Sağlık sigortası bir hastalık durumunda, bu durumun giderilebilmesi ve sağlığın tekrar kazanılması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türüdür (Yiğit, 2007).

Sigorta kavramını riskler açısından tanımlamak gerekirse; ölçülebilir riskler kombinasyonu ile ortaya çıkan zararlardan doğan kayıplar için oluşturulan fon havuzundan ödeme gerçekleştirilerek, maddi kayıpların telafi edilmesi için bireyler arasında paylaşımı sağlayan sosyal bir önlem ve dağıtım sistemidir. Sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimlerde, maliyetlerin kişilerin ödeyebileceği miktarları aşabilmesi, sağlık sigortalarına duyulan ihtiyacın gerekçelerini oluşturur.

Coğrafi ve ekonomik yoğunlaşma ile sektörel sorumlulukların artması, sigorta şirketlerini beklenmeyen riskler ile karşı karşıya kalmasına neden olabilir ve ortaya çıkan hasar ve tazminat ödeme yükümlülüklerini karşılamak üzere finansal

yeterlilikleri zorlanabilir (Orhaner, 2014).

Sigorta şirketleri için pazarlama planlama süreci, uygun pazar analizleri, hedef pazarların bulunması ve seçilmesi, ürün ile hizmetlerin bu pazarlarda konumlandırılması, stratejilerin planlanması, pazarlama programlarının planlanması, uygun pazarlama bileşiminin saptanması, pazarlama çabalarının organize edilmesi, yürütülmesi ve kontrolünü kapsamaktadır (Karafakioğlu, 1998).

1.11.1. Ürün ve Portföy Geliştirme Faaliyetleri

Sigorta şirketleri ürün ve hizmet geliştirme faaliyetleri, kurumsal misyonun gerçekleşmesini ve kurumsal vizyonun başarılmasına hizmet eden faaliyetlerdir. Bu faaliyetlerin tüm işletmeler için pazara hakim olmak, pazarda güçlü bir yere gelmek, karlılığı ve geliri arttırmak gibi temel sebepleri vardır.

Büyüme stratejileri kurumsal boyutta ve bölümsel boyutta olabilir. Kurumsal boyutta stratejiler, işletmelerin yöneldiği tüm pazarı ve hizmetleri içermektedir. Bölümsel stratejiler ise; belirli bir hizmet ve pazar üzerine odaklanılan stratejilerdir. (Kavuncubaşı, 2000)

- Portföy Analiz Tekniği

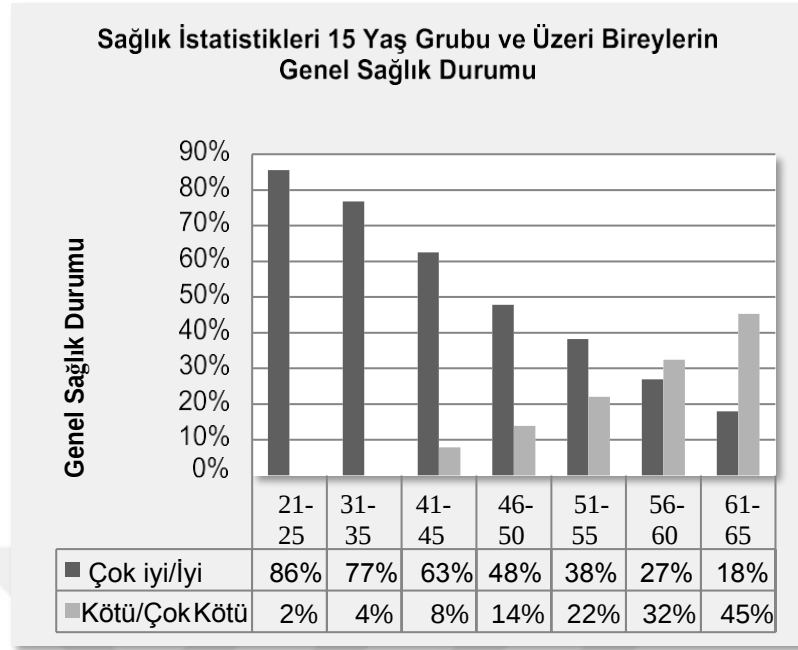
Sağlık sigorta poliçeleri alındığı an itibarı ile sigortalıların uzun yıllar sağlık problemleri için maddi güvence sağlayan ürünlerdir. Sigorta şirketlerinin sektördeki varlıklarını sürdürebilmeleri, finansal yapılarının sağlamlığı ve gelecekteki başarıları için, risklerin belirlenmesi ölçülmesi, indirgenmesi, izlenmesi ve takibi önem kazanmaktadır. Dolayısı ile sigorta şirketlerinin hedef pazar seçiminde, risk analizleri ve yönetimi, risk ve getiri yapısına bağlı olarak faaliyetlerinin niteliğinin ve düzeyinin belirlenmesine yönelik politikaların oluşturulması önemlidir (www.hazine.gov.tr).

Portföy analiz tekniği, şirketlerin portföylerini büyütülebilmeleri temeline dayanan bir tekniktir. Sigorta şirketlerinin portföy analizlerini gerçekleştirerek, müşteri profillerini belirlemeleri ve müşteri beklentilerini karşılayacak ürün çeşitliği ve pazarlama stratejileri geliştirilebilmeleri için sistemsal olarak yeterli veri kayıtlarına sahip olmaları ve sonuçlarını analiz etmeleri gerekmektedir.

Çocukluk, yaşlılık, genç erişkinlik dönemleri birbirinden farklı kabul edilmektedir. Tek başına yaşayan bekar bireyler, aileler, çocuk sahibi olan ve olmayan aileler tarafından satın alınan ürünler ve hizmetler içinde bulunan yaşam dönemleri ile yakından ilgilidir. Her bir yaşam dönemi farklı davranışlar göstermektedir.

Sigorta şirketlerinin risk yoğunlaşmalarına yönelik değerlendirmeler yapmaları yararlı olabilir. Sigorta şirketlerinin riskten korunmak amacıyla, nüfus verilerine ilişkin bilgileri tüketicilerin satın alma davranışları bilgisi ile birleştirerek portföy analizi ve planlaması yapmaları, optimum uyumu sağlayacak biçimde ürünler ve satış stratejileri geliştirmelerine destek verecek nitelikte çalışmalar olabilecektir. (www.iaisweb.org)

Sağlık sigorta şirketlerinin portföylerini büyütülebilmeleri, müşteri profillerinin belirlenmesi ve müşteri beklentilerini karşılayacak yönetim stratejilerini geliştirilebilmeleri için coğrafik olarak hastalıklar ve risk faktörleri ile bunların etkileşimleri hakkında yapılan veri analizleri, sigorta şirketlerinin fiyatlandırma yeterliliği ve uygunluğu, hasar istatistikleri, teknik kârları arttırıcı faaliyetlerde bulunmalarına katkı sağlayacaktır. Şekil 1.13'de. 15 Yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumunun cinsiyet ve yaş dağılımına göre incelenmesi gösterilmiştir.



Şekil 1.13. 15 Yaş ve Üzeri Bireylerin Genel Sağlık Durumunun Cinsiyet ve Yaş Dağılımına Göre İncelenmesi (www .tuik.gov. tr, 2018)

- Portföy Planının Oluşturulması

Sağlık sigorta şirketleri hedef pazar seçiminde, farklı grupların sağlık hizmetlerini talep ve tercih etme seçeneklerini dikkate almalıdır. Söz konusu değişkenlere göre yapılacak olan pazar bölümlenmesi ile ortaya çıkan her bir segmentin (bölüm) değerlendirmesi neticesinde şirketin hedeflerinde en fazla etkili olabilecek pazar bölümlerini seçerek stratejik planlarını belirleyebilirler.

Müşteri portföylerini dengede tutabilmek amacıyla her bölüm için pazar potansiyelini saptayabilmeleri, daha fazla gelir ve karlılık getireceğini belirledikleri hedef pazara ağırlık verecek şekilde faaliyetlerini düzenlenmeleri ve daha fazla harcama yaptıkları bölümleri de bu girişimlerle desteklemeleri kaynaklarını daha rasyonel bir biçimde kullanmalarını sağlayacaktır (Can ve ark., 2005).

Ülkelerin üretimleri ve dolayısıyla gelirleri arttıkça, bireyler özellikle daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetleri talep etmeye başlamaktadırlar. Daha rahat ve

uzun yaşamak ise kişinin her şeyden önce sağlıklı ve eğitilmiş olmasına bağlıdır. Dolayısıyla kişilerin geliri arttığında daha iyi yaşam koşulları için sağlık hizmetleri taleplerini arttırmaları beklenen bir gelişmedir.

Eğitim Düzeyinin Yükselmesi; Eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine olan talebi dolayısıyla da sağlık harcamalarını etkileyen önemli bir değişkendir. Eğitim düzeyi daha yüksek olan bireyler; sağlıkları ile ilgili davranış geliştirme, daha bilinçli hareket etme ve bilinç düzeyleri daha yüksek olduğu için sağlık ürün/hizmetlerini daha fazla kullanma eğilimindedirler. Buna bağlı olarak sağlık harcamaları da artmaktadır.

Sağlık Bakanlığı “Kronik Hastalıklar İstatistiği/2013” yılı “Hane Halkları ve Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri” çalışmasından alınan bilgilere göre Türkiye’de hem erkekler de hem de kadınlarda; kentte yaşayanlar kırsal alanlarda yaşayanlardan daha eğitilmiştir. Kadınların eğitim durumu doğurganlık oranlarında da önemli değişimlere neden olabilmektedir. İyi eğitim düzeyine sahip pek çok kadın tüketici, aile olmanın yanısıra kariyerine de sahip çıkma isteğindedir.

En düşük doğurganlık oranına sahip ülkeler genelde kadın istihdam oranının en yüksek olduğu ülkelerdir. Doğurganlık oranları gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Gelecek yıllarda küresel doğurganlık oranının giderek azalan bir seyir izleyeceği öngörüsü bulunmaktadır.

Yenileme Garantisi: Sigorta şirketinin yapacağı değerlendirme sonucunda, aralıksız üç yıl süreyle sigortalı olanların sağlık sigortası sözleşmelerini, önceden belirlenen süre boyunca yenileme taahhüdüdür.

Çizelge 1.7. Yenileme Yapısına Göre Yazılan “Sağlık Sigorta Ürünleri” Poliçe Adetleri 2017/2018 (Sagmer İstatistikleri).

SAĞLIK SIGORTALARI 2017- 2018 YENİLEME ORANLARI		2017				2018			
		Kasım		Ocak- Kasım		Kasım		Ocak-Kasım	
ÜRÜN GRUBU	YENİLEM E YILI	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup	Ferdi	Grup
SAĞLIK	0-4	92,5%	93,2%	92,0%	80,6%	89,3%	84,3%	89,3%	81,0%
	5-10	4,9%	4,3%	5,1%	15,3%	6,8%	12,9%	6,6%	14,7%
	11-20	2,4%	2,1%	2,7%	3,9%	3,7%	2,3%	3,8%	4,1%
	20<	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	0,3%	0,2%

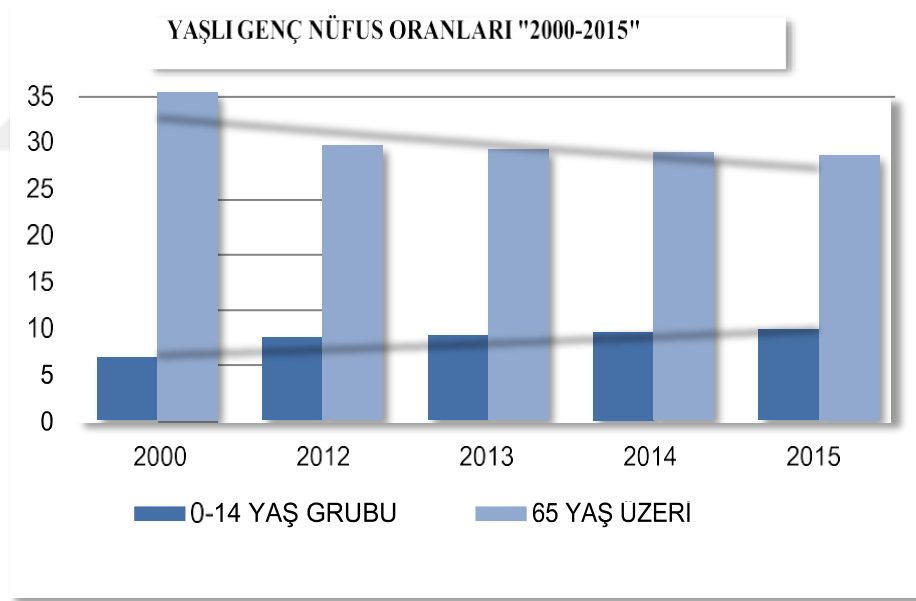
Sigorta şirketlerinin değişen ekonomik koşullara ve gelişen sağlık teknolojilerine bağlı olarak ortaya çıkacak sağlık gereksinimleri karşılamak üzere ürün çeşitliliğini arttırmak yönünde politikalarının olması, toplumun değişik katmanlarının gelir düzeylerine uygun Türkiye’nin genç nüfus olma özelliğinin gelecek yıllarda yavaşlayacağı dolayısı ile genç nüfusa doğru tasarlanacak ürün ve satış stratejileri ile prim gelirlerinin artışının sağlanması ve fon birikimi ile sigorta sistemlerine olumlu katkı sağlanabileceğine değinilmiştir (Çelikoğlu, 1994). Şekil 1.14.’de “2000-2015” tarih aralığında yaşlı genç nüfus oranları gösterilmektedir. 2017 yılı itibari ile yaşlı nüfus oranı 6 milyon 895 bin ile % 8.5’tur.

Sigorta şirketleri, müşteri gereksinimlerini değerlendirerek farklı ürün modelleri geliştirmelidirler. Aşırı risk kabulü, yüksek operasyonel maliyetler ve yüksek hasar oluşumuna karşı fiyat ve ürün modellerinin sektördeki diğer ürünler ile karşılaştırmaları yapılmalıdır. Riske duyarlı ve yararlı sigorta ürünlerinin yaratılması, sigorta şirketinin yatırım portföyünün risk profiline de uygun şekilde yansıyacaktır. Ayrıca, genel piyasa koşullarının değişebileceği ve aşırı olayların meydana geldiğinde risklerin artabileceği ve değişebileceği de dikkate alınmalıdır.

Yanlış yönde risklerin kabulü finansal garantörler gibi muhataplara karşı sigorta şirketleri söz konusu bu etkiler için toleransını açıklamaya muktedir olmalı ve stresli koşullar altında oluşan riskleri karşılamaya yeterli kapasitelerini uygun operasyonlar, politikalar ve prosedürler ile etkili bir şekilde yürütüldüğünü göstermelidirler (www.iaisweb.org).

Sağlık sigorta ürünleri oluşturulması çok fazla çaba gerektiren ve sürdürülmesi için sürekli olarak uygun bir şekilde yönetilmesi gereken bir değerdir. Diğer bir ifade ile ürünlerin oluşturulması kadar önemli olan bir diğer nokta, tutarlılığını ve değişen koşullara ayak uydurmasını sağlamaktır. Dolayısıyla, bu çalışmalar sadece yerel pazarla sınırlı kalmamalı, uluslararası pazarları da incelemek sureti ile ürünler üzerindeki çalışmalar sürekli olarak devam etmelidir.

Sigorta şirketinin uzun vadeli çıkarları ve finansal kapasitesini dikkate alarak iş hedeflerinin ve risk stratejilerinin etkin şekilde uygulanmasını teşvik etmek amacıyla hem sigorta şirketi hem de üst yönetim için açık ve objektif performans hedefleri ve performans artırıcı tedbirler belirlenmelidir (www.iaisweb.org).artış sağlanabilir. Çizelge 1.7.'de “Yenileme Yapısına Göre Yazılan Sağlık Sigorta Ürünleri” Poliçe Adetleri 2017/2018 gösterilmiştir (Sagmer İstatistikleri).



Şekil 1.14. Yaşlı Genç Nüfus Oranları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015)

Türkiye'nin genç nüfus olma özelliğinin gelecek yıllarda yavaşlayacağı dolayısı ile genç nüfusa doğru tasarlanacak ürün ve satış stratejileri ile prim gelirlerinin artışının sağlanması ve fon birikimi ile sigorta sistemlerine olumlu katkı sağlanabileceğine değinilmiştir (Çelikoğlu, 1994). Şekil 1.14.'de "2000-2015" tarih aralığında yaşlı genç nüfus oranları gösterilmektedir. 2017 yılı itibari ile yaşlı nüfus oranı 6 milyon 895 bin ile % 8.5'tur.

Sigorta şirketleri, müşteri gereksinimlerini değerlendirerek farklı ürün modelleri geliştirmelidirler. Aşırı risk kabulü, yüksek operasyonel maliyetler ve yüksek hasar oluşumuna karşı fiyat ve ürün modellerinin sektördeki diğer ürünler ile karşılaştırmaları yapılmalıdır. Riske duyarlı ve yararlı sigorta ürünlerinin yaratılması, sigorta şirketinin yatırım portföyünün risk profiline de uygun şekilde yansıyacaktır. Ayrıca, genel piyasa koşullarının değişebileceği ve aşırı olayların meydana geldiğinde risklerin artabileceği ve değişebileceği de dikkate alınmalıdır.

Yanlış yönde risklerin kabulü finansal garantörler gibi muhataplara karşı sigorta şirketleri söz konusu bu etkiler için toleransını açıklamaya muktedir olmalı ve stresli koşullar altında oluşan riskleri karşılamaya yeterli kapasitelerini uygun operasyonlar, politikalar ve prosedürler ile etkili bir şekilde yürütüldüğünü göstermelidirler (www.iaisweb.org).

Sağlık sigorta ürünleri oluşturulması çok fazla çaba gerektiren ve sürdürülmesi için sürekli olarak uygun bir şekilde yönetilmesi gereken bir değerdir. Diğer bir ifade ile ürünlerin oluşturulması kadar önemli olan bir diğer nokta, tutarlılığını ve değişen koşullara ayak uydurmasını sağlamaktır. Dolayısıyla, bu çalışmalar sadece yerel pazarla sınırlı kalmamalı, uluslararası pazarları da incelemek sureti ile ürünler üzerindeki çalışmalar sürekli olarak devam etmelidir.

Sigorta şirketinin uzun vadeli çıkarları ve finansal kapasitesini dikkate alarak iş hedeflerinin ve risk stratejilerinin etkin şekilde uygulanmasını teşvik etmek amacıyla hem sigorta şirketi hem de üst yönetim için açık ve objektif performans hedefleri ve performans artırıcı tedbirler belirlenmelidir (www.iaisweb.org).

- Hizmetlerin Geliştirilmesi

Geniş bir risk yelpazesi üzerinde odaklanan özel sağlık sigortaları, risklerin kontrol altına alınarak güvenli bir ödeme sistemi oluşturan, istatistikler ve raporlama elverişliliği ile ele alınan bir yatırım ve risk yönetim süreçlerinin birlikte yöneltildiği bir işlemler bütünüdür. Veri analiz yöntemleri, sigorta şirketlerinin gelecekteki risk değerlendirmelerine bir temel oluşturması mantığı ile risk toleransı yaklaşımı, riskleri azaltmak ve/ya hafifletmek için kullanılacak yöntemlerdir. Dolayısı ile özel sağlık sigorta şirketleri için veri kayıtları ve analizleri neticesinde ortaya çıkan istatistiksel sonuçlar yönetim stratejileri açısından çok önemlidir.

Sigortanın arz yönü, büyük sayılar yasasına dayanır. Büyük sayılar yasası yardımıyla, hem sigorta talebini oluşturan tüketicilerin sağlık risklerinin belirlenmesi ile bir arz politikası oluşturabilir hem de sağlık risklerinin önlenmesi ve azaltılması yönünde geliştirilen politikalar ile sigorta talebinin riski azaltılabilir (Güvel ve Güvel, 2015).

Hastalık ve risk faktörlerinin önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi, uygulamaların önceliklenmesi ve hastalıklara zamanında ve uygun girişimler yapılabilmesinin sağlanması ve önlem alınması ile hastalıkların yüklerinin azaltılması için hizmetlerin geliştirilmesi, araştırma alanlarında yapılacak çalışmaların devam ettirilmesi önem kazanmaktadır. Sağlık sektörünün politik ve ekonomik dış çevreden yoğun etkilenen bir sektör olduğu göz önüne alındığında bu önemli amaca ulaşmak için bu sistem içindeki önemli unsurların bir araya getirilmesi ve bu bileşenlerin birbirleriyle uyum içinde çalışmaları sağlanmalıdır (Çelik, 2011).

Sağlık sigorta sistemi diğer sigorta branşlarından insan sağlığına yönelik olması sebebi ile ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çok geniş bir yelpazede hastalıkları teşhis ve tedavi yöntemlerini içermesi dolayısı ile sağlık sigorta poliçelerinin kapsamı genişlemektedir. Sigorta tekniği açısından risk yoğunlaşmasını azaltıcı unsurlar ile risklerin ne ölçüde azaltılabileceği yönünde kullanılacak yöntemler olarak, sigorta şirketlerinin işbirliği yaptığı reasürörlere yüksek yoğunlaşma oranlarını

açıklaması uygun görülmektedir. Sigorta ve diğer finansal sektör denetim ve düzenleme otoriteleri, sigortacılık sektöründen doğan finansal ve sistemik istikrar endişelerini ortaya çıktıkları anda anlayabilmeli ve anında müdahale edebilmelidirler (www.iaisweb.org).

Özel sağlık sigortaları, temelde kısa süreli ve akut hastalıkların tanı, tetkik ve tedavi giderlerini karşılamak amacıyla olduğu için kronikleşmiş tıbbi durumların uzun süreli giderlerini mutlak olarak karşılamaz. İstisnai hükümler ise statik kavram olmayıp tıbbi gelişmelere, teşhis, tetkik ve tedavi giderlerindeki değişikliklere paralel değişimler gösterebilirler. Bu kararların arkasında genellikle maliyet sorgulaması yatar. Maliyeti etkileyen başlıca etken de teknolojidir. Sağlık sigortalarında risk maliyeti sürekli gözden geçirilmesi gereken bir husustur (Karacık, 2001).

- Özel Sağlık Sigortalarında Ürün Çeşitliliğinin Önemi

Sağlık kurumlarında kapasite kullanımını artırarak maliyet avantajı sağlamaktadır. Hâlihazırda çok yüksek kapasite ile çalışan sağlık kurumları olduğu gibi kapasitenin çok altında hizmet veren kurumlarda bulunmaktadır. Sağlık sigortalarının yaygınlaşması ile bu sorunun çözüme kavuşması sağlanabilir. Sağlık sigortası ürünlerinin çeşitliliği ile vatandaşların kolay erişebileceği nitelikli sağlık hizmeti seçeneklerinin artması sağlanabilir.

Sağlık sigortası ile kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünler ve daha ekonomik fiyatlarla daha geniş bir çalışan kitlesine ulaşması sağlanabilir. Sonucunda, daha büyük bir kesimde çalışan memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının artması sağlanarak çalışma hayatına olumlu etki yaratacaktır

Özel/kamu sağlık sektörü arası risk paylaşımının olumlu etkilenmesi ile hizmet sunuculara yeni kaynaklar oluşturarak sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedilecektir. Sağlık sigorta şirketleri finansal sürdürülebilirliklerini güçlendirmek ve uzun ömürlülük risklerini azaltmaya yönelik yeni düzenlemeler yapabilir ve aktüeryal hesaplara dayalı bir dengeleme ile genç nüfusa doğru tasarlanacak ürün ve

satış stratejileri ile prim gelirlerinin artışının sağlanması ve fon birikimi ile sigorta sistemlerine olumlu katkı sağlanabileceğine değinilmektedir.

Kayıt dışı sağlık harcamaları azaltılarak vergilendirilme sağlanacaktır. Kamu ve özel sağlık denetimlerine tabi bir sistem kurulacağından, sağlık alanında yaşanabilecek vergi kayıpları minimum düzeye inebilir. Artan rekabet, hizmet kalitesini yükseltecek ve kamu harcamalarını rasyonalize edecektir.

1.11.1.1. Yönetilen Planlar

Artan sağlık harcamalarının üstesinden gelmek üzere, ülkeler farklı arayışlar içine girmektedir ve hatta bazı ülkeler bütün sağlık sistemlerini yeniden düzenleme çabası içine girmişlerdir. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamak için alternatif sağlık hizmetleri sunum yöntemleri üzerinde durulmaya başlanmıştır. Örneğin gelişen tıp teknolojilerinin de yardımı ile artık hastalar hastanede daha kısa yatırılmakta, ancak bunun yerine daha az maliyetli olan bakım yöntemleri ile tam sağlıklarını kavuşturulana kadar izlenmeye devam edilmektedir (Çelik, 2011).

1.11.1.2. Uzun Dönem Bakım Sigortası

Uzun dönem bakım sigortası, sigorta sağlayıcılarına ödenen primler karşılığında uzun dönem bakım için fon temini sağlayan bir sigorta türüdür. Uzun dönem bakım sigortası, bireye bir bakım evinde veya kendi evinde bakılma ihtiyacı doğması durumunda doğacak harcamaları ödeme vaadi verir.

Türkiye’de bu sigorta dalı henüz uygulanmamakla birlikte, özürlü ve bakıma muhtaç kimselere Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından 30. 07. 2006 tarihinde yürürlüğe giren “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik”, “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik

“Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ve “Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği” kapsamında bakım yardımı yapılmaktadır (Kaygısız, 2010).

Bugün dünyada Amerika, Japonya, İngiltere, Almanya, Hollanda, Avusturalya gibi ülkelerde uygulanan uzun dönem bakım sigortası sistemi, ülkede henüz uygulanmamaktadır. Günümüzde, uygulandığı ülkelere uzun dönem bakım sigortasının yeni poliçeleri yürürlükte.

Uzun dönem bakım sigortası, öncelikli olarak bireysel ürünlerle gelişim göstermiş ancak grup bazlı olarak düzenlenebilmiştir zira grup sigortalarının da sektörün gelişiminde payı vardır. Uzun dönem bakım sigortası ürünleri hala müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilmektedir (Kaygısız, 2010).

Türkiye’de 2050 yılında genç nüfusun toplam nüfus içindeki payının azalacağı, 65 yaş üzeri nüfusun artacağı nüfus projeksiyonlarında analiz edilmektedir. Türkiye’de SGK kapsamında, teminatlarının detaylı bir çalışma ile belirlendiği ve herhangi bir gereksinimin açıkta kalmadığı, uzun dönem bakım gereksinimlerinin karşılandığı bir “Bakım Sigortası” oluşturulmasında ihtiyaç duyulmaktadır.

1.11.1.3. Uzun Dönem Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortaları genellikle yıllık olarak hazırlanmakta ve kısa vadeleri kapsamaktadır. Ancak çok kısıtlı uygulama alanı olsa da dünya uygulamalarında yaşam sigortalarına benzer şekilde kişinin uzun dönemli sözleşme süresince korunduğu özel sağlık sigortası çeşitleri mevcuttur. Özel sağlık sigortası sözleşmelerinin bir türü olan uzun dönemli sağlık sigortasında, sigorta primleri mevcut yıldaki riskleri karşılamaya yanı sıra yaşlılıkta kullanılmak üzere rezerv oluşturmaktadır.

Sözleşme süresi boyunca ödenecek denge primi sayesinde, kişinin yaşlandıkça artan sağlık harcamaları gençlik yıllarında ödenen primler yardımıyla desteklenmektedir. Erken yaşta özel sağlık sigortası sahibi olunmasının özendirildiği bu sistemde genellikle ömür boyu koruma esastır. Böylelikle teknoloji gelişimi, artan ihtiyaçlar ve ilerleyen yaş neticesinde artan sigorta primlerinin kontrol edilmesi ve sürdürülebilir seviyede korunması amaçlanmaktadır.

Uzun dönemli özel sağlık sigortasının, sigorta sunucularına sunduğu avantajlar ise müşteri bağlılığı ve yaşlılık provizyonları veya riski eşitleme sistemi ile yüksek riskli grubundaki bireylerin hasar taleplerinin sistem tarafından desteklenmesidir. Uzun dönemli özel sağlık sigortası örneklerine Almanya, Avusturya, Avustralya, Belçika ve İrlanda'da da rastlanmaktadır. Uygulamaların tamamında tespit edilen bir diğer ortak özellik ise uzun dönemli sağlık sigortası ürünlerinin sigortacıların poliçe çeşitliliğini geliştirmek veya sigortalıların ihtiyacına yönelik hizmet çeşitlendirmesi yapmak amacıyla gelişen ürünler olmamasıdır.

Tüm ülkelerde uzun dönemli özel sağlık sigortacılığının temeli yasal yaptırımlara dayanmaktadır. Dolayısıyla bu alanda yoğun devlet müdahalesi ve kapsamlı bir mevzuat söz konusudur. Yaşam boyu belirlenen denge primlerinin revize edilmesi birçok şarta ve ilgili kamu kurumunun veya bağımsız kuruluşun onayına tabiidir.

Ülke incelemeleri sonucunda uzun dönemli sağlık sigortasında iki model olduğu görülmektedir. Modellerden ilki Avustralya uygulamasında olan yaş bazlı sistem ile yaşlılık döneminde kullanılmak üzere ayrılan rezerv karşılığı sağlık yüklemesinden oluşmaktadır. Avustralya'da sisteme giriş için baz yaş 30 olarak belirlenirken, İrlanda uygulamasındaki yaş sınırı 35'tir. Belirlenen yaş sonrası sisteme giren kişiler sisteme giriş aşamasında yaş limitinin aşıldığı her sene için %2 oranında sağlık yüklemesi yapmaktadırlar. Ayrıca risk eşitleme fonları aracılığı ile toplumsal derecelendirme sistemi desteklenmeye çalışılmaktadır. Temel olarak yaş ve yüksek maliyetli tedavilere göre belirlenen oranlarda sigortacılar desteklenmektedir. Bu alanda trend, devlet katkısından ziyade sigorta şirketleri arası transferler ile net dengenin yaratılması

yönündedir. Açık kayıt, toplumsal derecelendirme, yaşam boyu koruma ve asgari kapsam uzun dönemli özel sağlık sigortalarının dört temel ortak özeliğini oluşturmaktadır.

Uzun dönemli özel sağlık sigortacılığı uygulamalarında prensipte aynı hedefe erişmek istense de ülkelere göre farklılıklar söz konusudur. Örneğin Almanya'nın temsil ettiği ikinci modelde yaşlılık provizyonları önem kazanmaktadır. İkinci modelde sigorta sunucuları arası transferlerden ziyade bireyin kendi yaşam döngüsü içerisindeki birikimleri dikkate alınmaktadır.

Yaşlılık, kronik hastalık ve engellilik gibi nedenlerle günlük işlerinde yardıma veya evde bakıma ihtiyaç duyan kişilerin, tıbbi ve tıbbi olmayan ihtiyaçlarını karşılayan uzun süreli bakım sigortaları ile rapor kapsamında ele alınan sözleşme sürelerinin uzun bir dönemi kapsaması nedeniyle uzun dönemli sağlık sigortası olarak adlandırılan özel sağlık sigortaları birbirine karıştırılmamalıdır.

1.11.2. Özel Sağlık Sigortalarının Toplumsal Faydaları ve Hedefleri

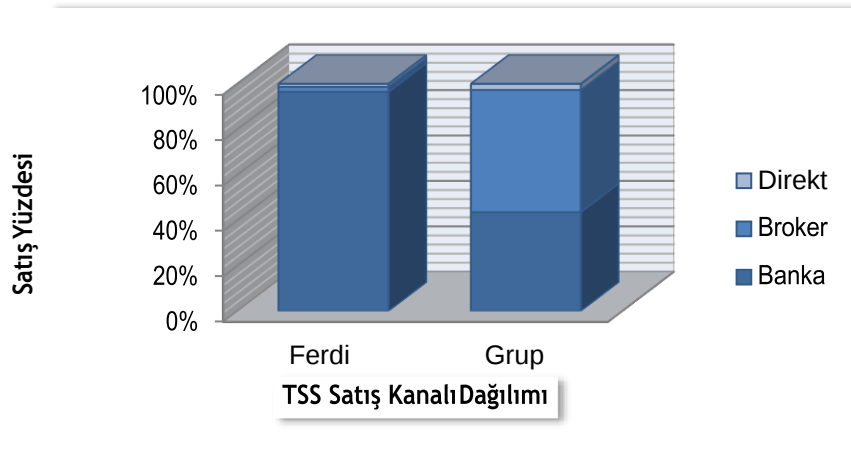
Türkiye’de uygulanmakta olan özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin yaşamları süresince maruz kalabilecekleri hastalık riskleri için ödemek zorunda kalacakları sağlık harcamalarını karşılayarak ekonomik olarak yaşabilecekleri kayıpların önüne geçmeyi hedeflemektedir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008).

Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar serbest piyasa koşullarına göre belirlenmektedir. Uygulamaların genel çerçevesi olan “hastalık sigortası genel şartları” devlet tarafından belirlenmektedir.

Özel sigorta şirketleri bu şartlarla birlikte verecekleri hizmet ve kapsama göre kendi özel şartlarını müşterilerine sunabilmektedirler (Kaya, 2010).

Özel sağlık sigortası, bireylerin istedikleri sağlık kurumlarına müracaat edebilmelerine olanak sağlaması ile topluma önemli bir destek ve güvence sunmaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortalarının sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, yenilikleri ve verimliliği destekleyerek (esneklik ve kâr güdüsü ile) özel sektörü desteklemesi ve tüketicilerin tercihini arttırması da söz konusudur. (www.sigortam.net. com)

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, finansman vergi ya da primle sağlansa dahi hiçbir sağlık sistemi tüm sağlık risklerini karşılamaya yeterli olmamaktadır. Temel sağlık koşullarını garanti altına alan sosyal sigortaların özel sağlık sigortaları ile desteklenmesi gerekmektedir. Genel sağlık sigortası sisteminin; primlerini ödeyen tüm vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde tüm sağlık hizmetlerini alabildiği ve giderlerinin sigorta sistemi tarafından ödendiği bir model olmakla birlikte özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurabildiği bunun için ek ödeme yaptığı yarı kamusal, yarı özel bir sistemdir (Ataay, 2008).



Şekil 1.15. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları Satış Verileri (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezleri İstatistikleri, 2017)

Genel sağlık sigortası uygulamasının daha sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi için tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin devrede olması önem kazanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası sayesinde oluşabilecek avantajlar şu şekilde

değerlendirilebilir; genel sağlık sigortasına geçilmesi ile tüm vatandaşların temel teminat paketi güvencesine sahip olması, tüm kamu sağlık sunucularını ve anlaşma yapılan özel sağlık sunucularını kullanabilmesi, devlet için maliyet artışına yol açmaktadır. Şekil 1.15’de Tamamlayıcı sağlık sigortaları “Ocak-Haziran 2017” satış verileri gösterilmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi ile bu artışın bir bölümü özel sektör ile paylaşılabilmektedir. Temel teminat paketinin belirli bir sınırdan tutulması ya da özel hizmet sunucularıyla yapılacak anlaşmalarda daha düşük standartların belirlenmesi kamu üzerindeki maliyet baskısını azaltmaktadır. Farklar tamamlayıcı sağlık sigortası ile karşılanabilmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının, sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıları azaltma etkisi bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları belirlenen standarda kadar olan kısım ödemelerini kamudan, standart üstü ödemeleri özel sigorta şirketlerden tahsil edeceklerinden hizmet kalitesi ile ilgili yaşanabilecek sorunlar önlenabilmektedir. Hizmet alan kişilerin hekimini ve istediği sağlık kurumunun seçme konusundaki tercih hakları genişlemektedir. Böylece hekim ve sağlık kurumları üzerindeki randevu yoğunluğu azalmaktadır.

- Ödemelerin tamamı provizyon sistemine dayalı olarak gerçekleştirilmesi ile denetim mekanizmaları devrede olmaktadır. Dolayısı ile suistimaller engellenmekte ve hizmet maliyetleri kontrol altında tutulmaktadır.

Bu avantajlarla birlikte genel sağlık sigortası temel teminat paketi dışında kalan kısımlar için tamamlayıcı sigortanın hizmet kapsamının genişletilmesi konusunda kamusal bir beklenti oluşması özel sigorta şirketlerinin çok değişkenli, çok alternatifli planlara yönelmesi öncelikle yaşayabilecekleri fiyatlandırma konusunda hata paylarının artabileceği bir konu olarak ele alınmalıdır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortasının bir türü olduğundan, gelir vergisi ve SGK mevzuatındaki istisna hükümlerinden yararlanılabilmektedir

(www.sigortam.net.com). Netice de, tamamlayıcı sağlık sigortası ülkede, genel sağlık sigortasından sonra, destekleyici unsurları ile bireylerin sağlık konumuna katkıda bulunabilecek önemli bir hizmettir (Tuncay ve Ekmekçi, 2011).

1.12. Türkiye’de zel Sağlık Sigorta Şirketleri Tarafından Verilen Evde Bakım Teminatı

Türkiye’de özel sağlık sigortaları tarafından verilen evde bakım teminatı içeriğinde; kronik hastalıklar sebebi ile bağımlı olan bireylerin evde bakım hizmetlerine yönelik bir hizmet sunumu bulunmamaktadır. Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi (Anadolu Sigorta), sağlık sigortası genel ve zel Şartları çerçevesinde verilen evde bakım hizmetlerinin kapsamı Şu Şekildedir; sigortalının sağlık kuruluşundaki yatarak tedavisi sonrasında, söz konusu tedavinin devamı için kendi evinde sadece tıbbi personel tarafından yapılan tıbbi bakım ve tedavilerine ilişkin giderler, poliçede belirtilen limit dahilinde bu teminattan ödenir (www.anadolusigorta.com).

Sigortalının bu teminattan faydalanabilmesi için tedavi eden doktorun, sigortalı hastaneden taburcu olurken tedavisinin bir sağlık personeli eŐliğinde evde sürdürülmesi gerektiğini bir raporla sigortacıya bildirmesi, bu durumun ve öngörülen tedavi süresinin evde bakım gerçekleŐmeden önce sigortacı tarafından onaylanması zorunludur.

Sigortalının günlük yaşam aktivitelerini tek başına yerine getiremiyor olması, inkontinans ya da immobilize olması, yemeğinin yedirilmesinde yardıma gereksinimi olması, ağız yoluyla ilaç alıyor olması, tam banyo ihtiyacı ya da yardımla banyo yapabiliyor olması, üriner kateter bulunması, evde yalnız yaŐıyor olması ve sosyal desteğe gereksinimi olan kronik hastalığının bulunması, evde bakım hizmetleri teminatına girmez (www.anadolusigorta.com).

Sigorta Şirketlerinin sigorta teknikleri uygulamaları gereği, genetik ve kronik hastalığı olanlar yaşlılar, engelliler ve hamilelik dönemindeki kadınlar gibi yüksek riskli grupların sigortalamaktan kaçınabilmeleri, yaşlılar, zrller ve düşük gelirliiler gibi riskli

grupların sigorta hizmetlerine ulaşmasını engelleyebilmektedir (Çelik, 2011).

Yaşlılık, kronik hastalık ve engellilik gibi nedenlerle günlük işlerinde yardıma veya evde bakıma ihtiyaç duyan kişilerin, tıbbi ve tıbbi olmayan ihtiyaçlarını karşılayan türde verilen hizmetler sağlık sigorta sisteminde uzun dönemi kapsayacak şekilde mevcut değildir.

1.12.1. Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Verilen Hizmetler

Evde bakım hizmetleri yeni ve hızlı gelişen en etkili ve verimli sağlık hizmetidir. Hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, stres azaltma, aileyi bir arada tutma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde sağlık bakım hizmetleri sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir (Işık, 2013).

○ Doktor hizmeti; hastayı evinde ziyaret ederek, teşhis ve tedaviyi sağlamaktadır. Muayene sonrasında hastanın tıbbi durumunu inceler ve tıbbi ihtiyaçları ve öncelikleri belirler. Evde bakım doktoru, çağrı üzerine anlık doktor ziyaretleri de yapabilir. Akut tıbbi durumun çözümünü bir an önce sağlarken, kronik hastalıklar ve genel sağlığın takibi için gerekenler hasta ile paylaşılır. Belirlenen plan dahilinde gün ve gün hastanın yaşam kalitesini artıracak sağlıklı çözümler üretir (<http://www.evdebakim.org.tr>).

Evde bakım doktorunun misyonu, eve bağlı ve/veya evde hizmet almayı tercih eden hastanın ve hasta bakımını üstlenen kişilerin hayat kalitesini artırmaktır. Doktorlar, modern tıbbi gelişmeleri, özel olarak evde bakım hastalarına sunmak konusunda uzman olmalıdır.

Evde doktor hizmeti gereksiz hastane yatışlarının, acil servis başvurularının, ambulansla transferlerin önüne geçerek kişilerin tıbbi durumlarında bir zorunluluk bulunmuyorsa evlerinde kalmalarına olanak tanır. Koruyucu hekimlik anlayışının göz ardı edilmediği düzenli kontrollerle riskli durumların önceden tespiti ve önlem

alınması sağlanarak tüm sağlık verilerinin yükselmesi sağlanır. Bu şekilde, hastanın sağlık problemleri için zaman zaman gereken doktor kontrolleri zahmetsizce evde yapılarak tedavi planları düzenlenmektedir (www.ntsmedicare.com).

Evde uzman doktor hizmetine ihtiyaç duyulması halinde bütün uzmanlık alanlarından hekimlerle evde konsültasyon hizmeti alınabilmektedir. Uzman hekimler alanlarıyla ilgili teşhis ve tedavileri düzenlemekte, ev ortamında yapılabilecek olan tıbbi testleri ve girişimleri uygulamaktadırlar. Uzman doktorlar, tıbbi durumun gerektirmesi halinde düzenli ziyaretlerle hastalıkların kontrol ve takibini yapmaktadırlar.

Hastanın durumunu takip eden bir ya da birden fazla hekimin olması durumunda; evde bakım doktoru, sağlık durumunu, muayene bulgularını, tetkik ve görüntüleme sonuçlarını takiplerini yürüten hekime raporlar. Takip eden hekimin önerileri alınarak bunların doğru biçimde uygulanabilmesi için gerekli organizasyonun yapılmasıdır (<http://www.evdebakim.org.tr>).

○ Hemşirelik Hizmeti; evde enjeksiyon, evde IV ilaç uygulama, sonda takılması, kan alma, pansuman, uzun süre yatarak tedavi edilenlerde görülen yatak yarası bakımı, evde serum uygulaması, evde aşı uygulaması, yara bakımı, stoma bakımı, infüzyon hizmetlerini kapsamaktadır.

Günlük veya gereken aralıklarla yaşlılar ziyaret edilerek sağlık kontrolleri yapılmaktadır. Hem tıbbi açıdan tüm kontrolleri ve tedavi gereksinimleri karşılanır, hem de kişisel bakımları ve sosyal açıdan desteklenmeleri sağlanmaktadır. (www.ntsmedicare.com)

- İlaçların reçete edilmesi ve temini,
- İlaçların düzenlenmesi ve zamanında alınması,
- Gerekliyse pansuman, port ve kateter bakımı, yara bakımı, hasta banyosu

(yatakta veya duşta), diğer tüm tıbbi müdahalelerin ve kişisel hijyen uygulamaları,

- o Diğer bakım malzeme ihtiyaçlarının tespiti ve temini,
- o Bakım uygulamaları ile ilgili eğitimin hasta yakınlarına verilmesi,
- o Sağlık durumunda oluşan değişikliklere göre bakım uygulamalarının uyarlanması gerçekleştirilir.

o Yaşlı veya hastanın durumu hakkında sürekli merkeze bilgi aktarımı yapılarak evde bakım doktoru tarafından takip edilir.

o Radyoloji ve görüntüleme; evde ultrason ve/veya doppler ihtiyaç olduğunda uzman radyoloji hekimleri modern taşınabilir cihazlar ile birlikte tıbbi görüntüleme yapabilmektedir. Görüntüleme raporunu hızlı bir şekilde hastaya ve doktorunu dijital ortamda ulaştırılmaktadır.

Evde röntgen ihtiyaç olması durumunda radyoloji teknisyeni modern taşınabilir cihazıyla istenen tüm planlarda röntgen çekebilmektedir. Rntgenin dijital görüntüsü e-mail ortamında hastaya ve doktorunu iletilmektedir ([www. ntsmedicare.com](http://www.ntsmedicare.com)).

o Tıbbi girişimler; ev ortamında uygulanabilecek her türlü tıbbi girişim, uzman doktorların yetkisi dahilinde sağlanmaktadır.

o Sağlık destek personeli hizmeti; hasta refakat hizmetleri ile sağlık destek personeli, hastanın yatak banyosunu ve kişisel bakımı yapmaktadır. Hastaya refakat edilmekte, hastaların yemeklerini yemelerine yardımcı olmaktadırlar.

o Refakat hizmeti; hastane kontrolleri, dializ, reçete yazdırma, rapor yenilenmesi ve benzeri işlemler için evden çıkması gereken durumlarda refakat edilip tüm işlemlerin takibi ve sonuçlanması sağlanmaktadır.

o Evde rehabilitasyon hizmetleri; fizyoterapi teknikleri ve egzersiz tedavisini

kullanılarak hastalar mümkün olan en yüksek seviyede bağımsız yaşama kavuşturmayı hedefler nitelikte ki tedavidir. Fizyoterapi hizmeti içeren alanlar aşağıda yer almıştır.

- Solunum Terapisi

KOAH, yoğun bakım, kalp cerrahisi ve göğüs cerrahisi operasyonu geçirmiş hastalar ile her türlü cerrahi girişim sonrası akciğerde biriken sekresyonların atılmasının gerektiği durumlarda solunum terapistleri tarafından hizmet verilmektedir. Solunum egzersizleri, postural drenaj teknikleri ve insentif spirometre ile bu amaca yönelik çalışmalar gerçekleştirilir.

- Konuşma terapisi

Konuşma terapisi hizmetleri, sertifikalı konuşma terapisti tarafından verilmektedir. Özellikle kafa travması ve inmeye bağlı gelişen kognitif ve konuşma bozukluğu vakalarına yönelik planlama ve uygulamalar yapılmaktadır. Terapistler evde hastayı değerlendirmekte, doktoruyla bağlantı kurarak, tedavi programını hazırlamaktadır.

- Evde tıbbi cihaz hizmeti (hasta odası ihtiyaçları) günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi sağlayan ekipmanlar, destek cihazlar, oksijen tüpleri ve hasta yatağı gibi tüm tıbbi cihaz ve ekipmanlar kapsamaktadır.

- Palyatif bakım hizmeti; mevcut hastalıklar neden ile tam olarak iyileşemeyen ve/veya yaşam sonunda desteğe ihtiyacı olan hastalara yardım etmeyi amaçlayan bir tıp alanıdır. Aynı zamanda “Destekleyici Bakım”olarak da bilinir. Hastanın yaşam kalitesinin artırılmasına odaklı bir bakım şeklidir. Bu bakımda, hastaların ağrı ve sıkıntılarının azaltılması üzerinde durulur. Yaşamın sonunda hastalığı iyileştirme amaçlı tedavilerin amacına ulaşmadığı durumlarda palyatif bakım devreye girer ve hastanın şikayetlerine yönelinerek yaşam kalitesi artırılmaya çalışılır. Amaç hastaların yaşamına yıllar değil, yıllarına yaşam katmaktır.

○ Her hastanın, hastalığı ve tedavisi sürecinde yaşamını belli bir kalite ve huzur içinde geçirmeye hakkı vardır. Bu nedenle palyatif bakım, günümüzde insan hakları değerleri arasında sayılmaktadır. Bu süreçte hasta haklarına ve kararlarına saygı duymak ve hasta yakınları ile de iletişime geçmek gerekir (<http://www.evdebakim.org.tr>).

1.12.2. Türkiye’de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Açısından Mevcut Durum

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu örnekleri ilk önce özel sektörle başlamış, bunu 2001 yılından itibaren yerel yönetimlerin hizmetleri takip etmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından sonraki aşamada Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir.

Sağlık Bakanlığı dışında, bu alana yönelik diğer bir dizi yasal düzenleme 1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle “Bakım Muhtaç Özürlülere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde bakım hizmeti sunulması mümkün hale gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak, bakıma muhtaç özürlüsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır (Özdemir ve Esatoğlu, 2014).

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılından itibaren başlamış, takip eden 5-6 yıllık süre içinde 10 civarında ilde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010’da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin

muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Yönergede “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dahil etmek için çalışmalarını hızlandırmıştır (www.sdpplatform.com).

Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği, İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Koordinasyon Merkezleri oluşturulmaktadır. Türkiye’de sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmadığı için hizmet sunumunda da bir entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur (Özer ve Şantaş, 2012).

Özel sektörün girişi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda, özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin gerektirdiği multidisipliner, bütüncül, sistemli ve kalite standartlarında yaklaşımın en iyi örnekleri özel evde bakım merkezlerinde görülmektedir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle maalesef bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşmamıştır. Halen Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’ndan özel ev bakım merkezi veya evde bakım birimi ruhsatı alan ve aktif olarak hizmet sunan kurum büyük şehirlerle sınırlıdır (www.sdpplatform.com).

1.12.2.1. Sağlık Bakanlığı ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Kapsamında Sunulan Evde Bakım Hizmetleri

Türkiye’de artan sanayileşme, kentleşme, aile yapısında meydana gelen gelişmeler ve altmış yaş üzeri nüfusun yavaş yavaş artmaya başlaması gibi sebeplerle, sosyal hizmetlere olan gereksinimin giderek arttığı, bu tür hizmetlerin artarak sürdürülmesinin gerekli hale geldiği görülmektedir. Türkiye’de, evde bakım hizmetleri sunulacak kitlenin ve sorumlulukların farklılığı nedeni ile Sağlık Bakanlığı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olmak üzere iki ayrı bakanlık tarafından yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı hedef kitlesi hasta bireylerden, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı hedef kitlesi ise yaşlı ve bakıma muhtaç özürllülerden oluşmaktadır (<http://ailevecalisma.gov.tr>).

Çizelge 1.8. Türkiye ‘de Kamu Sisteminde Sunulan Sağlık-Bakım Hizmetleri (Çoban, 2015)

HİZMET SUNUM BİÇİMİ A.H; Aile Hekimleri TKHK;Türkiye Kamu Hastaneleri E.B.K; Evde Bakım Kurumları SB;Sağlık Bakanlnğı ASPN;Aile Sağlık Politikalar Bakanlığı GBM;Gündüz Bakım Merkezleri	HİZMET								
	EV İŞLERİ	YEMEK HZR.	KİŞİSEL BAKIM	TIBBİ BAKIM KİM	TEDAVİ	MUAYENE	PSİKO-SOSYAL BAKIM	HASTA NAKİL	AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VE A.H KAPSAMINDA VERİLEN HİZMETLER				X	X	X	X		
TKHK TARAFINDAN HASTANELER BÜNYESİNDE OLUŞTURULMUŞ EVDE S.B.				X	X	X	X	X	
TKHK BAĞLI TSM HİZMETLER (TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ)				X	X	X	X	X	
SB İZNİ İLE AÇILAN Ö.E.B.K TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN HİZMETLER	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASPB İZNİ İLE AÇILAN Ö.E.B.K TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN HİZMETLER	X	X	X				X		
ASPB TARAFINDAN E.B.H SUNAN AİLE BİREYLERİNE NAKİT YARDIMI	X	X	X				X		
ASPB TARAFINDAN E.B.H SAN Y.B.K TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN E.B.H	X	X	X						
ASPB TARAFINDAN E.B.H SUNAN G.B.M TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN E.B.H	X	X	X						
BELEDİYELER TARAFINDAN VERİLEN E.B.H	X	X	X	X	X	X	X	X	X
YASADIŞI E.B.H	X	X	X	X	X	X	X	X	
A.Ü TARAFINDAN VERİLEN GELENEKSEL E.B.H	X	X	X				X	X	
ASPB TARAFINDAN E.B.H SUNAN G.B.M TARAFINDAN YÜRÜTÜLEN E.B.H	X	X	X						
BELEDİYELER TARAFINDAN VERİLEN E.B.H	X	X	X	X	X	X	X	X	X
YASADIŞI E.B.H	X	X	X	X	X	X	X	X	
A.Ü TARAFINDAN VERİLEN GELENEKSEL E.B.H	X	X	X				X	X	

Hedef kitlenin ve görevlerinin farklılığı, farklı bir örgütlenme yapısı gerektirir anlayışı ile ülkede evde bakım hizmet sunumu veren kurum ve kuruluşlar çeşitlenmiş ve sayıca artmıştır. Çizelge 1.8.’de, Türkiye’de Kamu Sisteminde Sunulan Sağlık-Bakım Hizmetler gösterilmektedir.

Sağlık Bakanlığının 2017 yılı hedefleri içinde aile hekimliği, evde bakım ve kronik hastalıkların sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlayacak hedefleri ön plandadır. Evde sağlık hizmeti uygulaması başlamıştır. Yatağa bağımlı hastaların evde yapılabilecek tıbbî bakım ve rehabilitasyon programları ev ortamında gerçekleştirilmektedir (www.saglik.gov.tr). Sağlık Bakanlığı Stratejik Hedeflerinin “Evde Sağlık Hizmet Sunumunu İyileştirmek” ile ilgili bölümü aşağıda maddeler halinde verilmiştir;

- i. Bireylere evde sağlık hizmet sunumu ile ilgili farkındalık oluşturmak için bilgilendirme ve medya kampanyaları düzenlemek,
- ii. Evde sağlık hizmet sunumu veren birimlerin altyapı, eğitim ve teknoloji kapasitesini iyileştirmek,
- iii. Evde sağlık hizmet sunumu ile ilgili sektörler arası işbirliği yapmak,
- iv. Evde sağlık hizmeti alan yalnız ve ağır bakım hastalarının hizmetlere hızlı ve zamanında erişimini sağlamak için uyarı sistemi kurmak,
- v. Evde sağlık hizmetlerinin aile hekimliği sistemine entegrasyonu iyileştirmek (www.saglik.gov.tr).

1.12.2.2. Türkiye’de Özel Kurumlar Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri

Özel sektörün girişimi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda; özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmektedir. Evde bakım

hizmetlerinin gerektirdiği multidisipliner, bütüncül, sistemli ve kalite standartlarında yaklaşımın en iyi örnekleri özel evde bakım merkezlerinde görülmektedir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle maalesef bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşmamıştır (www.sdpplatform.com).

Sağlık Bakanlığı izni ile kurulan, özel evde bakım kuruluşlarının personel nitelikleri incelendiğinde, verilen hizmetin tedavi hizmetleri ve tıbbi bakım olduğu gözlenmektedir.

Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşlarının hizmet sunacağı grup değerlendirildiğinde bu kişilerin evde bakım hizmetlerine taleplerinin olmayacağı belirtilmektedir (Çoban ve ark., 2014).

Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı iznine bağlı özel evde bakım kuruluşlarının hizmet sunduğu grup;

- i.** Yaşlı,
- ii.** Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan kişi,
- iii.** Tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan kişi,
- iv.** Herhangi bir özrü olmayan kişi,
- v.** Aile üyeleri tarafından tek başına bakılamayan kişi.

- Güven Hastanesi Geriatri Merkezi; tıp merkezinde, yaşlılara 24 saat hekim ve hemşire kontrolü, desteği ve hizmeti verilmektedir. Yaşlıların bütün sosyal, fiziksel, ruhsal ve beden sağlığını koruyacak aktivite ve tedbirler hayata geçirilmiş ve günlük yaşamlarını kaliteli bir şekilde sürdürebilmeleri için her türlü olanak sağlanmıştır. Güven Hastanesi “Evde Sağlık Hizmetleri Birimi” sürekli hemşire desteği

verebilmektedir.

- NTS Evde Yaşlı Bakımı /Özel Kurum; Geriatrik yaklaşım konusunda bilgi ve deneyimli bir ekibe sahip bu merkezde, aile büyüklerine bakım ve sağlık konusunda destek verilmektedir. Merkezde, evde bakım doktoru, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve bakım görevlilerinden oluşan profesyonel bir kadro ile çalışılmaktadır. Ameliyat sonrası bakım destek bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar, kronik hastalığı olan hastalar yeni doğum yapmış anneler ve bebeklerine, 7 gün 24 saat hizmet gerçekleştirmektedir (www.ntsmedicare.com).

- Memorial Hospital Evde Bakım Hizmetleri; Standartlara uygun olarak sunulan evde bakım hizmetlerinde, koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi sağlanmaktadır. Evde bakım hizmetleri, hastanın bulunduğu ortamda ve günlük yaşam akışını bozmadan, en yüksek standartlarda sunulmaktadır. Doktor muayenesinden, kısa veya uzun süreli hemşirelik hizmetlerine, çeşitli terapilerden diğer sağlık hizmetlerine (evde rehabilitasyon konuşma terapisi, pedagog ve diyetisyen ziyareti), tıbbi cihaz kullanımından, laboratuvar tetkiklerine kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içermektedir (www.memorial.com.tr)

- Özel Bayındır Hastanesi Evde Bakım Birimi; Kurumun kendi içinde aldığı bir kararla “Evde Sağlık Bakım Hizmet” modelinden çıkılarak sadece “Evde Hemşirelik Hizmeti” olarak yürütülmektedir.

- Özel Lokman Hekim Hastanesi; uzman doktor, özel hemşire ve özel ekipmanlar ile talebe bağlı olarak verilmektedir. Kronik hastalar için verilmekte ve düzenli olarak takip edilmektedirler.

1.12.2.3. Aile Hekimleri Tarafından Sunulacak Evde Bakım Hizmetler

Aile hekimliği sistemi 2010 yılından itibaren tüm ülkede uygulanmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, aile hekimleri tarafından sunulacak evde bakım

hizmetlerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri gibi geniş bir hizmet içeriğinin sunulmasını gerekli kılarken, hedef kitleyi “evde takibi zorunlu zrl, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar” olarak belirlemiştir (oban 2015).

Kronik hastalıklara verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek; birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının işbirliğinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, hastalıktan korunma erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli takiplerini sağlamaya yönelik sistemin yerleştirilmesi, morbidite ve mortaliteyi azaltarak hayat kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda;

- Birinci basamak hizmetler kapsamında, kronik hastalıkların komplikasyonları için klinik kalite standartları belirlemek, izlemek ve değerlendirmek, kronik hastalıkların komplikasyonları sebebiyle ortaya çıkacak sosyal ve psikolojik sorunların çözümüne yönelik programlar oluşturmak,
- Kronik hastalık yönetimini aile hekimi merkezli yürütmek,
- Hizmetlerini entegre ederek, kronik hastalık komplikasyon yönetimi sistemi oluşturmak,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dönüşüm, aile hekimliği sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde görev yapan doktor ve ekibinin rollerinin belirginleşmesi ile mümkün olmaktadır. Etkili bir sağlık sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır (www.saglik.gov.tr).

1.12.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Unsurlar

Evde bakım hizmetleri, multidisipliner yapısı gereği birden fazla sorun yaşamaktadır. Hastanın tıbbi gereksinimleri, bağımlılık derecesi, hizmet verecek ekibin yeterliliği aile bireyleri, bakımın kalitesi, devamlılığı ile tıbbi kontroller,

gereksinim duyulan tıbbi cihazlar ve malzemeler evde bakımın ana maddeleridir.

Bu hizmetlerin tedarik edilmesi, hastanın sağlık durumunu takip eden sağlık kurumu ile iletişim, evde bakım hizmeti veren kurum ile ilişkiler incelendiğinde; her bir konu başlığı hastanın sağlık bakım hizmetinde çok önemli bir yere sahiptir. Bu maddelerden birinin bile ertelenmesi veya elde edilememesi hastanın yaşamını riske atmaktadır (Kısa ve Ersoy, 2005).

Türkiye’de sayısal anlamda evde bakım hizmeti veren personele ait yetersizlikler bulunmaktadır. Hizmet sunumunda da, personelin risk almama isteği bazı hizmetlerin aksamasına sebep olmaktadır. Yabancı ülkelere gelen ve evde bakım hizmetlerinde yer alan yabancı uyruklu personelin ise değişik ve çeşitli sorunları bulunmakta ayrıca hasta bakımındaki yeterlilikleri ölçülemediği için hasta güvenliğini riske atmaktadır (Karataş, 2011).

Evde hasta bakımının sürekli olarak verilebilmesi ile bakımın kalitesi de denetimi gerekli kılmaktadır. Bu hizmetlerin hepsini bir araya ve eş zamanlı olarak getirebilmek ayrıca önemlidir (Akçiçek ve ark., 2013).

Evde bakım hizmetlerinin izinsiz ve ruhsatsız çalışan kişilerce sürdürülmesinin önlenmesi ve çalışma olanaklarının yasal hale getirilerek sisteme entegre edilmesi ortak bir görüş olarak öne çıkmaktadır (Çoban, 2015).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili problemlerin temelinde ise; ülkedeki bakım ihtiyaçlarının şimdi ve gelecekte nasıl karşılanabileceği ile ilgili makro bir planın olmaması yatmaktadır. Türkiye’de sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmadığı için hizmet sunumunda da bir entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur.

- Hastane Destekli Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Hastane destekli evde sağlık bakım hizmeti, hastanenin “evde bakım birimi” tarafından, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan özürlü, kronik veya terminal hastalığı olan kişilere, kendi evlerinde tıbbi tedavi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sağlanmasıdır (JCAHO, 2016).

“Hastane Destekli Evde Sağlık Bakımı” özellikle hasta/sağlam birey üzerinde yoğunlaşmış hemşirelik hizmetleri, gözlem, bakım, danışmanlık, fizik tedavi, konuşma ve meşguliyet terapisi beslenme rehberliği, evde sağlık bakımına destek hizmetler ve sosyal hizmetleri içeren birçok disiplinin oluşturduğu bir sağlık ekibi işlevidir (Boyoğlu, 1998).

Hastaneler dört önemli nedenden dolayı evde bakım hizmetlerini sunmak istemektedirler (Lerman, 1993).

- Hasta bakım ihtiyaçlarını tatmin etmek,
- Bakımın sürekliliğini sağlamak ve maliyet, kalite ve hizmetlere ulaşım üzerinde iç kontrol sağlamak,
- Hastanede yatış süresini daha etkin olarak yönetmek,
- Gelir yaratıcı fırsatları artırmak.

- Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetlerinin Faydaları;

Hastane destekli bir evde bakım programı, muhasebe, veri işleme, tıbbi kayıtlar, risk yönetimi, endüstri mühendisliği, kullanım yönetimi, kalite yönetimi/risk yönetimi/enfeksiyon kontrolü, hemşirelik, rehabilitasyon, sosyal hizmetler ve eczane gibi hastane bölümlerinin klinik ve finansal uzmanlıkları için faydalar sağlayabilir. Deneyimli sağlık kurumları yöneticileri ve profesyoneller, hastanenin evde bakım

programının geliştirilmesini, genişletilmesini ve faaliyetlerinin devam etmesini destekleyebilirler. Yöneticiler ve profesyoneller, en son klinik ve kalite yenilikleri, hasta bakım fırsatları, yönetim teknikleri konusunda danışılacak evde bakım yöneticilerini istihdam edebilirler. Hastane tabanlı evde bakım programlarında hastalar kendi hekimlerine çok kolay ulaşabilirler, aynı zamanda program için potansiyel hastalara da doğrudan ulaşmak çok kolaydır (Lerman, 1993).

Özel sigorta sözleşmeleri ve anlaşmalı tedavi hizmetleri avantajları bütünleştirilmiş bir hastane sisteminin parçasıdır. Bağımsız bir evde bakım kuruluşunun idari ve genel maliyetleri hastane ortamında sağlanan evde bakım hizmetlerine göre daha yüksektir (Tanlı ve Utku, 2008).

Hastane destekli evde bakım hizmetleri, daha optimal ve etkin taburcu planlamasının yapılmasını sağlayarak talebin yoğun olduğu durumlarda hastaların erken taburcu edilmelerini önleyerek kalite ve verimlilik yönlerinden önemli katkılar sağlayabilecektir.

- Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetlerinin Sağlık Maliyetlerine Etkileri;

Evde bakım hizmetlerinin toplam maliyetlere olumlu etkisinin olduğu yapılan birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Terminal dönem hastalar dışında, hastanede uzun süre bakımı gereken yaşlı hastalar için uygulanan özel halk sağlığı programları kapsamındaki evde bakım hizmetleri, personel sayısını artırdığı için maliyeti yükseltiyor gibi görünse de, uzun dönemde hastane kalış maliyet azaltarak toplum üzerinde olumlu etki yapmaktadır (Kısa ve Ersoy, 2005).

1.12.3.1. Yaşlı Bireyler İçin Bakım Sigortaları

Sigortacılık tekniği esas alınarak geliştirilen bir yöntem olan “Sosyal Sigorta Yöntemi” esas olarak aynı nitelikteki tehlikelerin tehdit ettiği insanların, karşılaşacakları zararları eşitlemek amacıyla bir araya gelmeleri esasına

dayanmaktadır. Zorunluluk, sigortacılık, finansman, katılım, gelirin yeniden dağılımını sağlama ve özerk yönetim ilkeleri ile tarif edilen özellikler itibari ile genel olarak; sosyal sigorta sistemleri bütün sosyal risklere karşı koruma garantisi sağlamaktadır (Çelik, 2017).

Sosyal güvenlik sistemlerinin sosyal risk tanımı ve sağlanan sosyal güvenlik garantisi kolları itibariyle “Bakım Sigortası” bilgilerine aşağıda yer verilmiştir;

Bakım ihtiyacı aile fertlerinden biri veya bir kaçının bedeni ve akli sağlık durumundaki yetersizlik dolayısıyla temel insani ihtiyaçlarını ve toplumsal hayata katılımı kendi yetenekleri ile karşılayamaması durumu olarak tarif edilmektedir ve bu durumda ortaya çıkan bakıma ihtiyaç duyma durumu da bir sosyal risk olarak tarif edilmiştir. Bu sigorta kolundan sağlanan haklar;

- Bakıma muhtaç kişilerin ihtiyaç duyduğu periyodik bakım hizmetlerinin uzman kişilerce sağlanması,
- Bakım ihtiyacının satın alınarak temin için bakım ihtiyacının derecesine göre bakım parası altında ödeme yapılması,
- Bakım ihtiyacının diğer aile fertlerince sağlanması halinde gerçekleştirenlere bakım parası ödenmesi,
- Bakıma muhtaç kişinin sürekli bakımını gerçekleştiren kişinin geçici sürelerle ayrılması halinde geçici süre ile bakım hizmeti sunması,
- Bakım ihtiyacının evde gerçekleştirilememesi halinde sağlık kurumlarında gerekirse yatılı olarak gündüz gece bakım hizmetlerinin sunulması,
- Bakım ihtiyacı duyan kişinin bakımını kolaylaştıracak araç ve gereç yardımı yapılması olarak sıralanabilir,
- Aile içi bakımın güçleşmesi, tek ebeveynli ailelerin artışı, çoğunlukla kadınlar tarafından yerine getirilen aile içi bakım hizmetlerinin kadın çalışma hayatına

katılımının artması ile zayıflaması, günümüz toplumlarında bakım sigortasına olan ihtiyacı artırmıştır (Ayhan, 2014)



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bir ülkenin sosyo/kültürel ve sosyo/demografik özelliklerine bağlı sağlık hizmetlerine olan gereksinimi, temel sağlık hizmetlerine harcanacak paranın düzeyinde etkilidir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde ki artışlar, hastaların ödemesi gereken ücretlerin artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, gelir seviyesindeki artışın sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artışla aynı seviyede olmaması, hasta tarafından özel sağlık kurumlarına bu tutarların ödenmesinde sorunlara neden olabilmektedir. Bu sorunları gidermek ve özel sağlık kurumlarından hizmet alabilmek üzere tasarlanmış özel sağlık sigortaları, hasta olunduğunda karşılaşılabilecek maliyet belirsizliği nedeni ile öne çıkarmaktadır.

Türkiye’de toplumun sağlık hizmetleri ihtiyaçlarına yönelik olarak özel sağlık sigorta şirketleri değişik ürünleri ile teminatlar vermektedir. Hazırlanan planlar, sigortalının hastalık veya kaza ile oluşabilecek sağlık giderlerini, poliçede belirtilen limitler ve şartlar dahilinde karşılamaktadır.

Özel sağlık sigortaları, sağlık hizmetlerini sağlık kurumları ile yapmış oldukları anlaşmalara bağlı olarak vermektedirler. Özel sağlık sigortası yaptıranların elde ettiği en büyük avantaj; tercih ettikleri doktor ve/veya sağlık kuruluşlarını seçebilme özgürlüğüne sahip olmalarıdır. Sigortalılar, sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu tüm hizmetleri poliçelerinin limitli/limitsiz, katılım payı ödemeli /ödemesiz olarak teminatlarına ve belirlenmiş şartlarına bağlı olarak alabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinden faydalanacak sigortalı hastaların ödeyecekleri ücretler ise sağlık kurumlarına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

Sağlık sigorta sisteminin, sağlık hizmetleri üzerinde talebi artırarak ve talep esnekliğini azaltmak sureti ile iki önemli etkisi bulunmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti kullanıcıların sağlık hizmetlerinin fiyatlarına karşı daha az duyarlı olmalarına sebep olmaktadır. Bu etkiler nedeni ile sigortalılık bireylerin daha fazla sağlık hizmetini kullanma eğilimlerini artırmakta ve toplumsal düzeyde özel hastane

kullanım alışkanlığı giderek yaygınlaşmaktadır (Çelik, 2011).

Sağlık sigorta şirketlerinin, ülke genelinde daha geniş kitleleri sigorta kapsamına alması ile sağlık kurumlarına yapılacak müracaatlarda artış olacaktır. Dolayısı ise sağlık kurumlarının da hastalarının gereksinimlerini bilerek ve bunları sağlamak yönünde gerekli stratejilerini belirlemeleri gerekmektedir (Çelik, 2011).

Sağlık hizmetlerine harcanacak paranın düzeyinde, toplumun ağırlıkla hangi kesimine yapılacağı etkili olmaktadır. Genç nüfusun yoğun olduğu toplumlarda genç kesime ilişkin sağlık harcamaları ağırlık kazanabilir, toplam sağlık harcamaları içindeki oranı yükselebilir. 65 + nüfusun yoğun olduğu ülkeler de ise yaşlı kesim ve kronik hastalıklarla ilişkin harcamalar ağırlık kazanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün, tüm dünyada kronik hastalıkların hızla artması ve yakın gelecekte sağlık sistemlerinin önündeki en büyük iş yükünü oluşturacağı yönünde uyarıları mevcuttur. Tüm bu gerçekler, gelecekte sağlık hizmetlerinin etkin sunumu ve özellikle de bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına dönük önlemler alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yaşlanan nüfus ile birlikte artan kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele de kurumların hedefledikleri uzun vadeli stratejiler ve bu doğrultuda toplum ya da bireye yönelik verilen hizmetlerin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin temel unsurlar, tüm ülkelerin gelecek hedefleri doğrultusunda araştırılması gereken konulardır.

Araştırma konusu, sağlık sigorta şirketleri ile özel sağlık kurumlarının aralarındaki işbirliğinin temel unsurları ile bu işbirliğinin yeni hizmetlerin başlangıcı olarak nasıl kullanılabileceği ile ilgilidir. Sağlık sigorta hizmetleri, sağlık sigorta kurumları kadroları ile sağlık kurumlarının profesyonellerinin farklı faaliyetlerinin birleşik sunumu ile verilmektedir. Sağlık ve sigorta sektörünün işbirliğinden dolayı elde edilen deneyimlerin, toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarının bütüncül olarak sağlanabilmesi yönündeki gelişmeler için ne şekilde kullanılabileceği araştırma kapsamında değerlendirilecektir.

2.1. Araştırmanın Önemi

Sağlık bakım yöntemlerindeki her gelişim ve hastaların sağlık kurumları ile her etkileşimi, teşhis ve tedavi yöntemlerinden etkili bir şekilde yararlanabilme şansını artırır. İnsanların sağlıklarını yeniden kavuşabilmelerinin çeşitli yolları bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, hastalığın tedavi edici niteliği ile sağlığının tekrar yerine kavuşması diğeri ise, sağlığına kavuşması uzun süreli bakım gerektiren bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterli olarak faydalanabilmesinin sağlanmasıdır.

Türkiye’de kronik hastalıklara yönelik sağlık bakım yapılanmalarının ve sağlık kurumları ile özel sağlık sigorta şirketleri arasındaki işbirliği ile verilen sağlık hizmetleri sunumunun; hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık bakımının planlanmasındaki kapsam etkinlik, verimlilik ve güvenilirlik açısından taşıdığı önemin göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Özel sağlık sigortası, bireylerin istedikleri sağlık kurumlarına müracaat edebilmelerine olanak sağlamakta ve bu ihtiyaçların karşılanmasında alternatif bir hizmet sağlamaktadır. Bu yönleri ile özel sağlık sigortası bireylere önemli bir destek ve güvence sunmaktadır. Türkiye’de sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ürünleri tercih edilme sıralamasında en başta olmak üzere, değişik kapsamlarda sağlık sigortaları ürün çeşitliliği mevcuttur (www.sigortam.net.com).

Sağlık yönetimi, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre taleplerini bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur. Gelecekte sağlık yönetimi ile ilgili izlenecek stratejilerin değerlendirilmesi açısından sağlık kurumları ve özel sağlık sigorta şirketlerinin yönetimi sorumlularında alınacak bilgi ve görüşler önem taşımaktadır. (Tengilimoğlu, 2011)

Özel sağlık sigortaları sağlık hizmetlerini, sağlık kurumları ile yapmış oldukları anlaşmalara bağlı olarak vermektedirler. Özel sağlık kurumlarının, sağlık hizmet sunumunda, resmi kurumlar, bankalar, sağlık ve hayat sigorta şirketleri ile yaptıkları özel anlaşmaların amacı ve kapsamı, iş birliğinin koordine edilmesinde ki temel işlevler, veri aktarımı, provizyon sistemleri, dökümantasyon ve prosedürler ile hizmet sunumunda yaşanan sorunlar, sağlık bakım hizmetinin sunumunda önemlidir.

Araştırmanın amaçlarına bağlı olarak sağlık sigortaları ürün çeşitleri ve primleri, sağlık sigorta teminatlarının içerikleri, sigortaları adayları için uygulanan risk kabul analizleri ile ilgili tez ve makaleler incelenmiş ve konularına göre aşağıda bildirilmiştir;

Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili adlı çalışmada : bir özel sağlık sigortası kuruluşunda yapılan ve hastanecilik hizmetlerinde özel sağlık sigortası kullananların beş yıl boyunca hastanelerini fazla değiştirmemeleri, ülkede özel hastaneciliğin kurumsallaşma ve markalaşmaya gitmesinde önemli bir adım olarak görüldüğü sonucuna varılmıştır (Özsarı, 2007).

Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarında Satış, Pazarlama ve Ürün Analizi çalışmasında; özel sağlık sigorta sisteminin ilerleyemediğini ve bunun nedenlerinin ise toplumun gelir seviyesinin eşit olmaması, sigorta bilincinin gelişmemesi ve sigorta pazarlamasının istenilen şekilde yapılamaması sonucuna varılmıştır (Güngör, 2007).

Özel Sağlık Sigortalarının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı konulu bu yüksek lisans tezinde, özel sağlık sigortasının ülkede toplum tarafından algılanışı ortaya konulmaya çalışılmış ve kişilerin özel sağlık sigortasına olan bakış açısının incelenmesi ve tüketici davranışlarının ortaya konulması için gerekli hale geldiğine vurgu yapılmıştır (Alan, 2009).

Türkiye'de, Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi yüksek lisans tez çalışmasında; sağlıkta reform adlı değişimle özel hastanecilik ve özel sağlık sigortalarının önünün açıldığı belirtilmektedir. Bunun nedeni ise, özel sağlık sigortası

olan bireylerin kamu hastanelerine başvuran kişilere göre sağlık hizmetlerinden daha hızlı yararlandıkları ve sağlık sigortalarının imkanlarından yararlanmak istemeleri olabilir (Avşar, 2010).

Özel hastanelerle özel sağlık sigortası işleyişi ve sorunları isimli çalışmada hastanelerde özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan sorunları incelemek amaçlanmıştır. Sorumlu sağlık personelinin çok büyük bir bölümü özel sağlık sigortaları ile ilgili sorunların kontrol süreleri ile ilgili provizyon sürecinin uzaması ve telefonla dönülmesi gerektiğinde sigortaya ulaşamaması gibi konuların büyük sorunlar yarattığını ifade etmişlerdir. Çalışmanın bulgularının özel sağlık sigortalarının hizmet sürecinde iyileştirme çalışmalarına ışık tutarak, özel sağlık sigortacılığına katkı sağlaması beklenmektedir (Kırımlı, 2013).

Sağlık kurumları ile anlaşma koşulları ne olursa olsun, kişileri hem mağdur durumda bırakmamak hem de memnuniyet seviyesini yükseltebilmek için sağlık hizmetleri en iyi şekilde verilmelidir. Kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu, kişi ve kurumlar arası güven ortamı oluşması ve hasta memnuniyeti açılarından önemlidir.

Özel sağlık sigortaları uygulamaları genel olarak, poliçenin başlangıç tarihinden sonra ortaya çıkan sağlık risklerini kapsama altına almaktadır. Yaşlılık ile birlikte, sağlık sigorta hizmetine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Yaşlılık döneminde, sosyal ve fiziksel koşullar diğer yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Bu değişikliklere bağlı olarak yaşlılıkta bağımlılığının artması, çalışma yaşamından uzaklaşma, ekonomik durumun bozulması gibi sosyal sağlık riskleri de artarak eklenmektedir. Söz konusu etmenler yerini yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve/veya varolan sağlık sorunlarının ilerlemesine neden olur ve sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim artar. Ancak özel sağlık ve hayat sigorta şirketlerinin uygulamaları kapsamında belli bir üst yaş sınırı bulunmakta ve kronik hastalıklar, evde bakım ile geriatrik bakımlar kapsam dışı bırakılmaktadır.

Dünya nüfusu genelinde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Dünyadaki durumlara benzer olarak ülkede de kronik hastalıklar ve risk faktörleri giderek artmaktadır. Türkiye, genç bir nüfusa sahip olmasına rağmen nüfus artışı hızının azalması, yaşam süresinin uzaması gibi etkenlerle gelecek yıllarda yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının artacağı bir ülke konumunda olacaktır. Bu demografik değişikliklerle beraber kronik hastalıklar ve bu hastalıklarla mücadelede yapılacak sağlık harcamalarında ciddi bir artış olacaktır. Genellikle, bugüne kadar yapılan çalışmalar ülke düzeyinde tüm kronik hastalıkların ve risk faktörlerinin boyutunu kapsayıcı değildir.

2.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmada özel sağlık kurumları ile özel sağlık sigortaları işbirliğinde yürütülen organizasyonel prosedürler ve hizmet sunumlarında karşılaşılan sorunların nasıl çözüleceğine ve sunulan hizmetlerin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin değerlendirmelerin yapılması amaçlanmaktadır. Özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumu, özel sağlık sigorta şirketlerinin sağlık kurumları ile yaptıkları anlaşmaların kapsamı ve amaçları, sağlık kurumlarına müracaat eden sigortalıların kabul işlemleri, provizyon işlemlerinin aşamaları, sağlık kurumlarında hekim kaynaklı sorunlar ve sistemsal sorunlar araştırma kapsamında değerlendirilecek temel unsurlardır. Araştırmanın amaçlarına bağlı olarak; ülkede toplumun artan sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin sağlık kurumları ve özel sağlık sigorta şirketlerinin işbirliğinde hedeflerinin gelecekte olmak istenen yer ve bu yere ulaşmak için gereken stratejilerin belirlenmesini nasıl sağlayacakları ile ilgilidir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma, ülkede özel sağlık sigortalarının ve özel sağlık kurumlarının hizmet sunumu ile ilgilidir. Sürecin en önemli basamaklarından birini örneklem seçimi oluşturmaktadır. Nitel araştırmada kullanılan örneklem modeline “Amaçlı Örneklem”

ismi verilmektedir. Olasılık kuramına dayalı olarak geliştirilmiş olan nicel örneklem yaklaşımlarının aksine, amaçlı örneklem modelinde temel amaç; araştırmanın konusunu oluşturan kişi, olay, durum hakkında ve belirli bir amaç doğrultusunda derinlemesine bilgi toplamaktır (Özdemir, 2010).

Nitel araştırma örneklem seçimi tekniklerine göre; katılımcılar, geniş bir anlam yelpazesi kullanılarak seçilirler. Magilvy ve Thomas (2009), nitel araştırmalarda katılımcıların aşağıdaki kriterleri taşımaları gerektiğini vurgulamışlardır;

- İncelenen olguyu yaşamış olmaları,
- Deneyimlerini araştırmacıya anlatabilmeleri,
- Deneyimlerini aktarmak için gönüllü olmaları.

Bu çalışmada, araştırma evreni olarak Ankara ve İstanbul ilinde bulunan Özel Sağlık/Hayat Sigorta Şirketleri Genel ve Bölge Müdürlükleri ile anlaşmalı oldukları Özel Sağlık Kurumları Ayakta/Yatarak Tedavi Merkezleri, Evde Bakım Merkezleri, Sağlık Sigorta Acentelerinin yöneticileri ve sorumlu personeli ile görüşme formlarında yer alan sorulara verdikleri yanıtlardan elde edilen verilerle yapılan araştırmada “Amaçlı Örneklem” yöntemi kullanılmıştır.

- Özel Sağlık Kurumları

Nitel araştırma modeli, araştırmacıya görüşmelerde tanışık olma kriterini de kullanabileceği öngörüsünü yapmaktadır. Bu tekniğin uygunluğu ile araştırmacı, sigorta sektöründe tanışıklık geliştirdiği veya aynı şirkette çalıştığı birim yöneticileri ile temasa geçerek konularında deneyim sahibi acentelere ulaşmıştır. İlgili acentelerin kendi adreslerinde gerçekleşen görüşmelerde araştırmacı ekip ve yöneticinin de dahil olduğu çalışmayı yeterli bilgi ve görüşleri alarak tamamlamıştır.

Bu araştırmanın evreni olarak Ankara ve/ya İstanbul illerindeki, ayakta/yatarak tedavi kurumları olarak belirlenmiştir. Araştırmanın konusu gereği, hizmet sunumunda evde bakım hizmeti veren sağlık kurum ve kuruluşları tercih edilmiştir. Kamu hastanelerinin sağlık hizmet sunumu çalışmanın kapsamı dışındadır.

Özel Sağlık Kurumları listesine “www.trhastane.com” adresinden ulaşılmıştır. Bu internet adresinden ülke genelinde hizmet veren sağlık kurumlarına ulaşmak mümkündür. İlgili adreste, sağlık kurumlarının iletişim adresleri ile verdikleri sağlık hizmetleri ile ilgili detaylı bilgiler paylaşılmaktadır.

- Sağlık Sigorta Acenteleri

Araştırmada sağlık sigorta acenteleri ile deneyimlerinin bu araştırmaya aktarılması için karşılıklı görüşmeler yapılmıştır. Sigorta Acentelerine “SADER”, Sigorta Acenteleri Derneği’nin “www.isad.org.tr” adresinden ulaşılmıştır. İlgili internet adresinde, sigorta acenteleri hakkında bilgi ve iletişim sayfaları mevcuttur.

2.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmada İstanbul ve Ankara’nın seçilmesinin nedeni, her iki ilde de bulunan özel sağlık kurumlarının sağlık hizmet sunumunda ve kurumsal ilişkilerindeki geniş hizmet yelpazesi ve kaliteli hizmet sunumu ile dünya sağlık turizminde önemli bir yere sahip olmalarıdır. İstanbul ilinin ayrıca seçilmesinin nedeni, özel sağlık sigorta şirketlerinin genel müdürlüklerinin ağırlıklı olarak bu ilimizde bulunmasıdır.

Çizelge 2.1. Özel Sigorta Şirketlerinde Sağlık branşında “2016” Yılı Prim Gelirleri (Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği /www tsrb org tr)

İlk 20 Şirketin Hastalık/Sağlık Branşında 2016 Yılında Prim Gelirleri	Net Yazılan Primler (TL)
Allianz	1. 425. 966. 536
Acıbadem Sağlık ve Hayat	716. 596. 389
Mapfre	426. 398. 015
Anadolu	374. 198. 637
Axa	241. 358. 350
Groupama	129. 934. 145
Güneş	117. 217. 791
Eureko	90. 970. 482
Ergo	71. 525. 219
Ak	1. 389. 042
Toplam	3.777.682.716

Sigorta şirketlerinin hastalık ve sağlık branşında 2016 yılı toplam prim üretimleri istatistiki verilere dayanarak Çizelge 2.1 ’da verilmiştir. Sağlık branşında 2017 yılı prim gelirleri 4. 825. 757. 464-TL’ye yükselmiştir. Artış oranı % 18,2 olarak gerçekleşmiştir. İlk 20 şirketin hastalık/sağlık branşında 2016 yılında prim gelirleri 3. 777. 682 716 TL’ye yükselmiştir..

Çizelge 2.2. Ankara ve İstanbul İlinde Müracaat Edilen Sigorta Şirketleri

Müracaat Edilen Sigorta Şirketleri	Başvuru Tarihleri	Sonuç
Axa Sigorta Ankara Bölge	07/2018	İnternette Başvuru Cevap Alınmadı
Groupama İstanbul	07/2018	Ankara Bölge Aracılığı İle Başvuru /İş Yoğunluğu sebebi ile Olumsuz Yanıt
Güneş Sigorta İstanbul Merkez	06/2018	Ankara Bölge Aracılığı İle Başvuru Olumlu Yanıt
HDI Sigorta Ankara	05/2018	İnternette Başvuru Cevap Alınmadı
Ergo Sigorta Ankara Bölge	07/2018	Ankara Bölge Aracılığı İle Başvuru Olumsuz Yanıt
Ankara Sigorta	07/2018	İnternette Başvuru Cevap Alınmadı
Halk Sigorta Ankara Bölge	06/2018	Ön Görüşme Yapıldı
Bereket Sigorta İstanbul	06/2018	Ankara Bölge Aracılığı İle Başvuru/Olumsuz Yanıt

Araştırmacının sigorta şirketlerine yaptığı başvurular ve başvurulara verilen yanıtlar Çizelge 2.2’de özetlenmiştir. Araştırma talebine Güneş Sigorta olumlu yanıt vermiştir. Güneş Sigorta, 2016 yılı prim gelirleri açısından ilk 10 şirket sıralamasında 117, 217, 791 – TL ile 7. sıradadır.

Araştırma soruları Güneş Sigorta Genel Müdürlüğü’ne gönderilmiştir. Yönetici ve yetkili olarak iki farklı içerikteki soru formları İstanbul merkezde doldurularak elektronik posta ile araştırmacıya teslim edilmiştir.

Araştırmacının, özel sağlık kurumlarına yaptıkları başvurular ve başvurulara verilen yanıtlar Çizelge 2.3’de özetlenmiştir. Araştırma talebine Özel Bayındır Hastanesi, Lokman Hekim Hastanesi, Özel Çankaya Hastanesi, Kuru Hastanesi olumlu yanıt vermişlerdir.

Çizelge 2.3. Ankara ve İstanbul İlinde Müracaat Edilen Özel Sağlık Kurumları

Müracaat Edilen Sağlık Kurumları	Başvuru Tarihleri	Sonuç
Ö. Bayındır Hastanesi Ankara	05/2017	Başvuru ; Başhekimlik Yönetici Sekreteryası /Olumlu Yanıt
Lokman Hekim Hastanesi Ankara	07/2018	Başhemşirelik ve İdari Hizmetler /Olumlu Yanıt
Ö. Çankaya Hastanesi Ankara	06/2018	Başvuru; İnsan Kaynakları ve Eğitim Blm /Olumlu Yanıt
Kuru Hastanesi Ankara	07/2018	Başvuru; Başhekimlik Yönetici Sekreteryası /Olumlu Yanıt
Güven Hastanesi Ankara	07/2018	Başvuru; Başhekimlik Yönetici Sekreteryası /Olumsuz Yanıt
Kadıköy Şifa Hastanesi İstanbul	07/2018	Başvuru; İnsan Kaynakları ve Eğitim Blm /Olumsuz Yanıt
Florence Nightingale Hastanesi Gayrettepe İstanbul	07/2017	Başvuru; Başhekimlik Yönetici Sekreteryası /Olumsuz Yanıt
Medikal Park Hastanesi İstanbul	06/2017	Başvuru; Başhekimlik Yönetici Sekreteryası /Olumsuz Yanıt
İntermed Gayrettepe İstanbul	06/2017	Danışma /Olumsuz Yanıt

- Evde Bakım Hizmeti veren Kurum ve Kuruluşlar

Ankara ilinde, evde bakım hizmeti veren bazı özel kurumlar Çizelge 2.3’de verilmiştir. Çizelge 2.4’de Ankara’ da Evde Bakım Hizmeti Veren Bazı Özel

Kurumlar verilmiştir.

Çizelge 2.4. Ankara’ da Evde Bakım Hizmeti Veren Bazı Özel Kurumlar

BÖLGESİ	Müracaat Edilen Kuruluşun Adı	Türü	Çalışma Saatleri	Sonuç
ÇANKAYA	Özel Bayındır Hastanesi Evde Bakım Birimi	BİRİM	24 SAAT	Olumlu
YENİMAHALLE	Özel Güven Evde Bakım Merkezi	MERKEZ	12 SAAT	Olumsuz
KEÇİÖREN	Özel Lokman Hekim Hastanesi Evde Bakım Birimi	BİRİM	24 SAAT	Olumlu

○ Araştırmanın bu bölümünde; Özel Lokman Hekim Hastanesi ile “Evde Bakım Birimi” sorumlu hemşiresi ile 07/ 2018 tarihinde yüz yüz görüşme tekniği ile elde edilen veriler analize dahil edilmiştir.

○ Bayındır Söğütözü’ne müracaat edilmiştir. Kurum yetkilileri, EBH Hizmetleri konusunda uzun bir dönem hizmet verildiğini, aile hekimi statüsünde hekimin de dahil olduğu bir EBH birimi olduğunu ancak daha sonra bu hizmetin sadece evde bakım hemşiresi ile evde yapılan hemşirelik hizmetleri ile devam ettiğini bildirmişlerdir.

- Sağlık Sigorta Acenteleri

2017 yılı şirketlerin yazılan primlerinin satış kanalı dağılımına bakıldığında “Türkiye Sigorta Birliği 2017” yılı istatistiklerine göre, 1.100.316.618- TL ile en çok prim istihsalı sağlayan kanalın acenteler olduğu görülmektedir (Sagmer, 2017).

Bu araştırmada ulaşılması hedeflenen acente sayısı; Ankara İli için sağlık sigorta branşında hizmet veren beş adet sağlık sigorta acentesi olarak belirlenmiştir. Araştırmacı tarafından Ankara ilinde faaliyet gösteren acenteler listesine internet adresinden açık iletişim bilgilerine ulaşarak, öncelikle telefon veya mail adreslerinden konu hakkında ön bilgi vermek sureti ile randevu talep edilmiştir.

Referans yöntemi ile ulaşılan acenteler olan; Groupama Sigorta Acenteliği, Allianz ve Axa Sigorta Acenteliği, Maphre Sigorta Acenteliği ve Anadolu Sigorta Acenteliği ile randevular alınarak görüşmeler sağlanmıştır.

2.5. Araştırma Yöntemi

Bu çalışmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmalar, toplumsal sistemlerin derinliklerini keşfetmek üzere insanların davranışlarını, örgütsel yapıları ve toplumsal değişmeyi anlamaya dönük bilgi üretme süreçlerinden birisi olarak tanımlamak mümkündür (Strauss ve Corbin, 1990). Nitel araştırma süreçlerine uygun olarak araştırma alanına gidilmesi, bu alanda ne olduğunun betimlenmesi, gözleme dayalı olarak neden öyle olduğunun açıklanması ve araştırmacıların kendi çabalarıyla biçimlendirip, geliştirerek formüle etmesi gereklidir (Balcı, 2005).

Storey (2007) nitel araştırmanın, insanların olaylara dönük öznel bakış açılarını keşfetmeyi hedeflediğini ve bu nedenle nicel araştırmadan daha üstün olduğunu belirtmektedir. İstatistiksel veri analizine dayalı nicel araştırmanın aksine, nitel araştırma insanların olaylara ne tür anlamlar yükledikleri, diğer bir deyişle olayları nasıl niteledikleri sorusuna cevap aramaktadır. Nitel araştırmaların fenomenolojik, etnografik ve yerleşik kuram olmak üzere üç ana tipi vardır;

Fenomenolojinin içinde «Husserl» ve «Heidegger» olmak üzere iki anahtar yaklaşım vardır. Heidegger fenomenoloji uyarlamasında yorum katmak meşrudur ve veri analizini «nesnel yapma» iddiası bulunmamaktadır. Bu yaklaşımda araştırmacının her zaman, verilerin yorumlanmasına açık olması gereklidir. Araştırmacının çalışmasında sonuçlara nasıl ulaştığını göstermesi mümkün olmalıdır (Özdemir, 2010).

2.5.1. Araştırma Modeli

Günümüzde sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmeler; sağlık hizmeti sunumunda hızlı bir şekilde yerini almakta ve sigorta şirketlerinin de sektörde yaşanan bu gelişmelere ürün yapılarını geliştirerek ve tüketici ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyum sağlamaları gerekmektedir. Özel sağlık sigortalılarının daha iyi hizmet alabilmesinin yanı sıra sigorta şirketlerinin ve özel sağlık kurumlarının daha iyi hizmet verebilmesi için; sağlık sigortalısına sunulan sağlık hizmeti kapsamlarının, güvenilirliğinin ve ulaşılabilirliği nin de artırılması ve geliştirilmesi gereklidir.

Sağlık sigorta hizmetleri, sağlık sigorta kurumları kadroları ile sağlık kurumlarının profesyonellerinin farklı faaliyetlerinin birleşik sunumu ile verilmektedir. Dolayısı ile sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliği pek çok değişkeni olan karmaşık bir fonksiyondur.

Bu çalışmada araştırmacının temel rolü, sağlık hizmeti sunan kurumların ve sigorta sektörünün işbirliğinden dolayı elde edilen deneyimlerin nasıl tanımlanabileceği ve ileri gelişmelerin başlangıcı olarak nasıl kullanılabileceğine yönelik bilgileri, araştırma sürecinde toplamış olduğu verileri analiz etmek suretiyle keşfetmek ve ortaya çıkartmaktır. Bu amaçla, hizmet sunucular olarak sağlık kurumları ve sigorta şirketlerine, hizmet alıcılar olarak hastalar ve sigortalılara odaklanılmıştır.

Bu çalışmada alanyazında en fazla karşılaşılan nitel veri analiz türleri ve yöntemleri bütüncül bir perspektiften kavranmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla bu analiz yaklaşımlarının benzer yönleri tanımlanarak nitel veri analiz sürecinde betimlemeye dönük bir model geliştirmek mümkün olmuştur.

Araştırmanın amaçlarına bağlı olarak; ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimleri giderebilecek “Evde Bakım Hizmetinin Finansmanı” ile ilgili önerilerin paylaşılması hedeflenmiştir. Evde bakım hizmetlerinin finansman sorununun çözümüne yönelik birçok görüş ortaya konmuştur. Bu görüşlerden biri de SGK kapsamında uzun dönem bakım gereksinimlerinin karşılandığı bir “bakım sigortası”

oluşturulması ve özel bakım sigortalarının teşvik edilmesidir.

Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu süreçte yurt dışındaki başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabileceklerin ülke'ye uyarlanması, var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir (Coşkun, 2014).

Tüm dünyada artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında; yönetilen bakıma yönelik yaklaşımlar olarak, HMO (yönetilen bakım planları), kullanım yöntemleri, kalite ve güvence teknikleri ile hizmet sağlayıcı seçimi sözleşme kriterleri ve hizmet sağlayıcılarının geri ödeme stratejileri gibi organizasyonel ve operasyonel özelliklerin çeşitli kombinasyonlarını içermektedir. Bu organizasyonlar içinde evde bakım modelleri de mevcuttur.

2.5.2. Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar ve Unsurlar

Araştırma konusunun gereği bu bölümde öncelikle; özel sağlık kurumları ve özel sağlık ve hayat sigorta şirketlerinin işbirliğinde verilen hizmette anlaşma kavramı, anlaşma kapsamında ve hizmet sunumundaki temel unsurlar, bu hizmetten doğrudan ve dolaylı olarak sorumlu olan sağlık ve sigorta sektörü personeli açısından, ilgili departmanlarının çalışma şekilleri ve bu işbirliğinde kullanılan tanımların açıklamaları yapılmıştır;

Sigorta acentesi: sigorta yaptırmak isteyenler için en uygun ürünün tespit edilmesi, poliçenin en uygun koşullarda satılması hizmetlerini sunmaktadır.

Müşterilerle sürekli iletişim halinde bulunarak, sigortalının mağduriyet yaşamasına engel olmakta, işlemlerin hızlı bir şekilde tamamlanmasına aracılık ederek sigorta şirketi ve sigortalı portföy arasında istikrar ve güven ortamı tesis etmektedirler. Özel sağlık sigortalılarının, sağlık kurumlarına müracaat etme ve tedavi olma

süreçlerinde de acenteler müşterileri ile bağlantı kurarak, bu aşamalarda işlem süreçlerini takip etmektedirler.

Evde sağlık bakımı: yaşamın tüm evrelerinde karşılaşılabilecek hastalık durumlarında, evinde tedavi olmak isteyen veya tedavisinin evde sürdürülmesine karar verilen herkes için teknolojik destek ile deneyimli tıbbi personel tarafından farklı çözümler ile evde verilen sağlık bakım hizmetidir.

Evde bakım doktoru: misyonu, eve bağlı ve/ya evde hizmet almayı tercih eden hastanın ve hasta bakımını üstlenen kişilerin hayat kalitesini artırmaktır. Doktorlar, modern tıbbi gelişmeleri özel olarak evde bakım hastalarına sunmak konusunda uzman olmalıdır.

Anlaşmalı sağlık kuruluşu: sağlık harcamalarında ödemeleri hizmeti alan kişinin kendisi değil, bir üçüncü kurumun üstlenmesi durumunda ortaya çıkan “Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu” modeli, çeşitli anlaşma modellerinden biridir. Anlaşma, ayakta ve/veya yatarak tedavi hizmet veren sağlık kurumu ile riski üstlenen kişi/ler adına hareket etmeye yetkili kurum arasında yapılır. Bu kurum çok çalışanlı özel şirketler, sağlık sigortası şirketleri, dernekler, vakıflar, sosyal başka amaçla kurulmuş kulüpler ve hatta devlet kuruluşları olabilir (Karahana, 1997).

Özel sağlık sigorta şirketleri ile özel sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumunun değerlendirilmesindeki temel unsurlar: kurumlararası yapılan anlaşmaların amaçlarına ve kapsamına uygunluk, fiyat anlaşmalarına uygun fatura tanzimi, sağlık kurumlarına müracaat eden sigortalıların kabul işlem süreçleri, sağlık kurumu hekimi ve sigorta şirketlerinden onay (provizyon) alma ile kurumlar arası veri aktarımları, sigorta şirketi nezdinde değerlendirilmesi gereken tıbbi raporlama süreçleri (epikriz, doktor, müşahade, patoloji raporu vb), sigorta şirketi ve sağlık kurumları arasındaki etik değerler, hastadan kaynaklanabilecek sorunlar için her iki kurum arasında çözümler üretebilme olarak değerlendirilmektedir.

Özel sağlık kurumları işbirliğinde örnekleme dahil edilen sağlık personeli: sağlık kurumlarında dolaylı veya doğrudan olarak, bir şekilde özel sağlık sigortaları ile ilgili işlem yapma, bilgi verme yetkisine sahip; başhekim yardımcısı, başhemşire, sorumlu hemşire, doktor gibi sağlık personeli ile birlikte mali işler sorumlusu, anlaşmalı kurumlar sorumlusu olabilmektedir.

Özel sağlık sigortaları poliçe işlemlerinden sorumlu teknik departmanlar: sağlık sigortalarına yapılan başvuruların incelendiği ve poliçe üretimlerinin yapıldığı bu departmanlar, sağlık formasyonuna sahip veya bu konularda yeterli eğitimler almış uzman kadrolardan oluşur.

Özel sağlık sigortalarında sigortalı adaylarına risk kabul analizleri: sağlık teknik departmanının sigortalı adayının başvurusunu kabulü, sigortalı adayının başvuru formu üzerinde bildirilen sorulara verdiği yanıtlara dayanır. Özel sağlık sigortalarında tıbbi yazım kavramı; sigortalının, poliçenin düzenlendiği anda belirtilerini taşıdığı hastalıkların saptanması ve gereğinde bunların teminat dışında tutulması ve/ya özel şartlar eklenerek kapsama alınması anlamına gelir. Sigorta özel ve genel şartları gereğince beyan edilen sağlık problemleri sigorta poliçesinin kapsamı dışında bırakılarak kabul edilebilir veya ek bir prim alınarak poliçe kapsamına dahil edilir. Sigortalının anlaşmalı sağlık kurumlarından hizmet talep etmesi, sigorta şirketine beyan edilmiş ve sigorta şirketi tarafından kabul edilmiş sağlık problemleri için geçerlidir.

Sağlık sigortalarında hekim görüşü: sigorta teknik kurallarına bağlı olarak sigortalı adaylarının başvuruları ile sigortalıların anlaşmalı sağlık kurumlarına yaptıkları başvuruların tıbbi durumunu inceleyerek, sağlık sigortaları departmanına görüş bildirirler.

Özel sağlık kurumları ve özel sağlık ve hayat sigorta şirketlerinin işbirliğinde veri aktarım sistemleri: özel sağlık ve hayat sigorta şirketleri için, veri kayıtları ve analizleri neticesinde ortaya çıkan istatistiksel sonuçlar, yönetim stratejileri açısından önemlidir. Sağlık kurumları ile olan işbirliğinde veri aktarımı ve paylaşımı gereklidir.

Her iki kurumun anlaşma prensipleri gereği uygulanan fiyat tarifiesi, onay sistemleri, sigortalıya yapılan tıbbi girişimler, ayaktan tedavi veya yatarak tedavi: hizmetleri için ödenecek tazminat bedelleri, tıbbi raporlar, güven ortamı, istikrar, teknik karlılık oranları ve müşteri hasta memnuniyeti açısından büyük önem taşır.

Sağlık sigortalıların özel sağlık kurumlarından hizmet alma süreci: özel sağlık ve hayat sigorta şirketlerinin, müşteri hizmetleri, pazarlama ve teknik departmanları, sigortalıların anlaşmalı kuruma müracaat ettiği an itibari ile uygulamaları düzenli olarak takip ederek, müşterilerinin sigorta konusundaki ihtiyaçlarını karşılayan uzman kadrolardan oluşmaktadır.

Sağlık kurumları, sigortalının yatarak tedavi işlemleri ile ayaktan tedavi’de bazı işlemler için, sigorta şirketinden teminatın kullanımı ve limiti dahilinde onay alır. Sigortacı, tazminat talebinin sigorta özel ve genel şartlara göre uygunluğunu değerlendirir. Provizyon işlemlerinin aşamaları; uygulanan tedavinin kapsam dahilinde olup olmadığı, masrafların belirlenen teminatlar dahilinde olup olmadığı, masrafların sigorta şirketi ile sağlık kuruluşu arasındaki anlaşmaya uygun olup olmadığının değerlendirilmesinden oluşur. Onay alınması ile sigortalıya bilgi verilir ve işlemler başlatılır.

Evde doktor hizmeti: gereksiz hastane yatışlarının, acil servis başvurularının, ambulansla transferlerin önüne geçerek, kişilerin tıbbi durumlarında bir zorunluluk bulunmuyorsa evlerinde kalmalarına olanak tanır. Koruyucu hekimlik anlayışının gözardı edilmediği düzenli kontrollerle riskli durumların önceden tespiti ve önlem alınması sağlanarak tüm sağlık verilerinin yükselmesi sağlanır.

2.6. Veri Toplama Aracı

Nitel araştırmayı tercih edenler arasında, nitel araştırmanın öğeleri ve veri çerçevesi üzerinde uzlaşılan genel bir tanımlama bulunmamaktadır. Nitel araştırma yöntemlerini kullanan farklı araştırmacıların, farklı nitel araştırma yöntemlerini izleme

eğilimleri olduğu anlaşılmaktadır. Nitel araştırmalar, nicel araştırmalarla karşılaştırıldığında derinlemesine bir bilgi ve kavrayış sağlayıp, küçük bir grupta çalışılmasına karşın ayrıntılı ve zengin bir içerik sağlamaktadır. Genel olarak tanımlamak gerekirse; nitel araştırma, olayları ve olguları doğal ortam içerisinde betimleme, katılımcıların bakış açısını anlama ve yansıtmaya üzerine odaklanmış olan araştırma yaklaşımıdır.

Nitel araştırma, birbirini takip eden bir dizi işlem basamağından oluşmaktadır. Nitel araştırma; araştırma sorusunun yazılması, örneklem seçimi, veri toplama ve analiz işlem basamaklarından oluşmaktadır. Fenomonolojik analiz tekniğinde araştırmacı, araştırma problemi ile uyumlu olacak şekilde belirlediği örneklemde yer alan kişilerle görüşmeler sağlamıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2005).

Görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yapılmıştır. Sorular, bu konuda daha önce yapılmış çalışmalar incelenerek geliştirilmiştir. Araştırmada kullanılan görüşme formlarında yer alan sorular, farklı kurumların yöneticileri ve sorumlu personelinin bilgi ve deneyim sahibi oldukları konulara göre farklı içeriklerde hazırlanmıştır. Bazı sorular ise, aynı hizmet sunumlarında sorumlu olabilmeleri dolayısı ile farklı ve eleştirel yaklaşımlarını karşılaştırmak üzere aynı içerikte hazırlanmıştır. Bu görüşmelerde, kullanılan soru tipleri yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış olabilmektedir. Uygulamalarda, görüşmeler genellikle soru tiplerinin karışımını içermektedir. Sağlık/bakım araştırmalarında çoğu nitel görüşmeci, yarı yapılandırılmış soruları kullanmaktadır (Ayaz, 2014).

Aydınlatılmış onam formu; görüşme başlamadan önce araştırmacı aydınlatılmış onam formu ile görüşme sorularının cevaplama sürecinin sorun olmayacağını garantisi hakkında bilgi vermiştir. Görüşmeler esnasında araştırmacı, katılımcıya açık uçlu sorular sormuştur. Yarı yapılandırılmış açık uçlu sorular kullanılmasının nedeni, yöneticilerin özellikle dikkat çektikleri konulara daha yoğunlaşabilmek ve ilave edilebilecek hususları daha iyi bir şekilde ortaya koymaktır.

Araştırmacının deneyimlediği çalışmaları, görüşmeleri esnasında dikkatle yönetmesi gerekir. Dolayısı ile araştırmacı, kurumların yöneticileri ile görüşmeden önce, o kurumlar ile ilgili yazılı kaynakları ve internet sayfalarını inceleyerek, görüşmeye hazırlanmıştır. Bu şekilde gözlemlediği konular ile ilgili yöneticiler ile karşılıklı değerlendirmeler yapılmıştır.

Refleksivite, araştırmacıların kendi öznel değerlerinin farkında olmalarını sağlayarak hata yapmalarını engeller. Bu çalışmada, kurumların değerleri ile deneyimlerine ve ilettiği bilgilere özenli ve saygılı bir tutum izlenmiştir. Görüşme süreleri en az bir saat sürmekte olup, konunun özelliğine bağlı olarak bazı durumlarda daha uzun ve yoğun bir şekilde gerçekleşmiştir.

Görüşmeler cihaz ile kayıt edilerek görüşme üzerinde tekrar inceleme yapılmasını amaçlanmış ancak sağlık bakım araştırmalarında görüşmelerde kurumlar hassas değerlendirmeler dolayısı ile görüşmelerin kayıt altına alınmasında gönülsüz davranıldığı için kayıt yapılmamıştır. Katılımcılar, kayıtların güvenli ve gizli tutulacağını bilmek istemektedirler, bu sebeple görüşme esnasında cihazın kapatılmasını talep edebilmekte, kayıtlardan bazı bilgilerin geri alınmasını isteyebilmekte ve/ya silinmesini isteyebilmektedirler. Fakat katılımcının geri alınmasını istediği bilgi, araştırmacı için önemli olabilmektedir.

Görüşmeci, görüşme planına göre hareket etmiş ve görüşme süreleri bir saatlik zaman dilimi içinde tutulmuştur. Görüşmelerde daha çok derinlemesine sorular sormak gerekli olmuştur. Araştırmacı, katılımcılarla yapılan her görüşmeyi dikkatle dinlemiş, katılımcının her belirttiği durumu yazılı olarak görüşme formuna kayıt etmiş ve görüşme sonunda katılımcının tekrar kontrolünden geçirerek, imzası ve onayını alarak sonlandırmıştır. Araştırma aşamalarına uygun olarak kayıt ettiği görüşme notlarından elde ettiği verileri analiz etmiştir.

2.6.1. Nitel Araştırma Veri Toplama Yöntemleri

Bu bölümde öncelikle; özel sağlık kurumlarının, özel sağlık sigorta şirketlerinin, sağlık sigorta acentelerinin çalışma şekilleri, görevleri ile bu işbirliğinde kullanılan tanımların ve temel kavramların kodlamaları verilmiştir.

- Özel Sigorta Şirketi ve Acente Görüşmeleri;

Güneş Sigorta İstanbul merkez sağlık sigortaları departmanının konuyla ilgili elemanının görüşleri, “özel sigorta şirketleri yetkili departmanlar görüşme formu” olarak hazırlanmış soru formunu doldurması sağlanarak alınmıştır. Acenteler, sigorta şirketlerinin güven müesseseleri olmaları ve satışın daha çok bireyden bireye bilgi aktarımı esasına dayanması sebebiyle sigorta pazarlamasında vazgeçilmez unsurlardır. Acentelerin eğitim seviyesi, kalitesi, etrafında yarattığı güven ve itibar, sigorta hizmetinin pazarlamasını tayin eden diğer faktörlerdir. Acenteler, sigorta şirketlerinin ülkedeki mevcut idari birimlerde faaliyet göstermek üzere tayin ettikleri kişi ve kuruluşlardır. Acenteler, özel sağlık sigortalılarının, sağlık kurumlarına müracaat etme ve hizmet alma süreçleri takip etmektedirler. Dolayısı ile özel sağlık sigorta acenteleri ile yapılan görüşmelerden sağlanan veriler, özel sağlık kurumlarının ve özel sağlık sigorta şirketlerinin araştırmaya katılan yöneticilerinden alınan verilerle karşılaştırılarak, gerçekte tüketicilerin deneyimlerinden elde ettikleri verilerle, hizmet alma süreçlerinde yaşanan ilişkilere bir ayna tutmuştur.

“Özel Sağlık Sigorta Acenteleri” yöneticilerinden randevular talep edilmiş ve randevuya olumlu yanıt veren katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır Referans yöntemi ile ulaşılan acenteler, Groupama Sigorta Acenteliği, Allianz ve Axa Sigorta Acenteliği, Maphre Sigorta Acenteliği ve Anadolu Sigorta Acenteliği’dir. Sağlık sigorta şirketi ile sağlık sigorta acentelerinin çalışan yetkili elemanlarının görüşleri hazırlanmış soru formlarını doldurmaları sağlanarak alınmıştır. Araştırmacı, analizine ekleyeceği yeni bir materyal bulamadığı yere ulaşana kadar veri toplamaya devam etmiştir. Son aşamada ise araştırmacı kendi cümleleri ile katılımcıların konuya ilişkin algılarını değerlendirerek raporlaştırmıştır.

Kodlamalar:

Özel sigorta şirketi kod tanımı; sağlık sigorta şirketi ÖSS (1) olarak tanımlanmıştır.

Sağlık sigorta acentesi kod tanımı; Anadolu sağlık sigorta acentesi SSA (1) / Maphre sigorta acentesi SSA (2) / Axa - Anadolu - Ergo – sigorta acentesi SSA (3) / Groupama sigorta acentesi SSA (4) olarak tanımlanmış olup, bu sıralama araştırma raporu içinde bağımsız ve herhangi bir sıralamaya tabi tutulmadan karma olarak yer almıştır.

Sigorta şirketleri ve sigorta acenteleri; özel sağlık sigortaları poliçe işlemlerinden sorumlu teknik departmanların personeli ve acente satış uzmanları başlığı altında örnekleme dahil edilen personelin tanıtımları ve kurum içi çalışma özellikleri ve kodlamaları Çizelge 2.5’de ve Çizelge 2.6’da verilmiştir.

Çizelge 2.5. Sigorta Yöneticileri ve Yetkili Personeli Kodlamaları

Sigorta Şirketleri ve Acenteleri Örnekleme Dahil Edilen Yönetici ve Personeli;	Araştırma Verileri Analizi Kodlar
Sigorta Şirketi	SS
Sigorta Acentesi	SA
Sigorta Şirketi Yöneticisi	CEO
Sigorta Şirketi Birim Müdürü	SSM
Sigorta Şirketi Sağlık Birimleri Uzman /Uzm Yrd	SSU / SSUY
Acente Yöneticisi	ACY
Acente Sigorta Uzmanı	ASU

Çizelge 2.6. Sigorta Şirketi ve Acenteleri Kurum İçi Çalışma Özellikleri

Sigorta Şirketi ve Acenteleri Kurum İçi Çalışma Özellikleri			
Kurum İçindeki Mesleki Pozisyon	Sigorta Şirketi Bölge Müdürü	SSBM	Kurum içi Görev Süreniz
	Sigorta Şirketi Bölge Müdür Yrd	SSM ACY ASU	10 yıl
	Acente Yöneticisi 1	ACY 1	10 yıl
	Acente Yöneticisi 2	ACY 2	30 yıl
	Acente Yöneticisi 3	ACY 3	30 yıl
	Acente Sigorta Uzmanı	ASU 1	15 yıl

- Sağlık Sigorta Şirketi Yönetici ve Yetkililer ile Görüşmeler;

Yönetici ile görüşmeler; sağlık sigorta acentelerinin yöneticileri ile sağlık hizmetleri sunumundaki mevcut uygulamalar, kurumsal iş birliktelikleri, gelecekteki sağlık/bakım programları, Amerika ve Avrupa ülkelerinde sağlık bakım uygulamaları, ülkede sağlık bakım sistemine geniş toplumsal katılımı geliştirmek üzere transdisipliner yaklaşımları, sağlık hizmet sunumunda karmaşıklık ve belirsizlik içeren konulara farklı bakış açıları, eleştirel düşünceleri ile genel olarak görüşleri alınmıştır. Aşağıda araştırma yapılan özneler verilmiştir.

○ Güneş Sigorta Orta Anadolu Bölge Müdürlüğü –SS 1 / Güneş Sigorta Bölge Müdür Yardımcısı (SSMYrd.)

○ Etkin Sigorta (Anadolu Sigorta Acenteliği – SSA 1): (ACY 3)

○ Nehir Sigorta (Maphre Sigorta Acenteliği- SSA 2): (ACY 2)

○ Can Karagöz Sigorta (Axa-Anadolu-Ergo Sigorta Acenteliği-SSA 3) (ACY 1)

Özel sağlık sigortaları poliçe işlemlerinden sorumlu teknik yetkili kişilerle yapılan görüşmeler:

Teknik departmanlar, sağlık sigortalarına yapılan başvuruların incelendiği ve poliçe üretimlerinin yapıldığı birimlerdir. Bu birimler, sektöre ait istatistiki veriler, tüketici tercihleri ile yurtiçi ve yurtdışı uygulamalarını düzenli olarak takip ederek, müşterilerin sigorta konusundaki ihtiyaçlarını karşılayan uzman kadrolar bulunmaktadır. Aşağıda araştırma yapılan özneler verilmiştir.

Yetkililer ile görüşmeler; sağlık sigorta hizmetleri, sağlık sigorta kurumları kadroları ile sağlık kurumlarının profesyonellerinin farklı faaliyetlerinin birleşik sunumu ile verilmektedir.

- Göktay Sigorta (Groupama Sigorta Acenteliği – SSA 4): (ASU 1)
- Nehir Sigorta (Maphre Sigorta Acenteliği- SSA 2): (ASU 2)

Araştırmanın bu bölümünde; özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumu, yöntemi ve kapsamı ile hizmet verme sürecinde yaşanan sorunlar araştırılmış, kurumlararası sorun giderme, çözüm bulma ve ilişki belirlemeye yönelik temel unsurların incelenmesi ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin bilgi ve görüşler alınmıştır.

- Özel Sağlık Kurumları Görüşmeleri

Araştırmacı tarafından, Ankara’da bulunan özel sağlık kurumları yöneticileri / yetkilileri ile yapılan görüşmeler sonucu elde edilen verilerden oluşmuştur. Randevuya olumlu yanıt veren katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.

Sağlık sektörü için Ankara hem hizmet alanlar, hem de hizmet verenler açısından güçlü bir potansiyele sahiptir. Hizmet alanlar açısından bakıldığında, çevre illerle birlikte ciddi bir nüfusa hitap etmektedir. Hizmet verenler açısından bakıldığında ise güçlü üniversiteler olması nedeni ile kaliteli doktor kaynağı olan bir ildir. Her iki açıdan değerlendirildiğinde ise Ankara sağlık hizmetleri açısından güçlü konumda olan bir şehirdir (www. haber. com tr, 2018).

Özel sağlık kurumları izinleri için, araştırmanın konusunu, amaçlarını ve ilgili kurumla nasıl bir çalışma yapılmasının talep edildiği bir dosya ile kurumun insan kaynakları, eğitim departmanları, hasta ilişkiler bölümü ve başhekim yönetim kademesine şahsen müracaatlar yapılmıştır.

- Kodlamalar

Özel sağlık kurumu kod tanımı; bu aşamada sağlık kurumları ÖSK(1) ÖSK (2) / ÖSK(3) / ÖSK(4) olarak bildirilmiş olup, bu sıralama araştırma raporu içinde bağımsız ve herhangi bir sıralamaya tabi tutulmadan karma olarak yer almıştır.

Ankara İli:Özel Sağlık Kurumları Ayakta ve/ya Yatarak Tedavi Merkezleri,

o Özel Bayındır Hastanesi ÖSK (1)

Özel Bayındır Hastanesi ÖSK (1) : Özel Hastanelerin yaygınlık kazandığı bir dönemde açılan Bayındır Tıp Merkez (Bayındır Özel Hastanesi) Türkiye'nin ilk tam zamanlı çalışan hekimlerle hizmet veren hastanesi olmuştur. 1998 yılında, Bayındır Hastanesi Kavaklıdere, Ankara'da grubunun ikinci hastanesi olmuştur. Bayındır Tıp Merkezi İşbank'ın iştirakleri arasında yer almaktadır.

Özel Çankaya Hastanesi ÖSK (2) : Özel Çankaya Hastanesi, 1968 yılında Ankara'da kurulan ilk özel sağlık hastanesidir. Kuruluşundan itibaren bir çok branşta hizmet veren hastanede ağırlıklı olarak ortopedi ve travmatoloji bölümü kurulduğu 1996 yılından itibaren yüksek bilimsel standartlar ve ileri teknolojilerle bir referans merkezi haline gelmiştir. Bu hizmetleri ile Çankaya Hastanesi yurdisından gelen hastalarada ev sahipliği yapan, sağlık turizminde Ankara'ya katkı veren önemli bir branş hastanesidir (www.cankayahastanesi.com.tr).

Lokman Hekim Hastanesi ÖSK(3): Lokman Hekim Grubu’nun, Ankara Etlik ve Ankara Sincan olmak üzere iki hastanesi bulunmaktadır. Ankara Etlik Lokman Hekim Hastanesi 2002 yılında kurulmuştur. Lokman Hekim Hastanesi bünyesinde “Evde Bakım Hizmetleri” birimi mevcuttur. Araştırma Kapsamında “Evde Bakım Hizmetleri” ile yapılması planlanan görüşme Lokman Hekim Hastanesi, “Evde Bakım Hizmetleri” ile sağlanmış ve görüşme notları bulgular bölümünde detaylı olarak aktarılmıştır.

- Özel Sağlık Kurumları Sağlık Personeli Kodlamaları

Sağlık Kurumlarında dolaylı veya doğrudan olacak bir şekilde özel sağlık sigortaları ile ilgili işlem yapma, bilgi verme yetkisine sahip başhekim ve/ya yardımcısı, doktor, başhemşire, sorumlu hemşire, hasta hizmetleri müdürü, kurum ilişkileri müdür, hasta danışmanları ile sağlık personelidir. Çizelge 2.7. Özel Sağlık Kurumları Yönetici ve Personeli Görev Kodları

Çizelge 2.7. Özel Sağlık Kurumları Yönetici ve Personeli Görev Kodları

Özel Sağlık Kurumları Yönetici ve Personeli	Araştırma Kodları
Özel Sağlık Kurumu	ÖSK
Başhekim	BŞHKM
Hasta Hizmetleri Müdürü	HHM
Başhemşire	BŞhem
Sorumlu Hemşire	SRM hem
Doktor	DR
Kurum İlişkileri Müdürü	KİM
Ö Sağlık Kurumu Yöneticisi	ÖSKY
Özel (Sigortalar (Anlaşmalı Kurumlar) Danışmanı	ÖSD
Hasta Danışmanı	HD
Evde Bakım Hizmetleri	EBH

Sağlık personelinin özel sağlık sigortası sorunları ile ilgili tutumlarını ölçmek için kaç yıldır sağlık sektöründe ve bu özel sağlık kurumunda çalıştıkları oldukça önemlidir. Personelin tecrübeleri hakkında ve sorumlu sağlık personelinin özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik herhangi bir eğitim programına katılıp, katılmadıkları hakkında bilgi sahibi olmak üzere görüşme formu üzerinde kişisel bilgiler bölümünde bu sorulara da yer verilmiştir.

Çizelge 2.8. Sorumlu Sağlık Personelinin Kurum İçi Çalışma Özellikleri

Sorumlu Sağlık Personelinin Kurum İçi Çalışma Özellikleri			
Kurum Kodu	Kurum İçindeki Mesleki Pozisyon	Kurum İçi Görev Süresi	
ÖSK 1	HHM 1	Hasta Hizmetleri Mdr	11
ÖSK 2	KİM 1	Kurum İlişkileri Mdr	4
	ÖSD 2	ÖSS Danışmanı	6ay
ÖSK 3	HD 1	Hasta Danışmanı	1
	ÖSD 1	ÖSS Danışmanı	1
	ÖSD 3	ÖSS Danışmanı	

Özel sağlık kurumu yöneticileri ile sağlık hizmetleri sunumundaki mevcut uygulamalar, kurumsal iş birliktelikleri, gelecekteki sağlık/bakım programları, Amerika ve Avrupa ülkelerinde sağlık bakım uygulamaları, Türkiye’de sağlık bakım sistemine geniş toplumsal katılımı geliştirmek üzere transdisipliner yaklaşımları, sağlık hizmet sunumunda karmaşıklık ve belirsizlik içeren konulara farklı bakış açıları, eleştirel düşünceleri ile genel olarak görüşleri alınmıştır. Aşağıda araştırmada görüşülen yönetici özneler hakkında bilgi ve kodlamalara yer verilmiştir.

- Bayındır Hastanesi Hasta Hizmetleri Müdürü: (HHM1)
- Çankaya Hastanesi Kurum İlişkileri Müdürü: (KİM1)
- Lokman Hekim Hastanesi Başhekim: (BŞHKM)

Sağlık alanında insan kaynakları, profesyonel kişilerden oluşur. Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir. Bu nedenle araştırmada sağlık personeli ile görüşmeler yapılmıştır. Aşağıda araştırmada görüşülen yetkili özneler hakkında bilgilere yer verilmiştir.

- Çankaya Hastanesi Özel Sigorta Danışmanı: (ÖSD 2)
- Lokman Hekim Hastanesi Özel Sigortalar ve Yurtdışı Danışmanı: (ÖSD 1)

- Lokman Hekim Hastanesi Hasta Danışmanı:(HD 1)
- Özel Lokman Hekim Hastanesi “EBH” sorumlu hemşiresi: (EBH)

Araştırmanın bu aşamasında; yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılmıştır (Ek.1 Ek 2, Ek 3, Ek 4). Katılımcıların çalışmaya en iyi nasıl katılacağına karar vermek, katılımcılardan kendileri için önemli olan sorunlar hakkında bilgi vermelerini talep etmek ve katılımcıları çalışmada tutmakta zorluklar yaşanmıştır. Görüşlerinin alınması ve özel sağlık sigortaları sorunları ile ilgili tutumlarının ölçülmesi planlanarak cevaplar yüz yüze görüşme tekniği ile alınmıştır.

Görüşme esnasında katılımcılara daha önceden hazırlanmış görüşme formu üzerinde yer alan yarı yapılandırılmış sorular sorulmuştur. Görüşme süresi en az bir saat sürmüş olup, konunun özelliğine bağlı olarak yoğun bir şekilde gerçekleşmiştir. Görüşme sonunda, görüşme formlarına imzaları alınmıştır. Formların cevaplanmasında gönüllü cevaplayıcılık ilkesi esas alınmıştır.

2.7. Araştırma Sınırlılıkları ve Varsayımları

Araştırmacının sigorta şirketlerine yaptığı başvurular ve başvurulara verilen yanıtlar Çizelge 2.2’de özetlenmiştir. Çizelge 2.2’de yer alan ve müracaat edilen sigorta şirketleri farklı nedenlerle araştırma talebine olumsuz yanıt vermişlerdir. Bu nedenler arasında, Ankara’da bölge müdürlüklerinde teknik ekiplerin olmaması, İstanbul merkez de bulunan kurumların da iş yoğunluğunun olmasını gerekçe olarak göstermişlerdir. Halk Sigorta Ankara Bölge Müdürlüğü yetkilisi ile bir ön görüşme sağlanmış ve yönetici düzeyindeki sorulara yanıtlar alınmıştır. Ancak görüşme formunun iadesi sağlanamadığı için analize dahil edilmemiştir.

Araştırmacı, Ankara ilinde faaliyet gösteren acenteler listesine, internet adresinden açık iletişim bilgilerine ulaşarak, öncelikle telefon ve/ya mail adreslerinden konu hakkında ön bilgi vermek sureti ile randevu talep etmiştir. Bu suretle aranan

acentelerin bir bölümü, portföylerinde sağlık sigortalı sayısının yetersiz olması veya sadece elementer branşlarda çalışıyor olmaları sebebi ile araştırma kapsamındaki sorulara gerekli ayrıntılı bilgiyi veremeyeceklerinin bildirmişlerdir.

Müracaat edilen özel sağlık kurumları içerisinde Güven Hastanesi Ankara ve Medikal Park İstanbul, tez araştırma çalışmalarına genel olarak olumlu yanıt verilmediğini araştırmacıya bildirmişlerdir. Bu ön bilgiye rağmen araştırma talebi ile ilgili dosyalar başhekimlik yönetimlerine teslim edilmiş ancak olumsuz yanıt vermişlerdir.

Müracaat edilen özel sağlık kurumları içerisinde Florence Nightingale Hastanesi Gayrettepe İstanbul ve Kadıköy Şifa Hastanesi İstanbul, birleşme çalışmaları sebebiyle araştırma talebine olumsuz yanıt vermişlerdir.

Koru Hastanesi etik kurulu, araştırma konusunu uygun görmüştür. Ancak kurum içerisinde yapılması gereken görüşmeler için bir randevu takvimi, araştırmacıya bildirilmediği için çalışma tamamlanamamıştır.

2.7.1. Araştırma Raporunun Yazılması

Nitel araştırmalarda, geçerlilik ve güvenilirlik kullanılan en yaygın ölçüttür. Nitel araştırmalarda, geçerlilik sağlamadaki en önemli sorun, araştırmacının tarafsızlığını nasıl ortaya koyması gerekliliğidir. Toplanan verilerin, geniş olarak rapor edilmesi ve sonuçlara nasıl ulaşıldığının açıklanması, geçerlilik için önemli ölçülerdir. Güvenilirlik ise; elde edilen sonuçların farklı araştırmacılar tarafından da elde edilmesi olarak yorumlanabilir.

Fenomonolojik Analizde üretilen bilgilerin geçerliliğinin sağlanmasında iki yöntem kullanılmaktadır. Bunlardan birincisi “özneiçi geçerlilik”tir. İkinci geçerlilik yöntemi ise “öznelerarası geçerlilik”tir. Bu geçerlilik yönteminde, belirlenmiş bir verinin deneyimli fenomenologlar tarafından bağımsız olarak değerlendirilmesi ve

sonuçların karşılaştırılması yapılmaktadır. Güvenilirlik ise; elde edilen sonuçların farklı araştırmacılar tarafından da elde edilmesi olarak yorumlanabilir (Özdemir, 2010).

Araştırmanın uygunluk kriterleri olarak; iç geçerlilik ve güvenilirlik kabul edilmiştir. İç geçerlilik için araştırmacı bulduğu sonuçlara nasıl ulaştığını açık olarak ortaya koyarak, bununla birlikte yaptığı çıkarımlar ile ilgili kanıtları diğer kişilerin ulaşabileceği şekilde sunmaktadır. Araştırmada kullanılan örneklem, yarı yapılandırılmış görüşme formları, görüşmelerin özelliği, analiz yöntemi ve bu yöntemin niçin seçildiği açık olarak aktarılıp iç geçerliliği sağlanmalıdır. Bu çalışmada; araştırma kapsamında sorulan sorulara verilen cevaplar karşılaştırılarak, araştırmanın geçerliliğinin değerlendirilmesi sağlanmıştır.

Araştırmanın güvenilirliği ise yapılmış bir çalışmanın farklı bir araştırmacı tarafından yapıldığında benzer sonuçlar ortaya koyması durumudur. Bu çalışmada, araştırmanın güvenilirliği bu çalışmanın benzeri konularında yapılan çalışmalara ilişkin, istatistiksel veriler, konu ile ilgili bilimsel makaleler ve tezlerin araştırılması ile elde edilen verilerle tamamlanmıştır. Araştırmanın veri toplama bölümü; uluslararası raporların istatistiksel verileri, sigorta sektörü istatistiksel raporlarına dayanan verilerden oluşmaktadır.

2.8. Nitel Veri Analizi

Gözlem ve görüşme gibi veri toplama yöntem ve teknikleri ile elde edilen verilerin düzenlendiği, temaların keşfedildiği ve sonuçta tüm bu sürecin rapora aktarıldığı bir etkinlikler toplamıdır (Ayaz, 2014).

Araştırma modeli yöntemleri ile veri sepetinde toplanan benzer özelliklere sahip bilgiler kendi içerisinde temalara ayrılmıştır. Bu süreçte temalar isimlendirilmiş ve belirlenmiş ana temalara dayalı olarak örgütlenmiştir. Burada amaç; her düzeyde yöneticinin ve yetkilinin deneyimlerine bağlı olarak, değişik içerik ve görüşlerini

birebir aktarmak sureti ile geniş ve zengin bilgi verebilmektir. Sağlık kurumları, sigorta şirketleri ve acenteler ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler, belirlenmiş temalara göre özetlenerek yorumlanmıştır.

İncelenen davranışın ortaya çıktığı geniş toplumsal bağlam, betimleme sürecinin önemli parametreleridir. Toplumsal bağlam grup, örgüt, kurum ve kültür bileşenlerini kapsamaktadır. Araştırma kapsamında özel sağlık sigorta şirketleri ile özel sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumunun temel unsurları incelenmiştir. Kurumlararası yapılan anlaşmaların amaçlarına ve kapsamına uygunluk, sigorta şirketlerinden onay (provizyon) alma ile kurumlar arası veri aktarımları, sigorta şirketi nezdinde değerlendirilmesi gereken tıbbi raporlama süreçleri, sigorta şirketi ve sağlık kurumları arasındaki etik değerler, her iki kurum arasında çözümler üretebilme olarak değerlendirilmektedir. Bu konu çerçevesinde belirlenen ana tema ve alt temalar aşağıda bildirilmiştir.

- Ana Tema
- Eşgüdüm ve Organizasyon
- Alt Temalar
- ÖSK Sigorta Yetkili Birimler Çalışma Prensipleri
- ÖSK/ÖSS İşbirliği ve Eşgüdüm
- ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Onay Sistemi

Pazarlama ana teması ile özel sigorta şirketlerinin, sigortalı adayının başvurusunu hangi koşullara kabul ettiği incelenmiştir. Özel sağlık sigortalarında tıbbi yazım kavramı; sigortalının, poliçenin düzenlendiği anda belirtilerini taşıdığı hastalıkların saptanması ve gereğinde bunların teminat dışında tutulması ve/ya özel şartlar eklenerek kapsama alınması anlamına gelir.

Pazarlama ana temasına bağlı olarak belirlenen alt temalarda farklı ürünler ve evde bakım hizmetleri bulunmaktadır. Evde Sağlık Bakım: yaşamın tüm evrelerinde karşılaşılabilecek hastalık durumlarında, evinde tedavi olmak isteyen veya tedavisinin evde sürdürölmesine karar verilen herkes için teknolojik destek ile deneyimli tıbbi personel tarafından farklı çözümler ile evde verilen sağlık bakım hizmetidir.

- Pazarlama
- Sigortaya başvuru ve kabul koşulları,
- ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Farklı Ürünler,
- Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler
- ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Evde Bakım Hizmetleri

Kurumlararası yapılan fiyat anlaşmaları, fiyat anlaşmalarına ve anlaşma amaçlarına uygunluk, fiyat anlaşmalarına uygun fatura tanzimi, her iki kurum arasında çözümler üretebilme olarak değerlendirilmektedir. Bu konu çerçevesinde belirlenen ana tema ve alt temalar aşağıda bildirilmiştir.

- Ana Tema
- Finansman ve Ödeme Sistemleri
- Alt Temalar
- ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları
- ÖSK Hizmet ve Fiyat Anlaşmaları

Sağlık kurumu yöneticilerinin, toplum sağlığını belirleyen iç faktörlerin neler olabileceği, toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarının planlanmasındaki kapsam ve

uygulamalar, sağlık ile ilgili hizmetlerden yararlanmaları ve sağlanan hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından değerlendirmeleri ile daha ayrıntılı olarak; yurtdışı sağlık bakım uygulamaları ve sağlık sigorta ürünleri hakkında bilgi ve görüşleri alınmıştır. Bu konu çerçevesinde oluşan ana tema aşağıda bildirilmiştir.

- Ana Temalar
- Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri

Araştırmacı geliştirmiş olduğu temaları birbirleri ile ilişkilendirerek veri seti içerisinde de yer alan değişkenler arasındaki ilişkileri ve farklılıkları incelemiştir. Araştırmacı bu aşamada, ayrıca yapmış olduğu yorumları daha da güçlendirmek için bulgular arasındaki neden sonuç ilişkilerini açıklamış ve ihtiyaç duyulması durumunda farklı olgular arasında karşılaştırma yapmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü, sağlık kurumları ve sigorta şirketleri yönetici ve yetkilileri ile derinlemesine görüşme neticesinde elde edilen bulgularla oluşmaktadır. Araştırmanın bulguları, yarı yapılandırılmış görüşme formu üzerinde yer alan ana ve alt konu başlıkları ve görüşme formlarının okunmasını takiben ortaya çıkan tema ve alt temalar çerçevesinde aşağıda yer alan şekli ile ele alınmıştır.

3.1. Eşgüdüm ve Organizasyon

Özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumunun yöntemi ve kapsamı ile kurumlar arası sorun giderme, çözüm bulma ve ilişki belirlemeye yönelik temel unsurlar, “Eşgüdüm ve Organizasyon” ana teması altında incelenmiştir.

3.1.1. İşbirliğinde Eşgüdüm

Sağlık kurumları ve özel sağlık sigorta şirketleri arasındaki işbirliği ile verilen sağlık hizmetleri sunumunun; hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık bakım planlamasındaki kapsam, etkinlik, verimlilik ve güvenilirlik açısından değerlendirilmesinde görüşlerinin neler olduğu sorulmuştur.

Özel sağlık kurumu “yöneticiler” görüşme formunda soru:3 ve 4, özel sağlık kurumu “yetkililer” görüşme formunda soru:25, özel sağlık sigorta kurumu “yetkililer” görüşme formunda soru: 7’ e verilen cevaplar, bu kapsamdadır. Bu alt tema altında toplanan soruları, bir kurum yöneticisi, iki sigorta acente yöneticisi, bir hasta danışmanı ve bir sigorta yetkilisi yanıtlamıştır.

- ÖSK 2 / KİM1 ;

“Kurumlararası işbirliğini sağlamak amacı ile sigorta genel merkezlerinin düzenli olarak ziyaret edildiğini bildirmiş ve eksiksiz evrak sunarak, karşılıklı güven ilişkisi içinde etik çalışma prensiplerinin altını çizmiştir. Ayrıca SGK anlaşmalı, özel sigortalı, ücretli olmak üzere ayrılan tüm hastaların hastaneden aynı ve eşit hizmet aldığını” bildirmiştir.

- SSA 1 / ACY 3;

“Biz de sigortalımızı takip ediyoruz. Rapor ve fatura geri bildirimleri sırasında değerlendirmeye bağlı olarak süre uzayabilir. Biz de acente olarak sigortalı ve sigorta şirketi arasında süreci takip ederek olabilecek bir olumsuz durumda devreye girmeye çalışıyoruz” şeklinde cevaplamıştır.

- SSA 3 / ACY 1 ;

“35 yaşında bir genç bayan sağlıklı iken sigorta yaptırıyor. Konuyla ilgili hiçbir tedavi görmemiş. Tesadüfen kalpte delik bulunuyor. Şirket güven duyuyor, ameliyatı ödüyor ve poliçeyi yeniliyor” şeklinde cevaplamıştır.

- ÖSK 3 / HD 1;

“Hastaların tam yeterlilik ile hastaneden çıktığını, ancak sigortalının bir suistimaline bağlı olarak bir durum ya da sorun çıkarsa, sigorta şirketinin provizyon vermediğini bildirmiştir.”

- SS 1 / SSU:

“Sistemsal sorunlara yönelik olarak, entegre web hizmetlerine daha çok önem verilmeli. Sigorta şirketlerinin yaptığı ödemelerin suistimal edilmemesi için hastane

yönetici ve hekimlerin daha bilinçli davranması gerekmektedir. Ayrıca sigorta şirketlerinin bu konuda denetimlerin daha sık yapması gerekmektedir” şeklinde cevaplamıştır.

Sağlık kurumu yöneticisi ve sağlık kurumu hasta danışmanı bu konuda ortak görüş bildirerek, tüm hastaların aynı ve eşit hizmet aldığını bildirmişlerdir. Sağlık kurumu hasta danışmanı, sağlık bakım unsurları olarak hastaların tam yeterlilikle hastaneden ayrıldıklarını belirtmiştir. Sigorta şirketi yetkilisi ise sigorta şirketlerinin ödemeler de suistimallerin önüne geçebilmesi açısından denetim mekanizmalarının çalıştırılmasına vurgu yapmıştır.

3.1.2. Yetkili Birimleri Çalışma Prensipleri

“ÖSK / ÖSS Yetkili Birimleri çalışma prensipleri” alt tema başlığı altında; “toplumsal düzeyde, farklı ihtiyaç sahiplerinin sağlık ve sağlık sigorta hizmetlerinden faydalanma imkanları nasıl belirlenmektedir, hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından kurumlararası bilgi alış verişi nasıl sağlanmaktadır ” soruları yöneltilmiştir.

Özel sağlık kurumu yetkilileri görüşme formunda soru:19 ve 23, özel sağlık sigorta kurumu yetkilileri görüşme formunda soru: 2’ye verilen cevaplar bu kapsamdadır. Bu alt tema altında toplanan sorular, bir kurum yöneticisi, iki sağlık kurumu özel sigorta danışmanı ve bir hasta danışmanı tarafından yanıtlanmıştır.

- ÖSK 2 / KİM1;

“Özel sağlık sigortaları 30-45 yaş arası beyaz yakalı çalışanlara hitap eden bir sistem, tamamlayıcı sağlık sigortaları ise mavi ve beyaz yakalı olarak 25-45 yaş arası çalışanları kapsayan bir sistemdir. Sigortalılık yaşı daha önceden sigortası olan kişiler için 65 yaşa kadar çıkmaktadır.” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 2 / ÖSD 2;

Kurumlararası işbirliği ile verilen hizmetlerin neler olabileceği hakkındaki soruyu, “Sigorta şirketi, sistem değişikliklerini önceden bildirir ve eğitim verilir. Hastanenin bilgi işlem departmanı gereken değişiklikleri yapar, anlaşmalı kurumların her iki taraf olarak ulaşılabilir olması gerekir” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 3 /HD 1;

“Hastane olarak, her düzeyde ve her yaş grubuna evde bakım hizmetleri de dahil olmak üzere ayakta ve yatarak tedavi hizmeti verilmektedir. Yaşlı kategorisinde yeterli hizmet verilmediği düşünülmektedir. Sigortalı hastaların poliçesine ve teminatlarına bağlı olarak hizmet kapsamı değişebilmektedir. Ön bankoda ÖSS birimi mevcuttur. Sorunlar bu birim elemanları tarafından çözülmektedir” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 3 / ÖSD1;

Sigortalı hastanın, hastaneden hizmet alma sürecini “hastane programı, gelen bütün verileri anında güncellemektedir, kurumlararası iletişim kanallarının her an ulaşılabilir olacak şekilde hazır olması ile gecikmelerin önüne geçilebileceği” şeklinde yanıtlamıştır.

Sağlık kurumunun iki yetkilisi de, bu konuda ortak görüş bildirerek, sağlık kurumları sigorta şirketleri ile işbirliğinde sorunların, kendi bünyelerinde oluşturdukları birim ve sorumlu personeli ile çözüldüğünü bildirmişlerdir.

3.1.3. Onay Sistemi

“ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Onay Sistemi” alt tema başlığı altında; sağlık kurumlarına müracaat eden sigortalıların kabul işlemleri, yapılan işlemlerinin bağlı oldukları sigorta şirketi tarafından onaylanma süreci (provizyon aşamaları) ve provizyon taleplerinin değerlendirme koşullarının neler olduğu sorulmuştur. Sigortalı hastalara verilen hizmette doktorların tutum ve davranışlarının önemi, hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili koşulların nasıl sağlanması gerektiği bu bölüm kapsamında cevaplanan sorulardır.

Özel sağlık kurumu “yetkililer” görüşme formunda sorulan soru: 8, 12,14, 15, 16, 24, 25’e verilen cevaplar ile özel sağlık sigorta kurumu “yetkililer” görüşme formunda soru: 6’ya verilen cevaplar, bu kapsamdadır. Sorular, bir sağlık kurumu özel sigortalar ve yurtdışı danışmanı, iki sağlık kurumu özel sigortalar danışmanı, bir sigorta kurumu yöneticisi, bir sigorta acente yöneticisi ve bir sigorta acente yetkilisi tarafından yanıtlanmıştır.

- ÖSK 3 / ÖSD 1;

“öncelikle olarak, sigortalıların sağlık beyanı bilgilerini alıyoruz. Hasta doktora bilgi vermeden bize beyan veriyor. Sigortalının doktora verdiği beyan ile bankoya verdiği beyan karşılaştırılır ve sigortalının doktora verdiği beyan sigorta şirketine gönderilir. Onay sistemi ise iki aşamada gerçekleşir. Ön onay ve fatura onayı. Fatura onayına tıbbi işlemler için belirlenen rakamın, kurumlararası anlaşmalı fiyat listesi ile uyumlu olması için bakılır” şeklinde yanıtlanmıştır.

Sağlık kurumu yetkililerine 12. 15. ve 16. sorularda “Sigortalı hastalara, doktorların tutum ve davranışlarının verilen hizmete katkılarının ve öneminin neler” olduğuna ilişkin soruları yöneltmiştir.

(ÖSD1) bu soruları ; “Doktorun görevi, tıbbi dosyaları incelemektir. Doktorlar, sigortalı hastaya yapılacak işlemlerle ilgili tıbbi bilgiyi vermekle, süreç sigorta danışmanları ile birlikte yürütülmektedir” şeklinde yanıtlamıştır.

Bu hizmetin kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili koşullar nasıl sağlanmalıdır. (ÖSD1) onay sistemi ile ilgili oluşan sorunlara cevap olarak; “sigorta şirketlerinin sistemsal ve operasyonel değişiklik yaptıkları durumlarda ayrıca çıkış anında fatura da fiyat farklılıkları nedeni ile gecikme yaşanabilmektedir. Kurumlararası iletişim kanalları her an ulaşılabilir olacak şekilde hazır olmalı ve gecikmenin önüne geçilmelidir” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 2 / ÖSD 2;

Sağlık beyanı ile ilgili bilgilerin, sağlık kurumlarına yaptıkları başvuruda öneminin değerlendirildiği soruya “Onay, provizyon sürecini doğrudan etkilemektedir. Beyana bağlı olarak onay alınmaktadır. Sigorta şirketinden sadece ön onay almak yeterli değildir. Faturalandırma aşamasında döküman, zaman ve sözleşmeye uyumluluk da önem arz eder. Anlaşmalı kurumlar olarak, her iki tarafında ulaşılabilir olması gereklidir” şeklinde yanıtlamıştır.

Sağlık kurumu yetkililerine yöneltilen soru 12, 15 ve 16 “Sigortalı hastalara verilen hizmette doktorların tutum ve davranışlarının önemi ve yeri” bu kapsamdadır. (ÖSD 2) “Sigorta şirketleri ile doktorlar sözlü olarak iletişime geçmezler. İletişim kanalı, dosyaların sisteme yüklenmesi ve sistem üzerinden incelenmesi şeklinde yürütülür. Özel bir bilgi alma ihtiyacı var ise iletişime geçilir. Tıbbi deontoloji kurallarına göre hareket edilmektedir. Doktorlar, tüm hastalarına ayırt etmeksizin tıbbi bilgileri vermektedir. Sigortalı ile ilgili süreçler için kurum ilişkilerine yönlendirme yapılmaktadır” şeklinde yanıtlamıştır.

Sağlık sigorta kurumu “yetkililer” görüşme formunda soru: 6’ya verilen cevaplar aşağıda verilmiştir ;

- SS 1 / SSU

“Hastane kadrolarında bulunan hasta hizmetleri personeline sirkülasyonun fazla olması, kabul ve provizyon işlemlerindeki eğitim ve bilgi yetersizliği sigortalı memnuniyetsizliğine yol açmaktadır. Hekimlerin, sigorta şirketlerini devamlı ödeme yapan kurumlar olarak görmesi ve tıbbi açıdan gerekli olmayan tetkik, tahlil ve benzeri işlemlere yönlendirmeleri sigorta şirketi ve hastane ilişkilerini olumsuz etkileyebilir” şeklindedir.

- SSA 4 / ASU 1;

“Sağlık kuruluşundan onay alma sürecinde ilgili sağlık poliçesinin tahsilatının görünmediği durumlarda sorunlar yaşadık” şeklinde yanıt vermiştir.

- SSA 1 /ACY 3;

“Sigortalılara, satış aşamasında hizmetin nasıl verileceği hakkında iyi bilgilendirmek önemlidir. Aksi takdirde, uygulamayı bilmiyorsa sorun yaşayabiliyorlar. Bizlerde acente olarak bu sürece destek oluyoruz. Biz de sigortalımız takip ediyoruz. Rapor ve fatura geri bildirimleri sırasında değerlendirmeye bağlı olarak, süreç uzayabiliyor. Biz de acente olarak sigortalı ve sigorta şirketi arasında süreci takip ederek, olabilecek olumsuz bir durumda devreye girmeye çalışıyoruz ” şeklinde yanıtlamıştır.

ÖSK’ları ve ÖSS’leri işbirliği içinde çalışan kurumlar olarak karşılıklı çalıştıkları ekiplerde sık değişimlerinin, bilgi ve eğitim yetersizliğinin onay süreçlerine yansıyan ortak sorunlar olduğunu bildirmişlerdir.

3.2. Pazarlama

Sağlık sigorta şirketlerinin, toplumun sağlıkla ilişkili hizmetlerden yararlanmaları konusundaki kapsam ve uygulamalarının neler olduğu, özel sağlık sigortalarına başvuru ve kabul koşullarının nasıl belirlendiği, sağlık sigortalarında tüketicilerin satın alma koşullarının neler olduğu, “pazarlama” ana tema başlığı altında araştırılmıştır. Araştırılan bir diğer husus; sağlanan hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından, özel sağlık sigortaları ve özel sağlık kurumlarının sağlık bakım süreçlerindeki hizmetlerinin geliştirilmesi için neler yapmaları gerektiği ile ilgilidir.

3.2.1. Sigortaya Başvuru ve Kabul Koşulları

Sigortaya başvuru ve kabul koşulları alt tema başlığı altında; sağlık kurumu ve sigorta acenteleri yetkililerinden konuyla ilgili bilgi ve görüşler alınmıştır. Sigorta “yetkilileri “görüşme formunda yer alan soru 1, 2, 3 ve 4 ile sigorta kurumları “ yöneticiler ” görüşme formunda yer alan soru 1’e verilen cevaplar bu kapsamdadır.

Sorular, iki sigorta acente yöneticisi, bir sigorta kurumu yetkilisi ve iki sigorta acente yetkilisi tarafından yanıtlanmıştır.

- SSA 1 / ACY3;

“Sigorta şirketleri, belli bir yaş üzerinde genel sağlık durumundaki iyilik haline bakarlar. Sigortalı adayının ihtiyacı olan ve süregelen sağlık sorunları kapsam dışı bırakılır. Sigortalılık dönemi içinde ortaya çıkan rahatsızlıklar ise, ek şartlarla kabul edilebilir veya kapsam dışı bırakılabilir. Genel olarak sürekli tekrarlayan hastalıklar kapsam dışı bırakılmaktadır. Ben 20 yıla yakın bir süredir sigorta acentesiyim. Bu sisteme çok erken yaşta girilmesini öneririm. Tüketiciler satın alma aşamasında maddi konulara göre karar vermektedirler” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 3 / ACY 1;

“SGK’ lı daha iyi hizmet alıyor. Eğer SGK”lı değilse ÖSS alıyor. GSS ise çok cuzi primler ile yapılıyor. ÖSS daha çok mali açıdan yüksek gelir sahibi gruplara hitap ediyor ” şeklinde yanıt vermiştir.

- SS 1 / SSU;

“Sigortalı adayından geçmiş ve varsa mevcut hastalıklarına dair detaylı beyan talep edilir. İlgili beyan ve varsa kişinin geçmiş sağlık kullanımları, raporları risk kabul birimi tarafından değerlendirilir. Ürün bazında değişiklik gösterse de genel olarak, “0-60” yaş aralığındaki kişiler sağlık sigortasına kabul edilir. Sigorta şirketleri farklı bekleme süreleri ile risk kabul değerlendirmeleri yaparak ömür boyu yenileme garantisi verebilmektedir. Sigortalı adayında mevcut hastalık veya risk bulunması durumunda belirli kurallar çerçevesinde sigorta şirketi tarafından limit, ek prim, katılım payı ya da hastalık için kapsam dışı kararı alabilir. Tüketicinin satın alma davranışlarını etkileyen unsurlar olarak; hastalık risklerinin artması, sağlık harcamalarının yüksek olması, özel hastanelerden kaliteli sağlık hizmeti alınması unsurlarının etkili olduğu söylenebilir ” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 4 / ASU 1;

“Sağlık sigortalarında sigortalı adayının yaş ortalaması, meslek sınıfı, riskli hastalıkları ölçümlenerek poliçe primi hesaplanmaktadır. Özel sağlık sigortalarına kabul yaşı 60 yaşa kadar çıkabilmekte ancak bu koşul yenileme bir poliçe ise geçerli olmaktadır. Kabul yaşı kurumsal bir nitelikte olup, şirketlere göre değişebilmektedir. Poliçeye ait özellikler ise, teminat yapıları, limitleri, muafiyet oranları, anlaşmalı kurumlar ve yenileme poliçelerde hasar/prim oranları etkili olmaktadır” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 2 / ASU 2;

“Sağlık sigorta sistemlerinde, toplumun sağlıkla ilişkili hizmetlerden yararlanmaları ve bununla ilgili ihtiyaç planlaması iletişim, anket, veri tabanları gibi uygulamalarla yapılmalıdır” şeklinde yanıtlamıştır.

Sigorta şirketinin kabul aşamalarında, sigortalı adaylarından sağlık beyanı talep edildiği ve mevcut riskler/hastalıklar var ise muafiyet, bekleme süreleri ve/ya sigorta kapsamı dışında tutulabildiği yönünde bilgilere ulaşılmaktadır. Cevap içerikleri, bu unsurların sigorta şirketlerince uygulamalarının farklı olabileceğine işaret etmektedir.

3.2.2. Farklı Ürünler

Türkiye’de yaşlı nüfus artmaktadır. Yaşlanan nüfus ile birlikte artan kronik hastalıklar ve risk faktörlerine karşı sağlık kurumlarının uzun vadeli stratejilerinin neler olduğu, ÖSK/ÖSS işbirliğinde farklı ürünler ile bu ürünlerin ÖSK portföyündeki ağırlığının ne oranda olduğu, bu alt tema başlığı altında araştırılan konulardır.

Özel sağlık kurumları “yetkili “görüşme formunda soru: 11’e verilen cevaplar ile sigorta “yetkilileri” görüşme formunda soru : 9, sigorta şirketi “ yönetici ” görüşme formunda soru :3 ve 7, özel sağlık kurumları “ yönetici ” görüşme formunda soru: 5’e verilen cevaplar bu kapsamdadır.

Sorular, bir sağlık kurumu yöneticisi, iki hasta danışmanı, iki sigorta yöneticisi ve bir sigorta yetkilisi seviyesinde yanıtlanmıştır.

ÖSK 1 / HHM1;

“Tamamlayıcı sigortalar, SGK anlaşmaları kapsamında geçerli kısmi bir anlaşmadır. Tamamlayıcı sigortaların, anlaşma kapsamı dışındaki birimlere müracaat

edildiğinde fiyat indirimleri mevcuttur” şeklinde yanıtlamıştır.

ÖSK 2 / ÖSD 2:

“Tamamlayıcı sağlık sigortaları, 2 yıldır artan bir grafik izlemektedir. Şu anda özel sağlık sigortaları portföyde halen ağırlıklıdır. İlerleyen yıllarda tamamlayıcı sağlık sigortası ağırlıklı bir portföy Ankara için beklenmektedir” şeklinde yanıtlamıştır.

ÖSK 3 / ÖSD 1;

“Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip sigortalıların portföydeki yeri ÖSS’ larına göre ağırlıklıdır” şeklinde yanıtlamıştır.

Türkiye’de yaşlı nüfus artmaktadır. Nüfus oranındaki bu artışla birlikte kronik hastalıklar ve risk faktörleri de artmaktadır. Türkiye’de kronik hastalıklarla yönelik sağlık sigorta hizmetlerinin hedefleri veya planlanan çalışmalarının neler olduğu sorusu yöneltilmiştir.

- SSA 3 /ACY 1;

“Özel sağlık sigorta sisteminde, 65 yaş ve 120 kg. üstü bireyler sigorta kapsamına alınmamaktadır, tamamlayıcı sağlık sigortalarına ise rağbet artmaktadır. Çalıştığımız Axa Sigorta, sadece Ankara hastanelerinde geçerli olacak ve fiyat olarak da avantajlı bir ürün üzerine çalışmaktadır ” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 2 / ASU 2

“ Sağlık sigortaları yapmak üzere bakıldığında biz acenteler için yaş kriteri çok önemlidir. Yenilemesi olmadığı sürece, sigorta şirketleri belli bir yaş üstüne sigorta poliçesi yapmamaktadır ” şeklinde yanıtlamıştır.

SSA 1 / ACY 3 :

“Sigorta şirketlerinde yeni ürünler tasarlanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortaları revaçtadır. Özellikle primde avantaj sağlanmaktadır ve prim uygun olunca yaygınlaşmaktadır. Devletin de desteği ile özel sağlık sigortaları daha iyi bir düzeye gelebilir” şeklinde yanıtlamıştır.

Katılımcılar, farklı ve yeni bir ürün olarak, tamamlayıcı sağlık sigortalarının gerek fiyat olarak, gerekse kurumlardan alınan hizmetler açısından sigortalı lehine bir ürün olduğunu ve satışlarında bu yönde yükselen bir grafik gösterdiğini bildirmektedirler.

3.2.3. Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler

ÖSK/ÖSS İşbirliğindeki her türlü dokümantasyondaki bilgi güvenliğinin sağlanmasına özen göstermenin ve hasta hakları ilkelerine saygılı davranmanın ne ölçüde gerçekleştirebildiğinin tespit edilmesi çalışmanın önemli hedeflerinden birisidir.

“ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Müşteri/Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler” alt tema başlığı altında; sağlık kurumu yetkililerinden konuyla ilgili bilgi ve görüşler alınmıştır. Sağlık kurumu “yetkililer görüşme formunda yer alan soru 4, 5, 6, 7, 9 ve 17’ ye verilen cevaplar bu kapsamdadır.

Sorular, bir sağlık kurumu özel sigortalar ve yurtdışı danışmanı, bir sağlık kurumu özel sigorta danışmanı ve bir sağlık kurumu yöneticisi seviyesinde yanıtlanmıştır.

- ÖSK 3 / ÖSD1;

“Sigorta acenteleri, satış yapmak için sigortalı adayına eksik bilgi verebilmektedir. Bu durum sigortalıların hastaneye başvurularında sorun yaratmaktadır. Sigortalıdan gelebilecek farklı rapor taleplerine ise, gerçek durumlar dışında hekimler kesinlikle rapor vermezler. Her başvuran kişinin, sigorta şirketinin provizyon ekranından poliçelerinin aktif ya da pasif olup olmadığı sistemsal olarak kontrol edilmektedir. Öncelikle provizyon alınmaktadır. Dolayısı ile provizyonda problem yaşanmamaktadır” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 2 / ÖSD 2:

“Tıbbi deontoloji kurallarına göre hareket edilmektedir. Görüntüleme sonuçları, ameliyat cd.leri, tıbbi özgeçmiş, sigorta şirketine gönderilmektedir. Sigortalıdan gelebilecek farklı rapor talepleri kabul edilmez. Etik rapor yazımı söz konusudur. Sigortalılar poliçeleri hakkında ayrıntılı bilgiye sahip değiller. Herşeyin her zaman ödeneceğini sanıyorlar. Bekleme süreleri, doğuştan gelen, önceye dayalı hastalıklar gibi temel bilgilere sahip değiller. Bu durum sigorta satış yetkililerinin yeterli bilgi vermemesi ve sigortalının niyeti ile ilgili. Bu durumda hastane arada kalmaktadır. Sigorta şirketlerinin sigortalısına yeterince bilgilendirmemesi, hastane sürecini zorlamaktadır. Sigortalılar onay süreci düzgün işlerse hastaneden memnun olarak ayrılmaktadır. Ancak ret edilirse mutsuz olmaktadır” şeklinde yanıtlamıştır.

ÖSD 1 ve ÖSD 2 etik çalışma prensiplerinin, kurumlararası güven işbirliğinin yürütülmesi için çok önemli olduğunu, hastalardan işlem süreçlerinde iki kez sağlık beyanı alındığını ve beyanların doktora verdikleri beyan ile mukayese edilerek ÖSS’lerine gönderilmekte olduğunu bildirmişlerdir.

- ÖSK 1 / HHM1;

“Özel sağlık sigorta hizmetleri bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayan önemli bir güvencedir ve yaygınlaşmaktadır. Sigortalılar, hastane hizmetinden

memnun olarak ayrılmaktadır. Sigortalı hastalarda bilinç düzeyi yükselmektedir. Sigortalı hastalar sahip oldukları bilgi düzeyi ile tıbbi hizmeti değerlendirebilmekte ve eleştirel yaklaşımları olabilmektedir” şeklinde yanıtlamıştır.

Sağlık kurumları ile özel sigortaların aralarındaki anlaşmalar çerçevesinde, etik ve hasta haklarına saygılı bir tutum izlemeleri önemlidir. Sağlık kurumları tarafından sigortalıların, bilgi ve/ya rapor değişiklik taleplerinin yerine getirilerek gerçeği yansıtmayan düzenlemeler yapılması, sağlık ve sigorta sektörüne duyulan güveni zedeleyebilir. Sağlık kurumu her iki yetkilisi de bu çerçevede ortak görüş bildirerek, kurumsal olarak etik çalışma prensipleri’ ne göre hareket edildiğinin altını çizmişlerdir. Her iki yetkili de ayrıca sigortalının sağlık kurumundan hizmet alma sürecinin, pazarlama faaliyetlerinde satış aşamasında aktarılan bilgilerden, etkilendiğini bildirmişlerdir. Dolayısı ile satış aşamasında poliçenin kapsamı hakkında verilen eksik ve hatalı bilgiler müşteri memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir. Sağlık kurum yöneticisi ise farklı bir görüş ile sağlık sigorta hizmeti alan müşteri kitlesinin sağlık bilincinin yükselediğini belirtmiştir.

3.3. Evde Bakım Hizmetleri

Bu ana tema altında araştırılan konular; özel sağlık sigortaları ile sağlık kurumları işbirliğinde sunulan “ Evde Sağlık Bakım” Hizmetlerinin kapsamı ve hizmet sunumunun hasta bakım süreçlerinde performanslarının araştırılması ve geliştirilmesi için neler yapılması gerekli olduğu ile ilgilidir. Özel sağlık kurumları ve özel sigorta şirketleri ile kamu kurumları tarafından verilen sağlık ve sosyal hizmetlerinin hangi düzeyde işbirliği yapmakta olduğu, bu hizmetlerin neler olduğu ve bu işbirlikliliklerinin nasıl geliştirilebileceği bu kapsamda sorulan sorulardır.

“ÖSK / ÖSS İşbirliğinde “Evde Bakım Hizmetleri” alt tema başlığı altında; sağlık kurumu “yöneticiler ” ve “sigorta şirketi “ yetkililer” seviyesinde konuyla ilgili bilgi ve görüşler alınmıştır. Sağlık kurumu “ yöneticiler ” görüşme formunda yer alan soru : 6 ve 8’ye verilen cevaplar ile sigorta şirketleri “yöneticiler” görüşme formunda

yer alan soru : 6 ve 8'e verilen yanıtlar bu kapsamdadır.

Sorular, bir sağlık kurumu evde bakım hemşiresi, bir sağlık kurumu yöneticisi, bir sigorta acentesi yetkilisi seviyesinde yanıtlanmıştır.

- ÖSK 3 / EBH 1;

Lokman Hekim Hastanesi Evde Bakım Hizmetleri biriminden alınan bilgiler doğrultusunda yapılan açıklamalar şu şekildedir;

Özel sağlık kurumlarında “evde bakım hizmetleri”, uzman doktor, özel hemşire ve özel ekipmanlar ile talebe bağlı olarak verilmektedir. “Evde bakım hizmetleri”, kronik hastalar için verilmekte ve düzenli olarak takip edilmektedirler. Bu hizmet hızlı ve kaliteli olarak verilmelidir. Ancak bu hizmet özeldir ve tüm toplumu kapsayıcı nitelikte değildir. Hizmetlerin bütünsel olarak toplam maliyeti, tek başına standart gelirli bir ailenin karşılayabileceği rakamların üzerindedir. Sağlık sektöründe bakım hizmeti veren profesyonel ekipler mevcuttur ancak bu hizmetin karşılığında yüksek fiyatlar talep etmektedirler”.

“EBH” özellikli bir hizmettir, ekip işidir. Türkiye’de mevcut şartlarda yabancı uyruklu göçmenler daha fazla olarak EBH içinde çalışmaktadırlar. Bu kişiler tarafından verilen bakım hizmetleri, evde kalıcı olabilmeleri sebebi ile tercih edilmektedir. Bazıları hasta bakım sertifikası sahibidir. Yabancı hasta bakıcılar aylık ortalama 2500/3000 tl ücret talep etmektedirler. Türk ve lisans sahibi profesyonellerin ise maliyetleri yüksektir. 24 saat günlük bakım ücreti 300/400 tl olarak talep edilmektedir. Türkiye’de “EBH”nin hizmet olarak talep edilmesi durumunda kapsayıcı ve sürekli olarak verilen güvenceli bir sistem yoktur. “EBH”, sosyal güvence sistemi kapsamına dahil edilmelidir” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 2 /ASU 2;

“Evde bakım hizmetleri özveri ile verilmesi gereken bir konudur ve ülkede ÖSS ve kamu genelinde verilen hizmetlerde kısıtlamalar mevcuttur. Her iki sistemin işleyişi izleyerek ve geliştirerek eksiklikleri, farklılıkları ortaya koyması gerekmektedir ” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 2 / KİM1;

“Nitelikli evde bakım hizmetlerinde, uzmanlaşmış personel ihtiyacı bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde yüksek maliyet unsuru ile devletin öncelikli olarak ele alması gereken bir husustur. Evde bakım hizmetleri, uzman doktor, özel hemşire ve özel ekipmanlar ile talebe bağlı olarak verilmektedir” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 2 / ASU 2;

“Öncelikle ülkede evde bakım hizmetleri çok sıkıntılı. Evde bakım hizmetlerinde en büyük sorun hizmette yeterli özverinin verilmemesi. Bununla birlikte sigorta şirketlerinin kısıtlamaları mevcut. Evde yürütülen bakım olarak; vücut bakımı, beslenme, hareketlilik ve yardımcı ev hizmetleri gereksinimleri ele alınmalıdır. Sigorta kapsamında, yaşlı bakımı ayrı bir kategori olarak ele alınmalıdır” şeklinde yanıtlamıştır.

Ülke genelinde sağlık kurumlarının maliyetlerinin özellikle dövizde yaşanan son gelişmelerle artması, doğal olarak sağlık hizmetlerini de yansıtmaktadır. Evde sağlık hizmetleri sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır. Sigortalı bir hasta, sağlık kurumundan alınarak eve transfer edilmektedir. Ancak bu uygulamalar, belirli bir limit dahilinde ve belirli süreler için geçerli olmaktadır. Yani uzun dönem evde bakım hizmeti kapsama dahil edilmemektedir. Sorulan sorulara verilen yanıtlar çerçevesinde evde bakım hizmetlerinin devlet tarafından desteklenmesi ve SGK kapsamına alınması

ortak görüşler olarak yanıtlanmıştır.

3.4. Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri

Bu ana tema başlığı altında; toplumda kronik hastalıkların izlenmesi ve hastalık kontrol programlarının uygulanması, eğitim ve yönetim faaliyetlerine yönelik sağlık sigorta sistemlerinin yaklaşımlarının ve uygulamalarının neler olduğu araştırılmıştır. ABD ve Avrupa ülkelerinin artan bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirdikleri, evde bakım modelleri nasıl değerlendirilmektedir? Türkiye’de yaşlanan nüfus ile birlikte artan bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere mevcut modeller nelerdir? Bu kapsayıcılık ile birlikte geliştirilen modeller ve hizmetler diğer ülkelere göre hangi düzeydedir? soruları katılımcılara yöneltilmiştir.

“Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri” alt tema başlığı altında; sağlık kurumu “yöneticiler” ve sigorta şirketi “yetkililer” seviyesinde konuyla ilgili bilgi ve görüşler sorulmuştur. Sağlık kurumu “yöneticiler” görüşme formunda yer alan soru :5, 7 ve 8 ile sigorta şirketleri “yöneticiler” görüşme formunda yer alan soru: 5, 7 ve 8’e verilen yanıtlar bu kapsamdadır.

Sorular, iki sigorta acentesi yetkilisi, bir sigorta acente yöneticisi bir sigorta şirketi yetkilisi seviyesinde yanıtlanmıştır.

- SSA 2 / ASU 2;

“Amerika ve Avrupa ülkelerinde bakım sigorta ürünleri kapsayıcı rolleri ile daha ileri düzeydedir. Bu kapsayıcılık ile birlikte geliştirilen modeller ve hizmette diğer ülkelere göre daha ileri düzeydedir. Sigorta sistemlerinin kronik hastalık yaklaşımı ise hastalığın kapsam dışı bırakılmasıdır. Bakım sigortasına bakıldığında; hem maddi hem manevi anlamda destek sağlanması ve bakıma muhtaçlık kategorisi çıkarılması gerekir ” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 3 / ACY 1;

Evde bakım hizmetleri olan ürünler var. Ancak kısa dönemli ve limitler dahilinde veriliyor. Ancak uzun dönemli bakım için yeterli olmuyorlar. Zira sigorta poliçeleri bir yıllık dönemi kapsıyor. Devletin ileri vade planları risk gösteriyor. Sektörde yeni ürün olarak “ tamamlayıcı sağlık sigortası ” öneriliyor. Bu ürün çok gelişti. Düşük ücretliler için avantajlı bir ürün. Dış teminatı eklendi. ÖSS’de dış teminatı yoktu. Axa Sigorta bu konuda bölgesel bir çalışma yapıyor. Bu da primi düşürüyor. Sigortalı hem daha az ödüyor hem de cepten ödeme yapmıyor” şeklinde yanıtlamıştır.

SS 1 / SSU ;

“Sigorta şirketleri, evde bakım hizmetlerini genellikle yatarak tedavi sonrası hekim raporu olan hastalar için ödemektedir. Yurt dışında evde bakım hizmetleri yönetimi, belediyeler tarafından geri ödeme ve farklı yöntemler ile desteklenmektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin devlet tarafından geri ödeme sistemleri ile desteklenmesinin, hem hastaların iyileşme sürecini hem de hastane yatış sürelerini kısaltabileceği yönünde görüşler bildirilmiştir. Artan hastane maliyetleri ve uzayan yatış süreleri sigorta şirketlerini olumsuz etkilemektedir. Bu sebeple evde bakım hizmeti veren firmaların sayısının artması maliyetleri düşüreceğinden sigorta şirketleri için daha cazip hale gelebilecektir” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 4 / ASU 1

“Trakeaostemi, aspirasyon, enternal beslenme ihtiyacı, sıvı desteği ihtiyacı, solunum desteği gibi hizmetlerin bu kapsamda veriliyor olması gerekir. Bu konuda hizmet almamaktayız, ancak kapsam genişletilebilir. Bu kapsama bakılarak, istisna tutulan haller tekrar değerlendirilebilir” şeklinde yanıtlamıştır.

Sigorta acentesi yetkilileri, sigorta acente yöneticisi ve sigorta şirketi yetkilisi bu sorular çerçevesinde ortak ve birbirini tamamlayan nitelikte yanıtlar vermişlerdir.

Verilen bilgiler doğrultusunda, “sigorta şirketleri kronik hastalıkları kapsam dışı bırakmakta ve evde bakım teminatını kısa dönem ve limit dahilinde vermektedir. Yurtdışında bakım sigortası modelleri ülkedeki mevcut uygulamalardan daha ileri düzeydedir, evde bakım hizmetleri ise daha uzun dönemi kapsayacak şekilde devlet tarafından desteklenmektedir” şeklinde değerlendirmeler yapılmıştır.

3.5. Finansman ve Ödeme Sistemleri

Bu ana tema başlığı altında; sağlık kurumları ile sigorta şirketlerinin özel sağlık sigortalılarına hizmet vermek üzere nasıl bir anlaşma sağladıkları, yaptıkları anlaşmaların amacı ve sigortalı bireylere sağladığı avantajların neler olduğu sorulmuştur. Aynı kapsamda, kurumlararası işbirliğinde fiyat ve hizmet anlaşmalarının farklılaşmasının sigortalıları nasıl etkilediği araştırılmıştır

3.5.1. Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları

“ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları” alt tema başlığı altında; sağlık kurumu “yetkililer” ve “yöneticiler” ile sigorta şirketi “yetkililer” seviyesinde konuyla ilgili bilgi ve görüşler alınmıştır. Sağlık kurumu “yetkililer” görüşme formunda yer alan soru :1, 2, 3, 20, 21 ile sigorta şirketleri “yetkililer” görüşme formunda yer alan soru : 5 ’e verilen yanıtlar bu kapsamdadır.

Sorular, iki sağlık kurumu özel sigortalı danışmanı, bir sağlık kurumu yöneticisi, bir sigorta acentesi yetkilisi, bir sigorta şirketi yetkilisi seviyesinde yanıtlanmıştır.

- ÖSK 2 / ÖSD 2:

“Sigorta şirketleri hastaneleri kategorilere ayırmaktadır. Bölgesel, sınıfsal, branş olmak üzere hastaneler kategorize edilmektedir. Anlaşmalar, protokoller fiyat-birim

ilişkisi ile yapılmaktadır. Branşlaşarak protokol fiyatlandırması yapmak daha avantajlı olabilmektedir. Banka anlaşmaları, sigorta anlaşmalarından farklıdır. Sigorta şirketleri, sigortalılarına daha iyi hizmet verebilmek, şeffaf, etik ve kontrol edilebilir olabilmek için anlaşma yapmaktadırlar. Sigortalılar bu anlaşma ile; uygun fiyata v.i.p bir hizmet almakta ve prosedurlarla uğraşmak zorunda kalmamaktadırlar. Farklı fiyat tarifeleri, kurumlar arasında haksız rekabete neden olmaktadır. Sigortalılar bir başka hastanede fark alınmadı gibi örneklerle ödeme yapmayı kabul etmemek üzere davranış geliştirebilmektedirler. Ödenecek katılım payı konusunda sigortalıların öncelikli olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir” şeklinde yanıtlamıştır.

- ÖSK 3 / ÖSD1;

“Sigorta şirketleri ile sözleşmeler yazılı olarak ayakta tedavi ve yatarak tedavi kapsamında sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılmaktadır. Sözleşmeler yıllık ve bir yıllık sürenin sonunda yenilenmektedir. Sigortalıların avantajlı olduğu durumlar bu anlaşmalar kapsamında daha fazladır. Ancak, yatarak tedavi de bir provizyonun ret edildiği durumlarda olabilmektedir. Sigorta şirketi ön onayda bir limit vermektedir. Ülke genelinde emsal olan konular araştırılarak bu limit verilmektedir. Nihai onay farklı olduğu zaman fark ödenmesi konusunda sigortalılar sigorta şirketine tepki vermektedirler” şeklinde yanıtlanmıştır.

- ÖSK 1 / HHM 1;

“Anlaşmalar, kurumsal pazarlama ve iletişim aracılığı ile yapılır. Ayakta ve yatarak tedavi hizmet bedelleri, hizmet kapsam ve nasıl bir süreç içinde faturalandırılacağı her iki kurum onayı ile yürürlüğe girer. SGK ile kısmi bir anlaşma vardır. Özel sağlık sigortaları, bankalar, meclis, merkez bankası sözleşmeleri yıllık olarak yapılır ve kurumsal pazarlama tarafından yenilenmesi sağlanır. Sigortalılar avantajlıdır, ödemeler kısmında sigortalılar daha az ödeme yapmaktadır. Sigorta kapsamı dışında kalan ve ret edilen durumlar sigortalının sıkıntı yaşamasına sebep olabilir” şeklinde yanıtlamıştır.

SS1 / SSU;

“Ferdi sağlık sigortalarında prim hesaplamalarında, yaş, cinsiyet, mevcut sağlık durumuna bakılır. Hastane maliyetleri kümül olarak değerlendirilerek ürün bazında maliyet çalışması yapılır. Grup poliçelerinde ise ferdi poliçeler ile aynı detaylar olmak üzere grubun yaş ortalaması, meslek, sınıf, riskli hastalıklar ölçümlenerek hesaplama yapılır.” şeklinde yanıtlamıştır.

- SSA 4 / ASU 1;

“Sağlık sigortalarında primler, yaş, cinsiyet, geçmiş dönem hastalıklar ve h/p oranına göre belirlenmektedir. Teminat limitleri ve muafiyetlerde fiyatlandırma da etkindir” şeklinde yanıtlamıştır.

Sağlık kurumu yetkilileri ve yöneticileri ile sigorta şirketi / acentesi yetkilileri, sorulan soruları ortak içerikteki bilgiler çerçevesinde yanıtlamışlardır. Bu bilgiler doğrultusunda bireylerin sigorta sistemine dahil olabilmesi için fiyatlandırma kriterleri, yaş, cinsiyet ve geçmiş dönem hastalıkları ile mevcut sağlık durumlarına göre yapılmaktadır. Sağlık kurumlararası ile sigorta şirketleri arasındaki anlaşmalar, sigortalılara fiyat ve hizmet avantajı sağlamaktadır. Sağlık kurumlarının sigorta şirketleri, banka ve diğer kurumsal anlaşmaları birbirinden farklı olabilmektedir. Farklı anlaşmalar dolayısı ile sigortalıların sağlık kurumlarında ödemesi gereken katılım payları da farklı olabilmekte bu durum da sağlık kurumları arasında haksız rekabete neden olabilmektedir.

4. TARTIŞMA

4.1. Eşgüdüm ve Organizasyon

Özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumu, yaptıkları anlaşmaların kapsamı ve amaçları, sağlık kurumlarına müracaat eden sigortalıların kabul işlemleri, provizyon işlemlerinin aşamaları, veri aktarımı, dökümantasyon ve sağlık kurumlarında hekim kaynaklı sorunlar, sistemsel ve prosedür ile ilgili sorunlar, verilen bu hizmetin kalitesinin değerlendirilmesinde ki temel işlevlerdir. Bu nedenle sağlık kurumları ve sağlık sigorta şirketleri yöneticileri ile birebir görüşmeler yapılmış, bu görüşme notları analiz edilerek sorunların hangi konular etrafında yoğunlaştığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

4.1.1. İşbirliğinde Eşgüdüm

ÖSK/ÖSS kurumlararası anlaşmaların kapsam ve uygulamaları, araştırma kapsamında sorulan bir sorudur. Özel sağlık kurumu 1 (ÖSK 1), hasta hizmetleri müdürü (HHM 1) ile Özel sağlık kurumu 3 (ÖSK 3), özel sigorta danışmanı (HD 1) soruya, ortak ve farklı olabilecek nitelikte cevaplar vermişlerdir. Hasta hizmetleri müdürü, kurum olarak bankalar, özel kurumlar ve sigorta şirketleri ile farklı içerikler de anlaşmalar olabildiğini ve özel grupların sağlık kurumu için önemli olduğu vurgulamıştır. Her iki yöneticinin cevapları değerlendirildiğinde öne çıkan yorumlar; anlaşmaların ağırlıklı olarak sigortalı lehine avantaj yaratan önemli bir anlaşma olmasıdır. Sözleşmeler ÖSK/ÖSS arasında yıllık olarak yapılmakta ve sigortalılar bu sözleşmeler kapsamında fiyat indirimlerinden yararlanmaktadırlar.

Zengin (2015) “Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye / Yararı” konulu yüksek lisans tezinde; sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahip olan özel sağlık kurumlarının, sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini artırdığına değinilmiş, Özel Medikal Park Hastanesi’ nin 2014 yılında

özel sağlık sigortası kullanımı istatistiki verileri ile yapılan araştırmada özel sağlık sigortalarının sağlık hizmeti sunumu ile ilgisi ve özel hastanelere faydası ele alınmıştır.

Özel hastaneler devamlı büyüyen ve kar amaçlı işletmelerdir. Sağlık kurumları, sağlık sigortacılığının gelişiminden olumlu olarak etkilenmektedir. Sağlık sigortacılığının gelişmesi, hastaneleri birkaç yönden olumlu olarak etkilemiştir. Birincisi, sigortacılık ile hastanelerin mali durumları kararlılık göstermiştir. Böylece hastaneler kendilerini geliştirme olanağı elde etmişler, tıbbi teknolojiye yatırım yapmışlardır. Sigortacılık, hastanelere olan talebi de artırmıştır. Bununla birlikte sigorta kurumları, hastaneleri daha ekonomik hizmet üretmeleri konusunda zorlamaya başlamıştır. Hastaneler, hastaların artan beklentileri ile sigorta kurumlarının maliyetler konusunda zorlamaları arasında denge kurmaya yönelmişlerdir.

4.1.2. Onay Sistemi ve Yetkili Birimler Çalışma Prensipleri

“ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Onay Sistemi” kurumlararası düzeyde araştırılması gereken bir konudur. Bu kategoride sorulan sorulara yanıtlar yetkililer ve yöneticiler düzeyinde olmuş ve farklı yanıtlar ile birlikte daha çok ortak sorunlar tartışılmıştır.

Sigorta şirketleri sistemsel değişiklikler yapabilmektedirler. Bu değişiklikler, sağlık kurumunda gecikmelere neden olmuş ve pek çok dosya onay almak için bekletilmiştir. Bu tarz konularda kurumların her iki taraf olarak ortak çözümler geliştirme konusunda eşit adımlar atmasını, ortak menfaatleri ve sigortalı hasta bireyleri mağdur etmemek adına planlamalar yapabilmeyi gerekli kılmaktadır. Ulaşılabilir olmak, hızlı iletişim kanalları ile sorunları anında değerlendirebilmek ve kurumlararası ziyaretler ile tanışıklık geliştirme bu işbirliğinde önemlidir. Kurum yetkilileri, sigorta şirketleri ile işbirliğinde; sorunların çözümüne yönelik eğitim programları düzenlendiğini ve bu toplantılar ile sonuç alınabildiğini bildirmişlerdir.

“ Özel Sağlık Kurumları ve Özel Sağlık Sigortaları (ÖSK ve ÖSS) İşbirliğinde Onay Sisteminin Sağlık ve Sigorta Ekipleri Karşılaştırmalı Değerlendirmeleri”

konusunda yapılan çalışmalarda, kurumlararası acil iletişim kurulması gerektiği zamanlarda yaşanan sorunlara, onay sisteminde yazılı iletişimde yaşanabilen gecikmelere değinilmiştir.

Kırımlı, (2013) “Özel Hastanelerle Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları”; çalışması ile hastanelerde özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan sorunları incelemeyi amaçlamıştır. Sorumlu sağlık personelinin çok büyük bir bölümü, özel sağlık sigortaları ile ilgili sorunların kontrol süreleri ile ilgili provizyon sürecinin uzaması ve telefonla dönülmesi gerektiğinde sigortaya ulaşamaması gibi konuların büyük sorunlar yarattığını ifade etmiştir.

Sağlık sigortalılarına hizmet verme süreçlerinde sorumlu sağlık personelinin, ayakta tedavi ve/veya yatarak tedavi hizmetleri için onay alınması, ödenecek tazminat bedelleri, tıbbi raporlama süreçlerindeki sorumlulukları sigorta şirketi, sigortalı ve sağlık kurumu arasındaki güven ortamı, istikrar ve maliyetlerin kontrolleri açısından önem taşımaktadır.

4.2. Pazarlama

Sağlığını koruma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı, tüketicilerin en temel ve en önemli ihtiyaçlarıdır. Sağlık sigortaları ürünleri ve hizmetleri, sağlık ihtiyaçlarına yönelik özellikler taşırlar. Sigorta şirketleri için ürünlerinin satış aşamalarında tüketicilerin değer algıları temel alınmalıdır.

4.2.1. Sigortaya Başvuru ve Kabul Koşulları ile Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler

Kırımlı, (2013) “Özel Hastanelerle Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları”; çalışmasında, özel hastanelere ilk başvuru anında, özel sağlık sigortalarının işleyişi hakkında Ocak 2013 yılında bir araştırma yapmıştır. Yapılan araştırma ile hem

hastaların hem de hastane sorumlu personelinin konu ile ilgili görüşleri alınmıştır. Uygulamada, özel sağlık sigortaları ile ilgili sorunlara yönelik hem hastalar hem de sorumlu personeli açısından tutumların incelenmesi için İstanbul’da hizmet veren bir özel grup hastanesinde dağıtılan anket formları aracılığıyla veriler toplanmıştır. Toplanan veriler düzenlendikten sonra 212 hasta ve 88 sorumlu personelin anketleri geçerli olduğundan analize dahil edilmiştir.

Hastalar, özel bir sağlık kurumuna başvurduğunda özel sağlık sigortası olup olmadığının sorulmasından rahatsız oluyor musunuz sorusuna %83,5’i hayır cevabı verirken, %16,5’i evet rahatsız oluyorum cevabı vermiştir ve hastaların %16’sı özel sağlık sigortası olduğunu belirtmezken, %84’ü özel sağlık sigortası olduğunu belirttiğini ifade etmiştir.

Bu çalışma ile provizyon isteminin onaylanmadığı durumlarda, gerekçeleri hakkında sigortalı hastanın bilgilendirilmesi, sahip olduğu sağlık poliçesinin teminatları ve içerikleri konusunda farkındalık yaratacak yönlendirmeler yapılması gerektiği bulunmuştur. Nitekim bu yönlendirmelerin yapılacak işlemler öncesi olması, sigortalı hastanın işlem öncesi bilgilendirilmesi ve onayının alınması, işlem sonrası sigortalı hastanın ödemelerde bir mağduriyet yaşamaması açısından oldukça önemlidir,

Çalışma, kurumlararası işleyişte ortaya çıkan sorunların hasta memnuniyeti olumsuz etkileyebilmeleri açısından önemli bulunmuştur. Sigortalıların sağlık kurumlarından hizmet satın alma döneminde karşılaşılabilecekleri sorunlar açısından gerek yetkili birimlerin, gerekse sağlık profesyonellerinin etkin çalışması ve tüketici şikayetlerini anında ve uygun müdahalelerde bulunması son derece önemlidir. Sağlık kurumları ile anlaşma koşulları ne olursa olsun, kişileri hem mağdur durumda bırakmamak hem de memnuniyet seviyesini yükseltebilmek için sağlık hizmetleri en iyi şekilde verilmelidir. Kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu ile kişi ve kurumlararası güven ortamı oluşması, hasta memnuniyeti açılarından önemlidir.

4.2.2. Farklı Ürünler

ÖSK/ÖSS işbirliğinde farklı ürünler alt tema başlığı altında yapılan araştırma ile edilen bulgularda katılımcılar, toplumun sigorta faaliyetlerine olan gereksinimlerinde özel tamamlayıcı sağlık sigortalarının kapsamı ve önemine işaret etmişlerdir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, sosyal güvenlik kurumu tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile vatandaşların kolay erişebileceği nitelikli sağlık hizmeti seçenekleri artmıştır.

Yöneticiler düzeyinde yapılan yorumlarda, özel sağlık sigortaları (ÖSS) ile tamamlayıcı sağlık sigortaları (TSS) arasında karşılaştırmalı değerlendirmeler yapılmaktadır. Buna göre; TSS, teminat yapıları ve ürün içerikleri açısından standart bir üründür ve her türlü bütçeye daha uygun gelmektedir. Bireylerin ÖSS'larına olan ihtiyaçlarına göre ayarlanabilen modüler ve karma grup sağlık sigortaları gibi ürünlerin yanında TSS'ları da çözümler sunabilmektedir.

Ankara'da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi isimli (Zengin, 2015) çalışmada 278 hastaya anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan kişilerin büyük ölçüde tamamlayıcı sağlık sigortasının farkında olmadıkları, farkında olan kişilerin ise önemli bir bölümünün tamamlayıcı sağlık sigortasına sıcak bakmadığı belirlenmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortasına bu yaklaşımın en önemli nedeni, sigorta şirketlerine duyulan güvensizlik ve yeterli tanıtımın yapılmaması olarak belirlenmiştir. Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına geçilmeden önce, yapılan bu çalışmanın ülke genelinde daha büyük bir örnekleme genişletilmesi “ tamamlayıcı sağlık sigortası ” ile ilgili yasal ve pratik düzenlemelerin geliştirilmesinde yararlı olabileceği düşünülmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları, ülkede genel sağlık sigortasından sonra, destekleyici unsurları ile bireylerin sağlık konumuna katkıda bulunabilecek önemli bir hizmettir.

4.2.3. Evde Bakım Hizmetleri

“ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Evde Bakım Hizmetleri” alt tema başlığı altında yapılan araştırma ile edilen bulgulara katılımcılar, toplumun sigorta faaliyetlerine olan gereksinimlerinde evde bakım hizmetlerinin kapsamı ve önemine işaret etmişlerdir.

Özel sağlık kurumları, özel sigorta şirketleri ve sigorta acenteleri yönetici düzeyinde, toplumun evde bakım hizmetlerine ve bakım sigortalarına duydukları gereksinim ve bu hizmetlerden beklentilerin neler olduğu soruları yöneltmiştir. Sigorta acente yöneticisi düzeyinde, evde yürütülen bakım olarak; vücut bakımı, beslenme, hareketlilik ve yardımcı ev hizmetleri gereksinimlerini ele alınması gerekliliği yönünde yanıtlamış ve sigorta kapsamında yaşlı bakımının ayrı bir kategori olarak değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. ÖSK yönetici düzeyinde ise, evde bakım hizmetlerinin, uzman doktor, özel hemşire ve özel ekipmanlar ile talebe bağlı olarak verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” konusu ile ilgili olarak sorulan soruyu, özel sağlık kurumu 3 (ÖSK 3) sorumlu hemşiresi (EBH 1); ülkede evde bakım hizmetlerinin talep edilmesi durumunda kapsayıcı ve sürekli olarak verilen güvenceli bir sistem olmadığı şeklinde cevaplamıştır. Evde bakım hizmetleri için özverili çabalar verilmesi gerektiğini, sosyal güvence sistemi kapsamına dahil edilmesini zira ülkede ÖSS ve kamu genelinde verilen hizmetlerde kısıtlamalar mevcut olduğunu belirtmiştir. Her iki sistemin de işleyişi izleyerek ve geliştirerek eksiklikleri, farklılıkları ortaya koyması gerektiği, nitelikli EBH’lerinde, uzmanlaşmış personel ihtiyacı bulunduğu, EBH’lerinde yüksek maliyet unsuru ile devletin öncelikli olarak ele alması gereken bir husus olduğu şeklinde görüşlerini tamamlamıştır.

“Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler” konusu ile ilgili olarak sigorta acente uzmanı ise evde bakım hizmetlerinin çok sıkıntılı olduğunu, evde bakım hizmetlerinde öncelikle en büyük sorunun yeterli özverinin verilmemesi olduğu şeklinde yanıtlamıştır. Bununla birlikte sigorta

şirketlerinin uygulamalarında kısıtlamalar mevcut olduğunu belirterek görüşlerini tamamlamıştır.

Söylemezo (2011) “Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi” çalışması ile araştırdığı konu, toplumda evde bakım gereksinimin boyutu ve karşılanma düzeyinin belirlenmesi ile ilgilidir. Araştırmacı, “EBH” nin, ülkede henüz yeni yapılanmaya, gelişmeye başlayan bir hizmet olduğunu bildirmektedir. Araştırmacıya göre “EBH”, yaşlı nüfusun artışı ile daha da önem kazanacaktır ancak bu alanda topluma dayalı çalışmalar son derece az sayıdadır.

- Evde Bakımda Organizasyon

Günümüzde tedavi hizmetleri sadece hastane hizmetleri ile sınırlı kalmamakta ve hastanede sunulan birçok tedavi yöntemi gelişen teknoloji ile birlikte evde sunulmaktadır. Evde bakım, sağlık hizmetlerinin bakım devamlılığı modelinin önemli bir parçasıdır. Hastanın evinin destek sistemler ile düzenlenmesi, hasta ve ailesinin sosyal düzenleri için gerekli servislerin sağlanması ve sağlık hizmeti sunan profesyonellerin ev ortamındaki iletişim ve koordinasyonu evde bakım organizasyonu için önemlidir.

ÖSK 3 / EBH 1’ den alınan bilgiler doğrultusunda; “EBH” özellikli bir hizmettir ve ekip olarak çalışmaya gerektirir. Türkiye’de mevcut şartlarda yabancı uyruklu göçmenler daha fazla olarak “EBH” içinde çalışmaktadırlar. Bakım hizmeti bu kişiler tarafından daha fazla olarak evde kalıcı olabilmeleri sebebi ile tercih edilmektedir.

SSA 4 / ASU 1; trakeostomi, aspirasyon, enternal beslenme ihtiyacı, sıvı desteği ihtiyacı, solunum desteği gibi hizmetlerin bu kapsamda veriliyor olması gerektiğini bildirmiştir. Ancak mevcut durumda sigorta şirketlerinden bu konuda hizmet alınamadığını, teminat kapsamının genişletilmesi durumunda, istisna tutulan hallerin tekrar değerlendirilebileceğini belirtmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin amacı, hastanelerdeki tedavi süresini mümkün olduğunca azaltmaktır. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği için bazı konuların net olarak aydınlatılması gerekmektedir; Ülkede, evde bakım hizmetlerini verebilecek kapasiteye sahip hekimleri iyi seçilmiş, iyi yapılanmış kurumlar mevcut olup olmadığının araştırılması gerekmektedir. Ayrıca, toplumdaki hekimlerin hastane dışı hizmetleri nasıl değerlendirdiği, sağlık hizmetlerinin etkililiği açısından önemlidir.

Karabağ, (2007), Evde Sağlık. Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine İlişkin Hekim Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Saha Çalışması” ve “Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi” çalışması ile aydınlatılması gereken bu konulara yanıt aramıştır. Çalışmanın amacı, evde sağlık bakım hizmetinin uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşlerini tespit etmektir.

- Evde Sağlık Hizmetlerine Erişebilirlik

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; sağlık hizmetlerine erişilebilirliği ve bu hizmetlerden adil yararlanmayı sağlayarak dengeli bir sağlık hizmeti sunmak, kişilerin yaşam kalitesini ve hayat standardını yükseltmektir.

Hastane “EBH” sorumlu hemşiresi; evde sağlık hizmetlerinin sigorta şirketleri tarafından karşılandığını belirtmiştir. Sigortalı bir hasta, sağlık kurumundan alınarak eve transfer edilmektedir. Ancak bu uygulamalar, belirli bir limit ve dahilinde ve belirli süreler için geçerlidir. Uzun dönem evde bakım hizmeti kapsama dahil edilmemektedir.

SS 1 / SSU; “Sigorta şirketleri evde bakım hizmetlerini genellikle yatarak tedavi sonrası hekim raporu olan hastalar için ödenmektedir” şeklinde bir görüş bildirmektedir.

Bu doğrultuda, evde sağlık hizmetleri; kronik hastalığı veya sakatlığı olan, taburculuk sonrası evde tedavi alması gereken kişilere sağlığını yeniden kazandırmak ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı korumak için sağlık hizmetlerinin profesyonel düzeyde ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında verilmesidir. Ancak, bu konu hakkında alınan bilgi ve görüşler doğrultusunda oluşan hastalığın ve tedavi maliyetlerin ödenmesi konusunda sigorta şirketlerinin sınırlı bir kapsamı bulunmaktadır.

İncesu (2013) Bir Kamu Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan Hastaların Hizmete Erişebilirlikleri isimli araştırmasında, evde sağlık hizmetleri biriminden alınan hizmetlerin çeşitliliği ve bu hizmetlere hastaların erişimi yansıtılmaktadır. Araştırma sonucunda, Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminin vermiş olduğu hizmete, hastaların erişilebilirliğinin st düzeyde olduğu, st yönetimin desteği ile gerekli insan kaynaklarının temini, teknik donanım ve araçla bu hizmeti vermede iyi bir organizasyon sergilendiği tespit edilmiştir. Evde Sağlık Hizmeti verilmesinde hizmete erişilebilirlik düzeyi, hizmetin verimliliğini, kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktadır.

- Evde Sağlık Hizmetlerinde Maliyet

Evde sağlık hizmetlerinin maliyetleri araştırma kapsamında değerlendirilmiştir. Konu ile ilgili olarak, SK 3 / EBH 1 'den alınan bilgiler doğrultusunda;

SK' da evde bakım hizmetlerinin bütünsel olarak toplam maliyeti tek başına standart gelirli bir ailenin karşılayabileceği rakamların üzerinde olduğudur. Sağlık sektöründe bakım hizmeti veren profesyonel ekiplerin mevcut olduğu ancak bu hizmetin karşılığında yüksek fiyatlar talep edildiği şeklinedir. Yabancı uyruklu hasta bakıcılar ise aylık 2500/3000 tl ücret talep edebilmektedirler.

SK yöneticisi; evde bakım hizmetlerindeki yüksek maliyet unsuru ile devletin bu konuyu öncelikle ele alınması gerektiğini bildirmiştir.

Sigorta şirketi yöneticisi de ülkede artan hastane maliyetleri ve uzayan yatış sürelerinin sigorta şirketlerini olumsuz etkilediğini ve ülkede evde bakım hizmetlerinin devlet tarafından desteklenmesi durumunda, hem hastaların iyileşme sürecini hem de hastanede yatış sürelerini kısaltabileceği yönünde görüş bildirmiştir.

Evde sağlık hizmetlerinde maliyet unsuru, ÖSK / ÖSS karşılıklı değerlendirmelerinde, her iki kurum yöneticisi de ortak unsurları içeren cevaplar vermişlerdir. Buna göre evde bakım hizmetlerinde maliyet yüksekliği bir sorun olarak görülmekte, devlet desteği ise gerekli görülmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin profesyonel anlamda sunulması için yeni bakım modellerinin üretilmesine ihtiyaç vardır.

Bakım hizmetleri planlanırken farklı boyutlarda düşünülmesi gereken hususlar bulunmaktadır. Bakım hizmetlerinin maliyetinin nasıl karşılanacağı, en temel sorunlardan birisi olarak öne çıkmaktadır. Diğer hususlar, bakım hizmeti sunumunda aile bireyi bakıcılara profesyonel destek sağlanıp sağlanamayacağı ya da uygulanacak bakım modelinin, bu ve benzeri sorunların çözümünü de bünyesinde barındırması gerekliliğidir.

Ekinci ve Sur (2012) “Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi” çalışmasında EBH için tahmini bütçe oluşturmaya çalışmıştır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin farklı kurum/luşlar tarafından yürütülmeye çalışılması evde bakım hizmeti finansmanında birbirinden bağımsız yöntemlerle çalışıldığını göstermektedir. Bu çalışmada öngörülen evde bakım modeli gereği, evde bakım hizmeti finansmanı sağlanması için tüm bu hizmetlerin tek bir merkezin kontrolünde yürütülmesi önerilmektedir.

- Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri topluma dayalı rehabilitasyon yaklaşımının önemli unsurlarından birisini oluşturmaktadır. Evde bakım hizmetleri ile yaşlıların ve özürllülerin yaşadığı sosyal çevre ile birlikte yaşam kalitesinin artırılması, başkalarına

daha az bağımlı hale gelmeleri ve toplumsal yaşamın her alanında var olmaları sağlanabilecektir.

Türkiye’de özel sağlık sigorta şirketleri tarafından verilen evde bakım teminatının kapsamında, kronik hastalıklar sebebi ile bağımlı olan bireylerin evde bakım hizmetlerine yönelik bir hizmet sunumu bulunmamaktadır. Özel sağlık sigorta şirketlerinin uygulamaları kapsamında uzman hekimin çağırılması ile yapılan hekim konsültasyonları, geriyatrik bakımlar kapsam dışı bırakılmaktadır.

Bu çerçevede araştırmanın bu bölümünde, dünyada ve ülkede evde sağlık bakım hizmetlerinin mevcut yapısı, geliştirilen modeller, evde sağlık bakım hizmetlerine yönelik gereksinimlerin incelenmesi ile bu hizmetlerin sunumunda yaşanan sorunların dikkate alınarak etkili, kaliteli ve evde bakım hizmetlerinin sunumunu sağlamaya katkıda bulunmak amacıyla katılımcılardan alınan cevaplar değerlendirilmiştir.

SSA 2 / ASU 2; Amerika ve Avrupa ülkelerinde bakım sigorta ürünleri kapsayıcı rolleri ve geliştirilen modeller ile daha ileri düzeyde olduğunu bildirmiştir. Bakım sigortasının ise ülkede mevcut olmadığına değinmiştir.

SSA 3 / ACY 1; Evde bakım hizmetleri olan ürünlerin olduğunu, ancak kısa dönemli ve limitler dahilinde verildiğini bildirmektedir. Ancak bu hizmetler uzun dönemli bakım için yeterli olmamaktadırlar.

SS1 / SSU; ülkede evde bakım hizmeti veren kurumların sayısının artmasının maliyetleri aşağıya çekmesi ile sigorta şirketlerini olumlu yönde etkileyeceği yönünde görüş bildirmiştir. Yurtdışı örnekleri için ise geri ödemeli farklı yöntemler olduğuna değinmiştir. Türkiye’de evde bakım hizmetinin devlet tarafından desteklenmesi gerektiğini bu şekilde uzun hastane yatışlarında sürecinde kısılacağı ve maliyetlerde bir tasarruf sağlanacağını vurgulamıştır.

SSA 4 / ASU 1; evde bakım hizmet kapsamında hangi hizmetlerin olması gerektiğini ve bu yönde sigorta şirketlerinin teminat kapsamına bu hizmetleri de alarak bir iyileşme sağlanabileceğine değinmiştir.

Ercan, (1999) “Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ve Ülke Modeli İçin Öneriler” makalesinde, yaşlılığın artması ve buna bağlı gelişmeler ile çözüm önerileri konusunda bir çalışma sunmaktadır;

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, nüfus artış hızının azalması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılığın artışı ve problemler kaçınılmaz hale gelmiştir. 2000 yılı itibarıyla toplam dünya nüfusunun %10’u 60 yaş üstündeyken 2050’de bu oranın %20’nin üzerine çıkması beklenmektedir. Avrupa ülkelerinin 21 tanesinde daha 2001 yılı itibarıyla 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %20’yi aşmıştır (Ercan,1999).

Ülkedeki durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Hatta demografik geçiş süreci Türkiye’de Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha kısa bir sürede yaşanacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır. Yaşları 65’in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de toplam içindeki payı önümüzdeki 20-30 yılda olağanüstü bir hızla artacaktır. 1990 yılında 65 yaşın üstündekiler toplam nüfusun yüzde 4.5’una eşit iken 2025’te bu oran iki katına, yüzde 9’a çıkmış olacaktır. Gerek Tük, gerekse Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan projeksiyonlara göre gelecek 25 yılda ülke nüfusu % 30 artarken 65 yaş üstü nüfustaki artış oranı %120 olacaktır. Türkiye, önümüzdeki 25 yılda tüm dünyada yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ikinci ülke olacaktır.

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları ve bakım ihtiyacı da hızla artmakta ve bu artış son yıllarda ortaya konan rakamsal verilerle dikkat çekici bir hal almanın ötesinde bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dahil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit halini almaktadır. Artan yaşlılıkla beraber, kronik hastalıkların toplam sağlık harcamalarındaki yükü de giderek

artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre günümüzde dünya sağlık harcamalarının %60'ı kronik hastalıkların tedavisine harcanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın hastalık yükü araştırmasına göre ülkede toplam 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır. Diğer yandan nüfusun % 12,29'unun (8,5 milyon kişi) engelli bireylerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda ileriki yıllarda hızlı bir artış gösterecek bakım ihtiyacının daha şimdiden ne kadar büyük boyutta olduğu ortaya çıkmaktadır (Ercan,1999).

Evde Bakım Derneği'nin "Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı" (2010); Türkiye'de sağlık sistemi ve sosyal hizmetler ile uyumlu, toplum gereksinimine cevap verebilecek, uluslararası, çağdaş ve bilimsel standartlara uygun ve ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım hizmet modeli taslağı oluşturmak" amacıyla Ankara'da gerçekleştirilmiştir. Evde bakım hizmeti sunan kamu hastaneleri, özel hastaneler ve özel şirketler, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları gibi farklı yapılanmaların hizmet bütününde ve ülke modeli açısından rollerinin belirlenmesi, birbirleriyle koordinasyonları ile ilgili ülke için uygun ve pratik yolların geliştirilmesi üzerine görüşlere yer verilmiştir (Evde Bakım Derneği, 2010).

Çoban (2015) "Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve Türkiye Örneğinin İncelenmesi ve Türkiye için Bir Model Önerisi" çalışmasının amacı; Ülke'nin hukuki, ekonomik, kültürel yapısı ve sağlık örgütlenme modeline uygun bir evde bakım hizmeti modeli önerisi geliştirmektir. Bu kapsamda; evde bakım sistemini bakım sigortası ile bütünleştiren ve Türk kökenli kişilerin, Türkiye dışında en fazla yaşadığı ülke olan Almanya örneğini incelenmiştir.

4.3. Finansman ve Ödeme Sistemleri

Türkiye’de birçok ülkede olduğu gibi sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapı vardır. Kamu, sosyal sigorta kurumu ve vergilerden karşılanan hizmetler aracılığı ile özel sektör ise özel sağlık kuruluşlarının sunduğu sağlık sigortaları ile sağlık hizmetleri finansmanına katılmaktadır.

4.3.1. Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları

ÖSK/ÖSS kurumlararası anlaşmaların kapsam ve uygulamaları, araştırma kapsamında bir sorudur. Özel sağlık sigorta şirketleri, sigortalılarına sundukları sağlık hizmetlerini sağlık kurumları ile yapmış oldukları fiyat anlaşmalarına bağlı olarak vermektedir. Sağlık hizmetinden faydalanan kişiler ödeyecekleri ücretleri ise sağlık kurumlarının hizmet politikalarına bağlı olarak farklılık göstermektedir.

Farklı fiyat tarifelerine bağlı olarak özel sigorta şirketleri ile özel sağlık kurumları arasında yapılan anlaşmaların özel sigortalı hastaların ödemek zorunda kaldıkları katılım paylarını farklı kılabilmesi ile oluşan bu durumu, sigortalıların nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur. Özel sağlık kurumu (ÖSK 1) ve hasta hizmetleri müdürü (HHM 1) ile (ÖSK 2) özel sigorta danışmanı (ÖSD 2) soruya ortak ve farklı olabilecek nitelikte cevaplar vermişlerdir. HHM 1, limit aşımı, muafiyet veya verilmeyen bir hizmete karşılık gelen bir fiyat oluşması durumunda sigortalının sahip olduğu tamamlayıcı sigortanın devreye girdiğini ve sigortalının herhangi bir fark ödeme durumunda kalmadığını belirtmiştir. Tamamlayıcı sigortanın kapsamına girmediği bir hizmette ise sigortalı yine anlaşma koşullarına göre indirimli fiyattan faydalanabilmektedir. ÖSK 2 / ÖSD 2 ise provizyon taleplerinin sigorta şirketi tarafından onaylanmadığı ve sigortalının ödeme yapma durumunda kalmasının sigortalı tarafından olumsuz karşılanabildiğini ve bu durumlarda hastanelerinin sigortalı ile sigorta şirketi arasında kalabildiğine değinmiştir.

Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları; Genel bir Bakış ve Türkiye için Değerlendirilmesi çalışmasında; sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının genel hatları ile ortaya konması ve Türkiye sağlık hizmetleri ortamında kullanıcı katkılarını tartışmayı amaçlamaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Ülkeler artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak, ek gelir sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımlarını önlemek için çeşitli stratejiler kullanmaktadır. ABD’ de “1972/1982” tarih aralığında yapılan “RAND Sağlık Sigortaları” araştırması 2750 aile ile toplamda 7700 kişiyi kapsayan ve bu alanda yapılmış olan en kapsamlı araştırma olması sebebi ile literatürde en çok atıf alan araştırmadır. Rand sağlık sigortaları araştırmasının temel bulguları, kullanıcı katkı paylarının sağlık hizmetlerinin kullanımını azalttığını göstermektedir. Bu araştırmaya ek olarak daha sonra yapılan münferit araştırmalarda, aynı benzer bulguları ortaya koymuştur.

Sigortacılık ile ilgili yapılan çalışmada, bu konuya ilişkin alternatif öneriler olabilecek nitelikteki görüşlere yer verilmiştir; ülkede serbest tarife rejimi uygulanmasına karşın, şirketler zaman zaman aralarında "centilmenlik anlaşması" yaparak fiyat belirlemektedirler (Güvel ve Güvel, 2015). Fiyat benzer tutulduğunda ise ortada somut bir ürün olmadığından, bu gibi durumlarda rekabet için fark yaratacak başka stratejiler geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Özellikle sigorta hizmeti üretim aşamasında, satış sırasında verilen vaatlerin yerine getirilmesi şirketin tutumu, işlemlerin kolaylığı ve hızı son derece önemlidir. Kısaca sigortalının bulunduğu durumu en kolay şekilde atlatabilmesi, şirketin hizmet kalitesinin oluşmasını sağlayacaktır. Böylelikle parasız ve paha biçilmez reklam olarak adlandırılan ağızdan ağıza iletişim sağlamak yoluyla güven ve prestij oluşturup fark yaratmaları mümkün olacaktır. Türkiye’de ortalama gelirin düşük olması, sigorta bilincinin yeterince oluşturulamaması, sigortacılara olan güvensizlik, satışları etkilemekte bu durumda fiyatların yüksek olmasına neden olabilmektedir.

“Özel Hastanelerle Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları” Hakkında Yapılan Bir Araştırma; Kırımlı, (2013) “Özel Hastaneler de Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları”; çalışması ile hastanelerde özel sağlık sigortaları ile ilgili yaşanan

sorunları incelemeyi amaçlamıştır. Bu çalışmada fiyat anlaşmaları ile ilgili öneriler; sağlık kurumları ve sağlık sigorta şirketleri arasında yapılan anlaşmalar, reel hizmet maliyetleri göz önüne alınarak yapılmalıdır. Anlaşma koşulları hem sigorta elemanları hem de sağlık kurumlarının özel sağlık sigortalısına hizmet veren tüm çalışanları tarafından iyi bilinmelidir, bunun için de özel sağlık sigorta şirketleri ve sağlık kurumlarının birleşik hizmet sunumunun gelişmesi ve sorunların giderilmesi için hizmet içi eğitimler sıkça yapılmalıdır.

Sağlık hizmetleri fiyatları (muayene, laboratuvar, röntgen ve ilaç fiyatları), ilgili meslek odaları veya kurumlarca reklam ve rekabet aracı olarak kullanılmaz. Sağlık kurumlarının daha fazla müşteriye ulaşabilme politikalarında, T.T.B tarafından belirlenen taban fiyatları daha düşük bir seviyede uygulamaları sağlık sektöründe beklenmeyen ve etik olarak kabul görmeyen bir uygulamadır.

4.4. Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri

Bakım sigortası eksikliği nedeni ile özellikle özel sağlık kurumlarının ve sigortalarının bu açığı kapatmalarını önemli olduğu düşünülerek değerlendirmeler sağlık bakımı boyutunda yapılmıştır.

Bu araştırma kapsamında katılımcılara “Türkiye’de yaşlı nüfus artmaktadır. Nüfus oranındaki bu artışla birlikte kronik hastalıklar ve risk faktörleri de artmaktadır. Türkiye’de kronik hastalıklarla yönelik sağlık sigorta hizmetlerinin hedefleri veya planlanan çalışmaları neler olduğu” sorusu yöneltilmiştir. Bu soru, bir sigorta acente yöneticisi ve bir sigorta uzmanı tarafından yanıtlanmıştır. Verilen yanıtlarda ortak olan unsur, sigorta sisteminde belli bir yaş üstüne sağlık sigorta poliçesi açılmadığı yönündedir.

SSA 3 / ACY 1;

“Özel sağlık sigorta sisteminde, 65 yaş ve 120 kg. üstü bireyler sigorta kapsamına alınmamaktadır,

SSA 2 / ASU 2;

“Sağlık sigortaları yapmak üzere bakıldığında biz acenteler için yaş kriteri çok önemlidir. Yenilemesi olmadığı sürece sigorta şirketleri belli bir yaş üstüne sigorta poliçesi yapmamaktadır. Sigorta kapsamında yaşlı bakımı ayrı bir kategori olarak ele alınmalıdır.” şeklinde yanıtlar vermiştir.

Yaşlanmanın sonucu olarak kronik hastalıklarda artışın yanı sıra özürlü nüfus ve var olan özürlülük derecesinde de artış görülmektedir. Tüm bu etkenler bir araya geldiğinde yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım ihtiyacında ciddi bir artış görülmekte ve bu ihtiyacın gelecekte daha da artış göstereceği bilinmektedir.

Can ve ark. (2013), “Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları” başlıklı araştırmanın sonuçları, bu bölümde aktarılmıştır. Bu çalışma çerçevesinde, hem evde bakım hem de geriatri-geriogerontoloji hakkında genel olarak evde bakım etiğine özgü sorunların araştırması yapılmış ve bu iki konuda yer alan sorunlar incelenmiştir.

Öztop ve ark (2008) “Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri” çalışmalarında yaşlılık döneminde ilişkin sorunları ele almıştır. Bu sorunlar genel olarak yaşlılık döneminde yaşanan yaşlıların bakımındır. Bu dönemde görülen fonksiyonel ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle yaşlı bireyler ve aileleri toplumsal bakım alternatifleri arasından birini seçme ile karşı karşıya kalmaktadır. Evde bakım hizmetleri, yaşlıların sağlık sorunlarını, sosyal ihtiyaçlarının karşılanma düzeyi ile birlikte ele alındığı ve yaşlı ile ailesine kendi ev ortamında sunulduğu bir hizmet modeli olarak görülmelidir.

Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sistemlerin daha verimli çalışması için iyileştirme çalışmaları yapılırken henüz bu konuda bir modele sahip olmayan ülkelerde ise ülke gerçeklerine uygun modellerin en kısa zamanda uygulamaya alınması gerekmektedir. Tüm dünyada artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde bakım en etkin model olarak öne çıkmaktadır (Çoban ve ark., 2015).

Araştırma kapsamında verilen yanıtlarda katılımcılar, sigorta şirketleri tarafından verilen evde bakım teminatı hizmet içeriği ile birlikte bu teminatın belli bir limiti ve belli bir süreyi kapsadığını dolayısıyla uzun dönem bir hasta bakım sürecini ise kapsamadığını değinmişlerdir. Uzun dönem bakım ile evde bakım hizmet sürecinin nasıl desteklenmesi gerektiği bu çalışmada araştırılan bir konudur. Uzun dönem bakım ve evde bakım hizmet içeriğinin farklılıkların neler olduğu ve hizmet veren uzun dönem bakım hemşireliğinin farklılıkları ve sorumluluklarının neler olabileceği ile bu ayrıntılardaki soruların cevaplanması için uzun dönem bakımın tanımı yapılmalıdır.

Uzun dönem bakım kişilere kronik hastalık ve maluliyet durumlarında, sağlık hizmeti ve kişisel bakım sağlanmasıdır. Uzun dönem bakım hizmetleri yemek, içmek, giyinmek gibi günlük aktivitelere asistanlıktan, özel bakım evleri, huzurevi, yetimhane, ıslahevi, yetişkin bakım merkezleri gibi tesislerdeki bakıma kadar sınıflandırılabilir.

- Uzun Dönem Bakım Sigortası

Uzun dönem bakım sigortası, sigorta sağlayıcılarına ödenen primler karşılığında uzun dönem bakım için fon temini sağlayan bir sigorta türüdür. Uzun dönem bakım sigortası, bireye bir bakım evinde veya kendi evinde bakılma ihtiyacı doğması durumunda doğacak harcamaları ödemeyi vaat etmektedir. Sağlık sigortası poliçeleri bu masrafı kapsamamaktadır.

Günümüzde, uygulandığı ülkelerde uzun dönem bakım sigortasının poliçeleri yürürlüktedir. Uzun dönem bakım sigortası ürünleri hala müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilmektedir. Bugün dünyada Amerika, Japonya, İngiltere, Almanya, Hollanda, Avusturalya gibi ülkelerde uygulanan uzun dönem bakım sigortası sistemi ülkede henüz uygulanmamaktadır.

Türkiye’de özürlü ve bakıma muhtaç kimselere Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından 30.07.2006 tarihinde yürürlüğe giren “Bakıma Muhtaç Özürülülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik”, “Bakıma Muhtaç Özürülülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ve “Bakıma Muhtaç Özürülülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği” kapsamında bakım yardımı yapılmaktadır.

Günümüzde yaşam koşullarındaki gelişmeler, değişen yaşam stilleri, ilerleyen tıp teknolojileri sayesinde beklenen yaşam sürelerinde artış meydana gelmiştir. Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır ve buna paralel olarak ilerleyen yaşın beraberinde getirdiği, bireyin giyinmek, beslenmek, banyo yapmak, tuvalet ihtiyacını gidermek gibi günlük yaşam aktivitelerini etkileyen, fiziksel veya zihinsel kronik hastalık mağduru birey sayısında da artış meydana gelmiştir.

Uzun dönem bakım sigortası, sigorta sağlayıcılarına ödenen primler karşılığında uzun dönem bakım için fon temini sağlayan bir sigorta türüdür. İki tür poliçeye sahip olan sigortada toplanan primler ve tazminatlar, kişiye sunulan hizmetin şekli, süresi ve kişinin yaşına bağlı olarak çeşitlenmektedir. Uygulandığı ülkelerde sigorta sektörü uzun dönem bakım sigortasının fiyatlandırılmasında deterministik modelden faydanmaktadır.

- Uzun Dönem Sağlık Sigortası

Deloitte, (2015) “Uzun Dönem Sağlık Sigortaları Ülke İncelemeleri” raporuna göre; uzun dönemli sağlık sigortaları, bireyleri erkenyaşta özel sağlık sigorta sahibi olmaya teşvik etmektedir. Genç yaşta yapılan birikim sayesinde (denge primleri),

sağlık harcamalarının ve sağlık hizmetlerine olan talebin arttığı ancak gelirin düştüğü ilerleyen yaşlarda talep edilen sağlık hizmetlerine erişim desteklenmektedir. Gelirin yüksek, riskin düşük olduğu gençlik dönemi/çalışma çağında ilerleyen yaşların artan risklerine karşı bireylerin özel sigorta aracılığı ile kendilerini güvence altına alması ve kişilerin düşen gelir, artan sağlık harcamalarına rağmen ödeyebilecekleri oranlarda özel sağlık sigortası primlerinin korunması, sigortalılar açısından uzun dönemli özel sağlık sigortasının sunduğu en önemli avantajlardır. Öte yandan kişilerin toplumsal derecelendirmeye maruz kalmadan aynı kapsamdaki ürün için eşit ücret ödeme politikası, sosyal eşitlik prensibini destekleyen bir uygulamadır.



5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Hizmet Sunumunun Geliştirilmesi

Özel sağlık kurumları devamlı büyüyen ve kar amaçlı işletmelerdir ve sağlık hizmet sunumunda; resmi kurumlar, bankalar, sağlık sigorta şirketleri ile özel anlaşmalar yapmaktadırlar. Özel sağlık sigorta şirketleri de sağlık hizmetlerini sağlık kurumları ile yapmış oldukları anlaşmalara bağlı olarak vermektedirler.

Sağlık sigortacılığının gelişmesi, sağlık kurumlarını da birkaç yönden olumlu etkilemektedir. Özel sağlık sigortalı müşteri kitlesinin özel sağlık kurumlarını tercih etmelerinin, kurumlar için finansal değeri bulunmaktadır. Sağlık sigorta şirketlerinin sigortalılarının aldığı hizmetleri geri ödeme sistemindeki tutarlılık ve sigortalı başvurularının sayıca artması, sağlık kurumlarının mali yapılarını olumlu etkilemektedir. Bu anlaşmaların amacı ve kapsamına bağlı olarak, özel sağlık sigortası yaptıranların elde ettiği en büyük avantaj ; tercih ettikleri hekim veya sağlık kurum/kuruluşlarını seçebilme özgürlüğüne sahip olmalarıdır. Sigortalılar, sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu tüm sağlık kurumlarında kaza ve/veya hastalanma durumlarında az bir katılım payı ödeyerek en iyi hizmeti alabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinden faydalanan sigortalı hastaların ödeyecekleri ücretler ise sağlık kurumlarına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

Sağlık kurumlarında sigorta sistemi için gerçekleştirilen etkinlikler, sigortalı tarafından sağlık sigorta şirketinin bir hizmet sunumu olarak da algılanabilmektedir. Dolayısı ile özel sağlık kurumları ile özel sağlık sigorta şirketleri işbirliğinde yürütülen organizasyonel prosedürler ve hizmet sunumunda karşılaşılan sorunların genel olarak amaç ve önem sıralamasına göre kurumlar arası ortak çözümler üretilerek giderilmesi, bu işbirliğinde verilen hizmetlerin etkililiğini arttırabilir.

5.1.1. Eşgüdüm ve Organizasyon

Sağlık kurumları, sigortalıların yatarak tedavi işlemleri ile ayaktan tedavide bazı işlemler için sigorta şirketinden teminatların kullanımı ve limitleri dahilinde onay almaktadırlar. Sigortacı tazminat taleplerini, sigorta özel ve genel şartlara göre değerlendirerek, sağlık kurumlarına teminat ve limitlerin verilen hizmete uygunluğu için onay vermektedir.

- ÖSK/ÖSS İşbirliğinde Onay Sistemi

Sigorta şirketleri sistemselsel değişiklikler yapabilmektedir. Bu konuda yaşanmış örnekler mevcuttur. Pek çok dosya provizyon için uzun süre değerlendirmeye alınmadan bekletilmiştir. Bu durum, kurumlararası işbirliği ile hızlandırılmış ve çözüme kavuşturulmuştur. Bu tarz konularda kurumların her iki taraf olarak ortak çözümler geliştirebilme konusunda eşit adımlar atmasını, ortak menfaatleri ve sigortalı hasta bireyleri mağdur etmemek adına planlamaları yapabilmeyi gerekli kılmaktadır. Ulaşılabilir olmak, hızlı iletişim kanalları ile sorunları anında değerlendirebilmek ve kurumlararası ziyaretler ile tanışıklık geliştirme bu işbirliğinde önemlidir. Kurum yetkilileri, sigorta şirketleri ile işbirliğinde; sorunların çözümüne yönelik eğitim programları düzenlendiğini ve bu toplantılarda sorunların çözümüne yönelik sonuç alınabildiğini bildirmişlerdir.

- Onay bekleme süreleri ile ilgili olarak;

Sigorta şirketlerinin yatış süreçlerini ve sebeplerini izleme ve maliyetleri kontrol etmek üzere değerlendirmeye tabi tuttuğu bir süreçtir. Bu süreçte, sigorta şirketi sigortalısının sağlık kurumundan aldığı hizmetin faturası ile poliçenin limit ve teminatlarını yine poliçenin özel şartlarına göre incelemektedir.

- Kurum yetkilileri bu işlemlerde fiyat farklılıklarından dolayı gecikmeler yaşanabildiğini bildirmektedir. Provizyon sürelerini kısaltmak için sağlık kurumları

ile sigorta şirketleri arasında bir konsensus yaratacak ortak çözümler oluşturulması önerilebilir. Sigortalı hastaya verilen hizmetlerle ilgili sigorta kurumundan provizyon alma işleminin en hızlı şekilde yapılması için gerekli alt yapı hazırlanmalı, online provizyon alınabilmeli, sistemi desteklemek için sağlık kurumu ve sigorta şirketleri otomasyon sistemleri ile online provizyon sistemleri entegre edilmesi uygun olabilir. Sigortalı hastaya gerekli ön bilgilendirme yapılması da süreci olumlu etkileyebilir.

- ÖSK/ÖSS Yetkili Birimler Çalışma Prensipleri

- Hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından, kurumlararası bilgi alışverişi eksiksiz ve zamanında sağlanmalıdır. Sağlık kurumları, sigorta şirketlerinin ödemelerde esas aldıkları raporların eksiksiz ve zamanında hazırlanması, tanı kodlarının en doğru şekilde seçilmesi, istenen tetkiklerin gerekçelerinin eksiksiz belirtilmesi, hasta gözlem notları, ameliyat raporları hasta epikrizleri ve tıbbi tetkik raporlarının eksiksiz hazırlanması sağlanabilmelidir.

- Sigorta şirketlerine faturalandırma süreçlerinde sağlık kurumunun eksiksiz doküman göndermesi sigorta şirketlerinin provizyon istemi ile ilgili değerlendirmelerini hızlı ve en doğru şekilde vermeleri, kontrollerini de en hızlı şekilde yapıp ödemelerinin sağlamasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Pazarlama

Geniş bir risk yelpazesi üzerinde odaklanan özel sağlık sigortaları, risklerin kontrol altına alınarak güvenli bir ödeme sistemi oluşturan , istatistikler ve raporlama elverişliliği ile ele alınan bir yatırım ve risk yönetim süreçlerinin birlikte yöneltildiği bir işlemler bütünüdür.

5.2.1. Sigortaya Başvuru ve Kabul Koşulları

Acente yöneticileri, sigorta şirketlerinin risk analiz sınırlarını kendilerinin belirlediğini belirtmektedir. Sigortalı adaylarının yaş, boy / kilo oranı, geçirilmiş ve mevcut hastalıkları, cinsiyet ve meslek bilgileri, davranış ve alışkanlıkları risk analizlerini etkilemektedir. Sigorta şirketlerinin, sigortalı adayını risk analizi yaparak sistemine dahil etme veya etmeme hakkı bulunmaktadır (Karacık, 2001).

Özel sağlık sigortalarında yaş sınırı bulunmaktadır. Acenteler, sigorta şirketlerinin uygulamalarında ilk kez sigortalı olma durumunda 53/55 yaş arası, yenileme poliçelerde 65 yaş, yenileme garantisi olan sigortalılarda ve kurumsal olarak grup poliçesi açılan sağlık sigortalarında 65 yaş üstünün poliçeye dahil edildiği bilgisini vermektedir. Bu bilgi özel sağlık kurumları tarafından karşılaştırmalı değerlendirildiğinde, sağlık kurumları yöneticileri de bu bilgiyi onaylayarak kendilerine yapılan başvurularda 65 yaş ve üstü bireylerin bir grup poliçesi olduğunu belirtmektedirler.

Sigorta şirketlerinin gelecekteki risk değerlendirmelerine bir temel oluşturması mantığı ile risk toleransı yaklaşımı, riskleri azaltmak ve/ya hafifletmek için kullanılacak yöntemlerdir. Dolayısı ile özel sağlık sigorta şirketleri için veri kayıtları ve analizleri neticesinde ortaya çıkan istatistiksel sonuçlar, yönetim stratejileri açısından çok önemlidir (Güvel ve Güvel, 2015).

ÖSS'lerin sağlık sigortaları satış kanallarının daha fazla satış yapma kaygısı ile potansiyel müşterilerinin iyi niyetli kötü niyetli olma durumlarını dikkate almaları önemlidir. Satış aşamalarında, sigortalı adaylarının doğru bilgilendirilmesi, sağlık kurumlarına yaptıkları başvuruları ve işlem süreçlerindeki memnuniyet düzeylerini etkileyebilmektedir.

Pazarlama ve fiyatlandırma stratejileri, tüketici beklentisi doğrultusunda şekillenmeli ve geleceğe yönelik yapılacak tüm stratejik planlarda amaç mevcut kapasitenin maksimumda kullanılabilmesi ve bu doğrultuda gelir ve karlılık artışları

için alt yapı analizleri ve iş planlarının hazırlanması gereklidir. Uzun ve kısa vadelerde stratejik planlar hazırlarken, özel sigorta şirketlerinin satış pazarlama ve fiyat politikalarının bu planlar üzerinde etkili olacağı gözardı edilmemelidir. (Karakaş, 2000)

Özel sağlık sigortaları, tamamen sağlıklı bireylerin sigorta sistemine dahil edildiği bir uygulama değildir. Sigorta sisteminin sürdürülebilirliği açısından, sağlanacak hizmetler ile sigortalıdan alınacak prim miktarları arasında paralellik kurulması zorunludur. Sigorta şirketlerinin risk analizi teknikleri ile bireyleri kabul edilebilir hastalık ve şikâyetleri ile sigortalımaları mümkün olabilmektedir. Bireyler belirli rahatsızlık ve şikâyetlerini sigorta şirketine beyan etmekte, bu sağlık beyanında belirtilen ve büyük risk getirmediği düşünülen bazı mevcut hastalıklar için hiç bir koşul konulmamakta, risk getireceği öngörülen bazı hastalıklar için, hastalığın tedavisinin sigorta şirketine getireceği mali yüke göre, standart prime ek olarak ayrıca prim alınabilmektedir.

5.2.2. Farklı Ürünler

Tamamlayıcı sağlık sigortaları (TSS) genelinde, sağlık kurumu yöneticisinden alınan bilgilere göre; sigorta şirketleri TSS ürünlerinin asgari ücret sınırında geçinen toplumun belirli bir bölümüne yönelik olarak da satışının yapılması için çalışmalar yürütmektedir. SGK'dan alınan hizmetlerde ve/ya kısmi anlaşmalarda tamamlayıcı sigortalar geçerli olabilmektedir. Bu ürünler ayrıca anlaşma kapsamında olmayan bir bölüme müracaat edildiğinde de fiyat indirimi sağlamaktadır. Tamamlayıcı sigortaların kapsamının sigortalılar tarafından daha iyi anlaşılmasının sağlanması da uygun olabilir.

Acente yöneticilerine göre tamamlayıcı sağlık sigorta ürünlerinin fiyatları daha uygundur. Bazı durumlarda özel sağlık sigortalılarına göre kapsamı daha genişlemektedir. Bu yönde düzenlemeler de yapılmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarında cepten yapılan ödemeler yoktur.

Sigorta şirketlerinin sağlık sigortalı adaylarının kabulü ile ilgili olarak uygulamalarında ve ürünlerinin özel şartlarında farklılıklar olabilmektedir. Kişiyi özel risk analizi ve fiyatlama yapılması, teknolojinin ve sosyal medyanın etkin bir şekilde kullanılması, yeni ürünler sunulması gibi faktörlerin; sigortalılık oranlarını tırmanışa geçireceği düşünülmektedir. Özel sağlık sigortaları, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla, ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşacak, ülkede sigorta sektörünün gelişimine katkı sağlanacak ve özel sağlık sigortacılığı bu sayede çok daha geniş bir kapsama alanına ulaşabilecektir.

Özel sağlık sigortasına olan ilginin açıklanmasında çeşitli kuruluşların birleştiği nokta, genel olarak gelir seviyesinin özel sağlık sigorta primini karşılayacak düzeyde olmamasıdır. Özel sağlık sigortacılığı pazar bölümlenmesi açısından ülkedeki sigorta şirketlerinde daha çok var olan sigorta kesiminin özellikleri; yaş gruplarına, sosyo/demografik özelliklerine göre yapılan anlaşmalardır. Dolayısıyla satın alma gücü düşük olan kişilerin özel sağlık sigortalarına olan ilgileri en başından engellenmektedir.

Türkiye’de gelir seviyesinin düşük olmasının yanı sıra gelir dağılımındaki heterojenlik de özel sağlık sigortalarının ülke genelinde gelişmesini ve/ya yaygınlaşmasını etkilemektedir. Pazarlama stratejilerinin etkin kullanımında ve hedef pazar seçiminde, alt kültür gruplarının da dikkate alınması önemlidir (Karacık, ve Atlı, 2001).

Toplumun değişik kesimlerinin sigortaya ihtiyacı farklı olabilmektedir. Bireylerin, kamu kuruluşlarının, büyük şirketlerin, küçük ve orta büyüklükteki işletmelerin kısacası hayatın ve iş dünyasının farklı bileşenlerinin değişik sigorta ihtiyaçlarını tatmin edebilmek için sigorta ürünlerinin farklılaştırılması doğru bir yaklaşım olabilir. Türkiye genç nüfus oranı ve nüfus artış göstergeleri ile sigorta potansiyelinin büyük olduğu bir ülkedir. Ayrıca veriler, sigorta bilincinin arttığına işaret etmektedir. Piyasaya sürülen sigorta ürünleri, nitelik ve nicelik açısından ne kadar çok olursa, sektörün ekonomi içerisinde derinliğinin artması da o oranda kolay olabilecektir (Güngör, 2007).

Sağlık sigortalarının toplumda yaygınlaşması ile birlikte sağlık sigortalarının hizmet kapsamı ve uygulamalarının etkililiği ile toplumun sağlığını koruyucu davranışları olumlu yönde etkilenecek ve toplumun sağlık bilinci artacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası gibi ürünler bu açıdan önem taşımaktadır. Sağlık kurumu yöneticileri ve acente yöneticileri tamamlayıcı sağlık sigortalarının önemine değinmişlerdir.

5.3. Müşteri Memnuniyeti, Hasta Hakları ve Etik Değerler

Sağlık kurumları ve özel sigorta şirketlerinin aralarındaki anlaşmalar çerçevesinde, etik ve hasta haklarına saygılı bir tutum izlemeleri son derece önemlidir. Hastanın verdiği bilgi ve/ya rapor değişiklik taleplerinde gerçeği yansıtmayan düzenlemeler yapılabilmesi, sağlık kurumlarına ve sağlık sigorta sektörüne duyulan güveni zedeleyebilir. Dolayısı ile bu işbirliğinde her türlü dokümantasyondaki bilgi güvenliğinin sağlanmasına özen göstermenin ve hasta hakları ilkelerine saygılı davranmanın ne ölçüde gerçekleştirebildiğinin tespit edilmesi de çalışmanın önemli hedeflerinden birisidir.

Özel sağlık kurum yetkilileri, bu konuda hastalardan talepler gelebildiğini ancak kurumsal çalışma prensipleri gereğince kesinlikle kabul edilmediğini bildirmişlerdir. Özel sağlık kurumları yönetici ve yetkilileri, kurumlararası işbirliğinde güven ilişkisinin önemini vurgulamışlardır.

- Müşteri memnuniyeti; sigorta şirketlerinin sigortalı hasta memnuniyetini sağlamaları açısından, sağlık kurumlarından hizmet alma süreçleri hakkında sigortalı hastayı bilgilendirmeyi eksiksiz yapmaları önerilebilir. Sağlık hizmetinin süresiz bir hizmet olması nedeniyle özel sağlık sigorta şirketleri 7/2 ulaşılabilir olması önemlidir.

- Sigortalıların Bilgi Düzeyi; ÖSK/ÖSS işbirliğinde yönetici ve yetkililer, sigortalıların bilgi düzeyinin yeterli olmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir. Satış ve satış sonrası hizmet alma süreçlerinde, sigortalı bilgi düzeyinin aynı zamanda hizmet

süreçlerindeki memnuniyet derecesini de etkileyen önemli bir unsur olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.

- Sağlık kurumlarına gelen hastaların farklı sosyal ve kültürel yapıda olmaları, doğal olarak beklentilerinde de farklılık yaratmaktadır. Bu farklı beklentilerin karşılanması sağlık kurumlarının fonksiyonları gereği oldukça güçtür. Bu güçlüğü aşmanın en önemli yolu ise hasta ile olan temas düzeyinin olabildiğince artırılmasıdır. Sağlık kurumlarının hastayla olan ilişkilerinde tatmin düzeylerini artırabilmeleri için, müşteri profillerini çıkarmaları uygun olabilir.

- Sağlık sigorta şirketlerinin müşteri profillerini belirleyerek portföylerini büyütebilmeleri için müşteri beklentilerini karşılayarak yönetim stratejileri geliştirebilmeleri uygun olabilir. Coğrafik olarak hastalıklar ve risk faktörleri ile bunların etkileşimleri hakkında yapılan veri analizleri, sigorta şirketlerinin fiyatlandırma yeterliliği ve uygunluğu, hasar istatistikleri, teknik karları artırıcı faaliyetlerde bulunmalarına katkı sağlayacaktır.

- Sağlık kurumları ve sigorta şirketleri işbirliğinde verilen hizmetler ile sigortalı hastalarının sorununu çözebilmeleri, gerçekleştirilmesi gereken en önemli unsurlardan birisidir. Tüketici beklentilerini karşılayabilmek ise satın alınış amacını gerçekleştirme anlamına gelmektedir. Bu hizmetler ile sigorta şirketlerine ve sağlık kurumlarına duyulan güven artmakta dolayısı ile zaman çaba ve risk araştırma maliyetleri de büyük ölçüde düşmektedir. Bu bilinç, ürünler ve hizmetlerle ilişkilendirilen tüm inanış ve tutumlarında doğru anlaşılması anlamına gelmektedir. Özel sigortalı hastanın, sağlık kurumuna girdiği andan itibaren aldığı tüm hizmetlerden memnuniyeti, sağlık kurumu ile sigorta şirketi arasındaki bağı güçlendireceği de gözardı edilmemelidir.

5.4. Evde Bakım Hizmetleri

Sağlık kurumları yetkilileri, evde bakım hizmetlerinin kapsamına ve önemine değinmişlerdir. Türkiye’de özel sağlık sigorta şirketleri tarafından verilen evde bakım

teminatının kapsamında kronik hastalıklar sebebi ile bağımlı olan bireylerin evde bakım hizmetlerine yönelik bir hizmet sunumu bulunmadığını bildirmişlerdir. Özel sağlık sigorta şirketlerinin uygulamalarında, uzman hekimin çağırılması ile yapılan hekim konsültasyonları bulunmaktadır. Geriatrik bakımlar ise teminat dışı bırakılmaktadır.

Özel sağlık sigortaları sağlık hizmetlerini, belirlenmiş miktarlarda karşılayan bir sistemdir. Sağlık Sigortaları, temelde kısa süreli ve akut hastalıkların tanı tetkik ve tedavi giderlerini karşılamak amacı ile sağlık sorunlarının çözümlerinde önemli bir rol üstlenmektedir. Özel sağlık sigortaları kronikleşmiş tıbbi durumları ve uzun süreli giderlerini mutlak olarak karşılamaz. Çoğu poliçelerde uygulanan istisnalarda, kronik durumlar, olumsuz sonuca yaklaşmış hastalıklar, uzman hekimin çağırılması ile yapılan konsültasyon giderleri, geriatrik (yaşlılık) bakım kapsam dışıdır.

Sigorta şirketlerinin bireysel tarifelerinde sigortalanabilme için üst yaş sınırı 55/65 yaş aralığıdır. Diğer taraftan, yaş ve hastalık risk faktörüne bağlı olarak sigorta şirketleri özel sağlık sigorta poliçelerinin fiyatlarına ek prim ilaveleri yapabilmektedir. Bu özellik, sağlık sigorta poliçelerinde ileri yaşlarda, fiyatların daha yükselmesi anlamına gelmektedir. Bu durum araştırmanın sigortaya başvuru ve kabul koşullarında yer alan açıklamalarda belirtilmektedir.

Yaşlılık ile birlikte, sigorta hizmetlerine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Ancak, sigorta şirketlerinin uygulamaları gereği, genetik ve kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, engelliler ve hamilelik dönemindeki kadınlar gibi yüksek riskli grupların sigortalamaktan kaçınabilmeleri, bu grupların sigorta hizmetlerine ulaşmasını engelleyebilmektedir.

Mevcut uygulamalarda teknik olarak, özel sağlık sigortacılığında primlerin yaşla birlikte artışının engellenmesi mümkün olmamaktadır. Dolayısıyla yaşlılık döneminde artan sağlık harcamaları, düzenli gelirin olmayabileceği ve/ya gelirin düşük olabileceği ileri yaş grubunda, primlerin maddi olarak karşılanamayacak seviyelere ulaşması mümkündür. Hekim ve sağlık kuruluşlarının da bu farklılıkları dikkate almaları uygun

olabilir.

Türkiye’de henüz ulusal boyutta bir evde bakım modeli olmamasına rağmen özellikle son 10 yılda nüfusun coğrafi ve ekonomik olarak sunulan hizmetlere erişim imkânı artmıştır. Sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmasa da hizmet sunumunda birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur. Bu ihtiyaç sahipleri açısından son derece olumlu bir gelişmedir ancak standart dışı ve profesyonel olmayan hizmet sunumu da maalesef hala yaygın olarak devam etmektedir.

Ülke için oluşturulacak evde bakım modelinde aile bireylerinin profesyonel hizmetlerle nasıl entegre olacağı ve nasıl desteklenecekleri de şekillendirilmelidir. Bu süreçte yurtdışındaki başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabileceklerin Türkiye’ye uyarlanması, var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir. Evde bakım modelinin geliştirilmesi, bu alana ayrılan ve ayrılacak kaynakların verimli kullanımı ve gelecekte artacak bakım ihtiyacını karşılayabilmek için hazırlıklı ve planlı olmak açısından da gereklidir.

5.5. Yurtdışı Bakım Sigortası Modelleri

Sağlık kurumu yöneticilerine, toplum sağlığını belirleyen iç faktörlerin neler olabileceği, toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarının planlanmasındaki kapsam ve uygulamalar, sağlıkla ilişkili hizmetlerden yararlanmaları ve sağlanan hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından değerlendirmeleri hakkında görüşleri alınmıştır;

Bu kapsamdaki sorulara daha ayrıntılı olarak; ABD ve Avrupa ülkelerinde sağlık bakım uygulamaları ile ürünleri, Türkiye’de sağlık bakım sistemine geniş toplumsal katılımı geliştirmek üzere transdisipliner yaklaşımların neler olması gerektiği, gelecekteki sağlık / bakım programları hakkında bilgi ve görüşleri alınmıştır.

Bu bilgiler doğrultusunda; ülkede ve yurt dışında sigortalıların ihtiyaçlarına göre hazırlanmış çeşitli sağlık sigortası ürünleri mevcuttur. Bu ürünler; sigorta şirketlerinin pazar araştırma deneyimlerinin katkısı ile sürekli değişebilmektedir.

Türkiye’de toplumun sağlık durumu, son 15 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kapsamında meydana gelen iyileşmeler sonucu önemli ölçüde gelişmeler göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin gözetilmesine yönelik hizmet ve reformların uygulanması, sağlık sigortası kapsamının artırılması, toplum sağlığı konusunda kayda değer gelişmelerin sağlanması, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve etkili olması bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak gösterilmektedir.

Türkiye’nin değişik bölgelerinde yaşayan toplumun farklı yaşam koşulları da sağlık hizmetlerine olan talepteki tercihleri etkilemektedir. Yaşam tarzı ve sosyal sınıf, sağlık hizmetlerinin kullanımında ve kullanım sıklığında önemli bir faktördür. Sosyal sınıflar arasında, hem sağlık konusundaki düşünce ve davranışlarda hem de talep ettikleri hizmetler bakımından önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Artan sağlık harcamalarının üstesinden gelmek üzere, ülkeler farklı arayışlar içine girmektedir. Bazı ülkeler bütün sağlık sistemlerini yeniden düzenleme çabası içine girmişlerdir. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamak için alternatif sağlık hizmetleri sunum yöntemleri üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Mevcut bilgi ve deneyimler, toplum ve/ya bireye yönelik yapılacak uygun girişimlerle önemli sayıda hastalığın ve ölümün önlenebileceğini göstermektedir. Örneğin gelişen tıp teknolojilerinin de yardımı ile artık hastalar hastanede daha kısa yatırılmakta, ancak bunun yerine daha az maliyetli olan bakım yöntemleri ile tam sağlıklarını kavuşturulana kadar izlenmeye devam edilmektedirler (Ercan, 2011).

Hastalıkları önleme ve sağlıklı yaşam yöntemlerine duyulan gereksinimler, sağlık bakım organizasyonlarında uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sunumuna olan

ihtiyaç tüm dünyada hedeflenen çalışmalardır. ABD ve AB ülkelerinde, daha fazla insana daha verimli ve daha az maliyetle hizmet etmek için sağlık bakım hizmetlerini yeniden oluşturmak üzere geliştirilen sağlık yönetim modelleri mevcuttur.

Tüm dünyada artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında, HMO / (yönetilen bakım planları), kullanım yöntemleri, kalite ve güvence teknikleri ile hizmet sağlayıcı seçimi sözleşme kriterleri ve hizmet sağlayıcılarının geri ödeme stratejileri gibi organizasyonel ve operasyonel özelliklerin çeşitli kombinasyonlarını içermektedir. Evde bakım, en etkin modeller olarak öne çıkmaktadır. Bu süreçte yurt dışındaki başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabileceklerin ülke'ye uyarlanması, var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir.

Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Türkiye'de "Bakım Sigortası" oluşturulması ve özel bakım sigortalarının teşvik edilmesi yönünde çalışmalar yapılması önemlidir. Bakım sigortası unsurları; informal bakımı sağlayan kişiye bakım parası, profesyonel bakım hizmeti, kısmen ayakta bakım hizmetleri, engellilik bakımı, kısa süreli bakım hizmetleri, yataklı bakım hizmetleri, bakım kursları, bakım hizmetleri için araç ve gereçleri, yaşanılan mekanın düzenlenmesi olarak temel konuları içermektedir.

- Türkiye'de Uzun Dönemli Sağlık Sigortası

Uzun dönemli özel sağlık sigortası örneğinin ülkede uygulaması veya mevzuat düzenlemesi bulunmamaktadır. Üst politika belgeleri incelemesinde, 10. Kalkınma Planında, nüfusun yaşlanması; hastalık yükünün değişimi; yeni sağlık teknolojilerinin geliştirilmesiyle oluşan sağlık enflasyonu; sağlık bilinci ve gelir düzeyi artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine talebin artması gibi nedenlerle sağlık harcamalarının artış eğilimini koruduğu ve bu durumun mali sürdürülebilirlik üzerinde baskı yarattığı belirtilmektedir. Tasarlanan öncelikli politika programları çerçevesinde tamamlayıcı sigortacılığın geliştirilmesi politika bileşeni olarak yer almıştır. Bu bağlamda bireysel

emeklilik sisteminin daha da genişletilmesi için yönetim ve işletim giderlerinin uluslararası düzeylere yaklaştırılması, tamamlayıcı sağlık sigortacılığının gelişimi ve uzun vadeli hayat sigortaları ürünlerinin geliştirilmesi hedefleri bulunmaktadır (Deloitte, 2015).

- Özel sağlık sigortaları pahalı bir üründür ve toplumda sadece gelir düzeyi yüksek olan kişilerce satın alınabilmektedir. Sigorta şirketlerinin prim revizyonları ile daha geniş kitlelere ÖSS ürününü pazarlayabilecek çalışmalar geliştirmeleri, araştırmalar yaparak alternatif ürünler tasarlamaları gerekli olabilir.

- Sigorta sektörünün iletişim anlayışının, klasik sigortacılık anlayışından farklı bir dil ve diyalog tarzı geliştirerek paydaşlarına ve topluma daha yakın, sıcak ve şeffaf olma anlayışı hedeflemesi ile tüm sektörün faaliyetlerinin daha iyi anlaşılması açısından da önem taşıdığı belirtilmektedir. Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının sınırlı gelişimi göz önünde bulundurulduğunda, uzun dönemli özel sağlık sigortasının istenen düzeyde geliştirilebilmesi için finansal mekanizmalar ile devlet katkısı/teşviki amaca ulaşmayı kolaylaştırırken, uzun vadeli sağlık finansmanında ve sağlığa erişimde toplum yararına rol oynayacaktır.

5.6. Fiyat ve Hizmet Anlaşmaları

Araştırma bulgularında özel sağlık kurumları ve özel sağlık sigortaları şirketlerinin fiyat ve hizmet anlaşması yaptıkları anlaşılmaktadır. Bu anlaşmalar, kurumlara göre farklılık gösterebilmektedir. Özel sağlık sigorta şirketleri, sigortalılarına sundukları sağlık hizmetlerini sağlık kurumları ile yapmış oldukları fiyat anlaşmalarına bağlı olarak vermektedirler. Kurumlararası işbirliğinde fiyat ve hizmet anlaşmalarının farklılaşmasının sigortalıları nasıl etkilediği önemlidir.

- Sağlık hizmetinden faydalanan sigortalı bireylerin, sağlık kurumlarından aldıkları hizmetler karşılığı ödeyecekleri ücretler, sahip oldukları poliçenin teminat limiti ve muafiyet oranlarına bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.

- Özel sağlık sigortalarında geri ödeme miktarları, sağlık kurumlarının farklı fiyat tarifelerine göre değişebilmektedir. Sağlık Kurumları, hizmet politikalarındaki Türk Tabipler Birliğinin belirlemiş olduğu taban fiyatların altında olmamak kaydı ile fiyat tarifelerinde değişiklik yapabilmektedirler. Sigorta şirketleri ile özel sağlık kurumları arasında yapılan farklı anlaşmalara bağlı olarak da sigortalı hastaların ödemek zorunda oldukları katılım payları değişebilmektedir. Bu duruma bağlı olarak, özel sigorta şirketleri ile sağlık kurumları arasında yapılan değişik içerikteki anlaşmalar özel sigortalı hasta portföyünü etkileyebilmektedir.

- Yapılan farklı fiyat anlaşmaları, sağlık kurumları arasındaki rekabeti artırmaktadır. Sigortacılıkta fiyatı oluşturan prim, her sigorta döneminin başında ödenir ve belirlenen dönemi (genellikle yıllık) kapsar. şirketler, prim ödemelerinde indirim uygulamaları, paket fiyat belirlemeleri ve taksitlendirmeler yoluyla ödeme kolaylıkları sağlayarak, satışları artırma yoluna gitmektedirler. Sağlık sektöründe, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması, artan sağlık harcamaları ile bu hizmetlerin geri ödenmesi konusunda sorumlu olan sigorta şirketleri açısından da nakit akışı dengesi etkilenebilmektedir.

- Sigorta şirketleri, sağlık poliçeleri prim tahsilatlarını taksitlendirme yolu ile belli bir sürede alırken, sağlık kurumlarına aylık düzenli, ödemeler gerçekleştirmektedir. Bu durum ödenen tazminat ve tahsil edilen prim dengesini etkilileyebilmektedir. Dolaylı olarak, yüksek hasar / prim dengesi sağlık sigorta poliçe primlerinin de yükselmesine sebep olabilir.

ÖZET

Sağlık Sigorta Şirketleri ile Özel Sağlık Kurumları İşbirliği Süreçlerinin İncelenmesi

Yaşlanan nüfus ile birlikte artan kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadelede kurumların hedefledikleri uzun vadeli stratejiler ve bu doğrultuda toplum ya da bireye yönelik verilen hizmetlerin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin temel unsurlar, tüm ülkelerin gelecek hedefleri doğrultusunda araştırılması gereken konulardır. Bu araştırma ile; özel sağlık kurumları ile özel sağlık sigortaları işbirliğinde yürütülen organizasyonel prosedürler ve hizmet sunumlarında karşılaşılan sorunlara göre verilen hizmetlerin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin genel bir değerlendirmenin yapılması amaçlanmaktadır.

Türkiye’de sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ürünleri tercih edilme sıralamasında en başta olmak üzere, değişik kapsamlarda sağlık sigortaları ürün çeşitliliği mevcuttur. Yaşlılık ile birlikte, sağlık sigorta hizmetine duyulan ihtiyaç artmaktadır. Ancak özel sağlık sigorta şirketlerinin uygulamaları kapsamında belli bir üst yaş sınırı bulunmakta ve kronik hastalıklar, evde bakım ile geriatrik bakımlar kapsam dışı bırakılmaktadır.

Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye’de kronik hastalıklara yönelik sağlık bakım yapılanmalarının ve sağlık kurumları ile özel sağlık sigorta şirketleri arasındaki işbirliği ile verilen sağlık hizmetleri sunumunun; hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık bakımının planlanmasındaki kapsam etkinlik, verimlilik ve güvenilirlik açısından taşıdığı önemin göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Araştırma, Türkiye’de özel sağlık sigortalarının ve özel sağlık kurumlarının hizmet sunumu ile ilgilidir. Bu araştırmanın evreni olarak Ankara ve İstanbul ilinde bulunan özel sağlık ve hayat sigorta şirketleri genel ve bölge müdürlükleri, sağlık sigorta acenteleri ile anlaşmalı oldukları özel sağlık kurumları; ayakta ve/veya yatarak tedavi merkezleri, evde bakım merkezleri, olarak belirlenmiştir. Kurum yöneticileri, sorumlu personeli ile görüşme formlarında yer alan sorulara verdikleri yanıtlardan elde edilen veriler ile yapılan araştırmada “Amaçlı Örneklem” yöntemi kullanılmıştır.

Özel Sigorta Şirketlerine araştırma başvurusu için yapılan müracaatlara “Güneş Sigorta” olumlu yanıt vermiştir. Araştırma soruları Güneş Sigorta Genel Müdürlüğü’ ne gönderilmiştir. Yönetici ve yetkili olarak iki farklı içerikteki soru formları İstanbul merkezlerinde doldurularak elektronik posta ile araştırmacıya teslim edilmiştir. Ankara ilinde faaliyet gösteren ve referans yöntemi ile ulaşılan acenteler ise ; Groupama Sigorta Acenteliği, Allianz ve Axa Sigorta Acenteliği, Maphre Sigorta Acenteliği ve Anadolu

Sigorta Acenteliği olup, randevular alınarak görüşmeler sağlanmıştır.

Özel Sağlık Kurumları olarak yapılan araştırma başvuruların da ise, bu araştırmanın evreni olarak Ankara ve/veya İstanbul illerinde, hizmet kapsamında evde bakım uygulamaları olan ayakta / yatarak tedavi kurumları olarak belirlenmiştir. Araştırma talebine Özel Bayındır Hastanesi / Lokman Hekim Hastanesi / Özel Çankaya Hastanesi / Koru Hastanesi olumlu yanıt vermişlerdir.

Araştırma modeli, kurumlararası disiplinlerin bilgi tabanını oluşturmak için tasarlanmıştır. Bu çalışmada araştırmacının temel rolü, sağlık hizmeti sunan kurumların ve sigorta sektörünün işbirliğinden dolayı elde edilen deneyimlerin nasıl tanımlanabileceği ve ileri gelişmelerin başlangıcı olarak nasıl kullanılabilmesine yönelik bilgileri, araştırma sürecinde toplamış olduğu verileri analiz etmek suretiyle keşfetmek ve ortaya çıkartmaktır. Bu amaçla, hizmet sunucuları olarak sağlık kurumları ve sigorta şirketlerine, hizmet alıcılar olarak hastalar ve sigortalılara odaklanılmış ve birden fazla veri toplama yöntem ve tekniği bir arada kullanılmıştır. Sağlık bakım çalışanları, sigortalı ve hasta olarak hizmet alanlar ve hatta diğer personelin yaşadıkları deneyimleri esnek ve özgün görüşme modelleri ile incelemek iyi sonuçlar verebilmekte ve bazen yeni sorgu alanlarını yaratabilmektedir (Ayaz, 2014).

Araştırmada toplanan benzer özelliklere sahip bilgiler kendi içerisinde kategorilere ayrılmıştır. Bu süreçte kategoriler isimlendirilmiş ve belirli bir temaya dayalı olarak örgütlenmiştir. Bu araştırmada veriler temalarına göre kavramsallaştırılarak organize edilmiştir. Veri toplama yöntemleri arasında derinlemesine görüşme ve belge incelemesi yöntemleri bulunmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümü, sağlık kurumları ve sağlık sigorta yöneticileri ile yapılan görüşmelerden oluşmaktadır. Görüşmeler “Fenomenolojik Analiz (FA)” türü ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların araştırma konusu ile ilgili olay ya da olayları nasıl algıladıkları, kavramsallaştırdıkları ve değerlendirdiklerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünde, sağlık sigorta şirketleri ve acentelerinin yetkili departmanlarında çalışanları ile sağlık kurumlarında bu konu ile ilgili işlem yapma yetkisine sahip çalışanlarına yarı yapılandırılmış görüşme formu dağıtılarak görüşleri yüzyüze görüşme tekniği ile alınmıştır. İstanbul Genel Müdürlüğünde çalışan sigorta yetkililerinin görüşleri ise e-mail ile alınmıştır. Araştırmanın bu bölümünde; sağlık sigorta şirketler ile sağlık kurumlarının iş birliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumu, yöntemi kapsamı ile hizmet verme sürecinde yaşanan sorunlar ile kurumlararası sorun giderme, çözüm bulma ve ilişki belirlemeye yönelik temel unsurlar araştırılmıştır.

Araştırmanın son bölümü, uluslararası raporlar, anketler, istatistiksel veriler, konu ile ilgili sektörel yayın organlarından alınan röportaj ve bilimsel makalelerden elde edilen verilerle tamamlanmıştır. Analizin son aşamasında ise, veri analiz yöntemleri ile elde edilen mevcut verilerin yorumlanması, sonuç ve önerilerin yazılması ile tamamlanmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sigorta şirketi, sağlık kurumu, sağlık sigortası, anlaşmalı kurum

SUMMARY

The Research of cooperation between health insurance companies and health institutions

In order to private health insurers to be able to provide better service, as well as to better serve insurance companies and private health institutions, It is important to increase the awareness and the spread of private health insurance, the activation of the service, the reliability and accessibility of the health service offered to the private health insurance. In this study, it is aimed to investigate the support for the quality of health care systems development in Turkey with the contribution of services provided in cooperation with insurance companies and health institutions. On the other hand, statistical data for private health insurance will be evaluated in Turkey. To this end, an investigation will be done to the basic functions of organizational coordination between health institutions and insurance companies. A review will be made of the procedures of the health care organizations in the

U.S.A. and EU countries to examine and compare them with country samples.

The World Health Organization (WHO) give warnings that; the rapid growth of chronic diseases create the maximum load all over the world and will be the largest job in front of healthcare systems in the near future. It is aimed to make a general evaluation with this research about how to improve the effectiveness of the services provided in cooperation with private health institutions and private health insurance companies according to the organizational procedures and problems encountered in service delivery.

The healthcare delivery systems given to the society with the cooperation between the health insurance companies and private health institutions are important the scope of activities of planning for chronic disease in terms of efficiency, reliability in this sense of Turkey.

This research is related with the healthcare care delivery systems with the cooperation between the private health institutions and private health and life insurance companies. As the universe of this research, private health and life insurance companies in Ankara and Istanbul are designated as general and regional directorates, standing and/or inpatient treatment centers, home care centers.

The research model is designed to build a knowledge base for interdisciplinary disciplines. In this study, the main role of the researcher is to explore and reveal the information by analyzing the data gathered in the research process, how to define the experiences obtained due to the cooperation of the health service providers and the insurance sector and how they can be used as the beginning of further developments.

In this research, qualitative analysis methods were used and basic data collection methods and supporting data collection methods were used together in accordance with these analysis techniques. The basic data collection methods of the research include methods such as participant observation, document review and in-depth interviews.

The last part of the research was completed with international reports, questionnaires, statistical data, interviews and scientific articles obtained from sectoral media organs related to the subject.

Key Words: Health care, home care, health insurance, cooperation, health institutions



KAYNAKLAR

- AKÇİÇEK F, AKBULUT G, FADİLOĞLU Ç, ŞAHİN SÜ (2013). Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar Çalıştay Raporu. Meta Basım, İzmir.
- AKGÜL A (2003). Genel Sağlık Sigortası. Türkiye İsrar Önleme Vakfı Yayınları, Ankara.
- ALAN M (2009). Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşterileri Tarafından Algılanışı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TC Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- ANADOLU SİGORTA (2017). Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Ürünleri. (Erişim Adresi: [www.anadolusigorta.com.tr], Erişim Tarihi: 30.04.2017.
- ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ (2017). Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmetleri. Erişim Adresi: [<https://ankaraism.saglik.gov.tr>]. Erişim Tarihi: 02.07.2017.
- ATAAY F (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*, **41**: 169-184.
- ATAY S, ÖRTEN R (2000). Genel Muhasebe ve Tekdüzen Muhasebe Sistemi Uygulama Örnekleri. Gazi Kitabevi, Ankara.
- AVCI K (2012). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği. Sağlık Bakanlığı, Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi Sözlü Bildirisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **16**:49-56.
- AVŞAR N (2010). Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AXA SİGORTA (2017). Özel Sağlık Sigortası Özel Şartları ve Ürünleri. Erişim Adresi: [www.axasigorta.com.tr], Erişim Tarihi:01.02.2017.
- AYAZ S (2014). Hemşirelik ve Sağlık Bakım Profesyonelleri için Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş. Genç Ofset, Ankara.
- AYHAN B (2014). Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeleri Uzmanlık Tezi, T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- BALCI A (2005). Sosyal Bilimler Araştırma Yöntemi, Teknik ve İlkler. Pegem Yayıncılık, Ankara.

- BAŞPINAR A (2005). Finansal Analiz Tekniklerinin Sigorta Şirketleri Mali Tablolarına Uygulanması. *Maliye Dergisi*, (149): 12.
- BOYOGLU R (1998). Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- BOZKURT R (2003). Süreç İyileştirme, *MPM Yayınları*, Ankara.
- BÖLÜKBAŞI A, PAMUKÇU B (2008). Sigortacılıkta Risk Yönetimi. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- CAN H, TUNCER D, YAŞAR AD (2005). Genel İşletmecilik Bilgileri. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- CAN R, ABACI LÇ, KADIOĞLU S (2013). Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **34**:448-456.
- COŞKUN US (2014). Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **17(1)**:1-17.
- ÇANKAYA HASTANESİ (2017). Çankaya Hastanesi Hakkında Bilgiler. Erişim Adresi: [www.cankayahastanesi.com.tr]. Erişim tarihi:14.10.2019.
- ÇELİK H (2017). Yaşlı Bakım Sigortası. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* (**44**):42-43.
- ÇELİK Y (2011). Sağlık Ekonomisi. Siyaset Kitabevi, Ankara.
- ÇELİKOĞLU İ (1994). Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması. DPT Uzmanlık Tezi, Ankara.
- ÇOBAN M (2015). Evde Bakım Hizmet Sisteminin Almanya ve Türkiye Örneğinde İncelemesi Türkiye İçin Bir Model Önerisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ÇOBAN M, ESATOĞLU AE İZGİ CM, (2014). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Gelişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, **1 (3)**: 154-176.
- ÇOBAN M, İZGİ CM, ESATOĞLU AE (2015). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yabancı Personelle İlgili Uygulamalar: Türkiye ve Almanya Toplum, Sağlık ve Eğitimde Çeşitlilik. (Ed) Borde T, Esen E-Siyasal Kitabevi, Ankara.
- DELOITTE (2015). Türkiye Sigorta Birliği Uzun Dönem Sağlık Sigortaları Ülke İncelemeleri Raporu. Erişim Adresi: [www.deloitte.com]. Erişim tarihi:11.10.2019.

- EKİNCİ G, SUR H (2012). Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu için Bir Model Önerisi. *Sağlıkta Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi*, (24):68-71.
- ERCAN H (1999). Türkiye’nin Fırsat Penceresi Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. TÜSİAD Yayınları, İstanbul.
- ERCAN H (2011). Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ve Ülke Modeli İçin Öneriler. Erişim Adresi: [www.sdp.platform.com]. Erişim tarihi:11.11.2019.
- EVDE BAKIM DERNEĞİ (2010). Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı Sonuç Raporu. Erişim Adres [<http://www.evdebakim.org.tr>]. Erişim Tarihi 07.11.2018.
- GÜNGÖR G (2007). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarında Satış, Pazarlama ve Ürün Analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- GÜVEL EA, GÜVEL AÖ (2015). Sigortacılık. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- HATTON J, MATTHEUS P (2011). Relationship Marketing in the NHS, Will it bring the buyers and suppliers together again? *Marketing Intelligence & Planing*. 2:5-6.
- İŞIK K (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği, Kahramanmaraş.
- İNCESU E, (2013). Bir Kamu Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alan Hastaların Hizmete Erişebilirlikleri. Erişim Adresi: [www.seydisahirdh.saglik.gov.tr/makaleler.html]. Erişim Tarihi:18.07.2018.
- İŞ KANUNU (2019). Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Erişim Adresi:[www.iskanunu.com.tr]. [Erişim tarihi:11.10.2019].
- İZBUDAK D (2017). Özel Sağlık Sigortası ve Genel Sağlık Sigortası İlişkisi ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Erişim Adresi:[www.saglik.sigortasi.com]. Erişim Tarihi: 15.04.2017.
- JCAHO (2016). Joint Commission on the Accreditation of the Healthcare Organizations. Home Care Service Standarts, *Accreditation Manual for Hospital*.
- KAÇAMAN M (2016). Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetine Yönelik Bir Alan Araştırması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- KARABAĞ H (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Ankara.

KARACAN Aİ (1994). Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri. Bağlam Yayıncılık, İstanbul.

KARACIK A (2001). Sağlık Sigortaları, Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı II. Erişim Adresi: [http://www.saglikplatformu.com]. Erişim tarihi: 09.07.2018.

KARAHAN Ö (1997). Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* (3):16 İstanbul.

KARAKAŞ A (2000). Özel Sağlık Sigortaları Tüketici Profili Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

KARASU Ş (1996). Türkiye’de Sigorta Şirketlerinin Mali Tablolarının Analizi ve Düzenleme Mali Tabloların Avrupa Mevzuatı Açısından Değerlendirilmesi Hazine Müsteşarlığı Uzmanlığı Tezi Erişim Adresi: [maliyedergisisgb.gov.tr]. Erişim Tarihi:11.11.2019.

KARATAŞ Z (2011). Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rize.

KAVUNCUBAŞI Ş, YILDIRIM S (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

KAYA F(2010). Sigortacılık. Beta Basım A.Ş, İstanbul.

KAYGISIZEL S (2010). Uzun Dönem Bakım Sigortası Stokastik Modellenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Aktüerya Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.

KIRIMLI G (2013). Özel Hastanelerde Özeş Sağlık Sigorta İşleşi ve Sorunları.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği, İstanbul.

KISA A, ERSOY K (2005). Physicians Concerns About Home Healthcare in Turkey: How Supportive Are They?, Home Health Care Management & Practice. (17): 448-455

KOÇ YY (1998). İşletmelerde Mali Analiz Teknikleri. Turan Yayınevi, Ankara.

KÖSEOĞLU Ö (2002). Değişim Fenomeni Karşısında Markalaşma Süreci ve Bu Süreçte Halkla İlişkilerin Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniv. S.B.E Halkla İlişkiler Ana Bilim Dalı, İzmir.

KÖYLÜOĞLU C (2010). Anlaşmalı Sağlık Kuruluşlarında Anlaşmalı Kurum Faaliyetleri Erişim Adresi: [www.saglikaktuel.com.tr]. Erişim tarihi: 12.08.2019.

LERMAN D (1993). The Hospital Home Care Market. Hospital Home Care Strategic Management for Intergrated Care Delivery. American Hospital Publishing, Inc. AHA,USA.

MEMORIAL HOSPITAL (2019). Evde Bakım Hizmetleri. Erişim Adresi: [\[www.memorial.com.tr\]](http://www.memorial.com.tr). Erişim tarihi:14.10.2019.

ORHANER E (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1):1-22.

ORHANER E (2014). Türkiye’de Sağlık Sigortası. Gazi Kitabevi, Ankara.

ÖKSÜZ ME, MALHAN S (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi, Kalitemetri. Basım: Başkent Üniversitesi, Ankara.

ÖZBOLAT M (2007). Temel Sigortacılık. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

ÖZDEMİR C, ESATOĞLU AE (2014). ÖZDEMİR C ve ESATOĞLU AE (2014). Türkiye’de Yerel Yönetimler Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetleri. 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, s.60.

ÖZDEMİR M (2010). Nitel Veri Analizi; Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1).

ÖZEL NTS MEDICARE EVDE BAKIM MERKEZİ,(2019) Evde Bakım Hizmetleri Erişim Adresi [\[www.ntsmedicare.com\]](http://www.ntsmedicare.com). Erişim Tarihi: 14.10.2019.

ÖZER Ö, ŞANTAŞ F (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 96-97.

ÖZKARA Y (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

ÖZSARI H (2007). Genel Sağlık Sigortası Özel Sağlık Sigortası İlişkisi. Erişim Adresi: [\[www.sdplatform.com\]](http://www.sdplatform.com). Erişim Tarihi: 30.04.2017.

ÖZTEK Z (2001).Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.*Yeni Türkiye*, 7 (39):60-64.

ÖZTOP H, SENER A, GÜVEN S (2008). Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1):39-49.

ÖZTÜRK R (2006). Sağlık Hizmetlerinin Ücretlendirilmesi, Sorunları ve Çözüm Önerileri. Erişim Adresi:[\[www.sdplatform.com\]](http://www.sdplatform.com) Erişim Tarihi: 02.05.2018.

PEKTEN A (2006). Genel Sağlık Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 17:119-138.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Erişim Adresi: [\[www.sbu.saglik.gov.tr\]](http://www.sbu.saglik.gov.tr). Erişim tarihi:11.06.2017.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2017). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. Erişim Adres: [\[www.saglik.gov.tr\]](http://www.saglik.gov.tr). Erişim tarihi:10.05.2017.

SAĞLIK BAKANLIĞI (2019). Palyatif Bakım Gerektiren Hastalar. Erişim Adres: [\[https://emetdh.saglik.gov.tr/\]](https://emetdh.saglik.gov.tr/). Erişim Tarihi: 14.10.2019.

SAĞLIK BAKANLIĞI, (2002) Özel Hastaneler Yönetmeliği. Erişim Adresi: [\[http://www.usk.com.tr/duyuru/ozel_hastaneler_yonetmeli.pdf\]](http://www.usk.com.tr/duyuru/ozel_hastaneler_yonetmeli.pdf), Erişim Tarihi: 01/02/2015.

SAĞLIK PLATFORMU (2018). Sağlık Hizmetlerinde Paket Fiyat Uygulamaları. [\[Erişim Adresi: www.saglikplatformu.com\]](http://www.saglikplatformu.com). Erişim tarihi:23.05.2018.

SAĞLIKCILAR HABER SİTESİ, Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları. Erişim Adres: [\[http://www.saglikcilar.org\]](http://www.saglikcilar.org). Erişim Tarihi:30.04.2017.

SAYAN İÖ (2008). Sosyal Güvenlik Sistemi. Erişim Adresi: [\[www.acikogretim.biz\]](http://www.acikogretim.biz) Erişim Tarihi: 30.07.17.

SAYIM T (2011). Sağlık Piyasası ve Etik, MKM Yayıncılık. Bursa.

SEÇİM H (1991) Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu için Bir Model Önerisi, İ.Ü İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.

SEGEM Ders Notları ve Milli Reasürans T.A.Ş. Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü. Erişim Adresi [\[https://segemdersnotlari\]](https://segemdersnotlari). Erişim Tarihi: 20.05.2017.

SIGORTAM NET; Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Erişim Adresi: [\[http://www.sigortam.net/tamamlayici-saglik-sigortasi-teminatları-nelerdir\]](http://www.sigortam.net/tamamlayici-saglik-sigortasi-teminatları-nelerdir). Erişim Tarihi: 27.01.2016.

SIVACI C (2005) Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği. Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu. Ankara

SİGORTA BİLGİ VE GÖZETİM MERKEZİ (2017). Sağlık Poliçeleri Kasım-Ocak 2017 Yeni İş ve Yenileme Oranları. Erişim Adresi: [\[www.sbm.org.tr\]](http://www.sbm.org.tr). Erişim tarihi:16.02.2019.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2018). Yurt Dışında Tedavi Olmanın Şartları Nelerdir? Erişim Adresi:[\[www.sgk.gov.tr\]](http://www.sgk.gov.tr). Erişim Tarihi: 31.06.2018.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2019). Genel Sağlık Sigortası Duyuruları. Erişim Adres: [\[www.sgk.gov.tr\]](http://www.sgk.gov.tr). Erişim Tarihi: 31.05.2018.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (2019). Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları SGK Genelge. Erişim Adresi: [\[www.sgkrehberi.com\]](http://www.sgkrehberi.com). Erişim

Tarihi:11.10.2019.

- SÖYLEMEZO MN (2011). Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Denizli.
- STOREY L (2007). Doing Interpretative Phenomenological Analysis in E Lyons ve A.Coyle (Eds.) Analysing Qualitative Data in Psychology. Sage Publications Los Angeles.
- TANLI S, UTKU T (2008). Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **6(4)**:283.
- TC AİLE, ÇALIŞMA ve SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI (2019).Evde Bakım Yardımı, Erişim Adresi:[<http://ailevecalisma.gov.tr>]. Erişim Tarihi: 10.10.2019.
- TC BAŞBAKANLIK ÖZÜRLÜLER İDARESİ (2010). Türkiye Özürlüler Araştırması. [Erişim Adresi: www.ozida.gov.tr]. Erişim Tarihi: 11.11.2019.
- TC RESMİ GAZETE (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Erişim Adresi: [www.resmigazete.gov.tr]. Erişim tarihi: 11.10.2019.
- TENGİLİMOĞLU D (2011). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Desen Ofset, Ankara.
- TEPAV YAŞAM BİLİMLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ (2012). Son Dönemlerdeki Sağlık Harcamalarının Analizi. Erişim Adresi: [www.tepav.org.tr]. Erişim Tarihi: 30.12.2017.
- TİRYAKİ D (1998). Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin Düzeyi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- TUNCAY AC, EKMEKÇİ Ö (2011). Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukuk' unun Esasları. Legal Yayınevi, İstanbul.
- TÜRK SAĞLIK-SEN (2019). Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmetleri Kamu Görevlileri Sendikası Erişim Adresi: [www.turksagliksen.org.tr]. Erişim Tarihi:13.10.2019.
- TÜRK SİGORTA ENSTİTÜSÜ VAKFI (2018). Türkiye'de Zorunlu Sigorta Fiyatlarının Belirlenmesi. Erişim Adresi: [www.tsev.org.tr]. Erişim Tarihi: 11.10.2019.
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ (2016). Rehber Tarifleri Erişim Adresi: [www.sagliksal.net/saglik.haberleri], Erişim Tarihi: 21.05.2016.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2016). Sağlık Harcamaları İstatistiği-2016. Erişim Adresi: [www.tuik.gov.tr]. Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.

TÜRKİYE SİGORTA ve REASÜRANS ŞİRKETLER BİRLİĞİ (2012). Sigortanın Tarihsel Gelişim. Erişim Adresi:[www.tsb.org.tr]. Erişim Tarihi: 05.06.2018.

TÜRKİYE SİGORTA ve REASÜRANS ŞİRKETLER BİRLİĞİ (2012). Türkiye Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması – Kantitatif Araştırma Raporu. Erişim Adresi:[www.tsb.org.tr]. Erişim Tarihi: 05.06.2018.

ÜNAL B, ERGÖR G (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayını, Yayın no:909.

YENİMAHALLELİ YAŞAR G (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansmanı Model Önerisi. Doktora Tezi, T.C Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, Ankara.

YENİMAHALLELİ, YAŞAR G (2009). Sağlık Güvencesinde Kamusal Nitelikli Finansmanın Doğuşu ve Gelişimi. *Hastane ve Yaşam Akademik ve Aktüel Tıp Dergisi*, 5 (45): 66-72.

YILDIRIM A, ŞİMŞEK H (2005). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

YILDIRIM HH, YILDIRIM, T (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları; Genel bir Bakış ve Türkiye için Değerlendirilmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44 (2): 53-78.

YİĞİT F (2007). Özel Sağlık Sigorta Sektöründe Yaşanan Sorunlar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.

ZENGİN H (2015). Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararı.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ZİRVE SİGORTA (2019). Acil Sağlık Sigortası. Erişim Adresi [www.zirvesigortaltd.com] Erişim tarihi: 11.10.2019.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul Raporu



Ankara, 31.05.2017
Sayı :BTEDK-05/17

Gaye Pinar UĞUR
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü
Ankara

Sayın Gaye Pinar Uğur,

"Özel Sağlık Kurumları ve Özel Sağlık Sigorta Şirketleri İşbirliğinin Örgütsel Koordinasyonu" başlıklı araştırmanın Bayındır Söğütözü Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi talebiniz Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu'muz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu araştırmanızın hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,



Doç. Dr. Ögüz KARAEMİNOĞULLARI
Genel Müdür Yardımcısı
Tıbbi Hizmetler Direktörü
Bilimsel, Tıbbi Etik ve Deontoloji Kurulu Üyesi



bayek a.ş.

Kızılırmak Mah. 1443. Cad. No:17 Söğütözü 06520 ANKARA
Tel: 0312.287 90 00 • Fax: 0312.285 07 33 • 0850.911 0 911
sogutozu@bayindirhastanesi.com.tr • www.bayindirhastanesi.com.tr



Düzenleyici Kurum Kurulupdur.

ÖZEL BAYINDIR HASTANESİ

Ek-2. Özel Sigorta Şirketleri “Yetkililer”Görüşme Formu

ÖZEL SİGORTA ŞİRKETLERİ GÖRÜŞME FORMU	
Bölüm Adı :	Tarih../../..
Yetkili Ünvanı : Görüşme Şekli :	
Görüşme Süresi:	Görüşme
Sağlayan	
:	
1. Özel sağlık sigorta poliçesi açtırmak üzere başvuran sigortalı adaylarının sağlık durumu ile ilgili sigorta şirketlerinin değerlendirme koşulları nelerdir? 2. Sağlık sigorta poliçeleri özel şartları gereğince, kişiler hangi yaş aralığında sigortayakabul edilmektedir?.Yenileme Koşulları ve Ömür boyu yenileme garantisi hangi koşullarda verilmektedir? 3. Sigortalı adaylarının mevcut rahatsızlıkları hangi koşullar ile sigorta kapsamına dahil edilir? Sigortalı adaylarının başvuruları hangi koşullarda uygun görülmemektedir? 4. Sağlık sigortalarında tüketicilerin satın alma davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir? 5. Sağlık Sigorta sisteminde fiyatlandırma ferdi ve grup sağlık sigorta poliçelerinin fiyatlandırma kriterleri nelerdir? 6. Özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kurumlarının işbirliğinde verilen sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık kurumlarına müracaat eden sigortalıların kabul işlemleri, provizyon işlemlerinin aşamaları, sağlık kurumlarında hekim kaynaklı sorunlar ve sistemsal sorunlar nelerdir? 7. Özel sigortalar ve özel sağlık kurumları arasında bir eşgüdüm sağlamak amacı ile kurumlar arası sorun giderme, çözüm bulma ve ilişki belirlemeye yönelik temel u nsurlar nelerdir ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin etkililiği nasıl artırılabilir?	

8. Özel Sağlık Sigortaları ile Sağlık Kurumları İşbirliğinde Sunulan Evde Sağlık Bakım Hizmetinin kapsamı nelerdir? Bu kapsamda verilen hizmet sunumunun hasta bakım süreçlerinde performanslarının araştırılması ve geliştirilmesi için neler yapılmalıdır?

9. Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin uzun dönem hasta bakım süreçlerine yönelik yaklaşımları konusundaki değerlendirmeleri nelerdir?

Ek-3. Özel Sigorta Şirketleri “Yöneticiler” Görüşme Formu

SİGORTA ŞİRKETLERİ “YÖNETİCİLER” GÖRÜŞME FORMU	
Bölüm Adı :	Tarih..../../..
Yetkili	
Adı/Soyadı:	
Yetkili Ünvanı :	
Görüşme Şekli :	
Görüşme Süresi :	Görüşme Sağlayan :
1. Sağlık Sigorta sistemlerinin, toplumun sağlıkla ilişkili hizmetlerden yararlanmaları ve sağlanan hizmetlerin sürdürülebilirliği açısından sağlık bakım ihtiyaçlarının planlanması ve uygulamaları nelerdir? 2. Toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimler bireylerin yaş ve gelişimsel dönemlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Toplum sağlığını belirleyen iç faktörler nelerdir ve farklı ihtiyaç sahiplerinin sağlık sigorta hizmetleri ile faydalanma imkanları nasıl belirlenmektedir? 3. Türkiye’de, yaşlı nüfus oranındaki artışla birlikte yaşları 65’in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de toplam nüfus içindeki payı, önümüzdeki 20/30 yılda artacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye’de kronik hastalıklara yönelik sağlık bakım yapılarının yaşlanan nüfus ile birlikte toplum ya da bireye yönelik verilen sağlık sigorta hizmetlerinin etkililiğinin nasıl geliştirilebileceğine ilişkin hedefler ve/veya planlanan çalışmalar nelerdir? 4. Sağlık kurumları ile özel sağlık sigorta şirketleri arasındaki işbirliği ile verilen sağlık hizmetleri sunumunun; hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık bakımının planlanmasındaki kapsametkinlik, verimlilik ve Güvenilirlik açısından taşıdığı önemin değerlendirilmesi konusunda görüşleriniz nelerdir? 5. Toplumda kronik hastalıkların izlenmesi ve hastalık kontrol programlarının uygulanması, eğitim ve yönetim faaliyetlerine yönelik sağlık sigorta sistemlerinin yaklaşımları ve uygulamaları nelerdir?	

6. Türkiye’de özel sektör, özel sağlık kurumları ve özel sağlık sigorta şirketleri, kamu kurumları ve yerel yönetimler gibi farklı yapılanmaların bünyesinde farklı standartlar ve farklı amaçlarla verilmekte olan evde bakım hizmetleri ile ilgili işleyişte karşılaşılan sorunlar nelerdir?
7. Uzun dönem bakım sigortasının Türkiye’de de ihtiyaç duyulacak bir sigorta türü olacağı düşünülürse, bu sigortanın yapısının temel özellikleri neler olmalıdır?
8. ABD ve Avrupa ülkeleri artan bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirdikleri hastalık kontrol programları, etkin evde bakım modelleri, sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu, sağlık kurumları ve sigorta şirketleri işbirliğin de yapılan çalışmaların toplum sağlığını kapsayıcı rolleri nelerdir

Ek-4. Özel Sağlık Kurumları “Yöneticiler” Görüşme Formu

SAĞLIK KURUMLARI “YÖNETİCİLER” GÖRÜŞME FORMU	
Ölüm Adı :	Tarih../../..
Yetkili Ünvanı : Görüşme Şekli :	Görüşme Sağlayan :
Görüşme Süresi:	
1. Toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimler bireylerin yaş ve gelişimsel dönemlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Toplum sağlığını belirleyen iç faktörler nelerdir ve farklı ihtiyaç sahiplerinin sağlık hizmetlerinden faydalanma imkanları nasıl belirlenmektedir? 2. Özel sağlık sigortaları sağlık hizmetlerini, sağlık kurumları ile yapmış oldukları anlaşmalara bağlı olarak vermektedirler. Özel sağlık kurumlarının; sağlık hizmet sunumunda, sağlık sigorta şirketleri ile yaptıkları özel anlaşmaların amaçları ve kapsamaları nelerdir? 3. Özel sigortalar ve özel sağlık kurumları arasında bir eşgüdüm sağlamak amacı ile kurumlararası sorun giderme, çözüm bulma ve ilişki belirlemeye yönelik çalışmalar nelerdir.? 4. Sağlık kurumları ile özel sağlık sigorta şirketleri arasındaki işbirliği ile verilen sağlık hizmetleri sunumunun; hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık bakımın planlanmasındaki kapsam, etkinlik, verimlilik ve Güvenilirlik açısından taşıdığı önemin değerlendirilmesi konusun/da ki görüşleriniz nelerdir? 5. Türkiye’de, yaşlı nüfus oranındaki artışla birlikte yaşları 65’in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de toplam nüfus içindeki payı, önümüzdeki 20/30 yılda artacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda; Türkiye’de kronik hastalıklara yönelik sağlık bakım yapılanmalarının yaşlanan nüfus ile birlikte artan kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadelede sağlık kurumlarının hedeflediği uzun vadeli stratejiler nelerdir ? 6. Türkiye’de özel sektör tarafından farklı standartlar ve farklı amaçlarla verilmekte olan evde bakım hizmetleri ile ilgili işleyişte karşılaşılan sorunlar nelerdir? 7. Toplumda kronik hastalıkların izlenmesi ve hastalık kontrol programlarının uygulanması, eğitim ve yönetim faaliyetlerine yönelik sağlık kurumlarının yaklaşımları ve uygulamaları nelerdir?	

8. ABD ve Avrupa ülkeleri artan bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirdikleri hastalık kontrol programları, etkin evde bakım modelleri, sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu sağlık kurumları ve sigorta şirketleri işbirliğinin de yapılan çalışmaların toplum sağlığını kapsayıcı rolleri nelerdir?



Ek-5. Özel Sağlık Kurumları “Yetkililer” Görüşme Formu

ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI GÖRÜŞME FORMU	
Bölüm Adı	: Tarih../../..
Kurum içindeki mesleki pozisyon:	
Kurum içindeki görev süreniz :	
Toplam Görev Süreniz	:
S-1: Sağlık kurumları ile sigorta şirketleri özel sağlık sigortalılarına hizmet vermek üzere nasıl bir anlaşma sağlamaktadır?	
S-2: Sağlık kurumları ile sigorta şirketlerinin özel sağlık sigortalılarına hizmet vermek üzere, yaptıkları anlaşmaların amacı nedir?	
S-3: Sağlık kurumları ile sigorta şirketlerinin yaptıkları anlaşmaların, sigortalı bireylere sağladığı avantajlar nelerdir?	
S-4: Sağlık kurumlarından hizmet alma sürecinde, sigortalıların sağlık poliçeleri hakkında sahip oldukları bilgi düzeyini deneyimlerinize göre nasıl değerlendirirsiniz?	
S-5: Sağlık kurumlarından hizmet alma sürecinde, sigortalı bireylerin sağlık poliçeleri ile ilgili bilgi düzeylerinde eksiklik olduğunu düşünüyorsanız, sizce bu durum neden kaynaklanmaktadır? Açıklayınız,	
S-6: Sigortalı bireylerin poliçeleri hakkındaki bilgi eksikliği varsa bu durum, sağlık kurumlarından hizmet alma sürecine nasıl yansımaktadır, Açıklayınız?	
S-7: Sağlık kurumunuzdan hizmet alma sürecinde, sigortalı hastalar aldıkları hizmetleri nasıl değerlendirmektedir?	
S-8: Sigortalı hastanın sigorta şirketine verdiği sağlık beyanı bilgilerinin, sağlık kurumlarına yaptıkları başvurulardaki değeri/önemi nedir?	
S-9: Ayaktan/yatarak tedavi hizmeti alma sürecini tamamlayarak, sağlık kurumunuza fatura ödemeleri aşamalarında sigortalı hastaların tutum ve davranışları hakkındaki görüşleriniz nelerdir?	

S-10: Farklı fiyat tarifelerine bağı olarak, sigorta şirketleri ile sağık kurumları arasında yapılan farklı anlaşmalar, özel sigortalı hastaların da ödemek zorunda oldukları katılım paylarını farklı kılabilir. Bu farkların ödenmesi üzerine sigortalı bireylerin tutum ve davranışları nasıl gelişmektedir?

S-11 Bu farkların ödenmesi üzerine geliştirilen “tamamlayıcı sağık sigortalarının” toplam müşteri portföyündeki yeri ve önemi nedir?

S-12: Sağık kurumlarında, sigortalı hastalara verilen hizmetlere ilişkin doktorların tutum ve davranışlarının sigorta şirketi ve sağık kurumu işbirliğinde verilen hizmetlerdeki rolü ve önemi nedir? Açıklayınız?

S-13:Doktorların, sigortalı hastalarına sundukları sağık hizmetlerinin tıbbi rapor açıklamaları sigorta şirketi tarafından provizyon işlemleri aşamasında nasıl değerlendirilmektedir?

S-14: Sağık kurumunun provizyon istemi, sigorta şirketi tarafından hangi durumlarda ret edilmekte ve/veya bilgi talep edilerek tekrar değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır?

S-15: Sağık kurumunda yapılacak tıbbi işlemler öncesi doktorlar tarafından sigortalı hastalara yapılması gereken bilgilendirme ve/veya yönlendirmenin düzeyi ile ilgili görüşleriniz nelerdir, açıklayınız;

S-16: Doktor tarafından verilen sağık hizmeti sunumuna ait tıbbi raporların hazırlanma süreleri, sigorta şirketi ile işbirliğinde verilen ayakta/yatarak tedavilerin provizyon hizmetlerine nasıl yansımaktadır? Açıklayınız?

S-17: “Müşteri Memnuniyeti” sağık kurumlarının hedeflediğı bir hizmet anlayışı olarak çok önemlidir. Sigortalı hastaların, aldıkları sağık hizmetlerinden farklı olarak rapor düzenlenmesini sağık kurumundan talep etmeleri durumunda, bu talepleri nasıl değerlendirmektedir?

S-18: Sigortalı hastaların sağık kurumundan kontrol amaçlı tetkikler yapılmasını talep etmeleri durumunda, sağık kurumları bu talepleri nasıl değerlendirmektedir?

S-19: Sigortalı hastanın sağlık kurumundan hizmet alma sürecinde, sağlık kurumu ve sigorta şirketi anlaşma koşulları ile ilgili değişikliklerin bilgi sistemlerine güncelleme ve tanımlama işlemlerinin, kurumlararası işbirliği ile verilen hizmetlerde öneminin neler olabileceği hakkında görüşleriniz nelerdir, açıklayınız;

S-20: Sağlık Kurumları T.T.B / Sigorta şirketleri/Anlaşmalı Kurumlar v.b anlaşmalarla müşterilerine farklı fiyat tarifeleri uygulayabilmektedir. Anlaşmalı fiyatların sağlık kurumu tarafında takibi nasıl gerçekleşmektedir. Uygulanan bu farklı fiyat tarifeleri ile ilgili değişikliklerinin bilgi sistemlerine yansıtılması ve/veya yansıtılmamasının, kurumlararası işbirliği ile verilen hizmetlerde önemi nedir? Açıklayınız;

S-21: Farklı fiyat tarifeleri ve anlaşmalarla ilgili tanım, şart, v.b değişiklikler ile ilgili sistemsel tanımlama yapılmadığı durumlarda, bu değişiklikler fatura düzenlemelerine nasıl yansıtılmaktadır.Sistem dışı hesaplamaların, kurumlararası işbirliği ile verilen hizmetlerde öneminin neler olabileceği hakkında görüşleriniz nelerdir, açıklayınız;

S-22: Sigortalı bireylerin sağlık kurumlarından hizmet alma sürecinde, sigorta şirketinden kaynaklanan sorunlar olduğunu düşünüyorsanız, bu sorunlar nelerdir, açıklayınız;

S-22:Sigorta şirketinin sağlık poliçeleri teminatları dışındaki hususlarla ilgiyi yeterli düzeyde bilgiyi sağlık kurumları ile paylaşması ve/veya paylaşmamasının, kurumlararası işbirliği ile verilen hizmetlerde öneminin neler olabileceği hakkında görüşleriniz nelerdir, açıklayınız;

S-23: Sigorta şirketinin provizyon istemi ile ilgili kontrol/düzeltilme ve yazılı onay sürelerinin sağlık kurumları tarafından verilen hizmetlerde öneminin neler olabileceği hakkında görüşleriniz nelerdir, açıklayınız;

S-24: Sağlık kurumu tarafından verilen hizmetlerin faturalarının ödenmesi için sigorta şirketinin sözlü ve yazılı onay verilmesi yeterli midir? provizyon onayı verilmesine rağmen faturaların iade edilmesi ile ilgili sorunlar olduğunu düşünüyorsanız, açıklayınız;

S-25: Sağlık kurumları ve sigorta şirketlerinin, sağlık sigortaları hizmet sunumunda eşgüdüm sağlamaları için tamamlanması gereken unsurlar konusunda önerileriniz nelerdir?

S-26: Bu konulara ilave edeceğiniz diğer unsurlar var ise görüş ve önerilerinizi açıklayınız,

▪ Özel Sağlık Sigortaları ile ilgili herhangi bir Anlaşmalı Kurumlar Eğitim Programına katıldınız mı?

Evet ☐

Hayır ☐

▪ Cevabınız Evet ise eğitim programı yararlı oldu mu?

▪ Anlaşmalı Özel Sağlık Sigortası Şirketleri İle Sigorta Kapsamındaki Sorunlara Yönelik Toplantılar Yapılıyor Mu?

▪ Cevabınız Evet ise sorunlar dikkate alınarak çözüm önerisi getiriliyor mu?

Zaman Ayırdığınız İçin Teşekkürler...

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı / Soyadı : Gaye Pınar UĞUR
Doğum Tarihi ve Yeri : 03/ 04 / 1962
Uyruk : T.C.
Tel : 0312 427 66 70
Mobil : 0532 434 25 78
E-Posta : gayepinar@gmail.com

EĞİTİM

İlk /Orta /Lise : T.E.D Ankara
Koleji / Mezuniyet 1980 **Üniversite (Lisans)**
: Hacettepe
Üniversitesi / Mezuniyet 1986 **Bölüm** : Fizik
Tedavi ve Rehabilitasyon
Üniversite (YL) : Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Y.L

İŞ TECRÜBESİ

(2004 - -) : T.O.D. Kurumsal Eğitim Danışmanlığı
(2002 - 2000) : IŞIK SİGORTA Sağlık Sigortaları Departman
Müdürü
(2000 - 1998) : KAPİTAL SİGORTA Sağlık Sigortaları
Departman Müdürü
(1998-1996) : EMEK HAYAT SİGORTA Sağlık
Sigortaları Departmanı Mdr. Yrd
(1995-1996) : GROUPAMA SİGORTA Sağlık Sigortaları
Departmanı Şefi
(1995-1993) : YAPI KREDİ SİGORTA Sağlık Sigortaları Hasar
Departman Uzmanı
(1992-1991) : İbni- Sina Hastanesi FTR Departmanı

(1988-1986) Fizyoterapist
: Prof.Dr. Sabri NARMAN Romotoloji Kliniği -
Fizyoterapist

KURS /SERTİFİKALAR

(Mart 2009 – Mayıs 2009) : HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
“ Sağlık Kurumları Yönetim” Sertifikası

