

147005

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA
YÖNETİM BİLİM DALI

147005

Doktora Tezi

**ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI KAPSAMINDA
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI SİGORTASINA İLİŞKİN
BİR MODEL ÖNERİSİ**

(Düzeltilmiş Tez)

Akansu Çiğdem GÜR
2502559875

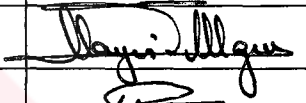
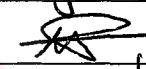
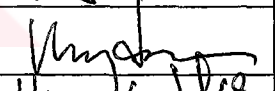
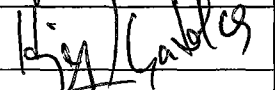
Tez Danışmanı
Doç. Dr. Huriye ÇATALCA

İstanbul-2004

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüz **Hastane Yönetimi** Bilim Dalında **2502559875** numaralı **Akansu Çiğdem Gür**'ün hazırladığı **“Özel Sağlık Sigortaları Kapsamında Ağız Ve Diş Sağlığı Sigortasına İlişkin Bir Model Önerisi”** konulu ~~YÜKSEK LİSANS~~ / **DOKTORA TEZİ** ile ilgili **TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca **25/01/2005** Salı günü saat:12.00'de yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin ~~KABULÜ~~ ne* **OYBİREĞİ / OYÇOKLUĞUYLA** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ(*)	İMZA
PROF.DR.HAYRİ ÜLGEN	KABULÜ	
PROF.DR.MAHMUT PAKSOY	Red	
PROF.DR. HAYDAR SUR	KABULÜ	
DOÇ.DR.HURİYE ÇATALCA	KABULÜ	
DOÇ.DR.GÖNEN DÜNDAR	KABULÜ	

DÜZELTME

- 1- Tez ismi değiştirildi (Kapak).
- 2- Tez 5 bölüm iken 3 bölüme indirildi. Bölümler arasında denge sağlandı (Sayfa 4, 29, 68).
- 3- Bölümler arasına bağlantı cümleleri eklendi.
- 4- Kaynakça yeniden gözden geçirildi ve yeni kaynaklara ulaşıldı (Sayfa 8, 10, 12, 27, 29, 32, 45, 49, 54, 60, 66).
- 5- Önerdiğimiz modelin teknik donanımı ve sistemin işleyişini gösteren resimler Ekler bölümüne alındı (Sayfa 102).
- 6- Tez içindeki imla ve yazım hataları düzeltildi.

ÖZ

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin kullanımında eğitim düzeyi, sağlık bilinci, satın alma gücü, alışkanlıklar, yaş ve cinsiyet gibi epidemiolojik ve demografik özellikler ile sosyoekonomik koşulların belirleyici olduğu ve sağlık insan gücü ihtiyacını belirlediği görülmektedir. Bu hizmetler, dünyanın bütün ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de olabildiğince sosyal güvence kapsamı dışında tutulmaya çalışılmakta ve sağlık sigortası anlamında ağız diş sağlığı hizmetlerinde çok az şeyin yapıldığı görülmektedir. Bunun nedenleri arasında bir çok etken sayılmakla birlikte, diş hekimliği hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması, bireysel risk hesabı yapmanın zorluğu gibi unsurların önemli olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmanın amacı ülkemizde ağız diş sağlığı ile ilgili özel sigorta uygulamalarını ele alarak yaşanan eksiklik ve sorunları ortaya koymak ve çözümler üretmektir.

Bu amaçla, özel sağlık sigortalı, diş sigortalı ve diş şikayeti olan sigortasız hastalarla yapılan ve temel diş hekimliği hizmet gereksinimlerinin saptandığı araştırmada toplanan veriler SPSS 11.5 paket programıyla değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların %38.5'inde diş çekimi, %82'sinde dolgu, %56'sında kanal tedavisi, %74'ünde periodontal tedavi gerekli görülmüştür. Diş sigortası yaptıranlar ile kontrol ve hasta grupları arasında; tedavi, dolgu ve çekim gereksinimleri açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Sigortacılık alanında risk almayan limitli poliçelerle kapsam altına alınmaya çalışılan diş hekimliği hizmetlerinde pazarlama engeliyle karşılaşmaktadır. Gerçek bir aktüerya hesabına dayandırılarak belirlenen primler, sigortacı açısından riski azaltabilecektir. Sigorta süresince sigortalının ağız ve diş sağlığı durumunun ve sunulan diş hekimliği hizmetlerinin sigorta merkezinden izlenmesi gerekmektedir. Bunun için amaca uygun tasarlanmış bir bilgisayar yazılımı kullanılmalı ve görüntü kayıtlarıyla kontrol edilmelidir.

ABSTRACT

The main determinants on the use of dental health services and the need for dental health human resources are the socioeconomic factors such as education level, health awareness, the power of service purchase, daily habits, age and gender. Dental services, like whole in the world, are tried to be excluded out of the social insurance coverage in Turkey and very little was happened in this frame. Some reasons are determined for this, among these reasons especially the high costs of dental health services and the difficulty of calculating risks are emphasized.

The aim of this study is to enlighten the problems of private dental health insurance practices and produce solutions.

In the study, major dental service needs were determined. Data were collected from three groups of people, the first of which is the group of private insurance, the second the group of patients without insurance and the third patients with insurance. Data were entered into electronic database and analyzed with the 11.5 SPSS computer package program.

The 38.5% of the research group was evaluated as needing extraction, 82% as filling, 56% as root channel treatment and 74% as periodontal treatment. There were no statistically significant difference between the three groups about needs of treatment, filling and extraction.

In the limited dental insurance activities, some marketing problems occur in the case of policies designed with little risks. The premiums depending on a real actuarial calculation could decrease the risk of an insurer. It is a necessity to monitor the dental health status and the service use behavior of the member. An appropriate software and proper equipment are critical issues for the success of dental health insurance.

ÖNSÖZ

Türkiye’de en çok ihmal edilen sağlık sorunlarının başında ağız diş sağlığı gelmektedir. Tedavi için gerekli malzemelerin tamamı ithal edilmekte olduğundan tedavi maliyetleri çok yüksek olan diş sağlığı hizmetlerinin sunumu kadar finansmanı da önem arz etmektedir.

Ülkemizde gerçek anlamda diş sağlığı sigorta uygulaması yoktur. Bu nedenle sigorta şirketlerinin ilgisini çekmek ve önerilen poliçe örneği ile diş sigorta uygulamasının; hem sigorta şirketlerine, hem yeni bir hasta potansiyeline sahip olacak diş hekimlerine, hem de uygun fiyatlarla sağlık hizmeti alma imkanı bulacak geniş kitlelere cazip gelmesi ümidiyle bu çalışma yapılmıştır.

Türkiye’de diş sigortası ile ilgili kapsamlı bir araştırma yapılmamış olması ve diş sigortası uygulamasının olmaması, bu çalışmaya bizi yönelttiği gibi aynı nedenler araştırmada güçlük yaratmıştır. Bu çalışma, ilk olmasının zorluğu nedeniyle, ideal bir sağlık hizmet finansmanı olma iddiasında değildir, ancak konunun önemi kullanılan kaynakların boyutu ve hemen her insanın bu hizmetlere duyduğu ihtiyacın büyüklüğü göz önüne alındığında bundan sonra bu tarz çalışmalara veri sağlayabilirse, bu çalışma amacına ulaşmış sayılabilir.

Bütün kısıtlılıklarda doktora çalışmamda emeği ve desteğini esirgemeyen kişilere teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
ÇİZELGE LİSTESİ	x
KISALTMA LİSTESİ	xi
GİRİŞ	1
I. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ	4
A. Sağlık Sigorta Uygulamaları Ve Özel Sağlık Sigortaları	4
1. Sağlık Sigortalarının Tarihsel Gelişimi	6
2. Özel Sağlık Sigortalarının Türkiye 'deki Gelişimi	8
3. Özel Sağlık Sigortalarının Dünyadaki Gelişimi	10
4. Türk Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Bugünkü Durumu	13
B. Özel Sağlık Sigortasının Hukuksal Yönleri	17
1. Sigorta Sözleşmesinin Hukuksal Yönleri	17
2. Teminat Dışı Kalan Durumlar	20
3. Zaman Bakımından Sınırlama	21
4. Sigorta Şirketinin Yükümlülükleri	22
a. Poliçe Verilmesi	22
b. Sır Saklama Yükümlülüğü	22
c. Sigorta Bedelini Ödeme Yükümlülüğü	23
5. Sigortalının Yükümlülükleri	24
a. Sigortacının Doğru Bilgilendirilmesi	24
b. Rizikonun Gerçekleşmesi Durumunda Bildirim	26
c. Gerçekleşen Rizikonun Daha da Kötüleşmesini Önleme Yükümlülüğü	27
d. Prim Ödeme Yükümlülüğü	28
II. DIŞ HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SİGORTA HİZMET UYGULAMALARI	29
A. Türkiye Ve Gelişmiş Ülkelerdeki Dış Hekimliği Hizmetleri	29
1. Dış Hekimliğinin Tarihçesi	29
2. Türkiye 'de Ağız ve Dış Sağlığı İle İlgili Mevcut Durum	32
3. Türkiye 'de Dış Hekimliği Hizmet ve Uygulamalarının Durumu	36
4. Gelişmiş Ülkelerdeki Dış Hekimliği İle İlgili Sağlık Bakım Organizasyonları	42

a. A. B. D. deki Diş Hekimliği İle İlgili Sağlık Bakım Organizasyonları	42
(1). HMO (Sağlık Bakım Organizasyonları) ve Dental Health Maintenance Organizations	43
a. D. H. M. O. Avantajları	45
b. D.H. M. O. Dezavantajları	46
(2). Hizmet Karşılığı Diş Planları	46
(3). IPA (Bağımsız Muayenehane Birlikleri)	47
(4). Preferred Provider Organizations (Tercihli Yönlendirilen Organizasyonlar)	48
(5). Direct Reimbursement (Harcamaların Doğrudan Geri Ödenmesi)	49
b. Bazı Avrupa Ülkelerindeki Diş Sigorta Uygulamaları	51
(1). İngiltere 'deki Diş Sigorta Uygulamaları	51
(2). Fransa 'daki Diş Sigorta Uygulamaları	52
(3). Almanya 'daki Diş Sigorta Uygulamaları	52
B. Özel Diş Sigorta Poliçesi	54
1. İyi Bir Diş Poliçesinde Olması Gerekenler	55
2. Poliçe Dizaynı ve Risk Paylaşımı	55
C. Özel Diş Sigorta Planlarında Dağılım Modelleri	58
1. Personel Modeli	58
2. Ağ Modeli	58
3. Kapalı Model	58
4. Diş Planlarında Organizasyonun Hekime Ödeme Yapma Modelleri	59
D. Özel Diş Sigortalarının Uygulama Tipleri	60
1. Grup Sigorta Poliçeleri	60
2. Okul Sigorta Poliçeleri	62
3. Aile Poliçeleri	65
4. Bireysel Poliçeler	66
III TÜRKiYE'DEKİ ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDA KULLANILACAK DIŞ POLİÇELERİNE YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ	68
A. Dental Hizmetlerinde Güvence Durumuna Göre Hizmet Kullanımını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma	68
1. Araştırmanın Konusu,Kapsamı Ve Sınırları	68
a. Araştırmanın Konusu	68
b. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	69
c. Araştırmanın Sınırları	69
2. Araştırmanın Metodolojisi	70
a. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı	70

b. Bulgular	71
B. Tartışma	83
C. Türkiye'deki Özel Sağlık Sigortalarına Entegre Edilebilecek Dış Poliçelerine Yönelik Fizibilite Çalışması Ve Bir Model Önerisi	85
1. Departman Yapısı	86
2. Poliçe Yapısı	88
3. Dış hekimliği Sigorta Organizasyonu İçin Gerekli Teknik Donanım	89
a. Hastaya Ait Kişisel Bilgiler	90
b. Hastanın Anamnez Formu	90
c. Hastanın Ağız İçi Görüntüleri	91
d. Randevu Planı	91
e. Hastanın Ağız İçi Plan ve Yapılan İşlemlerle İlgili Fiyatlandırma	91
f. Hastanın Panoramik Filmi	92
SONUÇ VE ÖNERİLER	93
KAYNAKÇA	95
EKLER	100
ÖZGEÇMİŞ	109

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa no
Tablo 1	Özel Sağlık Sigortası Branşının Yıllar İtibariyle Prim Üretimi Ve Artış Yüzdesi	13
Tablo 2	Daimi Dişlerde Diş Çürüklerinin Yaygınlığı Ve Şiddeti (Kişi Başına)	34
Tablo 3	Türkiye’de Diş Hekimlerinin Bölgelere Göre Dağılımı	38
Tablo 4	Süt Dişlerinde Diş Çürükleri Yaygınlık Ve Şiddeti(Kişi Başına)	65
Tablo 5	Araştırmaya Alınan Gruba Ait Özelliklerin Dağılımı	71
Tablo 6	Araştırmaya Katılanların Yaş Ve Bazı Diş Şikayetlerine Ait Ortalama, Standart Sapma, Minimum Ve Maksimum Değerler	72
Tablo 7	Araştırmaya Katılanların Çekim, Dolgu, Kanal Tedavisi, Periodontal Tedavi Gerekliliği Ve Periodontal Tedavi Tipine Göre Dağılımı	73
Tablo 8	Cinsiyete Göre Araştırmaya Katılan Grubun Başvuru Nedenlerinin Karşılaştırılması	74
Tablo 9	Araştırmaya Alınan Grubun Diş Çekimi Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 10	Araştırmaya Alınan Grubun Dolgu Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 11	Araştırmaya Alınan Grubun Kanal Tedavisi Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 12	Araştırmaya Alınan Grubun Periodontal Tedavi Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması	78
Tablo 13	Araştırmaya Alınan Grubun Periodontal Tedavi Tipine Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 14	Araştırmaya Katılan Grupların Bazı Endikasyonlar Açısından Karşılaştırılması	81
Tablo 15	Araştırmaya Katılan Grupların Bazı Ölçümsel Değişkenleri Arasındaki İlişki	82
Tablo 16	Öngörülen Poliçenin Kapsamı, Sınırları Ve Katılım Payı	89

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 1	Diş Macunu Kullanımı	33
Çizelge 2	Diş Fırçası Kullanımı	33



KISALTMA LİSTESİ

PPO – Preferred Provider Organization

HMO – Health Maintenance Organization

DHMO- Dental Health Maintenance Organization

DMFT – Decayed Missed Filled Teeth

DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü

IPA - Independent Practitioners Association

TTK - Türk Ticaret Kanunu

TDB - Türk Diş Hekimleri Birliği

GİRİŞ

Sigorta; ekonomik kayıplar doğuran, olması mümkün risklerle baş edebilme planıdır. Başka bir deyişle; belirli birtakım ekonomik değer kayıplarına ya da bu kayıpların sonuçlarına karşı telafi mekanizmasını çalıştıran bir organizasyondur ve bu organizasyonlar toplum olarak yaşama, insanın onuru gibi kavramlar sebebiyle zorda olan toplum ferdine yardım etmenin sosyal bir yükümlülük olarak kabul edilmesi sonucu doğmuşlardır. Esası, zararın sigortalılar topluluğuna dağıtılması olup bu dağıtım, aracı sıfatıyla sigorta şirketleri tarafından yapılmaktadır.

Tehlike, insan hayatında her zaman için vardır. İnsanların can ve malları itibariyle karşılaştıkları tehlikeler çok eskilerden günümüze kadar artan bir şekilde devam etmektedir. Teknolojinin çok hızlı gelişmesine rağmen tehlikeyi tümüyle önlemek olanaksızdır. Özellikle sağlık alanında başlangıçta şifalı bitkiler ve teknolojiden uzak yöntemlerle verilmekte olan bu mücadelede gelişen ve değişen tıbbi teknoloji ile hastalıklarla mücadele anlamında önemli aşamalar kaydedilmiştir.

Tıptaki bu olumlu değişimler ferdin hastalıkla ilgili sorunlarını çözmede yeterli olmasına rağmen hastalık nedeniyle çalışamamanın getirdiği kazanç kaybı ve tedavi masrafları kişiyi maddi yönden sarsabilmektedir. Sosyal devlet olmanın getirdiği "sağlığın herkes için insanlık hakkı olması" kavramı özellikle muhtaçların, yaşlı ve çocukların, eğitim seviyesi düşük bireylerin daha fazla risk altında olduğunu ortaya koymakla beraber, özel ya da sosyal sağlık sigortası sistemlerinin oluşturulmasını zorunlu hale getirmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde, ülkelerin anayasaları, yasaları vb. metinlerde herkesin sağlığı doğuştan gelen bir insanlık hakkı olarak ele alınmakta ve sağlığın korunmasına yönelik toplumsal mekanizmalar kurulmaktadır. Bu durum kişilerin sağlıklarını bir şekilde güvence altına alınmasını sağlayacak sosyal ya da özel sigorta sistemlerinin oluşması anlamına gelmektedir.

Türkiye, sağlık sektöründe gerekli insangücü yetiştirme açısından kısmen de olsa başarılı sayılmakla birlikte bu insangücünün uygun istihdamı ile ilgili sorunların yanısıra, sağlık hizmetlerinde yönetim, örgütlenme, planlama ve bütçeleme gibi konulara ilişkin sorunları da çözülebilmüş değildir. Gelişmiş ülkelerde sağlığa ayrılan pay ortalama %10-12 civarında iken bu oran ülkemizde %5'ler civarındadır. Bunun içinden ağız diş sağlığına ayrılan pay ise %1 civarındadır. Ancak durumu yalnızca bütçe yetersizliği ile değerlendirmek hatalı olur.

Ağız diş sağlığı hizmetlerinin kullanımında da eğitim düzeyi, sağlık bilinci, satın alma gücü, alışkanlıkları, yaş ve cinsiyet gibi epidemiolojik ve demografik özellikler ile sosyoekonomik koşulların belirleyici olduğu ve sağlık insangücü ihtiyacını belirlediği görülmektedir.

Ülkemizde ağız-diş sağlığı konusunda hizmetlerin sunumu ile ilgili sorunlar kadar dikkati çekmediği halde en az sunum kadar önemli ikinci konu da ağız diş sağlığı hizmetlerinin finansmanı konusudur. Bu hizmetler dünyanın bütün ülkelerinde olduğu gibi olabildiğince sosyal güvence kapsamı dışında tutulmaya çalışılmakta ve sağlık sigortası anlamında ağız diş sağlığı hizmetlerinde çok az şeyin yapıldığı görülmektedir. Bunun nedenleri arasında bir çok etken sayılmakla birlikte, risk hesabı yapmanın zor olması ve kişinin yaşama alışkanlıkları / bakıma gösterdiği özenle yakından ilişkisi olması gibi unsurların en önemli olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde kamuya ait sosyal güvence sistemlerinin ağız diş sağlığı hizmetlerinde genel olarak % 30 oranında kapsanıyor olması, özel sektör sigorta poliçelerinin ise diğer sağlık poliçelerine göre ağız diş sağlığı hizmetlerinde yok denecek kadar az olması, bunun üzerinde çalışmak için öncelikli bir konu olduğunun göstergesidir.

Bu konuda yapılmış dikkate değer akademik çalışmaların da çok az sayıda olması tezin konusunu belirlemede etken olmuştur. Bu çalışmanın amacı ülkemizde ağız diş sağlığı ile ilgili özel sigorta uygulamalarını ele alarak yaşanan eksiklik ve sorunları ortaya koymak ve çözümler üretmektir.



I. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ

Bu bölümde sağlık sigortasının ne olduğu, Türkiye ve dünyadaki sağlık sigortasının tarihsel gelişimi üzerinde durulacaktır. Sağlık Sigortasının Türkiye 'deki mevcut durumu belirtilecektir.

A. Sağlık Sigortaları Uygulamaları Ve Özel Sağlık Sigortaları

Sağlık sigortaları, sigortacılık açısından birçok bilinmeyenlerle doludur ve sağlık hizmetlerinin farklı özelliklerinden dolayı çok özgün sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Aşı ve periyodik sağlık kontrolleri dışında sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç; bir hastalık ya da yaralanma sonucu ortaya çıkabilmektedir. Bir toplumun gelecekte karşılaşabileceği hastalıkların olasılıkları ancak geçmişteki verilere dayanarak hesaplanabilir. Ancak bu hesaplamanın tek tek bireyler için yapılması pek mümkün olmamaktadır. Bu durumda da bireylerin sağlık hizmetleri için yapacakları harcamaların tutarını önceden kestirebilmeleri imkansızlaşmaktadır. Bundan dolayı da hastalık olasılığının belirsizliği karşısında bireylerin sağlık giderlerini karşılamak için tasarrufta bulunmalarının da pek geçerliliği kalmamaktadır. Yani hastalık olasılığının belirsizliği diğer taraftan sağlık hizmetleri için yapılacak harcamayı da belirsiz kılmaktadır. Başta gençler olmak üzere, bireylerin sağlıklı iken hastalık olasılığını pek düşünmedikleri ve sağlık için tasarruf yapmaya pek gönüllü olmadıkları söylenebilir.

Hastalık olgusunun bireyler üzerindeki olumsuz etkisi olağanüstü sağlık harcamaları yapmakla sınırlı değildir. Bunun yanı sıra, geçici iş göremezlik, bireyin çalışmasını dolayısıyla da gelir elde etmesini engellemek suretiyle gelir kaybına uğratmaktadır. Ayrıca hastalık olgusunun olumsuz etkisi sadece bireylerle sınırlı kalmamakta, bireyin bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri ve dolaylı olarak içinde yaşadığı toplum da etkilenmektedir. Sosyal güvenlik ilkesinin gelişiminde sağlık alanı

bu nedenle öncelik almaktadır. Bu nedenle tarihsel gelişimi içinde sağlık sigortaları sosyal sigortaların ilk ve başlıca kolu olmuştur.

Bu açıklamaların ardından sağlık sigortalarını tanımlamak gerekirse; “*Sağlık Sigortaları*; bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın poliçe genel şartlarına göre sigortalının özel veya iş hayatında karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucunda ihtiyaç duyacağı doktor muayene ücretleri, hastane masrafları, röntgen, laboratuvar, doğum, diş tedavi masrafları gibi masraflar ile doktorun göreceği lüzum üzerine yazılmış ilaç reçete masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür”¹.

Sağlık sigortası bu adın çağrıştırdığı gibi sağlığı güvence altına alan düzenlerle değil, hastalık olgusu ile ilgilidir. Sağlık Sigortası denilen gerçekte bir hastalık denilen durum ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türüdür².

Sağlık Sigortası ayrı olarak veya hayat sigortalarına eklenmek suretiyle yapılabilen bir sigorta çeşididir. Sağlık Sigortasının konusu esas itibarı ile kazadan ileri gelmeyen bütün hastalıkların tedavileri için yapılan masrafların ödenmesi olmakla beraber kaza sonucu meydana gelen yaralanma, vesairenin tedavisi için yapılan masrafların ödenmesini de içerir³.

Hastalık Sigortası Genel Şartlarında Teminatın genel kapsamı sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/ veya bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik masrafları, genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, yine poliçede yazılı meblağlara kadar temin edeceği biçiminde açıklanmış bulunmaktadır⁴.

¹ Bilgi Kongar, **Sağlık Sigortaları**, TÜSEV Yayını, İstanbul: 1989, s.23.

² Miguel Bentes, Miguel Da Luz Gonsalves, „Design and Development of a Utilization Review Program in Portugal” **International Journal of Quality Health Care**, 1995/7, p.201.

³ **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, s.115-152.

⁴ Steven J. Bernstein, Elizabeth A. McGlynn, Albert L. Siu ve arkadaşları. (The Appropriateness of Hysterectomy. A Comparison of Care in Seven Health Plans. Health Maintenance Organization Quality of Care Consortium. **Journal of American Medical Association**. 1993-269 (18):pp. 2398-2402.

1. Özel Sağlık Sigortalarının Tarihsel Gelişimi

Özel sağlık sigortalarının tarihi sürecine bakıldığında yeniymiş gibi görünmesine rağmen sağlık bakım masraflarını karşılayan en eski sigorta branşlarından olduğu görülmektedir⁵.

Amerika'da 18. yüzyılda siyahlar kendi aralarında oluşturdukları yardım sandıkları ile üyelerine hastalık dönemlerinde tıbbi tedavinin sağlanmasından çok hastalanan üye ve ailesine yemek yardımı yapılması, ailenin geçimi ile ilgili sosyal yardımların sağlanması ve aileye bakılması şeklinde destek amaçlamışlardır. Karşılıklı dayanışma bilinci ile tıbbi tedavilerin sağlanması amacını taşıyan ilk uygulamaların Avrupa'da oluşturulan loncalar tarafından yapıldıkları görülmektedir. Avrupa'da sağlıkla ilgili risklere karşı korunmak amacıyla kaynakları birleştirme uygulaması, işçi hareketinin gelişmesiyle önem kazanmıştır⁶.

Ortaçağda Avrupa'da tüccarlar oluşturdukları fonlarla üyelerin sağlığını korumak amacıyla hastaneler kurmuşlardır. Üyelerin bağışlarıyla fonlar oluşturulmuş ve doktorların ücretleri bu fonlardan ödenmiştir. Sonra da bu sisteme tıbbi tedavi ücretleri dahil edilmiştir.⁷ Zanaatkârlar kendi aralarında Lonca adı verilen gruplar kurmuşlar ve bu loncalar yoluyla sunulan teminatlarla hastalığın gerektirdiği tıbbi hizmetleri sağlamaya çalışmışlardır.

1848 yılında Londra'da yardımlaşma sandıklarının ötesinde ilk defa demiryolu yolcularına modern sağlık sigortası yapılmıştır ve bu tarihten sonra da devletler aktif olarak sağlık sigortası ile ilgilenmeye başlamışlardır. 1881 yılında Almanya'da kamu sağlık sigortalarının tohumları atılmış ve hastalık sigortası olarak sosyal sigortalar

⁵ Ian Youngman, **The Health Insurance Opportunity**, A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets, Dublin: 1994, Laforty Publications Ltd., p .3.

⁶ Güçkan Yapar, Sibel Özge Tuncel., **Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması 1999 Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi** İstanbul, Milli Reasürans Türk AŞ. Yayınları, 2000, s.146-153.

⁷ Youngman, a.g.e., p.3.

içinde yer bulmuştur. Bu amaçla Hastalık Sigortası Kanunu (31.05.1883) çıkarılmış ve 1884'te yürürlüğe girmiştir⁸.

İlk zorunlu Hastalık Sigortası Yasası 1883 yılında Almanya tarafından kabul edilmiştir. Yaşlılık, kaza, uzun süreli sakatlık, zor günler ve işsizlik sigortası yasaları sırasıyla 1927 yılına kadar yürürlüğe girmiştir. 1940'lı yıllara gelindiğinde ise sosyal sigortanın Avrupa çapında yaygınlaştığı görülür⁹.

Özellikle kamu sağlık sigortaları alanında yaşanan bu gelişmeler özel sağlık sigortalarının ortaya çıkmasında önemli bir unsur olmuştur. Kamu tarafından sağlanan faydaların gerçekten korunmaya muhtaç kişilerle sınırlı tutulması, nüfusun yalnızca bu bölümünün kamu tarafından sigortalanmasına neden olurken, geriye kalanların korunması kamu sigortalarıyla paralel hedeflere sahip olan özel sigorta kurumlarına bırakılmıştır. Daha sonra sırayla Avusturya (1887), İş Kazaları Kanunu, 1888 Hastalık Sigortası, Macaristan 1891, Norveç ve Fransa 1894, Finlandiya 1895, İtalya 1898, İspanya 1900, Hollanda, Luksemburg, İsveç 1901 tarihinde sağlık sigortasıyla ilgili kanunları kabul etmiştir¹⁰.

Hastalık sigortasını gerçekleştirebilen ülke sayısı 1939 yılında 35'e çıkmıştır. Hastalık sigortasının ciddi anlamda aşama kaydettiği yıllar ise 2. dünya savaşından sonra olmuştur. Savaş yıllarından sonra iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası dünyada en önce ve en hızlı yaygınlaşan sigorta kolu olmuştur.

2. Dünya Savaşından sonra bu gelişmelerin yaşanması ülkelerin sağlık harcamalarının payının GSMH içinde artmaya başlamış olması ve sağlık enflasyonunun genel enflasyondan daha yüksek seyretmesi ile yakından ilgilidir. Bu nedenle ülkeler sağlık harcamalarının kamudaki yükünü azaltmak amacıyla özel sağlık sigortalarını gündeme getirmişlerdir¹¹.

⁸ Sait Dilik, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt XIII, No 2 (Ocak-Haziran), Ankara, 1988, s. 80.

⁹ Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach . "Financing Universal Health Insurance: Taxes, Premiums, and the Lessons of Social Insurance", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 1992 / 17-3: pp. 438-462.

¹⁰ Dilik, a.g.e., s. 80.

¹¹ Youngman, a.g.e., p. 4.

Özel sağlık sigortaları, devletin yükünü azaltıcı bir unsur olarak ülkelerarası farklılık gösterse de çoğunlukla devletin sunduğu hizmetlere ek ya da bütünleyici olarak varlıklarını sürdürmektedirler. Örneğin Belçika’da hemen hemen tüm nüfus zorunlu sigorta kapsamındadır. Ve özel sağlık sigortası tamamlayıcı rol üstlenirken ABD’de olduğu gibi sağlık hizmetlerini sunan temel kurumlar olarak karşımıza çıkabilirler. Türkiye ‘de de son yıllarda özel sağlık sigortalarında önemli sayıda artış görülmektedir. Türkiye ‘de özel sağlık sigortacılığının sosyal sigortacılık ile ilişkisi reformlar kapsamında yeniden ele alınmış ve özel sigortaların devletin sosyal sigortada kapsama almadığı teminat başlıklarına yöneltilmiştir. Bu gelişmelerden tamamlayıcı sigortacılık ortaya çıkmaktadır^{12 - 13}. ABD, ulusal sağlık sigortası olmayan bir ülke olarak “Medicaid” ve “Medicare” programları ile çok sınırlı teminatlarla yoksulları ve yaşlıları kamu sigortası kapsamına alabilmiştir. Ülke nüfusunun %15’inin hiçbir sigorta güvencesine sahip olmadığı görülmektedir. Geriye kalan kesim, sağlık harcamalarını özel sigortalar ya da bağımsız kurumlar aracılığı ile karşılamaktadır¹⁴.

2. Özel Sağlık Sigortalarının Türkiye’deki Gelişimi

Sağlık sigortaları açısından; ülkemizdeki kamu sağlık programları ilk kez ve çok sınırlı bir biçimde 1921 tarih ve 151 sayılı "Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" ile oluşturulurken, 4.1.1950 gün ve 5502 sayılı "Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu" ile sağlanan yardımlar ve teminat altına alınan nüfus daha da genişletilmiştir. Başlangıçta, 10 ve daha fazla kişi çalıştıran ve 3308 Sayılı İş Kanunu’na tabi işyerlerini, 1952 yılında basın mesleğinde çalışanları, 1954 yılında gemilerde çalışanlar ile 50.000 ve daha fazla nüfuslu yerlerdeki 4-9 kişi çalıştıran işyerlerini de kapsayan sosyal sigorta uygulaması, 01.01.1965 yılında

¹² Laura Morlock, Hugh Waters, Alan Lyles, Haluk Özşarı, Göksenin Aktulay, Chrisa Arcan. **Health Care Reform in Turkey .Charting the Way Forward.** Final report submitted to: The Turkish Industrialists’ and Businessmen’s Association. TÜSIAD Yayını. İstanbul,2004,pp.67-69.

¹³ Herbert Kania. "Uluslararası Bakış Açısından Sağlık Hizmetleri" **Aktüerler Derneği II. Uluslararası Semineri: Sağlık Sigortaları**, İstanbul: 1992, s.2.

¹⁴ Yapar, a.g.e., s.147.

yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası ile değiştirilmiş, asgari çalışan kişi sayısı sınırı kaldırılarak kapsam büyük ölçüde genişletilmiştir. 506 sayılı yasa ile Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu da yürürlükten kaldırılmış iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası ile birlikte uygulamaya başlanmıştır. 506 sayılı yasada öncelikli olarak sağlık hizmetinin satın alınması değil, bizzat SSK tarafından sunulması öngörüldüğü için uygulama Türkiye geneline kademeli bir şekilde yaygınlaştırılmış ve tüm ülke çapında uygulanmaya başlanması 1974 yılını bulmuştur¹⁵.

Daha sonra dünyadaki gelişmelere uyularak bütün toplumun sağlık sigortası kapsamına alınması için girişimlerde bulunulmuş ve bu sigorta zorunlu hale getirilmiştir. Bu dönemde kamu sağlık sigortalarının yanı sıra özel sağlık sigortalarının da başladığı görülmektedir. Örneğin, 1938 yılında Anadolu Sigorta A.Ş. gemi kurtarma çalışmalarında bulunanlar için hastalık sigortasına benzer bir teminatı piyasaya sürmüştür¹⁶.

Bugünkü anlamda ilk özel sağlık sigortası ürünü, sistemin yetersizliği nedeniyle sosyal güvenlik ve sağlık sistemine ek olarak 1976 yılında, Başak Sigorta A.Ş. tarafından, Ziraat Bankası'nda hesabı olanların teminat altına alındığı “gündelik hastane tazminatı sigortası”dır ve bu tarife ferdi kaza klozu olarak uygulanmaya başlamıştır. 1987-1988 yıllarında Batı Sigorta A.Ş. ‘nin uyguladığı üründe, bireylerin yaşları ve cinsiyetlerine bakılmaksızın yaş grupları için teminatlar sunulmuştur. 1988-1989 yıllarında Halk Sigorta A.Ş. ferdi sağlık sigortasını uygulamaya koymuştur. 1989 yılında Anadolu Sigorta A.Ş., Genel Sigorta A.Ş. ve Oyak Sigorta A.Ş. ağırlıklı olarak grup sağlık sigortası uygulamasını başlatmışlardır. 12.01.1990 tarih ve 90/55 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık sigortası ayrı bir branş olarak tesis edilmiştir.

¹⁵ Ali Güzel, Ali Rıza Okur . **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1994,s.221.

¹⁶ Yapar, a.g.e., s. 148.

3. Özel Sağlık Sigortalarının Dünyadaki Gelişimi

Tarihi gelişim süreci içinde incelediğimizde gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanının başlıca 3 tür uygulamaya dayandığını görürüz. Birincisi Bismarck tarafından Almanya’da uygulamaya konulan modeldir ve bu model, işverenlerin ve çalışanların zorunlu katılım paylarından oluşmaktadır. 2. model İngiltere’de uygulanan Beveridge modelidir ve bu modelde sağlık hizmeti kamu tarafından sunulan sosyal bir koruma şeklindedir. 3. model ise, sağlık sigortasının zorunlu olmadığı ve sağlık harcamalarının %40’ının özel sağlık sigortaları tarafından sağlandığı Amerika Birleşik Devletleri’nde uygulanan bu modeldir. Bu modelde nüfusun % 74’ü devlet sigortasını tamamlayıcı veya onun yerine geçici bir şekilde hizmet veren özel sigortalara bağlıdır ve nüfusun %15’i hastalık teminatından mahrumdur¹⁷.

OECD ülkelerinde özel hastalık sigortası ile devlet sigortası arasında dengede büyük farklar mevcuttur. Özel hastalık sigortası çoğu kez devlet sigortasına tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Bazı ülkelerde ise devlet sigortasının yerini almakta ve halkın bir kısmının ilk tedavi teminatlarını üstlenmektedir. Fransa, Kanada, Japonya, Avusturya ve bir dereceye kadar Danimarka’da halkın çoğunluğu özel sigortayı tamamlayıcı bir sigorta olarak yaptırmaktadır. Globalleşen dünyanın rekabetçi ortamında özel sağlık sigorta şirketlerinin sunduğu sağlık plan paketlerini tercih eden işletmeler uzun dönemde rekabet avantajı sağlamaktadırlar¹⁸

Almanya’da devlet sağlık sistemi nüfusun %85’ini, Fransa ve Avusturya’da %99’unu kapsamaktadır ve bu ülkelerde sağlık sigortaları devlet sistemine ek olarak yer almaktadır. Özellikle Portekiz, Avusturya ve İspanya’da devlet sistemi temel tıbbi bakım ile sınırlı olduğundan tamamlayıcı özel sağlık sigortası poliçelerinin alınmasını gerekli kılmaktadır.

¹⁷ **Birlikten**, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, İstanbul, 2001, s.13.

¹⁸ Micheal Chernew, Gautam Gowrisankaran, Catherine McLaughlin, Teresa Gibson, “Quality and Employers’ Choice of Health Plans”, **Journal of Health Economics**, 23,2004, pp.471-492.

İskandinav ülkelerinin (İsveç, Danimarka, Norveç) devlet sağlık sistemlerinin çok kapsamlı ve koruyucu olması, özel sağlık sigortasının gelişimini engellemektedir. Yunanistan'da sağlık sigortası bilincinin henüz gelişmemiş olması, İrlanda'da ise buna ilave olarak devlet tarafından idare edilen ve ihtiyari özel sağlık sigortası hizmeti veren kuruluşun (VHI) tekel konumunda olması sigorta sektörünün büyümesine engeldir. Ancak buna rağmen İrlanda ve Avustralya gibi ülkelerde toplumun %40'ı özel sigortaya sahiptir ve bu oran diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Özel sağlık sigortaları primleri ucuzdur ve vergi avantajı ile pek çok kesim tarafından karşılanabilir durumdadır^{19 -20}.

İngiltere (NHS),İsveç, Norveç, Finlandiya ve Portekiz (SNS) gibi ülkelerde sağlık hizmetleri ve finansmanı devlete aittir ve özel sigortaların payı %10 dolayındadır²¹.

Avusturya'da özel sağlık sigortaları yaşam boyu süren anlaşma niteliğini taşıdığı için sigortacının anlaşmayı feshetme ya da sigortanın geçerliliğini sınırlaması gibi bir yaptırımı yoktur. Grup sözleşmeleri ve dış teminatı hariç, ileri yaşlılar için rezerv ayrılmakta ve böylece yaşlılıkta artacak hastalık olasılıklarından dolayı doğacak prim artışları önlenmektedir. Avusturya'da 1996 yılı itibariyle nüfusun %37'sinin özel sağlık sigortası vardır²².

İsviçre'de sigorta bazı şehirlerdeki düşük gelir grupları dışında zorunlu değildir. Buna karşın toplumun %97'sinin ayaktan tedavi ve hastane hizmetlerini içeren ve hastalık fonları tarafından sunulan bir sigortası vardır²³.

İspanya'da 1996 yılı itibariyle nüfusun %93'ünün kamuya ait; %10'unun ise özel sağlık sigortası vardır. Nüfusun %6.5'ini oluşturan devlet memurları, askeri ve hukuk hizmetlileri, kamu ya da özel sigortayı seçme serbestliğine sahiptir²⁴.

¹⁹ Birlikten, a.g.e., s .13.

²⁰ Morlock, a.g.e., s .72.

²¹ Birlikten, a.g.e., s.13.

²² Esin Yılmaz, Neyir Gökşen,"Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi", **Reasürör**, sayı 35, Ocak 2000, s.30.

²³ Hasan Ekerbiçer, **Toplum ve Hekim**, İstanbul, Kasım 1994, Şubat 1995, Cilt 9, sayı 64-65, s.76.

²⁴ **Health in Transition: Spain Report**. World Health Organization (WHO) Publication. Geneva,2000,pp.37- 48.

Arjantin’de ulusal yıllık gelirin %7-8’i sağlık bakımına harcanmakta olup bunun %23’ünü kamu sektörü, %38’ini sosyal güvenlik sektörü ve %39’unu özel sektör kullanmaktadır. Orta ve yüksek gelirlielerin çoğu, zorunlu sigorta ödentisini düzenli olarak vermekte ama sunulan hizmetin niteliğini yeterli bulmadığından ayrıca özel sağlık sigortası da yaptırmaktadır.

Dünyada gerek hizmetlerin sunumunda, gerek finansmanında özellikle sağlık sigortacılığında devletçi uygulamadan özel sektör uygulamalarına doğru gözle görülür bir geçiş yaşanmaktadır. A.B.D. gibi ülkelerde zaten özel sektörün ağırlıklı rolü varken; İngiltere gibi ülkelerde de özelleşmeye doğru gidiş görölmektedir²⁵.

ABD’de sigortalıların %80’i Managed Care organizasyonuna dahildir. Sigortalılar sabit bir bedel karşılığı belirli hizmet veren (HMO) dizi bakım kuruluşlarından hizmet almaktadır. Son verilere göre HMO alışılagelen sağlık sistemine göre %20-30 daha ucuzdur. ABD’de sağlık sigortası zorunlu olmayıp nüfusun 1/5’i sigortasız durumdadır²⁶.

Şili’de 1981 yılına kadar kamu sağlık sistemi (SNSS ve FONASA ile kısmen yerel yönetimler) ve özel sağlık hizmeti sunan işletmelerle sağlık hizmeti sunan sisteme 1981 yılında özel sağlık sigortası işletmeleri (ISAPRE) eklenmiştir. ISAPRE’ler 1990 yılında nüfusun %15’ini kapsar durumdayken toplam sağlık harcamalarının %45,5’ini almışlardır. Hükümetlerin, kamu sağlık sistemini zor durumdan kurtarma çabalarına önemli bir ekonomik ve siyasi güce sahip ISAPRE’ler direnç göstermektedir²⁷.

²⁵James Rice, **Toward a New Public-Private Mix for Health Gain**, Lakeland Color Pres. Minneapolis, 1995, s. 35-39.

²⁶ **Birlikten**, a.g.e., s. 13.

²⁷ Recep Kapar, “Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler. (Çevrimiçi) <http://izmir.sbe.deu.edu.tr/dergi/dergi01/kapar.htm>; 04.11.2003

4. Türk Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Bugünkü Durumu

1982 Yılına kadar kaza teminatına ek olarak verilirken 1982'den sonra hayat sigortaları ile birlikte sunulan tıbbi harcama teminatları, yoğun talep ve yüksek bir potansiyel vaat etmesi sonucu 1990 yılından itibaren ayrı bir branş olarak hastalık sigortaları adı altında verilmeye başlanmıştır.

Sağlık sigortalarında direkt prim üretimindeki artışların 1991 yılından itibaren diğer sigorta branşları içerisinde hep ön sırada yer aldığı bilinmektedir. Ancak gerek prim üretimi gerekse kişi başına düşen prim açısından henüz istenilen düzeyde değildir.

Tablo 1. Özel Sağlık Sigortası Branşının Yıllar İtibariyle Prim Üretimi Ve Artış Yüzdesi

Milyon TL.

Yıllar	Sağlık Prim Üretimi	% Artış
1993	357,153	----
1994	941,694	164
1995	3,022,318	221
1996	8,385,545	177
1997	24,492,515	188
1998	53,570,000	145
1999	107,490,381	100
2000	188,524,214	87
2001	271,720,000	39
2002	408,966,000	50

Kaynak: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Milli Reasurans Faaliyet Raporları 1993-2002

Sağlık sigortaları sağlık masraflarının maliyetini karşılamayı amaçlamaktadır. Bu amaçla hazırlanan poliçelerde şirketlere göre farklı kapsamlar yer almaktadır. Bunun sonucunda özel sağlık sigortasının kapsamı (teminatları) da farklılıklar göstermektedir. Sigorta şirketleri tarafından genellikle şu teminatlar verilmektedir:

-Ayaktan Tedavi Teminatları;

- Doktor muayene giderleri teminatı
- Reçeteli ilaç
- Röntgen ve tahlil giderleri teminatı
- Modern teşhis yöntemleri
- Fizik tedavi

-Yatarak Tedavi Teminatları;

- Doktor, hemşire, diğer tıp personeli ve yardımcı personelin ücretleri,
- Hastanede kalma ücreti,
- İlaç masrafları,
- Ambulans masrafları,
- Ameliyat ve anestezi ücretleri.
- Oda ve yemek giderleri
- Refakatçi giderleri
- Evde hemşirelik bakım hizmetleri

-Doğum giderleri teminatı

-Gözlük çerçevesi, camı ve lens teminatı

-Organ nakli teminatı

-Sağlık taramaları teminatı

Şirketler arasında değişiklik göstermekle birlikte genellikle, hamilelik, doğum, kısırlık araştırması ve tedavisi, diş tedavileri, göz tedavisi gibi durumlar ya kapsam altına alınmamakta ya da bekleme süreleri konulmaktadır.

Bunların dışında tamamen kapsam dışında bıraktıkları durumlar da vardır. Bunların bazıları;

- Kanser tedavisi,
- Check-up,
- Fizik tedavi,
- Tehlikeli sporlar,
- Sarhoşluk ya da uyuşturucu madde etkisinde iken yaralanmalar,
- Estetik ameliyatlar,
- Savaş durumundaki tedaviler,
- AIDS, HIV vb. cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Özel sağlık sigortalarının finansmanı, sigortalılardan alınan primlerle sağlanmaktadır. Bu primler, sigortacılıkta risk olasılıkları ile ilgili matematiksel tahminleri içeren aktüeryal hesaplarla belirlenmektedir. Genellikle primlerin belirlenmesinde esas alınan kriterler şunlardır;

- *Verilen teminat:* Her koruma şekli farklı hasar profiline sahiptir. Örneğin genel pratisyen tarafından sağlanan hizmetler sık karşılaşılan durumlar olmasına rağmen masrafları düşük olmaktadır.
- *Sigortalının yaşı:* Tıbbi maliyetlerin yaşla ilgisi bulunmaktadır. Yaşlı insanların hastalık olasılıkları gençlere göre daha çoktur ve tedavileri daha uzun sürelidir. Yaş ilerledikçe daha yüksek tarifeler uygulanmaktadır.
- *Cinsiyet:* sigortalının erkek ya da kadın olması hastalanma riskini etkilemektedir. Genellikle kadın poliçe sahiplerinin her yaştaki erkeklere göre daha sık hastalandıkları saptanmıştır. Belli bir yaşa kadar daha yüksek olan kadın primleri özellikle 50'li yaşlarda erkeklerle eşitlenmektedir.
- *Sigortanın süresi:* Bireylerin sigortada kaldıkları sürenin artmasıyla, sağlık sigortası hasar ödemelerinde artış olasılığı bulunmaktadır.
- *Sosyo-Ekonomik Statü:* Sağlıkla refah düzeyi arasında doğrudan bir ilişki vardır. Yüksek sosyo-ekonomik imkanlara sahip bireyler diğer bireylere göre daha sağlıklıdır.

- *Önceden varolan koşullar:* Bazı tıbbi durumlar (örneğin hipertansiyon) birçok hastalıkla ilgili bulunmaktadır. Poliçe düzenlenmeden önce var olan rahatsızlıklar kapsam dışındadır.
- *Sigara içilip içilmemesi:* Sigara içenler için özellikle kalp hastalıkları, kanser gibi vakalara yakalanma olasılığı artacağından sigorta şirketleri sigara içenlere daha yüksek tarifeler uygulamaktadır.
- *Yerleşim bölgesi:* Tedavi giderleri ülkenin coğrafi bölgelerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu faktör hem bireysel hem de grup poliçelerinin tarifelendirilmesinde kullanılmaktadır.
- *Poliçenin coğrafi kapsamı:* coğrafi alanı ülke içiyle sınırlı poliçeler, kapsamı ülke dışında da olan poliçelerden daha ucuz olmaktadır.



B. Özel Sağlık Sigortasının Hukuksal Yönleri

Türk Ticaret Kanunu'nda diğer bütün sigorta branşları ile ilgili detaylı düzenlemeler bulunmasına rağmen sağlık sigortası türü ayrıca düzenlenmemiş ve konuyla ilgili herhangi bir tanım da yapılmamıştır. Hastalık Sigortası Genel Şartlarının teminat kapsamını belirleyen birinci maddesinde hem hastalık hali, hem de herhangi bir kaza sonucu yaralanma hali teminat kapsamına alınmıştır. Bazı durumlarda hastalık sigortası olarak ta adlandırılabilen sağlık sigortası için aslında bu adlandırma tam doğru değildir. Bu nedenle bu tür sigortayı, sağlık sigortası olarak adlandırmak daha doğru olacaktır. Zaten sigorta şirketleri de “sağlık sigortası” kavramını kullanmayı tercih etmektedirler²⁸.

1.Sigorta Sözleşmesinin Hukuksal Niteliği

Özel sağlık sigortası öncelikle bir özel hukuk sözleşmesidir. Sözleşmenin tarafları tüzel ya da gerçek, özel hukuk kişileridir. Özel sağlık sigortaları bu yönüyle kamu sağlık sigortalarından da ayrılır. Kamu sağlık sigortalarının taraflarından birisi kamu hukuku kişisi olan sosyal güvenlik kuruluşudur. Özel sağlık sigortasında taraflar gönüllü olarak sözleşme yaparlar ve sözleşmenin içeriğini anlaşma çerçevesinde istedikleri gibi belirlerler. Kamu sağlık sigortası sözleşmesi ise bir kamu hukuku sözleşmesi niteliğindedir ve sözleşmenin içeriği önceden devlet tarafından belirlenmiştir. Kamu sağlık sigortalarına belirli statüye sahip olanların (işçi, memur, esnaf gibi) katılması zorunluyken özel sağlık sigortası için böyle bir zorunluluk yoktur.

²⁸ Işıl Ulaş, **Uygulamalı Can Sigortası Hukuku**, Vedat Kitabevi, Hukuk Yayınları, İstanbul, 2002, s. 161.

Borçlar Kanunumuzun 19. maddesinde de belirtildiği gibi “bir sözleşmenin konusu, kanunun gösterdiği sınırlar içinde serbestçe tayin olunur” hükmü gereğince sigorta sözleşmesinin içeriği taraflar arasında serbestçe belirlenebilir. Tarafların yapacakları sözleşmenin konu ve kapsamını serbestçe tayin edebilmelerine olanak veren bu durum “sözleşme serbestisi” olarak adlandırılmaktadır. Elbette bu sözleşme serbestisi ilkesinin bazı kısıtları da bulunmaktadır. Buna göre: sözleşmeler emredici hukuk kurallarına, kamu düzenine, kişilik haklarına ve ahlaka aykırı olmamalıdır. Ayrıca "sözleşmenin konusu" da mümkün olmalıdır. Konusu imkansız olan sözleşmeler de hukuken geçersizdir²⁹.

Borçlar Kanunu genel olarak sözleşmenin ilkelerini ve kurucunu unsurlarını belirtirken, sigorta sözleşmesi özel olarak Türk Ticaret Kanunu’nda yer almıştır. Bu kanunun birinci faslı (madde1263-1268) sigorta sözleşmesinin genel hükümlerini içerirken, üçüncü faslı da özel olarak can sigortalarına (madde1321-1338) ayrılmıştır. Sağlık sigortası da bir tür can sigortası olarak burada belirtilen hükümlere tabidir.

Öte yandan sigorta poliçesinin arkasında yazılı olan ve her sigorta dalı için ayrı ayrı düzenlenerek Sigorta Murakabe Kurulu’nun onayından geçen sigorta şartlarına da “genel şartlar” denilmektedir. Sigorta genel şartları, sigortacılığın taşıdığı sosyal ve ekonomik önem nedeniyle ve sigortalıyı korumak amacıyla devletin denetimi altındadır. Ülkemizde 7397 sayılı yasa ile sigorta genel şartları ilgili bakanlığın onayına tabidir. Sağlık sigortacılığının tabi olduğu genel şartlar hastalık sigortası genel şartlarıdır.

Güvencenin kapsamı Hastalık Sigortası Genel Şartları’nın 1. maddesinde sağlık sigorta sözleşmesinin; sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları (hastalanma kavramı kaza sonucu olmayan bir normalden sapma) ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa

²⁹ Erkin Göçmen –(çevrimiçi) <http://www.saglikhukuku.net/bilgi/a019.asp> ,10 Ekim 2004
Türkiye Klinikleri

gündelik tazminatları, poliçede yazılı meblağlara kadar temin edeceği belirtilmektedir. Burada söz edilen tedavi kavramını dar anlamamak gerekmektedir. Tedavi deyimini genel olarak ilaç ya da cerrahi müdahale ile hastalığın giderilmesi işlemi için kullanılmaktadır. Tedavi ancak bir tanıdan sonra mümkündür. Tanı ise hasta kişinin hastalığının hekim tarafından belirlenmesi sürecidir. Günümüzde tıp biliminin geliştiği düzey göz önüne alınırsa tanının yalnızca klinik olarak yani semptomlara dayalı olarak konulması çoğu durumda zordur. Hekim hastalık tanısı koyarken bir çok yardımcı tanı yönteminden yararlanır. Bunlar çeşitli laboratuvar incelemeleri, görüntüleme yöntemleri, elektrokardiografi gibi çok farklı yöntemlerdir. Doğal olarak tedaviye giden süreçte zorunlu olan bu tür harcamalar da tedavi kapsamında değerlendirilerek sigorta kapsamında görülmelidir. Diğer yandan bazı durumlarda hasta hastaneye yatırılarak tedavi edilmek gerekebilir hatta bazı durumlarda pansuman, enjeksiyon, kulak yıkama, alçı uygulaması, endoskopik girişimler, çeşitli lezyonların eksizyonu, biyopsi, küretaj gibi cerrahi müdahaleler gerekebilir. Bu masraflar da sigorta güvencesi altındadır. Burada tedavinin nerede ve kim tarafından yapılacağı açık olarak belirtilmemiş olsa da bu hizmetin ancak bilimsel yöntemler uygulanan ve yetkili resmi makam tarafından ruhsatlandırılmış muayenehane, ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri yahut hastanelerde verileceği açıktır. Geleneksel tedavi yöntemlerinden bir hekim tavsiyesi olmadan tedavi olmaya çalışma, sözgelimi bir kaplıcaya gitme sigorta kapsamında değildir. Ayrıca son yıllarda popülerliği artan akupunktur ve bioenerji gibi bilimselliği kanıtlanmamış yöntemler de tedavi kapsamında görülmemelidir. Bununla beraber sigorta sözleşmesine konacak özel şartlarla genel şartların kapsamı daraltılıp genişletilebilir. Örneğin, belirli bir yaştan sonra sözleşme yapmama, bazı hastalıkları teminat kapsamı dışında tutma gibi daraltıcı unsurlar yanında, refakatçi veya ambulans giderlerini teminat kapsamına alma gibi genişletici unsurlar sözleşmeye eklenebilir.

2. Teminat Dışı Kalan Durumlar

Sağlık sigortasında bazı durumlar güvence kapsamına alınmamıştır. Bunlar Hastalık Sigortası Genel Şartları'nda belirtilmiştir. Bunların yanı sıra kanuna ve genel şartlara aykırı olmamak koşuluyla bazı özel durumlar da güvence dışında bırakılabilir.

Genel şartlarda belirtilen güvence dışı durumlar şunlardır:

- Savaş veya savaş niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- Cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs,
- Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır tehlikeye maruz bırakacak biçimde hareket etmesi,
- Deprem, sel, yanardağ patlaması ve toprak kayması,
- Esrar, eroin ve uyuşturucuların kullanımı,
- Nükleer rizikolar,
- Sigortalının intihara girişimi nedeniyle meydana gelebilecek hastalık ve yaralanma halleri.

Ayrıca sözleşmenin tarafları burada yazılı durumlar dışında özel istisnalar belirleyebilirler. Nitekim uygulamada da böyle olmaktadır.

Özel istisnalar;

- Diş implantasyonu,
- Obezite tedavisi,
- Psikolojik danışma,
- Tüp bebek,

- Resmen ilan edilmiş salgın hastalıklar,
- Estetik ameliyatlar,
- Özel hemşirelik giderleri gibi kimi masraflar teminat dışında tutulmaktadır.

Sigorta Sözleşmesinin Coğrafi Sınırları Hastalık Sigortası Genel Şartları'nda sigorta sözleşmesinin geçerliliği bakımından herhangi bir yer sınırlaması getirilmemiştir. Burada tarafların serbest iradeleriyle sigortanın geçerli olacağı yeri belirleyebilmeleri mümkün olmaktadır. Taraflar isterlerse sözleşmenin geçerliliğini bir il, bölge ya da ülkeyle sınırlayabilirler. Nitekim bazı sözleşmeler dünyanın her tarafında geçerliken bazıları yalnızca ülke sınırları içinde geçerli olmaktadır. Yabancı ülkelerde yapılan tedavi giderlerinin kapsamı da sözleşmeyle ayrıca belirlenebilmektedir.

3. Zaman Bakımından Sınırlama

Hastalık Sigortası Genel Şartlarında coğrafi sınırlardaki serbestliğe benzer olarak süre bakımından da tarafların iradesi esas alınmıştır. Buna göre taraflar isterlerse günlük, haftalık, aylık, yıllık ya da daha uzun süreleri kapsayan sözleşmeler yapabilirler. Pratik nedenlerle bu süre genel olarak yıllık belirlenmekte süre bitiminde de uzatılma yoluna gidilerek sözleşme uzatılmaktadır. Bu süre Türkiye saati ile öğleyn 12.00 da başlar ve bitimi günü aynı saatte sona erer. Bu zamanı taraflar aralarındaki yapacakları sözleşmeye göre değiştirebilirler. Uygulamada sigorta şirketleri istismarları önlemek amacıyla sözleşmenin kurulmasıyla birlikte teminatı başlatmama eğilimindedirler. Buna muafiyet süresi denilmektedir. Bu süre içinde hasarın gerçekleşmesi durumunda yani hastalık veya kaza gerçekleşirse sigorta şirketi bu giderleri ödememektedir. Böylece mevcut bir hastalığını görece düşük bir sigorta primiyle tedavi ettirmeye çalışılmasının önüne geçilmektedir. Bu sigortanın doğasına uygun bir uygulamadır. Aksi takdirde sistem varlığını devam ettiremeyecek ve kısa bir süre sonra çökecektir. Uygulama böyle iken sözleşmenin yenilenmesi durumunda bu muafiyet sürelerine yer verilmemektedir.

4. Sigorta Şirketinin Yükümlülükleri

Sigorta şirketlerinin yükümlülükleri üç başlık altında toplanabilir.

a. Poliçe Verilmesi

Türk Ticaret Kanunu'nun 1265. maddesine göre sigortacı sigorta ettirene sigorta sözleşmesi gereğince her iki tarafın sahip olduğu hak ve borçları gösteren bir poliçe veya onun yerine geçen bir sigorta ilmühaberini ekleriyle beraber vermelidir. Sigorta poliçesini sigortacı veya sözleşme yapmaya yetkili acente imzalayabilir. Poliçe en az bir nüsha olmalıdır. Sigorta ettiren istediği takdirde sigortacı bir nüshasını vermek zorundadır. Uygulama da bu yöndedir. Poliçeye nelerin yazılacağı TTK'nun 1266. maddesinde yer almaktadır.

Bunlar: Sigortacının ve sigorta ettirenin ve varsa sigortadan faydalanan kimselerin ad ve soyadı veya ticaret unvanı ve ikametgahları, sigortasının konusu, sigortacının üstüne aldığı rizikolarla bunların başlayacağı ve son bulacağı an, sigorta bedeli, primin tutarı ile ödenme zamanı ve yeri, sigortacının üstüne aldığı rizikoların gerçek niteliklerini bütünüyle tayine yarayacak durumlar ve düzenleme tarihi.

Sigorta poliçesi bunlara ek olarak genel şartları ve varsa özel şartları da içermelidir. Sigorta poliçesinde sigortacıda kalanla sigorta ettirenin elinde bulunan nüshalar arasında farklı bir hüküm varsa, sigorta ettirenin elindeki nüsha esas alınır.³⁰

b. Sır Saklama Yükümlülüğü

Sigorta ettiren ile sigortacı arasında sözleşme kurulurken sigortacı sigortalının bazı özel bilgilerini de öğrenmiş olmaktadır. Sözleşmenin gereği olarak sigortacı öğrendiği bu bilgilerin gizliliğine özen göstermelidir. Özen gösterme borcu bu bilgileri bizzat açıklamama yükümlülüğü yanında başkalarının öğrenmesine engel olma yükümlülüğünü de içerir. Sır saklama yükümlülüğü sağlık sigortasında kişisel

³⁰ Rayegan Kender, **Türkiye'de Hususi Sigorta Hukuku**, Vedat Kitabevi, Hukuk Yayınları, İstanbul, 2001, s.123.

bilgilerin sigortacı tarafından öğrenilmesinin kolaylığı itibariyle çok önemlidir. Poliçe sahibi birey yapacağı sağlık harcamalarını sigortacıya bildirerek yapmış olduğu masrafları isterken, hastalığı ve tedavisine ait bilgileri de vermektedir. Kişinin sağlığıyla ilgili bilgiler bazı durumlarda çok önem kazanabilir. Sözgelimi bir çocuğun bronşit olması durumunda sigortacının sır saklama yükümlülüğüne aykırılığı ile başbakanın sağlığıyla ilgili olarak öğrendiği bilgileri saklama yükümlülüğünün derecesi bir olamaz. Sır saklama yükümlülüğü sigorta sözleşmesinin süresine bağlı değildir. Sözleşme sona erse bile sigortacı bu sırları açıklayamaz. Açıklaması durumunda tazminat sorumluluğu doğar.

c. Sigorta Bedelini Ödeme Yükümlülüğü

Sigorta bedeli, taraflarca kararlaştırılan ve sigorta poliçesinde gösterilen ve rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının ödemesi gereken en fazla tutarı anlatır. Sigorta sözleşmesinde sigorta bedeli gösterilmek zorundadır. Sigorta bedelini sigorta sözleşmesinin tarafları belirler.³¹

Sigorta ettiren riskin gerçekleşmesi durumunda yani hastalık ve kaza durumunda uğradığı zararı sigortacı ödemek zorundadır. Bu ödeme elbette sözleşmede belirlenen hükümler çerçevesinde olacaktır.

Tedavi için yapılan giderlerin sigortacı tarafından ödenmesi hastalanma veya yaralanmanın gerçek olmasına bağlıdır. Uygulamada uyuşmazlıkların bir bölümü sigorta ettirenin yapmış olduğu masrafın gerçek olup olmadığına ilişkindir. Sigorta sözleşmesinin teminat kapsamına almadığı masrafların ödenmesi sigortacıdan istenemez. Sözgelimi psikolojik danışma ücreti teminat kapsamında değilse böyle bir harcama sigortacı tarafından ödenmeyecektir. Bununla beraber sağlık hizmetini satan kuruluş ile sigortalı arasında yapılan muvazaalı sözleşmelerle sigortacıdan ödeme talebinde bulunulması sıklıkla rastlanan bir durumdur. Genelde teminat dışında kalan

³¹ a.e., s 35.

bir sağlık giderinin teminat içi bir sebebe dayandırılarak odenmesinin istenmesi- örneğin psikiyatrik bir hastalığın dahili bir hastalık olarak gösterilmesi- durumlarında çeşitli glkler ortaya çıkmaktadır.

5. Sigortalının Yükümlülükleri

Sigortalının sigorta öncesi ve sonrası yükümlülükleri bulunmaktadır.Bu yükümlülükleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

a. Sigortacının Doğru Bilgilendirilmesi

Sözleşme ncesi: Sigorta sözleşmesi kurulurken sigortacı ile sigorta ettirenin irade beyanlarının karşılıklı olarak uyuşması şarttır, Sigorta ettiren sigortacıyı yanlış bilgilendirirse sigortacının yapılan sigorta sözleşmesini fesih ve tazminat talep edebilme hakkı doğar. Sözgelimi sigortacı 64 yaşından daha büyük olan kişileri sigorta etmeyeceğini bildirmişse sigorta ettiren gerçek durumu gizleyerek yaşını daha kk gösterip sözleşmenin kurulmasını sağladığında sigortacının gerçeği öğrendiğinde sözleşmeyi fesih hakkı doğmaktadır. Yine sigortalanmak isteyen başvuru formunu ve sigortacının öğrenmek istediği sağlık bildirimini eksiksiz doldurmalıdır. Sigorta ettirenin yanlış bilgilendirmesinin sorumluluğu kendisine ait olacaktır. Burada sigortacı istediği takdirde sözleşmeyi feshederek uğradığı zararı tazmin ettirebilir. Nitekim Türk Ticaret Kanunu’nun 1290. maddesinde bu yükümlülük belirtilmiştir.

Bu durum Borçlar Kanunu’nun 28. maddesinde; “diğer bir tarafın hilesi ile sözleşme yapmak zorunda kalan tarafın hatası esaslı olmasa bile, o sözleşme ile bağlı kalmaz.” denmektedir. Bir kişiyi sözleşme yapmaya yönlendirmek amacıyla karşı tarafta kasten hatalı bir kanaat oluşturma ya da var olan mevcut kanaati koruma ve sürdürme eylemine hile denilmektedir. Sağlık sigorta sözleşmelerinde hileli davranış yalnızca yanlış bilgi vererek sözleşmenin kurulmasını sağlama durumunda görülmez. Sözleşmede önemli olan bazı unsurlar kasten gizlenirse de karşı taraf sözleşmeyle

bağlı kalmayacaktır. Bu Medeni Kanun'un 2. maddesinde geçen dürüstlük kuralına aykırıdır. Keza bu maddeye göre herkes haklarını kullanırken ve borçlarını yerine getirirken dürüstlük ilkelerine bağlılığı şart koşulmaktadır. Sigorta ettirmek isteyen de sigortacıyı aydınlatma yükümlülüğü altındadır. Örneğin sigortacı yapacağı sigorta sözleşmesinde sigorta başlangıç tarihinden önce var olan maluliyet ve rahatsızlıkları teminat kapsamına almayacağını bildirmiş olduğu halde sigorta ettiren kasten böyle bir durumu gizlerse, örneğin mevcut şeker hastalığını bildirmezse sigortacı sözleşmeyle bağlı kalmayacaktır. Eğer yanlış bilgilendirerek ya da bildirmesi gereken durumlarda kasten susarak sigorta sözleşmenin kurulmasını sağlayan sigorta ettiren, sigortacının uğradığı zararı ödemekle yükümlüdür. Örneğin 64 yaşından daha büyük olduğu halde yaşını daha küçük göstererek sözleşmeyi yapmış ve hastalandığında tedavi masraflarını sigortacıya ödetmişse, sigortacının bu zararı tazmin ettirme hakkı vardır. Sigortacı bu durumda isterse sözleşme öncesi sorumluluğa aykırılığa, isterse de sigorta ettirenin haksız eyleminden (kasten yanlış bilgi vermesinden) doğan sorumluluğuna başvurabilir. Sigortacı sigorta sözleşmesini iptal etmeden de yani sözleşmeye icazet verdiğinde dahi tazminat isteme hakkı saklıdır.

Sözleşme süresi içinde: Sigorta ettirenin sözleşme devam ederken bildirimde bulunma yükümlülüğü sözleşmenin devamı ve sonuç doğurabilmesi açısından önemlidir.

TTK madde 1291'de, "Sigorta ettiren kimse sigortacının muvafakati olmaksızın sigortalı malın yerini veya mukavele zamanındaki halini değiştirdiği takdirde bu değişiklik, mukavelenin yapıldığı anda mevcut olduğu halde sigortacının sigorta mukavelesini yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını mucip bir mahiyette ise, sigortacı mukaveleyi feshedebilir. Birinci fıkrada yazılı değişikliği yapan kimse keyfiyeti sekiz gün zarfında sigortacıya bildirmişse sigortacı ihbar tarihinden itibaren sekiz gün içinde fesih hakkını kullanmadığı takdirde sigortanın hükmü devam eder. Sigorta ettiren kimse değişiklik keyfiyetini sigortacıya ihbar etmediği halde dahi sigortacı vaki değişikliği öğrendikten sonra sekiz gün içinde feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta hükmünün devamına razı

olduğunu gösteren bir harekette bulunursa fesih hakkı düşer.” denilmektedir. Sağlık sigortaları bir yanıyla tazminat sigortası ilkelerine dayandığından , sigorta ettirenin sözleşmenin devamı esnasında bildirimde bulunma yükümlülüğü bu tür sigortalarda daha da önemli hale gelmektedir³².

b. Rizikonun Gerçekleşmesi Durumunda Bildirim

Hastalık Sigortası Genel Şartları madde 8’de; “sigorta ettiren veya sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.” denilmektedir. Sekiz günlük süre rizikonu gerçekleştiğini öğrendiği andan işlemeye başlayacaktır. Hastalanılan tarihte sigortalı veya sigorta ettiren bildirimde bulunamayacak durumda olabilir. Örneğin bir cerrahi girişim geçirmiş veya bilinci bir süreliğine kapanmış olabilir. Bu durumda bildirimde bulunma yükümlülüğü bildirmeye muktedir olunan tarihten başlayacaktır. Yine sigortalı veya sigorta ettiren yaptığı bildirimde kazanın veya hastalığın gerçekleştiği yeri, nedenini, durumun tedavisiyle ilgilenen hekimden kazanın veya hastalığın mevcut durumu ile olası sonuçlarını gösteren bir raporu alarak sigortacıya iletmesi gerekmektedir. (Hastalık Sigortası Genel Şartları madde8-A/2) Sigortalı veya sigorta ettiren; kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastahane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını, veya asıllarından kuşku doğurmayacak suretlerini , tedavisiyle ilgilenen hekimin dolduracağı hastalıkla ilgili bilgileri içeren formun ekinde sigortacıya iletmelidir.

³² Ulaş, a.g.e., s .170.

c. Gerçekleşen Rizikonun Daha da Kötüleşmesini Önleme Yükümlülüğü

Sigortalı kaza geçirmesi veya hasta olması durumunda derhal tedaviye başlamak üzere bir sağlık kuruluşuna başvurmak zorundadır. Mevcut durumun daha da kötüleşmesinin sorumluluğu sigortacıya ait olmayacaktır. Örneğin şeker hastalığı olan bir sigortalının uğradığı küçük bir kazanın neden olduğu yarayı tedavi ettirmemesi ilerde çok yüksek tedavi maliyetleri gerektiren durumların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunda sigortacının sorumluluğu olmadığından sigortalının uğrayacağı zararı ödemeyi reddedebilir. Sigortacı kazazedeyi veya hastayı kendinin belirlediği bir hekime muayene ettirebilir. Bu muayene yalnızca kontrol amaçlıdır, sigortacı hastaya, kendisinin belirlediği hekime tedavi olmasını dayatamaz. Bu hasta haklarına aykırıdır. Hasta hakları yönetmeliğinin 9. maddesinde bu durum açıkça ifade edilmektedir: “Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme... hakkı vardır” Aynı duruma Türk Tabipleri Birliği’nin belirlediği meslek etiği kurallarında da değinilmektedir³³.

Sigortacının hekimi, bilimsel ilkelere uygun olmak koşuluyla hastaya ya da kazazedeye sağlık durumunu olumlu yönde etkileyecek tavsiyelerde bulunabilir. Bu tavsiyelere uyulması şarttır. Aksi takdirde sigortacının izleyen süreçte kendisine ek maliyetler doğuracak giderleri ödememe hakkı doğar. Burada tavsiyelere uymama halinde sigortalının kusurunun yoğunluğu önem kazanmaktadır. Eğer sigortalı kasten bu tavsiyelere uymazsa poliçeden doğan haklar tümüyle kaybolur, buna karşılık tavsiyelere uymama durumunda kusurun yoğunluğu ihmal düzeyinde ise sigortacı ihmal sonucunda ağırlaşan kısmın tedavi giderlerinden sorumlu değildir. Örneğin hepatit hastalığına yakalanmış bir sigortalının alkollü içecek kullanmaması sigortacının hekimince tavsiye edildiğinde, bu tavsiyeye sigortalı uymazsa daha sonra gelişecek karaciğer yetmezliğinin gerektirdiği tıbbi masrafları, sigortacı ödemek zorunda değildir.

³³ (Çevirimiçi) <http://med.ege.edu.tr/~hanci/hastahaklaryntmlg.html>, 15 Kasım 2004.

d. Prim Ödeme Yükümlülüğü

Sigorta ettiren sigortacının kendisine sunduğu teminat karşılığında belli bir miktar prim ödemek zorundadır. Ödenecek primin ödenme şekli sigortacıyla yapacağı sözleşmeye bağlıdır. Peşin ödeme yapabileceği gibi taksitle de ödeme yapabilir. Sigorta priminin peşin ödenmesi kararlaştırılmışsa, aksine bir sözleşme hükmü yoksa, poliçenin teslim tarihindeki günün mesai saati bitimine kadar ödenmelidir. Ödenmemişse sigortacının sorumluluğu da başlamayacaktır. Primin ödenmemiş olmasına karşın poliçenin teslimiyle birlikte sigortacının sorumluluğunun başlayacağı öngörülmüşse ilk onbeş gün için sigortacının sorumluluğu devam edecektir. Primin taksitle ödenmesi öngörülmüşse ilk taksit poliçenin teslim tarihinde ödenir. Bunun aksi sözleşmeyle kararlaştırılabilir. Taksitlerden birisi ödenmezse borçlunun direnimi hükümleri geçerli olur, onbeş gün içinde de sözleşme feshedilmiş sayılır.

Bu bölümde anlatılanların ışığı altında ikinci bölümde dış hekimliğinin Türkiye 'deki durumu, dünyadaki ve Avrupa 'daki dış hekimliği organizasyonları hakkında bilgi verilecektir.

II. DIŞ HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ SİGORTA HİZMET UYGULAMALARI

Diş hekimliği ile ilgili olarak Amerika ve Avrupa ‘da değişik uygulamalar bulunmaktadır. Bu bölümde değişik uygulamalara yer verilecektir.

A- Türkiye Ve Gelişmiş Ülkelerdeki Diş Hekimliği Hizmetleri

Diş hekimliği uygulamalarından önce tarihsel gelişim üzerinde durulması gerekmektedir.

1. Diş Hekimliğinin Tarihçesi

Diş çürüğünün tarihi geçmişine bakıldığında insanlık tarihinden de eski olduğu, yaklaşık 12 milyon yıl önce yaşamış balıklar ve 6 milyon yıl önce yaşamış sürüngenlerin dişlerinde çürük kavitelerine rastlandığı bilinmektedir. İnsanlarda ise en eski bilgi Mısır uygarlığına aittir³⁴.

Hammurabi Yasalarında “Eğer bir kişi kendisi ile aynı sınıftan birinin dişine zarar verirse, onun da dişi çekilir, eğer daha alt sınıftan birine zarar verirse 166 gr gümüş öder” şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Mezopotamya dönemine ait günümüze aktarılan kil tabletlerde diş temizliği için “ kırmızı toz ve ardıç meyvesi birlikte ezilip toz haline getirilerek temizlikte kullanılır” şeklinde ifadeler ve 3 sütun halinde uygulanacak bitkiler ve başka bilgiler bulunmaktadır.

³⁴ Ester M. Wilkins ,Clinical Practice of the Dental Hygienist,Lippincott Williams and Wilkins Publication.New York,2004. p 42.

Çin’de diş ağrısının tedavisinde kullanılan akupunktur yönteminin tarihi çok eskilere dayanmaktadır. Yine Çin’de tıp 13, y.y. da aralarında diş hekimliğinin de bulunduğu 13 dala ayrılmıştır.

Eski Yunan uygarlığının diğer bilim ve sanat dallarında olduğu gibi diş hekimliğinin ve tıbbın gelişiminde büyük katkıları olmuştur. Hipokrat, eserlerinde ağız ile ilgili hastalıkları ayrı bölümler olarak ele almamış, diğer hastalıkların yan etkisi olarak değerlendirilmiştir.

Büyük Türk düşünürü İbni Sina’nın (980-1037) tıbbın gelişimine önemli katkılar sağlayan ve son yüzyıllara kadar ders kitabı olarak okutulmuş olan “*Kanun*” bir çok dilin yanısıra Türkçe’ye de çevrilmiş (Tabhiz al-Mathun) ve dişle ilgili konulara geniş yer ayırmıştır³⁵.

Ünlü hekim ve bilim adamlarından Akşemsettin (1390-1459) ve Şerefeddin Sabuncuoğlu (1386-1470) yapıtlarında dişlerle ilgili konulara yer vermiştir.

Leonardo de Vinci (1452-1519) her dişin anatomisini ayrı ayrı tanımlamıştır.

Kanuni Sultan Süleyman döneminde ülkemize göç eden Musa Bin Hamun yalnızca diş hekimliği konularını içeren Türkçe bir kitap yazmıştır.

Pierre Fauchard (1678-1761)’in katkıları ile diş hekimliği 18. y.y. da bağımsız bir meslek haline gelmiştir. Fauchard 1728’de yayınladığı eserle çağdaş diş hekimliğinin kurucusu olarak kabul edilmiştir.

Türklerde Osmanlı dönemi de dahil olmak üzere dişhekimliği yıllarca kendini yetiştirmiş veya başkalarının yanında yetişmiş kişilerce uygulanmıştır³⁶.

³⁵ Işıl Karaoğlu, “Dünden Bugüne Dişhekimliği”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39**, Ankara, 2001, s.357 – 361.

³⁶ a.e., s.369.

1399 yılında Osmanlıların Anadolu’da yaptırdıkları ilk hastane “Yıldırım Darüşşifa”dır. 1557’de Süleymaniye Darüşşifası Vakfıyesi incelendiğinde kadrolarında 2 cerrahın bulunduğu ve bu cerrahların diş hekimliği uygulamaları yapabilecek nitelikte olmalarının gerektiği görülmektedir. Dişhekimliği 19.yy.a kadar bazı esnaf ve cerrahlar tarafından uygulanırken, 19.yy. sonlarında diş hekimliği yapabilmek için özel belge alınması gerekmiştir. “Permili” adıyla dişçilik yapan bu kişilerin çoğunluğunu gayri müslimler oluşturmaktaydı.

İlk diş hekimliği okulu olan İstanbul Dişhekimliği Okulu 1909 yılında, Maarif Nazırı Emrullah Efendi döneminde, Tıp Fakültesi ilk Dekanı Cemil Topuzlu tarafından kurulmuştur.

Bugün de geçerliliğini koruyan 1928 tarihinde yayınlanan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” 30. maddesi ile diş hekimliği yapabilmek için diploma alınmasını şart koşmasına rağmen, 32. maddesi ile diplomasız diş hekimliği yapanların sınavla ruhsat almalarına ve diş hekimi olmayan yerlerde “dişçi” ünvanı ile çalışmalarına imkan tanınmıştır. 1989 yılında madde değişikliği yapılarak diplomasız kişilerin diş hekimliği yapmaları engellenmiştir ve diş teknisyenlerine yönelik düzenlemeler getirilmiştir.

1912 yılında “Tıp Fakültesi Dişçilik Şubesi Mezunin ve Talebe Cemiyeti, 1921 yılında kapanmış ve yerine “Diş tabipleri ve Talebe Cemiyeti” kurulmuştur. 1922 yılında kurulan “Müslüman Diş tabipleri Mezunin ve Talebe Cemiyeti” 1925 yılında “Türk Diş tabipleri Cemiyeti” olarak adını değiştirmiştir. 1985 yılında ise bugünkü anlamda “Türk Diş Hekimleri Birliği” kurulmuştur. Bugün ülkemizde eğitime devam eden 15 Dişhekimliği Fakültesi her yıl yaklaşık 1000 mezun vermektedir³⁷.

³⁷a.e.,s. 368.

2. Türkiye’de Toplumun Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Mevcut Durum

Sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli rolü olan etkenlerden birisi kişilerin sağlıklarıyla ilgili inanç sistemleri ve sağlık kültürleridir. Örneğin gelişmiş batı toplumlarında dişlerle ilgili sorunlar ciddi sağlık sorunu olarak algılanmakta ve insanların ağız diş sağlığı hizmetlerinden bebekliklerinden itibaren düzenli olarak yararlanmaları sağlanırken, ülkemizde çoğu zaman “sağlık sorunu” olarak bile algılanmamakta, ancak ağrı ya da çiğneme fonksiyonlarının tamamen bozulması halinde dişhekimine başvurulmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak genel sağlık politikaları ve sağlık örgütlenmesi içerisinde ağız diş sağlığı hizmetlerine pek az yer verilmekte hatta ihmal edilmektedir.

Aslında ağız ve diş sağlığı sorunları tipik bir halk sağlığı sorunudur. Her ne kadar ölüme ya da sakatlığa neden olma olasılığı düşük olsa da, görülme sıklığının çok fazla olması, kişilerin yaşamında çok kereler tekrarlaması ve koruyucu önlemler alınmadığında maliyeti yüksek tedaviler gerektirmesi bu sorunların halk sağlığı sorunu olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Oysa ülkemizde koruyucu amaçla planlanan ağız diş sağlığı hizmetlerinin göstermelik birkaç taramadan öteye geçmediği, diş fırçalama alışkanlığının bulunmadığı ve kontrol amacıyla düzenli diş hekimine gidilmediği görülmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre günde bir kez dişini fırçalayanların oranı % 20.9, sabah akşam fırçalayanların oranı % 11.7, günde üç kez fırçalayanların oranı % 19 olup toplumun yaklaşık % 50’sinin dişlerini fırçalamadığı görülmüştür³⁸.

³⁸ Gonca Mumcu, Haydar Sur, Celal Yıldırım, Didem Söylemez, Hakkı Atlı, Osman Hayran. “Utilization of Dental Services in Turkey,” *International Dental Journal*, Vol:54.No:2.February 2004, pp.90-96.

Aşağıdaki ülkemizde diş macunu ve diş fırçası kullanımı görülmektedir.

Çizelge 1: Diş Macunu Kullanımı³⁹

Ülke	Kişi Başına Diş Macunu Kullanımı (gr/yıl)
İngiltere	480
İtalya	270
İspanya	155
Türkiye	40-45gr (1990 yılı) 80-85gr (1999 yılı)

Çizelge 2: Diş Fırçası Kullanımı

Ülke	Kişi Başına Diş fırçası Tüketimi (adet/yıl)
İngiltere	2.4
İsveç	2.5
Türkiye	¼ (1990 yılı) 1/3.5 (1999 yılı)

Ağız diş sağlığı konusunda koruyucu uygulamaların yetersiz olmasının yanı sıra tedavi edici hizmetlerden yararlanmada da yetersizlik söz konusudur. Türkiye’de 12-13 yaşlarındaki her çocuktan 83’ünün, 30-34 yaş grubundaki her 100 kişiden 97’sinin ağızında çürük bulunmasına rağmen diş hekimine gitme oranı oldukça düşüktür⁴⁰.

Sağlık Bakanlığı’nca tüm ülke çapında yapılan bir araştırmada yılda kişi başına hekime başvuru 2.4, diş hekimine başvuru sayısı ise 0.72 bulunmuştur⁴¹.

Gelişmiş ülkelerde ise kişi yılda ortalama 2 kez diş hekimine gitmektedir.

³⁹ Cihat Çekiç, Türk Diş Hekimliğinde Eğitim İnsangücü Sorunları ve Çözüm Önerileri, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı** Ankara, 2001. s.350-351.

⁴⁰(Çevrimiçi)www.tdb.org.tr/istatis/istatistik.html, 10 Ekim 2004.

⁴¹ **Health Services Utilization Survey in Turkey**. Ministry of Health, Turkey, Health Project General Coordination Unit. ISBN 975-8088-01-7, Ankara, 1995, pp.20-22.

Tablo 2: Daimi Dişlerde Diş Çürüklerinin Yaygınlığı Ve Şiddeti (Kişi Başına)

Yaş Grupları	Diş çürüğü yaygınlığı (%)	Ortalama çürük daimi diş sayısı	Çekilmiş daimi diş sayısı	Dolgulu daimi diş sayısı	çürük, eksik, dolgulu daimi diş sayısı
5	1,16	0,03	0,00	0,000	0,03
12	80,83	2,24	0,18	0,30	2,73
15-19	88,59	3,21	0,57	0,36	4,14
35-44	96,09	3,02	8,05	0,52	11,59
65 +	40,15	0,61	28,07	0,09	28,76

İnci Oktay, "Ülkemizde Diş Hekimliği Açısından Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi" Yeni Türkiye, Sağlık Özel sayısı 39, 2001

Yukarıdaki tablo ve diğer göstergeleri dikkate alarak aşağıda ülkemizle ilgili sunulan rakamları incelemekte fayda var;

- Toplumun ağız ve diş sağlığı ile ilgili göstergeleri, diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ne yazık ki üçüncü dünya ülkelerinin seviyesindedir.
- 6 Yaş grubunda süt dişi dizisinde çürüksüz kişi yüzdesi %17'dir.
- 35-44 yaş grubunda kırsal kesimde çürük prevalansı %95-98, şehir çevresinde %79, şehirlerde ise %76'dır.
- 20-24 yaş grubunda diş çürüğü nedeni ile kişi başına tedavi edilmesi gereken diş sayısı 5,48'dir. Bu oran 25-29 yaş grubunda ise 7'dir.
- Yirmi yaş dişleri hariç bütün diş dizini ağızda yer almış olarak kabul edilen 12-13 yaşlarında her 100 çocukta 81-84'ünün dişlerinde çürük bulunmaktadır. 30-34 yaş grubunda ise 100 kişiden çürüğü olmayan kişi sayısı yalnızca 3'dür.
- Diş hekimliği hizmetlerinde kulandan araç, gereç ve sarf malzemelerinin %95'i ithal edilmektedir.
- Diş hekimliği fakültelerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı eğitimine arzu edilen düzeyde önem verilmemektedir.

- Koruyucu diş hekimliği hizmetleri kamu ve özel kesimde yok denecek kadar azdır.
- Okul öncesi ve İlköğretim de koruyucu hekimlik ve ağız ve diş sağlığı eğitimi çok yetersizdir.
- Toplumun ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve davranışı, kendisini bakım ürünlerinde ve diş hekimliği hizmetlerinin kullanımında da somut olarak göstermektedir.
- Diş macunu ve diş fırçası kullanımı gelişmiş çağdaş ülkelerin çok gerisindedir.
- Diş hekimlerinin coğrafik dağılımına baktığımızda ise endişemiz büyümektedir.
- Diş hekimliği hizmetlerine ihtiyaç olmasına karşın hizmete talep gelişmiş ülkelerin çok altındadır.
- Ülkemizde 13'ü devlet ve 2'si özel olmak üzere 15 Diş Hekimliği Fakültesi vardır. Bu fakültelerden mezun diş hekimlerinin %70'i özel muayenehanelerde diş hekimliği hizmeti vermektedir.
- Öte yandan halkımızın diş hekimine gitme alışkanlığı hiç de iyi düzeyde değildir. Yaklaşık %10'u hiç diş hekimine gitmemektedir. Gelişmiş ülkelerde ise yılda 2 kez diş hekimine gidilmektedir⁴².
- Ülkemizde ağız diş sağlığı hizmetlerinin yaklaşık %90 gibi büyük bir oranının özel muayenehanelerde verildiği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur⁴³.

İnsanlarımız ağız ve diş sorunlarını henüz bir sağlık sorunu olarak görmemektedir. Onlar için diş sağlığında önemli olan acil durumlarda ağrıdan kurtulmak ve estetik (güzel görünmek) kaygısıdır.

Yapılan bir araştırmada, diş sağlığı sorunlarının çözümüne öncelikli önem veren kişiler, hasta-hekim arasında özel para alışverişinin olmadığı, ödemelerin sigorta ya da devlet tarafından yapıldığı bir sistemi önermektedir. Kişilerin, bu tür hizmetler için ilave katkı da bulunmaya istekli oldukları saptanmıştır⁴⁴.

⁴²(Çevirimiçi) <http://www.tdb.org.tr/>, 10 Ekim 2004.

⁴³ Mumcu, a.g.e. , s. 90.

⁴⁴ Hakkı Atlı, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma Araştırması, TDB Yayınları, Temmuz 2000, s.9-10.

3. Türkiye 'de Diş Hekimliği Hizmet ve Uygulamalarının Durumu

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınlarından da saptanacağı üzere, dünyada diş ve ağız dokularındaki hastalıklar, bütün hastalıklar arasında epidemiolojik yönden genel değerlendirmede 4. sırayı almaktadır. Bir afet olarak nitelendirilebilecek bu sıralamadan ne yazık ki ülkemiz de büyük ölçüde etkilenmektedir⁴⁵.

Toplumun sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanması kanunlarımızda belirtilmesine rağmen devlet bunu ne geçmişte ne de günümüzde yeterince yerine getirememektedir. Ağız diş sağlığı hizmetleri de diğer hizmetlerde olduğu gibi kamu ve özel karması yoluyla verilmeye çalışılmakta ancak yetersiz çalışma ve destek nedeniyle toplumun ağız ve diş sağlığı giderek bozulmaya başlamaktadır.

Türkiye'de bazı özel sağlık sigortaları , hastane ve kliniklerde ve /veya özel muayenahanelerde diş hekimlerince yapılacak tedavi (diş ve dişeti tedavileri veya ameliyatları) giderlerini seçilen limit ve iştirak oranı çerçevesinde ödemektedir. Diş hekimi ilaç reçeteleri ilaç teminatından, kaza sonucu yapılan diş tedavileri ise ameliyat teminatından karşılanmaktadır. Ameliyatların uzman hekim tarafından yapılması zorunluluğu vardır.Ancak sigorta teminatlarının limitli düşük ve protez,ortodonti gibi uygulamaların kapsam dışı olması ,yüksek primli bu poliçeleri sigortalılar açısından cazibesiz kılmaktadır.

Tüm estetik uygulamalar,diş beyazlatma ve ortodontik tedaviler kapsam dışında bulunmaktadır. Hareketli veya sabit protez giderlerinin diş protez laboratuvarlarınca da belgelenmesi zorunludur.

Emekli Sandığı güvencesinde olan memur,emekli ve yakınları,sağlık ocaklarından,ana çocuk sağlığı merkezlerinden,devlet hastanelerinden veya üniversite

⁴⁵ Cihat Çekiç, a.g.e., s.345.

klınıklerinden hizmet alabilmektedir.Ancak bu kuruluşlardaki hasta yoğunluğu bazı durumlarda aylarca süren beklemelele neden olmakta,malzeme ve personel yetersizliği kaliteli hizmet sunumunu olanaksızlaştırmaktadır.Yeni açılmakta olan diş hastanelerinin sayısı ise yetersizdir.SSK ve Bağkur mensuplarının aldığı hizmet kalitesi ise daha da düşüktür.

Türkiye, 2000 yılı verilerine göre 67.8 milyon nüfusu, %16.6 nüfus artış hızı olan, nüfusunun %31.5'i 15 yaşından küçük ve %5.9'u 65 yaşından büyük olan Avrupa'nın en genç ve dinamik ölkelerinden birisidir^{46 47}.

Türk Diş Hekimliği Birliği İstatistiklerine göre 2003 yılında Türkiye'de yaklaşık 20.000 Diş Hekimi bulunmaktadır. Yaklaşık 3250 kişiye bir dişhekimii düşmektedir. Muayenehane açmak isteyen bir dişhekimii Türk Diş hekimleri Birliği'ne üye olmak zorundadır. Türk Diş hekimleri Birliği'ne üye dişhekimii sayısı 16.672'dir.

Genel tıp bilimlerinin tersine ölkemizdeki diş hekimleri arasında uzmanlaşma oranı düşük olup ağız diş sağlığı hizmetleri büyük ölçüde pratisyen diş hekimlerince verilmektedir. Mesleğin kendi dinamikleri içinde ortaya çıkmış olan bu durum aslında sağlıklı bir durumdur⁴⁸.

Türk Diş hekimleri Birliği'nin 2000 verilerine göre Diş hekimlerinin % 6'sı hem serbest hem kamuda, %6'sı kamuda (Devlet Hastaneleri, Sağlık Ocakları, S.S.K. hastane ve dispanserleri, üniversiteler, Türk Silahlı kuvvetleri, diğer bakanlıkların sağlık kuruluşları) görev yaparken %81'i serbest çalışmakta, %7'si ise çalışmamaktadır. Yani ölkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaklaşık %90'ı özel muayenehaneler tarafından verilmektedir.

⁴⁶ Vizyon 2023 Teknoloji Öngörüsü Projesi Sağlık ve İlaç Paneli Sağlık Hizmetleri Alt Grubu Raporu,(çevrimiçi)<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/saglikhizmetleri-onrapor.pdf>, 5 Nisan 2004.

⁴⁷ Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri 1990- 2002, (Çevrimiçi) <http://nkg.die.gov.tr>,5 Ekim 2003.

⁴⁸ Osman Hayran, Haydar Sur, Gonca Mumcu, Didem Söylemez, Hakkı Atlı, "Türkiye Diş Hekimleri Mesleki Doyum, Sosyal Durum ve Hizmeti Değerlendirme Araştırması, Temmuz 2000, İstanbul, TDB Yayınları, s.3-5.

Özellikle serbest çalışan diş hekimi oranının bu derece yüksek olması, zaten çok pahalı olan diş hekimliği hizmetlerinden sınırlı bir kesimin faydalandığını göstermektedir.

Tüm diş hekimlerinin 10 büyük il ve bölgelere göre dağılımları gözönüne alınırsa, diş sağlığı hizmetlerinden faydalanma dağılımının ne kadar dengesiz olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Türkiye’de Diş Hekimlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

COĞRAFİ BÖLGELER	Diş hekimi sayısı	
	n	%
Marmara Bölgesi	5.304	40,4
Ege Bölgesi	2.150	16,4
Akdeniz Bölgesi	1.196	9,11
İç Anadolu Bölgesi	2.775	21,1
Karadeniz Bölgesi	932	7,1
Doğu Anadolu Bölgesi	344	2,62
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	423	3,22
Toplam	13.124	100.0

*Türk Tabipler Birliği, Türkiye Sağlık İstatistikleri-2000’den yararlanılarak hazırlanmıştır.

Toplam nüfusun %15 inin yaşadığı İstanbul kentinde, 6 000 diş hekimi (tüm diş hekimlerinin %40’ı) çalışmakta ve 1812 kişiye bir dişhekimi düşmekte iken bu sayı Hakkari’de 106.243’e çıkmaktadır. Aynı şekilde Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Antalya, diş hekimlerinin yoğunlaştığı iller olarak göze çarpmaktadır⁴⁹.

⁴⁹ Karaoğlu, a.g.e., s .359.

Diş hekimliğinde kullanılan cihazların ve malzemelerin, büyük bir kısmının yurt dışından ithal edilmesi, özel muayenehanelerin kira, personel giderlerinin çok yüksek olması, kaliteli diş sağlığı hizmetini daha da pahalılaştırmakta ve ulaşılamaz hale getirmektedir. Bu faktörlere, yardımcı personel yetersizliği ve özel muayenehanelerin organizasyon bozukluğunu da eklersek efektif olarak çalışamayan diş hekimlerinin hizmet ücretlerinin daha da arttığını görüyoruz.

Diş hastalıklarının çoğu önlenabilir hastalıklardır. Gelişmiş, çağdaş ve sosyal anlayışa sahip ülkeler, uyguladıkları projelerle toplumun ağız ve diş sorunlarını çözmüş durumdadırlar.

Sağlığın temel ilkesi bireyin hasta olmadan korunmasıdır. Tüm önlemlere karşın hastalık söz konusu ise gerekli tedaviyi yapmaktır. Bu anlamda koruyucu diş hekimliği hizmetlerine önem verilmelidir.

Bireylerin tam fiziksel sağlığı ise vücuttaki tüm organ ve dokularının sağlıklı olması ile mümkündür. Ağız ve diş sağlığı da bireyin vücut sağlığını doğrudan etkileyen en önemli faktördür. Gelişmiş ülkelerde bu bilinç ortaya çıktıktan sonra ağız ve diş sağlığını korumak için önlemler alınmıştır. Oysa gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde birçok sağlık probleminin yanında ağız ve diş sağlığını koruma bilinci gelişmemiştir. Ancak, öncelik tanınan sağlık sorunları ile beraber vücut sağlığının bir parçası olan ağız diş sağlığı korunmadığında birçok hastalık beraberinde gelmektedir. Toplumun ağız diş sağlığı problemleri değerlendirilmiş, koruyucu tedbirler alınmadığında ortaya çıkan diş hastalıklarının tedavisi için ayrılan bütçenin ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar sonunda da, önlenabilir hastalıklar grubuna giren diş hastalıklarının oluşmaması için koruyucu tedbirler alınırsa maliyetin daha az olacağı sonucu ortaya çıkmıştır. Böylece “hem sağlıklı bir toplum, hem de ekonomik yönden güçlü bireyler ve güçlü devlet oluşacaktır” görüşü hakim olmuştur. Bu alanda yapılan birçok program ve

uygulama ile günümüzde gelişmiş ülkelerde bireylerdeki çürük diş sayısı çok alt seviyelere çekilmiş ve sağlıklı bir toplum oluşturulmuştur⁵⁰.

Ülkemizde ise ağız diş sağlığını korumaya yönelik yurt çapında uygulanan bir devlet politikası mevcut değildir. Sağlık Bakanlığı, Diş hekimleri Birliği ve üniversitelerin işbirliği ile bu konuya yönelik çalışmalar son yıllarda başlatılmıştır. Oysa diş çürüğü ve dişeti hastalıkları gibi önlenabilir hastalıkların profilaksisi için gerekli düzeyde harcamalar yapılmalıdır. Aksi takdirde tedavi ücretleri, ülke ekonomisini etkileyebilecek düzeylere gelebilir.

Dünyada diş çürümelerini önlemede kullanılan en yaygın yöntem flor kullanımıdır. Sistemik ve lokal olarak kullanılan florürlerin diş minesini güçlendirici, diş plağı oluşumunu azaltıcı, başlangıç halindeki diş çürüklerini durdurucu ve diş hassasiyetini önleyici etkisi vardır.

Sistemik florür uygulamaları, içme sularının florlanması, tuzlara ya da sütlere flor ilavesi ver flor tabletlerinin kullanımı şeklinde yapılabilmektedir. Topikal flor uygulamaları ise, diş macunları, florlu gargaralar, florlu jeller, florlu cilalar ve florlu cikletler yoluyla olmaktadır. Bu uygulamalarda genel amaç, çürük gelişimini engellemek, durdurmak, hatta süreci tersine çevirmektir.⁵¹

Diş hekimliğinin iki majör hastalığı diş çürükleri ve diş eti hastalıklarıdır. Diş hekimliği uygulamalarında gördüğümüz dolgu, kanal tedavisi, diş çekimi, protez, diş eti ve tutucu dokuların cerrahisinde etyoloji çoğunlukla bu iki hastalıktır.

⁵⁰ Seval Ölmez, "Türkiye'de Koruyucu Diş Hekimliği", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39**, Ankara, 2001, s.635-637.

⁵¹ Seval Ölmez, Koruyucu Diş Hekimliği Yöntemleri, İstanbul, **T.D.B.D Yayınları 44**, Ağustos 1998, s.12-13.

Diş hekimliği ile ilgili sigorta uygulamaları için bu hastalıklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. Epidemiyoloji, toplumun bir hastalıktan belli bir zaman aralığında hangi oranda etkilendiği ile ilgilenir. Elde edilen bilgilerin değerlendirilme imkanları arttıkça, sağlık sistemi yönetimi ve planlamasında ki önemi de artmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmaların en önemli faydası sebebi bilinen, sık görülen ve tekrarlayan hastalıklarda, sağlık iş gücü ve maliyet giderleriyle ilgili planlama yapabilmektir. Diş hekimliğinde buna en iyi örnek , florlama çalışmalarının diş çürüklerini önlemedeki rolünün tespiti ve bu yönde alınan tedbirlerle diş çürüğü sayısında görülen azalmadır. Aynı şekilde hastaya verilen ağız ve diş bakımı eğitimi , belirli aralıklarla yapılan kontrollerde dişler üzerindeki plak ve diş taşlarının temizliği ile diş kayıplarının önemli derecede azaltılması, diş eti hastalıklarının nedenleri üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarıdır. Bu konuda elde edilecek verilerin değerlendirilmesi ve standardizasyonu için çeşitli indeksler geliştirilmiştir. İndeksler (çürük indeksi, DMFT vb) normalde kişilerin ağız taramalarında kullanılırlar. Ancak bu indeksler, hızlı tarama ve saha çalışmasının kısıtlı olanaklarına yönelik hazırlanan indekslerdir.⁵²

En sıklıkla kullanılan indekslerde, saha şartlarında ,ağzın tamamının durumunu belirlemek yerine belirli noktaları tarama muayenesine almak ve bu noktaların sonuçlarını ağzın tamamına genellemek yaklaşımı benimsenmektedir

Türkiye’de diş çürüğü ve diş eti hastalıklarının dağılımını gösteren çalışmalar genellikle toplumun belirli kesiminde belirli yaş gruplarına yönelik çalışmalardır. DSÖ’nün desteği ile 1988 yılında yapılan “Türkiye’deki Ağız Diş Sağlığı Durum Analizi” raporu toplumun değişik kesimlerini kapsaması ve değişik yaş gruplarını içermesi açısından bu konuda önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Bu raporun sonuçlarına göre 6 yaş grubu çocuklarda çürüksüzlük oranı %16 iken, sürekli diş

⁵² Wilkins, a.g.e., p. 45.

dizisi ağızda yer almış olarak kabul edilen 12 yaş grubunda %19, 30-35 yaş grubunda ise %3'tür (3). Yine aynı çalışmanın sonuçlarına göre ağız diş sağlığını belirleyici bir kriter olan DMFT indeksi (kişi başına düşen çürük, çekilmiş ve dolgu yapılmış diş sayısı) değerleri 12 yaş için 16, 15-19 yaş grubunda 4.30; 20-24 yaş grubunda 7; 35-44 yaş grubunda ise 12. 24'e çıkmaktadır.

Dişeti hastalıklarının durumu değerlendirildiğinde ise 12 yaş grubu çocuk nüfusunun %50'sinde, 25-29 yaş grubu erişkinlerin %90'ında bir hastalığa rastlanmaktadır.⁵³

Yeni bir yüzyıla başladığımız bu yıllarda ülkemizde bu konuda köklü bir program geliştirilip uygulanmadığından bu verilerde değişiklik kaydedilmemektedir. Oysa DSÖ'nün 21. yüzyıl için ağız diş sağlığı hedefleri 6 yaş grubunda %8 çürüksüz birey, 12 yaş çocuklarında ise DMFT değerinin 1.5 olmasıdır⁵⁴.

4. Gelişmiş Ülkelerde Diş Hekimliği Hizmetleri ile İlgili Sağlık Bakım Organizasyonları

Gelişmiş ülkelerde diş hekimliği ile ilgili pek çok sayıda sağlık bakım organizasyonu bulunmaktadır. Bu bölümde Amerika, İngiltere, Fransa ve Almanya'daki uygulamalara yer verilecektir.

a) A.B.D.'deki Diş Hekimliği İle İlgili Sağlık Bakım Organizasyonları

Amerika 'da bulunan diş hekimliği ile ilgili sağlık bakım organizasyonlarına HMO, Dental Health Maintenance Organizations, Hizmet Karşılığı Diş Planları, IPA (Bağımsız Muayenehane Birlikleri) Preferred Provider Organizations (Tercihli

⁵³ Mumcu, a.g.e.,s.93.

⁵⁴ Madalyn L Mann, **Planning for Community Dental Programs** Jong's Community Dental Health, (ed. Gluck, G.M, Morganstein, W.M.), Mosby Year Book Inc., St. Louis, 1990, pp.329-352.

Yönlendirilen Organiasyonlar) ve Direct Reimbursement (Harcamaların Doğrudan Geri Ödenmesi) örnek verilebilir.

(1). HMO (Sağlık Bakım Organizasyonları) ve Dental Health Maintenance Organizations

HMO'lar önceden ödenmiş sabit bir ücret karşılığı kayıtlı kişilere kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktan sorumlu olan organize bir sağlık bakım sistemidir. Bir sağlık sigortasıyla bir sağlık bakım sisteminin bileşimi olarak düşünülebilir. Geleneksel sağlık sigorta şirketleri sağlık harcamalarını sigortalı kişilere ödemekten sorumlu iken HMO'lar kendine bağlı sağlık hizmeti veren kurumlar ile kendi üyelerine sağlık hizmeti vermekten sorumludurlar. Sağlık hizmeti veren bu kurumlara muhtelif yöntemlerle ödeme yapılır. Sağlık sigortası planları, gerçekleştirdikleri her bir tıbbi süreç için doktorlara ve sağlık kuruluşlarına bir ücret ödemektedir. Buna karşın HMO'lar ve doktorları için hastalarının sağlıklı olması daha kazanç sağlayan bir yöntemdir⁵⁵.

HMO, belirli bir süre içinde alınabilecek hizmetlerin karşılığının önceden ve doğrudan sağlık kuruluşuna verilmesi ile riskin hastaneye devredilmesi şeklinde özetlenebilir. Bu yöntemde sigortayı hastane yapmaktadır veya riski sağlık kuruluşu paylaşmaktadır⁵⁶.

HMO'lar kendi üyelerine sağlık hizmeti verme sorumluluğunun bir sonucu olarak onların sağlık bakım hizmeti almalarını temin etmelidir. Üyelerine sağladıkları sağlık hizmetlerinin kalite ve uygunluğu HMO'ların sorumluluğundadır.

⁵⁵ Alan G Raymond, A Consumer's Guide to Managed Care Networks, **The HMO Health Care Companion**. New York Paperback Harperperennial Library, New York, 1994, s.23.

⁵⁶ Ömer KARAHAN, "Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi", **Hastane Yöneticiliği**, (ed: Osman Hayran, Haydar Sur), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1997, s.161.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, sigorta şirketi ve aracı kuruma gerek olmadan muayene olabilme, sigorta primlerine oranla ucuz olması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve HMO kurumunun üyelerin bakım kalitesinden direk sorumlu olması belirgin avantajlar olarak ortaya çıkmıştır⁵⁷.

Diş Hekimliğinde tedavi finansmanı için birçok planlama şekli vardır. Bazı Ülkelerde koruyucu ve temel tedavi hizmetleri ücretsiz olarak devlet tarafından karşılanmaktadır. Bazı ülkeler sağlıklı bir nesil yetiştirmek için koruyucu diş hekimliğine önem vererek içme sularının florlanması, okullarda koruyucu hekimlik ağız ve diş sağlığı eğitimi ağırlıklı programlar uygulamaktadır.

Genel olarak Diş Hekimliğinde belli başlı iki finansal planlama kategorisi vardır. Birinci kategoride ön ödemeli planlama şekli dediğimiz Diş Sağlığı Bakım Organizasyonları (Dental Health Maintenance Organizations) (DHMOs), ikinci kategoride de genellikle diş hekimlerinin hiç bir riske girmedikleri hizmet karşılığı ödeme (Fee for Service) planlamaları sayılabilir. Her iki grupta da değişik varyasyonlar yapılarak diş hekimine ve hastaya daha cazip gelecek planlamalar üretilmiştir.

Bu planlama şekli için en çok kullanılan terim capitation dır. Bu terim, ödemenin şeklinden türemiştir. Ödeme, per capita bazında, yani sabit, genellikle aylık veya yıllık olmak üzere bireyden veya aileden alınır. Diş Hekimine ödemesi verdiği hizmetlerin şekillerine veya tedavi ettiği hastaların sayısına bakılmaksızın ve herhangi bir şarta bakılmadan pirim toplanan kişi veya aile sayısına göre yapılır.

Ön ödemeli plana giren Diş Hekimi, plan kapsamın giren tedavi hizmetlerini hastaya uygulamak zorundadır.

⁵⁷ Oral Ertuğrul, Abdullah Karacık, Hakkı Atlı, "Sağlık Sistemlerine Alternatif Bir Model Olarak HMO Sisteminin İncelenmesi ve Üsküdar Bölgesinde Uygulama", 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitapçığı, İstanbul, 2001.

Bu hizmetler için hasta yapılan anlaşmaya göre %10-%20 benzeri bir katılım payı ödeyebilir. Bazı tedavi veya röntgen kontrolleri, diş taşı temizlikleri hasta katılım payı olmadan da olabilir.

Doktor kişisel olarak risk alır. Eğer verdiği hizmetlerin tutarı aldığı ödemeyi geçiyorsa bu hekimin kaybı olur. Eğer aldığı Ödeme verdiği hizmet tutarını geçiyorsa hekim finansal olarak kazanır. Sonuç olarak Dental HMO'larda para kazanmanın iki yolu vardır:

- Hastaların diş sağlıklarını kazanmaları için gerekli koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilmesini sağlamak veya,
- Mümkün olduğu kadar az işlem yapmak.

i. DHMO Avantajları

HMO'ların en kaliteli, etkili güvenilir plan şekli olma özellikleri vardır. HMO'lar tedaviler ve pahalı hizmetlerin aşırı kullanımı yerine hastalıkları önlemeye dayanan ve bu önleyici tedaviyi mümkün olduğu kadar çok kişiye uygulamak amacıyla olan planlama şekilleridir.

Hastalık oluşmadan önce önlem almak ve ağız - diş sağlığını iyi bir seviyede tutmak hekim açısından tedavi etmekten daha ucuzdur. Flor uygulamaları ve ağız diş bakımı eğitimleri ,rutin kontroller,diş taşı temizlik uygulamaları maliyeti düşük ancak uzun vadede pahalı tedavi gereksinimlerini engelleyici hekimlik hizmetleridir.HMO sistemine dahil olan hekim veya sağlık kuruluşu, daha fazla hastaya daha az maliyetle, daha az emek ve daha az zaman harcayarak hizmet sunmaktadır. Böyle bir ödeme planını seçmek ise hasta açısından diğer ödeme planlarına göre daha ucuz olacaktır⁵⁸.

⁵⁸ Donald S. Mayes, **Managed Dental Care**:Library of Congress Catalog Card Number:93-78068, United States Of America, 1993,pp.22-39.

ii. DHMO Dezavantajları

HMO'larda hastanın gerekli ve etkin tedaviyi alması hekim veya sağlık kuruluşu tarafından istismar edilebilir. Hastaya verilen hizmetin kalitesinin kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu konuda en önemli sorun eğitilmiş personel istihdamı, teşhis ve tedavideki standartların belirlenmesidir. Ayrıca kullanılan cihaz ve malzemelerin belli kriterlerle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kötü planlanmış bir HMO'da yapılan tedaviyi veya öncesini belgeleyecek hiçbir kayıt yoktur. Dolayısıyla hasta yapılan tedavinin kalitesini ve fiyatını değerlendiremez. Hekim veya sağlık kuruluşu sadece hastanın şikayetine yönelik tedavi ile yetinebilir. Yeni teknolojilerden faydalanmak ise hekim veya sağlık kuruluşuna ek maliyetler getirmektedir⁵⁹.

(2). Hizmet Karşılığı Dış Planları

Dış sigortası günümüzde en çok yanlış anlaşılan kavramlardan biridir. Dış sigortası, sigorta şirketi ve hasta arasında bir kontrattır. Dış tedavi hizmetinin sunulduğu kurum (dış hekimi) ile hiçbir bağlantısı yoktur. Teminatlar şirketten şirkete hatta şirket içinde bireyden bireye değişebilir. Dış hekimi tarafından uygulanan tedavi gereksiz veya bu hizmetler için kesilen fatura hizmetle ilgisiz olabilmektedir. Bu nedenle iyi bir dokümantasyon ve provizyon sistemine ihtiyaç duyulmaktadır⁶⁰.

Bu planlarda hekimlere hizmet karşılığı ücret ödenir. Hekim kendisine başvuran kişiye verdiği teşhis, tedavi ve diğer hizmetlerin her biri için ücret alır. Hasta bu parayı doğrudan cebinden öder ve varsa sosyal güvenlik kurumundan bunu geri alır veya hizmetlerin karşılığı kişi adına onun özel veya kamu sosyal güvenlik kurumu tarafından fatura karşılığı ödenir. Fiyat belirlemede çoğunlukla, özel anlaşmalar yapılabilir. Bu model Türkiye 'de de uygulanmaktadır. Türkiye 'de Türk Dış

⁵⁹ a.e.

⁶⁰ a.e., p. 25.

Hekimleri Birliği'nin tespit ettiği ve her yıl Ocak, Temmuz aylarında günün şartlarına göre değişen ücret tarifesi dikkate alınmaktadır. Diş hekimi veya sağlık kuruluşu TDB'nin belirlediği asgari ücret tarifesinin altında hizmet bedeli alamaz. Ancak tedavi ücretlerinde herhangi bir üst sınır yoktur.

Dental HMO ödeme sistemlerine göre hastaya daha saygılı davranmayı gerektiren bu modelin hekim ve hasta tarafından suiistimali çok kolay olduğundan sağlık hizmeti sunumunda yüksek maliyetler söz konusu olabilir⁶¹.

Bu planların bazılarında yönetici şirket ile katılımcı diş hekiminin vereceği hizmet için alacağı ücreti sınırlayan bir şartname vardır. Bazı planlar hizmet şartlarını ve kalite garantisini içerir, bazıları içermez. Bu planlara katılan hekim hizmet için risk taşımaz.

(3). IPA (Bağımsız Muayenehane Birlikleri)

IPA modeli HMO'lar kendi üyelerine sağlık hizmeti sunmak için Bağımsız Muayenehane Birlikleri ile (IPA) anlaşma yaparlar. Doktorlar ayrı bir hukuki kurum olan IPA'nın üyeleridir. IPA doktorları, HMO üyesi olmayan hastalarını muayene etmeye devam ederler. IPA modeli HMO'lar açık planlardır, çünkü HMO ve IPA seçim kriterlerini yerine getiren tüm doktorlara açıktır.

Birçok HMO kendi üyelerine hizmet vermek üzere doktorlarına hizmet karşılığı bedel öderler. IPA ise ya hizmet başı yada sabit ücret ile hizmet başı ücret karışımı bir ödeme yapar. IPA'lar hizmet başına ücret ödemede kendi katılan doktorlarına bir ücret programına göre ya da geleneksel olan esasa göre ücret öderler ve bunun bir kısmını teşvik ve risk paylaşma amacıyla keserler.

⁶¹ Hulki Uz, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri" **Sağlık Hizmetleri El kitabı**, Yüce Yayınları, İstanbul, 1997, s.106.

IPA modeli HMO'lar personel, grup ve ağ modeli HMO'ların dezavantajlarını yok etmişlerdir. Kurulmak ve işletmek için daha az sermayeye ihtiyaç vardır. Ayrıca kendi özel ofislerinde çalışan doktorlar arasında geniş bir seçim yapabilirler. Bunun sonucu IPA modeli HMO'lar kadrolu hekim ve grup modeli planlarına göre pazarlama avantajları sunarlar.

HMO açısından IPA modeli HMO'ların iki önemli dezavantajı vardır;

Birincisi, IPA'nın gelişmesi HMO ile grup olarak görüşme yapacak organize bir doktorlar grubunun ortaya çıkmasına sebep olmasıdır. Ancak grup modeli HMO'nun aksine IPA üyeleri direkt olarak da görüşüp anlaşma yapabilirler. İkincisi, kadrolu hekim modeli ve grup modeline göre bir IPA modelinde yönetim genelde daha zordur, çünkü doktorlar HMO'nun bir parçası yerine bireysel doktor olarak katılırlar⁶².

(4). PPO'lar (Tercihli Yönlendirilen Organizasyonlar)

PPO'lar işverenlerin ve sağlık sigorta kuruluşlarının belli bir hizmet temin eden doktor ve hastane şebekelerinden sağlık hizmetlerini satın aldığı kuruluşlardır. Tipik olarak PPO'lara katılan hizmet sunan firmalar PPO tarafından uygulanan yönetim ve diğer usullere bağlı kalmayı ve PPO'nun geri ödeme yapısına ve seviyesine riayet etmeyi kabul etmektedirler. Buna mukabil, PPO'lar genellikle kendisine katılan hizmet firmalarının boyutunu sınırlarlar ve diğer hizmet firmaları yerine kendisine katılarak hizmet sunan firmaları kullanmak için kendilerine bağlı kişilere teşvik sağlarlar. PPO'lar HMO'ya göre hastaları hekim seçmekte daha özgür bırakmaktadır. Bu nedenle PPO'ya katılanlar, geleneksel HMO'ya katılan kişilerin aksine, yüksek bir sigorta primi ile PPO sunucusu olmayan hizmet sunucularının sunduğu hizmetlerden yararlanır⁶³.

⁶² Peter Kongstvedt, **The Managed Health Care Handbook**, Third Edition. Aspen Publications, Gaithersburg, MD. 1996, s.12-45.

⁶³ Bülent KILIÇ, "Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, s.64-65.

Bu yöntemde hizmeti alan kuruluş gerçekten indirim alıp almadığına ya da faturaların dürüst düzenlenip düzenlenmediğine dair kısıtlı bilgiye sahiptir. Genelde karşılıklı güven esasına göre işleyen bir yöntemdir. Hastane fark edilmeyecek kalemlerde gizli fiyat yükseltmeleri yapabilir ve aksinin kanıtlanması benzer işlemlerde diğer hastanelerin fiyatlarının karşılaştırılması ile mümkün olabilir. Ödemeyi üstlenen kurum ya da kişiler açısından ikinci bir tehlike ise hastane hizmet kullanımının artırılması ya da gereksiz işlemler yapılmasının yanı sıra hizmet kullanıcı kişinin sigara ve alkol kullanımı, kötü beslenme alışkanlıkları gibi davranışsal risk faktörleridir⁶⁴.

PPO'lar bazen tercih edilen hizmet sunan düzenlemeler olarak da (PPA'lar) bilinir. PPA'nın bu tanımı genellikle PPO'nun tanımının aynısıdır. Ancak bazı gözlemciler PPO'nun ön gördüğüne göre daha az resmi bir ilişki tanımlamak için PPA terimi kullanılır. PPA terimi bir teşkilatın varlığını ifade eden ancak bir PPA'ya ücret ödeyenler ve hizmet verenler arasındaki gayri resmi bir düzenleme ile PPO gibi aynı hedefleri elde edilebilir.

(5). Direct Reimbursement (Harcamaların Doğrudan Geri Ödenmesi)

Doğrudan geri ödeme planına göre alınan hizmetin tipine göre değil, toplam harcamalara göre karşılığın ödemesidir. ABD'de bu sistemde kişilerin dış hekimini seçmede tam özgürlüğü vardır. Primlerle finans elde etme yerine, hiç dışhekimliği hizmeti almamış iş görenler için bile, işveren kullanılan aktüel tedavi hizmetinin belirli bir oranını öder İşverenlerin alınacak tedaviye sponsor olması nedeniyle tedavi seçimine müdahil olmasının yasal yollarla önüne geçilmiştir. Bugün için Amerikan Dış Hekimleri Birliği (ADA) bu yöntemi tercih etmekte ve önermektedir. Bunun iki

⁶⁴ Milagros C. Rosal, Judith K. Ockene, Yunsheng Ma, James R. Hebert ve ark. " Behavioral Risk Factors Among Members of A Health Maintenance Organization", **Preventive Medicine**, Vol:33,2001, pp. 586-594.

nedeni; hekim seçme özgürlüğü ve hizmet karşılığı ödeme modelinin esas alınmasıdır

65

Harcamaların doğrudan geri ödenmesi şöyle planlanır:

Basamak 1: Diş hekimini seç

Basamak 2: Hizmetini al

Basamak 3: Bedelini öde ve makbuzunu/faturanı al

Basamak 4: Aşağıdaki formüle göre geri ödemeni al:

Harcamaların ilk 100\$'ının %100'ünü geri al

Bundan sonraki 500\$'lık harcamaların %80'ini geri al

Bundan sonraki 1000\$'lık harcamaların %50'sini geri al

ABD'de diş hekimliğinde geleneksel ödeme planı ise;

Basamak 1: Diş hekimini seç

Basamak 2: Hizmetini al

Basamak 3: Makul bir katılım ücreti, ek harcama vb. öde ve hizmeti belgelemek için formları doldur.

Direk Ödemenin bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Avantajları;en basit planlama şeklidir. Hekim için bir ücret sınırlaması ve ücret indirimi söz konusu olmadığı için hekimleri en fazla koruyan planlama şekli bu sistemdir.

Direk ödemenin dezavantajları ise; ücret sınırlaması olmadığı için hekim istediği ücreti talep edebilir. Hekim uygulamalarına kısıtlama getirmez. Sadece planın sınırlamaları söz konusudur. Örneğin direkt geri ödemeli bir plan %80 geri ödemeyi ve yıllık maksimum 1000\$'lık bir ödemeyi kapsıyorsa, organizasyon hastanın

⁶⁵ (Çevrimiçi) <http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr.asp>, 5 Nisan 2004

getirdiği faturaların %80'ini yıllık 1000\$'lık sınır doluncaya kadar ödemekle yükümlüdür⁶⁶.

b) Bazı Avrupa Ülkelerindeki Diş Sigorta Uygulamaları

Avrupa ülkelerindeki uygulamalardan İngiltere, Fransa ve Almanya üzerinde durulacaktır.

(1). İngiltere 'deki Diş Sigorta Uygulamaları

İngiltere'de NHS (Ulusal Sağlık Sistemi) kapsamında dental hizmetler lokal sağlık yönetimi birimleri ile anlaşmalar yapmış olan bağımsız diş hekimleri tarafından verilmektedir. Burada verilen hizmetin 348 pounda kadar olan maliyetlerine %20 katkı payı hastalardan alınmaktadır. Belirli gruplardan hiç katkı payı alınmamaktadır. Bu gruplar arasında çocuklar, yoksulluk sınırında düşük gelirli, gebeler ve huzurevinde barınanlar sayılabilir. Birçok dişhekimisi hem NHS'le anlaşmış hem de özel harcama yapan hastalara hizmet verir durumdadır. Son yıllarda hükümetin diş hekimlerine ödediği miktarları düşük bulan anlaşmalı hekimlerin büyük bir bölümünün anlaşmalı ağ sisteminden çekilmeye başladıkları görülmektedir. Sorunlar hastalar tarafında da yaşanmakta ve NHS kapsamında hizmet alabilecek kişiler bile kendi imkanlarıyla hizmet almanın yollarını aramaktadır. Bu noktada özel dişhekimliği sigorta sistemi devreye girmiştir. Örneğin, 1994 yılında Denplan Ltd. 60 milyon pound bir ciro ile ülke çapındaki 500 milyon poundluk cironun önemli bir kısmını elde etmiş bulunmaktadır⁶⁷.

⁶⁶ Mayes, a.g.e.,p. 27.

⁶⁷ **Healthcare System in Transition**, United Kingdom / WHO, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1999, p.41.

(2). Fransa ‘daki Diş Sigorta Uygulamaları

Fransa’da da benzer düzenlemeler yapılmıştır. Genel sağlık sigortası kapsamında dolgu, diş çekimi, diş taşı temizliği gibi majör diş hekimliği hizmetlerinde kullanıcıların faturadaki miktarın %30’ini ödediği bir sistem geçerlidir⁶⁸.

Protez, implant ve estetik uygulamalarda hasta katkı payı arttığından son yıllarda özel sağlık sigortalı sayısında hızlı bir artış görülmektedir.

(3). Almanya ‘daki Diş Sigorta Uygulamaları

1970 öncesi doğan insanlar için, diş bakımı, pazara yönlendirilen araçları test için büyük bir sektör oldu. Protez tedavisi hastalık fonları yoluyla geri ödeme alanında uzun süre yer almadı fakat tedaviye ihtiyacı olanlar önce kendileri cepten ödemek ve daha sonra hastalık fonlarından bir kısmını geri almak koşuluyla bu tedavilerini sağladılar. Bu düzenleme yoluyla, protez tedavisi Alman resmi sağlık sigortalarında hasta ile hizmet sunucuları arasındaki kontratın dayanağı üzerine olan çalışmalar için başlangıç alanı oldu. 1999’a kadar özel harcamalar için hukuk yoluyla bir limit konulurken, Bakanlık, diş hekimlerinin en az 1/3’ünün fazla fiyat istediği şeklinde değerlendirdi. Bu yüzden, düzenleme 1998’in sonunda önceki koasürans (müşterek sigorta) düzenlemelerinin onaylanmasıyla yürürlükten kaldırıldı⁶⁹. Almanya’da 1995 yılı itibariyle, toplam sağlık harcamalarının finansmanında resmi sigortanın payı %68,2; vergilerin payı %10; cepten harcamaların payı %10,8; özel sigortaların payı %6,6 dır. %4,4 ise bunların dışında finansman kaynaklarıdır⁷⁰.

2000 yılı raporlarına göre ise Almanya’da konservatif diş tedavisi için hastanın herhangi bir katılım payı ödemediği, kaplama ve protez için %35-50 arasında bir

⁶⁸ **Healthcare System in Transition**, France / WHO, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1997, pp.34-38.

⁶⁹ **Healthcare System in Transition**, Germany / WHO, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2000, p. 47.

⁷⁰ a.e., p.46.

katılım payı ile tedavinin sürdürüldüğü bildirilmektedir. Ortodontik tedaviler için katılım payı ise %20'dir⁷¹.

Batı Almanya'da özel sağlık sigortalarına karşı resmi sağlık sigortalarının 1988 ve 1998 yılları arasında kişi başına sağlık harcamalarındaki değişmelere bakıldığında; resmi sağlık sigortalarında %4'lük bir azalma, kişi başına özel sağlık harcamalarında ise %84'lük bir artış görülmektedir. Halkın devletin verdiği dış hizmetlerinden memnuniyetsizliği, hekimin az zaman ayırmasına ve randevu sistemindeki bekleme zorunluluğuna bağlanmaktadır.

Almanya ve genel sağlık sigortası bulunan diğer Avrupa ülkelerinde, tüm çalışanlar, bakmakla yükümlü oldukları yakınları, emekliler ve hatta işsizlik sigortası, sosyal yardım alan mülteciler bile AOK denilen sigorta sisteminden faydalanırlar.

AOK, diş hekimliği hizmetlerinde diş çekimi, tedavi, dişeti tedaviler gibi temel hizmetlerin hepsini karşılamaktadır. Estetik olmayan protezlerde ve ortodontik tedavilerde hastadan % 20 katılım payı alınmaktadır. AOK hastası bakımayı kabul eden tüm hekimler, AOK'nın her yıl belirlediği fiyat listesini de kabul etmiş olurlar. Hastadan ilave bir ücret talep edemezler.

Özel sağlık sigortası olan bireyler istedikleri hekime gidebilirler. Özel sigortalarda da protez, ortodonti gibi pahalı uygulamalarda hasta katılım payı olabilir. Bu sistemde hekimin kontrolü çok zordur. Hekim isterse gerekli olmayan tedavileri yapabilir veya yapmış gösterebilir ve sigortanın ödeyeceği ücret artabilir.

Kötü niyetli kullanım ve kontrol sisteminin olmaması nedeniyle özellikle Almanya da sosyal güvenlik kurumları büyük bir mali krizin içine düşmüş ve hekimlere yapılan ödemeler gittikçe azalmıştır.

⁷¹ a.e.,p.48.

B. Özel Diş Sigorta Poliçesi

Genel sağlık sigortasının ayrılmaz bir parçası olması gereken diş sağlık sigorta poliçesi sağlık sigorta sektöründe eksikliği hissedile bir uygulamadır.

Diş sigortası günümüzde en çok yanlış anlaşılan kavramlardandır. Diş sigortası sigorta ve hasta arasında bir kontrattır. Diş tedavi hizmetinin sunulduğu kurum (diş hekimi) ile hiçbir bağlantısı yoktur. Teminatlar şirketten şirkete hatta aynı şirket içinde bireyden bireye değişebilmektedir. Ancak beklenti her zaman hastanın ve sigorta şirketinin en üst düzeyde memnun olmasıdır.

HMO uygulamalarında ise diş tedavi hizmetinin sunulduğu kurum ya da hekim sigorta sisteminin içine dahil olmaktadır. Bu da hem hizmet kalitesini yükseltmekte hem de ödenen prim miktarını azalttığı için özellikle son yıllarda A.B.D. 'de diğer sigorta planlarından H.M.O. 'ya büyük bir kayış gözlenmektedir⁷².

Sigorta tanım itibariyle öngörülmesi imkansız potansiyel katastrofik kayba karşı koruma sağlar. İnsanlar bu nedenle hayat sigortası, sağlık sigortası, uzun süreli işgörememezlik sigortası yaptırırlar. Ancak diş tedavisi büyük ölçüde öngörülebilirdir ve katastrofik değildir. Çoğu diş planı satan sigortacılar yıllık 1000 veya 1500\$ maksimum teminat sunarlar. Diş sigortası bu nedenle barizdir ki katastrofik olaylarda koruma sağlamak için değil, rutin harcamalarda yardımcı olmak için tasarlanmaktadır.

Amerikan Diş hekimleri Birliği'ne göre, diş teminatı olan insanların %50-60'ı diş hekimine başvuruyor. Yıllık 1000\$ maksimum teminatı olanların %5'i bu maksimum teminata ulaşmaktadır. ABD'de yıllık ortalama diş harcaması 160\$'dır. Toplam sağlık harcamalarının %5'ten azı diş tedavisine gitmektedir. Tüm bu

⁷² Mark Duggan, "Does Contracting Out Increase the Efficiency of Government Programs? Evidence From Medicaid HMOs" **Journal of Public Economics**, Vol:88,2004,pp. 2549-2572.

rakamlara rağmen pek çok işveren çalışanlarına dış teminatı sunmak için bir sigorta şirketi kanadı altına girmek gerektiğini düşünmektedir⁷³.

1. İyi Bir Dış Poliçesinde Olması Gerekenler

Ülkemiz şartlarına uygun bir dış programı oluşturmak için hazırlanacak programda olması gereken özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Organizasyonu basit olmalı,
- Riski az olmalı,
- Temel tedavi hizmetlerini ve koruyucu dış hekimliği hizmetlerini kapsamalı,
- Hasta majör dış hekimliği hizmetlerini katılım payı ödeyerek alabilmeli,
- Hizmet kalitesi kontrol edilebilmeli,
- Hasta memnuniyeti sağlanarak sigortanın devamlılığının sağlanması,
- Hizmet verilen ünitelerin donanım standardizasyonunun sağlanması,
- Ünitelerde görev yapan personelin eğitimi,
- Organizasyon merkezi ile hizmet üniteleri arasında bilgi iletişiminin sağlanması.Bu işlemin sağlıklı ve hızlı yürütülmesi için internet kullanılmalı,
- Tedavi öncesi ve sonrası görüntüler organizasyon merkezinde toplanarak, yapılan tedavinin kalitesi kontrol edilmeli
- Panoramik röntgen alınarak değerlendirilmeli.
- Tüm bu bilgiler organizasyon merkezinde toplanarak, gizlilik kuralları içinde hekimler arasında da bilgi akışı sağlanmalı.

2. Poliçe Dizaynı ve Risk Paylaşımı

Klasik sigortacılıkta, sağlık harcamaları, sağlık kuruluşlarına her hizmete karşılık birebir ödenir. Bu sistem sigorta şirketini büyük bir risk altına sokmaktadır.

⁷³ (Çevrimiçi):(http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr.asp), 5 Nisan 2004.

Hekim kendi kazancını artırabilmek için yapılmayan uygulamaları yapılmış gibi gösterebilmekte veya daha basit yollarla ulaşabileceği bir teşhis için gereksiz uygulama ve yöntemlere başvurabilmektedir. Gereksiz yere röntgen filmi çekilmesi, dişlerde yapılan basit parlatma işlemlerinin diş taşı temizliği veya diş eti tedavisi olarak gösterilmesi, dişlerdeki lekelerin çürük gibi değerlendirilerek dolgu yapılması sıkça karşılaşılan yanlış uygulamalardır.

HMO'da ise hizmeti veren kuruluş riskin bir kısmını veya tamamını üstlenmektedir. HMO, sigorta şirketinin aldığı sigorta priminin masraflar ve sigortacı karı çıktıktan sonraki kısmının sağlık kuruluşuna "sigortalı başına ödeme yani "capitation" yapılması esasına dayanmaktadır.

Sağlık hizmetini sunan kurum ise, kişi başına aldığı toplu para ile kaliteli hizmeti en verimli şekilde kullanarak para kazanır.

Bu tezin konusu olan ve uygulanması düşünülen sistem ile, belli yaş gruplarına HMO (capitation) modeli uygulanacak, ancak özellikle erişkinlerde, bireyler arasında aşırı farklılık gösteren riski ortadan kaldırmak için geliştirilen ağız içi kamera sistemi, panoramik radyolojik tetkik ve muayenehane yönetimi bilgisayar programı yardımıyla her birey için gerekli tedavi ücreti ve riski hesaplanabilecektir.

Maliyeti artıran diğer faktörlerden, acente kârını ortadan kaldırmak için sigorta şirketleri özellikle direkt grup satışı ve okulların sigorta kapsamına alınmasına yönlendirilecektir.

Denetim ve bilgi akışı sistem içinde olacağı için sağlık sigortalarında organizasyonu yapan aracı kurumlar da ortadan kalkacaktır. Bu da, %5-7 arasında bir tasarruf sağlayacaktır.

Sağlık sigortalarında, ödenen primin %10-15'i acenteye, %5-7'si denetleyici kuruma ödenmektedir. Bu da sigortanın yapılacak tedavi için hekime ödeyeceği payı azaltmakta ve hizmet kalitesini etkilemektedir. Acente ve denetleyici ortadan

kalkacağı için sigortanın kazancı da artacak ve sigorta primleri ödenecek seviyelerde tutulabilecektir.

Genellikle sağlık sigortalarında pirimler cinsiyet ve yaş gruplarına göre hesaplanmaktadır. Örneğin 30-40 yaş grubu tüm erkeklerin ödediği pirim aynıdır. Aynı gruba giren bireylerde ağız ve diş sağlığı riski hesaplanmadığından, ağzında hiç çürüğü olmayan bireye de, 10 dişi çürük, 5 dişi çekim gerektiren, ileri derecede diş eti problemi olan bireye de aynı pirim önerildiğinde, birinci birey bu piri çok yüksek bulacak ve sigorta kapsamına girmek istemeyecek, ikinci birey ise sigorta kapsamına girdiğinde tedavi masraflarından sigorta şirketi büyük zarara uğrayacaktır.



C.Özel Diş Sigorta Planlarında Dağılım Modelleri

Dental planlarda üç tür dağılım modeli vardır.

1. Personel Modeli

Ücretli personel çalıştıran bir veya daha çok sayıda muayenehanede kullanılır. Ön ödemeli capitation planları ile birlikte başarılı olarak uygulanabilir. Anlaşmalı muayenehanelerin katıldığı bir model olabilir. Bu model en iyi ve kaliteli hizmeti en düşük ücret karşılığı sağlar. Kullanıcı sayısı arttıkça, başarı kalite kontrolüne bağlıdır. Çok personel çalıştıran büyük kliniklerde personel eğitimi ve standardizasyon çok önemlidir.

2. Ağ Modeli

Çeşitli bölge ve şehirlerdeki bir çok muayenehane ve kliniği kapsar en yaygın HMO şeklidir. Organizasyon, genellikle hizmet karşılığı ücret alan özel muayenehanelerle anlaşma yapar. Bazı durumlarda fiyat tespitini, organizasyon yapar. Organizasyon birden fazla sigorta şirketinin temsilciliğini belli bir komisyon karşılığı yapar. Yapılan işlemin kontrol görevi organizasyona, riski sigorta şirketine aittir. Ülkemizde sağlık sigortaları uygulamalarında bu model vardır. MedNet, Medex gibi şirketler bu görevi yapmaktadır. Ancak böyle bir sistemin maliyeti oldukça yüksektir⁷⁴.

3. Kapalı Model

Bu modelde hastanın gidebileceği klinik veya muayenehaneler kısıtlıdır. Hasta ancak belli yerlere gidebilir. Aksi halde parasını sigortadan alamaz. Bu modelde hastanın hekime ulaşma problemi olabilir. Ancak bu modelde kliniklerin standardizasyonu, personel eğitimi ve hizmet kalitesi daha kolay kontrol

⁷⁴ (Çevirimiçi) <http://www.ada.org/public/manage/insurance/index.asp>.15.10.2004.

edilebileceğinden avantajlıdır. Diş sigortalarında önereceğimiz model bu sisteme benzemektedir.

4. Diş Planlarında Organizasyonun Hekime Ödeme Yapma Modelleri

Diş hekimliğinde hasta diş sağlığı sigortası programına girdiği zaman ödemeleri, organizasyonun belirleyeceği şekilde yapacaktır. Ön ödemeli capitation programlarında, organizasyon, hekime, kişi veya aile başına belli bir ödeme yapar. Hasta, hekime başvurduğu zaman hekimin programına girer. Hekim sigorta şirketinden ücretini alır. Bu modelde hasta , hekimini değiştirirse riski, sigorta şirketi alabilir. Bazı durumlarda sigorta şirketi iki farklı hekime ödeme yapabilir. Hekim değiştirmede, hastadan da bir prim alınabilir. Bazı sigorta şirketleri hastadan per capita bazında primini alırlar ancak hekime prim transferini, hasta hekime başvurduğu zaman yaparlar. Bu durumda hasta hekime hiç gitmezse primden sağlanan kazanç sigorta şirketine kalır. Eğer hasta hekime geç bir dönemde giderse, sigorta şirketi bu dönemde parayı işleterek kazanç sağlayabilir.

Bu planda hekimin para kazanmasının tek yolu mümkün olduğu kadar az iş yapması gibi görünebilir. Ancak hekim, sigorta kapsamına girmeyen işlemlerden çok önemli bir gelir elde edebilir.

Bazı sigorta şirketleri primini per capita bazında toplayıp ödemeleri anlaşmalı hekime hizmet karşılığı yapar.

Genellikle hekimlerin tercih ettiği bir ödeme seklidir. Bu sistemde, sigorta şirketleri, hekimin aşırı ücret yükseltmesini kontrol etmek için asgari ücret benzeri bir fiyat politikası belirleyebilirler. Hastanın ağız içi görüntülerinin ve röntgenlerinin tedavi öncesi ve sonrası alınarak, organizasyon merkezinde değerlendirilmesi iyi bir kontrol sağlar.

D- Özel Diş Sigortalarının Uygulama Tipleri

Özel diş sigortaları; grup, aile, okul ve bireysel olarak uygulanabilir.

1. Grup Sigorta Poliçeleri

Bir işletme sahibinin kurumunda çalıştırdığı elemanlarını topluca sigorta yaptırması veya farklı işletmelerden çok sayıda kişinin bir araya gelip bir grup oluşturmaları ve sağlık sigorta şirketiyle pazarlık yaparak tedavi poliçeleri satın almalarıdır. Grup poliçelerinde toplu pazarlık gücü daha yüksek olduğundan poliçenin teminat kapsamı daha geniş ve fiyatları daha uygun olmaktadır⁷⁵.

Grup sigortaları, hem sigorta şirketleri, hem risk paylaşan diş klinikleri hem de sigorta yaptıran grup açısından en fazla avantajı olan sigorta şeklidir. Bunun nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz:

Sigorta şirketleri yönünden;

- Kısa sürede kalabalık bir gruba poliçe satarak yüksek miktarda prim alırlar.
- Grupta profesyonel bir birimle çalışacakları için daha az problemle karşılaşılırlar. Sigorta pazarlaması kolaylaşır. Acente devreden çıkacağı için acente komisyonu da olmayacaktır.
- Grup sigortaları genellikle her yıl yenilendiği için devamlı ve kalabalık bir sigorta portföyü oluşur.
- Grup sigortalıların aileleri iyi bir potansiyel sigortalı grubu oluşturur.
- Grup, verilen sigorta hizmetinden memnun ise, grubun bağlı olduğu holding veya şirketler grubunun diğer birimleri potansiyel bir grup oluşturur.

⁷⁵ Ömer Karahan " Aramıza Hoş geldin Eyç-Em-O",
(Çevirimiçi)<http://www.hastanedergisi.com/sayi12/busayida10.asp>, 10 Ekim 2004.

Risk paylaşan diş klinikleri yönünden;

- Kısa sürede, büyük miktarda gelir elde ederler.
- Organizasyon ve sekretery işlemleri daha kolay olur.
- Grup sigortaları genellikle her yıl yenilendiği için devamlı ve kalabalık bir sigortalı grubu oluşur. Yapılan tedaviler kalıcı olduğu için her yıl grup için harcanan tedavi süresi kısalmır.
- Grup sigortalıların aileleri ve çevreleri iyi bir hasta potansiyeli oluşturur.
- Sigorta kapsamına girmeyen işlemlerden büyük miktarda gelir elde edebilirler.
- Grup bireylerine verilecek ağız ve diş sağlığı eğitimi ve koruyucu hekimlik hizmetleriyle, hastalık ihtimali azaltılabilir.
- Gruba sigorta hizmeti grubun iş yerinde temin edilecek bir mekanda yapılıyorsa, sabit masraflar ve giderler azalacak; grup bireylerinin fazla vakit kaybı olmaksızın sigorta imkanlarını kullanmaları, sigortalının ve işverenin memnuniyetini arttıracaktır.

Sigorta yaptıran grup yönünden;

- Gruptaki sigortalı sayısı ne kadar fazla ise o oranda fazla prim indirimi alabilirler.
- Kaliteli bir dişhekimliği hizmetinden ucuz olarak faydalanabilirler.
- Hizmet, grubun işyerinde oluşturulacak bir klinikte veriliyorsa fazla işgücü kaybı olmaksızın daha fazla sigortalı tedavi hizmetlerinden yararlanabilir.

Özel sağlık sigortası pazarlayan sigorta şirketlerinin müşterilerinin büyük bir kısmını gruplar oluşturmaktadır. Bu gruplara ulaşmak ve özel sağlık sigortasına ilave olarak diş sigortası pazarlamak daha kolay olacaktır. Böylelikle grup bireylerinin tüm sağlık sorunları güvence altına alınmış olacaktır.

2. Okul Sigorta Poliçeleri

Ağız ve diş sağlığı, anne karnında başlayan, süt dişlerinin çıkmasıyla önem kazanan okul çağında, daimi dişlerin ağızda sürmesiyle tüm yaşam boyunca ağızımızda kalacak olan dişlerimize en fazla dikkat edilmesi gereken döneme girer.

Gelişmiş ülkelerde (örneğin İngiltere, Yeni Zelanda'da birçok okulda, ağız diş sağlığı eğitimi veren, diş çürüğü ve diş bakımı taraması yapan Dental Hygienist'ler görev yapmaktadır.

Okul çağında yapılacak basit bir fissür örtücü ileride oluşabilecek büyük diş çürüklerini ve hatta diş kaybını önleyebilir.

Ağız ve diş sağlığı eğitimi, 3-4 yaşında anne-baba tarafından başlatılmalıdır. Çocuğun yanında diş fırçalamak, çocuğa alınacak diş fırçası ve diş macunu,özendirici faktörlerdir. Kalıcı dişlerin çıkmaya başladığı 6 yaş döneminde çocuk okula başlar. Bu dönemde verilecek iyi bir ağız-diş sağlığı eğitimi, rutin kontroller, koruyucu uygulamalar (fissür örtücüler, flor uygulamaları v.b.) ve ağız bakımıyla çocuk tüm yaşamı boyunca sağlıklı dişlere sahip olabilecektir. Okul döneminden itibaren sigorta yapılacak çocuğun riski, ileri yaşlarda da neredeyse sıfırdır. Bu da uzun dönemde çok düşük sigorta primiyle diş sigortasını cazip hale getirecek bir faktördür.

Ülkemizde özellikle son yıllarda ilk ve orta öğretimde özel okul sayısında bir patlama olmuştur. Bunun nedeni, devlet okullarındaki aşırı yığılma ve sınıf mevcutlarının kaliteli eğitim yapılamayacak kadar kalabalık sayılara ulaşması olduğu kadar, gelir seviyesi iyi olan velilerin çocuklarına daha iyi bir eğitim ve yabancı dil öğretme arzusuyla oluşan taleptir. Özellikle özel okul öğrencileri okul sigorta poliçeleri için iyi bir potansiyel oluştururlar. Bunun nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz;

- Velilerin böyle bir poliçeyi ödeme gücüne sahip olmaları (yıllık 8-10 milyar TL'lik okul ücretleri içinde 100-150 milyonluk diş sigorta poliçeleri çok ucuz kalacaktır.)

- Bu grubun kültür seviyesinin yüksekliğine bağlı olarak ağız ve diş sağlığı eğitiminden ve koruyucu hekimlik hizmetlerinden maksimum fayda sağlayacaktır.
- Okul devamlı olduğundan sigorta da devamlı olacaktır.
- Ağız ve diş sağlığı eğitimi, koruyucu hekimlik hizmetleri ve yılda iki kez yapılacak rutin çürük taramalarıyla oluşturulacak sağlıklı ağızlar, iyi bir motivasyonla riski minimuma indirilmiş bir sigortalı grubu oluşturacaktır. Okul grup sigortalı bireyler, tüm gruplar içinde klinik tedavi gereksinimi en az olan gruplardır.
- Bu grubun sigortalıları sigorta kapsamı dışında tutulan ortodontik tedaviler için iyi bir hasta potansiyeli oluştururlar.
- Okul çocuklarının anne- baba ve kardeşleri, aile sigorta poliçeleri için iyi bir potansiyel oluştururlar.

Okul sigortalarının sigorta şirketi için avantajları ise şunlardır:

- Pazarlamaları kolaydır.
- Ön muayene ve risk hesaplaması gerektirmez.
- Her yıl yenilendiği için devamlı bir finansal destek ve sağlar.
- Sigortalı sayısı belli olduğundan yatırım ve sarf malzeme planlaması kolaydır.
- Pirim tahsilatı kolaydır (özel okullarda yapılacak uygulamalarda sigorta primi okul taksitine ilave edilebilir).
- Okula kurulacak bir diş kliniğinde, uzun teneffüslerde, özel aktivite saatlerinde, koruyucu hekimlik uygulamaları ve diş tedavileri yapılabilir. Bu da hekim için maliyeti düşürücü bir faktördür.
- Ders müfredatına konulacak olan ağız ve diş sağlığı dersleri uygulamalı olarak yapılabilir ve daha etkili olur.
- Erken yaş grubunda majör problemler olmayacağı için sigorta şirketi ve riski paylaşan diş hekimi minimum hizmete karşılık maksimum pirim tahsilatı yapmış

olur. Buna karşılık öğrenci, minimum primle kaliteli bir hizmet ve ağız diş sağlığı eğitimi ve koruyucu hekimlik hizmeti almış olur.

- Öğrenci ve velisi zaman kazanır.
- Altı ayda bir yapılacak kontrollerle oluşturulacak diş sağlığı uzun yıllar minimum tedavi riskiyle devam edebilir. Bu nedenle yenilenecek poliçelerde her yıl belli bir indirim de verilebilir. Bu da okul diş sigortasını veli için daha da cazip kılacaktır.
- Ülkemizde yapılan durum analizi verilerine göre, ilköğretime başlayan çocukların 100 tanesinin yaklaşık 19’unda daimi dişlerde çürük diş bulunurken, bu sayı 5 yıl sonra (11 yaş grubu) 77’ye ulaşmaktadır. İleri yaş gruplarında ise, çürüğü olan kişilerin oranı %90’ların üzerine çıkmaktadır. 6-8 yaş grubu çocuklarda ise, süt dişlerinde ortalama 4,5 –5 diş çürüğü bulunmakta ve yaygınlık oranı da %80’leri aşmaktadır⁷⁶.

Okul döneminde özellikle 6-11 yaş grubunda yapılacak ağız diş sağlığı eğitimi, kontroller ve koruyucu önlemler, özellikle diş çürüğünü önlemede çok etkili olmaktadır.

Ayrıca tüm yaş gruplarında dolgulu diş sayısının düşüklüğü, uygulanmış tedavi indeksi (yapılmış tedavilerin oranı)’nin maksimum %18’e ulaşması, yapılması gereken tedavilerin %82 oranında yerine getirilemediğini göstermektedir. İleri yaş gruplarında ise eksik dişlerin çokluğu, çürük diş tedavisinin çekimle yapıldığını göstermektedir.

Okul sigortaları, sağlıklı bir nesil yetiştirmede en etkili ve en ekonomik yöntemdir.

⁷⁶ İnci Oktay, “Ülkemizde Dişhekimliği Açısından Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39**, Ankara,2001,s. 618.

Tablo 4: Süt Dişlerinde Diş Çürükleri Yaygınlık Ve Şiddeti (Kişi Başına)⁷⁷

Yaş grubu	Diş çürüğü yaygınlığı (%)	Ortalama çürük diş sayısı	Çürük nedeniyle çekilmiş süt diş sayısı	Dolgulu süt diş sayısı	Çürük, eksik, dolgulu süt diş sayısı
6	83,82	4,38	0,06	0,00	4,44
7	86,03	4,79	0,35	0,02	5,16
8	91,89	4,88	0,28	0,02	5,17

Kaynak: İnci Oktay, “Ülkemizde Dişhekimliği Açısından Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi”, Yeni Türkiye sağlık özel sayısı 39, sayfa 618, Ankara 2001

3. Aile Poliçeleri

Aile poliçeleri, sigortalının eşi ve 18 yaşını doldurmamış çocukları için topluca geçerli olan poliçelerdir. Bazı sigorta şirketleri bu kişileri “sigorta bağımlıları” olarak isimlendirmekte ve sigorta sözleşmesi yapıldıktan sonra bağımlıların sayısı artarsa ek prim ödenmesi koşuluyla onları da sözleşme kapsamına alabilmektedir. Öte yandan kimi sigorta şirketleri 18-24 (dahil) yaş grubundaki bekar çocukları da özel primle aile sigortası kapsamına alabilmektedir. Tüm ailesini sağlık sigortası imkanlarından yararlandırmak isteyenler, aile indirimi faktörünü de göz önünde bulundurarak “Aile Poliçesi” satın almayı tercih edebilmektedir.

Ağız ve diş sağlığı, ailede başlayan, anne ve babanın verdiği eğitimle hayat boyu devam eden bir kavramdır. Ağız ve diş sağlığının önemini kavramış olan bir aileye diş sigortası poliçesi satmak ve poliçenin devamlılığını sağlamak çok kolaydır.

⁷⁷ a.e.

Altı ayda bir yapılacak kontrollerle oluşturulacak diş sağlığı uzun yıllar minimum tedavi riskiyle devam edebilir. Bu nedenle yenilenecek aile poliçelerinde her yıl belli bir indirim de verilebilir. Bu da diş sigortasını daha da cazip kılacaktır.

Aile poliçelerinin sağlık sigortacılığında tercih edilmesinin iki önemli nedeninden birisi ailede bir kişiye poliçe satıldığında bireylerin diğer aile üyelerini sisteme dahil etmesi ile geniş bir açılıma gidilebilmesi ve pazarlama kolaylığına ulaşılmasıdır. İkincisi ise, aile poliçelerinde üyelik sadakati sağlandığı takdirde klinisyen için önemli olan kişinin sağlık geçmişi ve aile bireylerinin sağlık geçmişinin kolayca izlenir hale gelmesidir. Aile poliçelerinde uzun süreli üyelik sağlandığı takdirde uzun dönemde ağız ve diş hijyeni açısından önemli başarılarla ulaşılabilmektedir.

4. Bireysel Poliçeler

Bireysel poliçeler, sağlık sigortası şirketlerine 0-64 (dahil) yaş grubundaki kişiler için bireysel olarak yapılan başvurular sonucunda gerçekleştirilen sigorta anlaşmalarıdır. Birey, bu başvurusunda değişik poliçe teminatlarından bütçesine ve durumuna uygun olan poliçeyi satın alabilecektir. Bireysel poliçelerin paket satış fiyatları, grup poliçesi satış fiyatlarından biraz daha yüksektir⁷⁸.

Bireysel poliçeler tüm sağlık sigortalarında her zaman en yüksek risk grubunu oluşturan poliçelerdir. Bu nedenle bireysel diş poliçesi satın alacak kişilere eğer varsa ailenin diğer bireylerini de poliçe kapsamına alınmasını önererek sigortalı sayısı, dolayısıyla prim miktarının yükseltilmesine çalışılmalıdır.

Bundan başka, riski azaltmanın en etkili yöntemi, yapılacak ön muayenedir. Sigortalı poliçe kapsamına alınmadan yapılacak bir ağız içi muayenesi riski ortaya

⁷⁸ Ganime Sadıkoğlu, "Bir Sağlık Hizmeti Modeli Olarak Aile Hekimliği". (Çevirimiçi): www.20.uludag.edu.tr/nazan/ders2.htm, 10 Ekim 2004

ıkaracaktır. Ağız içi muayeneye ilave olarak yapılacak olan panoramik röntgen tetkiki maliyeti arttırsa bile hasta hakkında tam bir risk tespiti yapmamızı kolaylaştıracaktır. Ön muayenede tüm dişlerin intraoral kamera ile kaydedilecek olan görüntüleri, hem sigorta şirketinin, hem de hekimin bilgi bankasında bulunacağından, tedavi sonrası görüntülerle de karşılaştırma imkanı doğuracaktır.

Ön muayene, özellikle riski yüksek bireysel sigorta başvurularında önem kazanmaktadır. Bu tip hastalarda, prim miktarı riske göre artırılabilir veya hasta sigorta kapsamına alınmayabilir. Grup satışlarında ön muayenenin hem uygulama zorluğu getirmesi, hem de grup içinde riski yüksek ve riski düşük kişilerin birbirini zaten dengeleyecek olması nedenleriyle ön muayene uygulaması yapılması gereğı ortadan kalkmaktadır.

Bu bölümde gelişmiş ülkelerdeki diş hekimliğı hizmetlerinin organizasyonlarını, Türkiye'deki diş hekimliğı hizmetlerini ve Türkiye'deki özel sağık sigorta uygulamalarının diş hekimliğı yönünden eksik yönlerini ele aldık. Bu bilgiler doğrultusunda üçüncü bölümde özel bir alan uygulama modeli önerilecek ve bu konuda yapılan araştırma sonuçlarına yer verilecektir.

III. TÜRKİYE ‘DEKİ ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDA KULLANILACAK DIŞ POLİÇELERİNE YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ

A. Dental Hizmetlerde Güvence Durumuna Göre Hizmet Kullanımını Belirlemeye Yönelik Alan Uygulaması

DSÖ’nün 21. yüzyıl için ağız diş sağlığına ilişkin hedefleri 12 yaş çocuklarında DMFT değerlerinin 1,5 olmasıdır. Oysa ülkemizde bu oran 16’dır. Yine aynı yaş grubu çocuk nüfusunun %50’sinde dişeti hastalığına rastlanmaktadır. Bu göstergeler Türkiye’de okul çağından başlayarak ciddi bir ağız diş sağlığı eğitimi ve koruyucu hekimlik hizmetlerine yönelmeyi gerekli kılmaktadır. Diş hekimliğinde %90’nı özel muayenahaneler tarafından verilen hizmet maliyetinin yüksekliği talebi sınırlamaktadır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine yoğunlaşılacak bir ağız diş sağlığı sigorta hizmetine ihtiyaç doğmaktadır.

1. Araştırmanın Konusu,Kapsamı Ve Sınırları

a. Araştırmanın Konusu

Mevcut sistemde kullanılan dental indeksler epidemiyolojik çalışmalar için anlamlıdır. Direkt tedavi gereksinimi ve diş sigortalarına yönelik risk tespiti için yetersiz kalmaktadır. Koruyucu hizmet sunumunu teşvik edici, hekimler ve hastalar için okul sigortaların, grup sigortalarının cazip olabileceği ağız diş sağlığı planlama şeklinin gelişmiş ülkelerde uygulanan HMO modeli olacağı düşünülüp, ülkemizde buna uygun bir model önerisi sunmak araştırmamızın konusunu oluşturmaktadır.

b. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Araştırmamızın amacı, Türkiye’de özel sağlık sigortalarında kullanılacak diş poliçeleri ile ilgili bir model önermek ve önerdiğimiz modelin geçerliliğini, poliçe örneğinde öngörülen katılım payları, limitleri ve prim miktarlarının uygunluğunu desteklemektir. Bu amaçla klinik bir çalışma yapılmıştır. Üç grup hastanın ağız içi muayene ve radyolojik tetkikleri sonucu hastaların temel diş hekimliği hizmetleri (dolgu, çekim, kanal tedavisi, periodontal tedavi) gereksinimleri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Özel sağlık sigorta şirketlerinin ilgisini çekmek, önerilen diş poliçesi örneği ile diş sigorta uygulamasının hem sigorta şirketlerine, hem yeni bir hasta potansiyeline sahip olacak hekim ve sağlık kuruluşlarına, hem de uygun fiyatlarla kaliteli sağlık hizmeti alma imkanı bulacak geniş kitlelere cazip gelmesi umuduyla bu çalışma yapılmıştır.

3 Eylül-28 Kasım 2003 tarihleri arasında; İstanbul’daki bir özel hastaneye genel check-up için başvuran toplam 58, özel bir diş kliniğine diş şikayeti ile başvuran 86 ve özel bir ağız ve diş sağlığı kliniğinin yaptığı bir pilot çalışmada per capita yöntemiyle diş sigortası yaptıran 56 kişi olmak üzere toplam 200 kişi çalışmanın kapsamına alınmıştır.

c. Araştırmanın Sınırları

Çalışmanın kapsamına alınan bireylerin sayısı, maliyetlerin yüksek olması ve pilot çalışma için yapılan diş sigortasının yasal olmayıp diş kliniğinin hasar riskini üstlenerek ikili görüşmeler ile yaptığı anlaşmalarla gerçekleştirilmesi nedeniyle sınırlandırılmıştır. Ayrıca araştırma grubunu oluşturan bireyler yüksek gelir seviyesine sahip olduklarından, çalışmanın sonuçları Türkiye için genellenemez.

2. Araştırmanın Metodolojisi

a. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırma kapsamına alınan kişiler, özel sağlık sigortalı, diş sigortalı ve diş şikayeti olan sigortasız kişiler olmak üzere aşağıdaki 3 grupta değerlendirildi.

3 Eylül – 28 kasım 2003 tarihleri arasında İstanbul’da özel sağlık kuruluşlarına diş şikayeti ile başvuran hastalar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 86 kişi (grup I), check-up amacıyla başvuran hastalar arasından 58 kişi (grup II) ve diş sigortası model önerisi için oluşturulan 56 kişilik grup (grup III) araştırma kapsamına alınmıştır.

- | | |
|-----------|--|
| Grup I- | İstanbul’da bir diş kliniğine diş şikayetiyle başvuran ve ödemeleri hizmet karşılığında kendisi yapan 86 hastanın klinik ve radyolojik tetkiki sonrası yapılan genel ve temel diş tedavi gereksinim risk analizi (hasta). |
| Grup II- | İstanbul’da özel bir hastahaneye genel check-up için başvuran Özel sağlık sigortasına sahip 58 hastanın klinik ve radyolojik tetkiki sonrası yapılan genel ve temel diş tedavi gereksinim risk analizi (kontrol). |
| Grup III- | İstanbul’da özel bir ağız ve diş sağlığı kliniğinin yaptığı pilot çalışmada per capita yöntemiyle diş sigortası yaptıran 56 hastanın klinik ve radyolojik tetkiki sonrası yapılan genel ve temel diş tedavi gereksinim risk analizi (diş sigortalı). |

Yukarıda belirtilen üç grup hasta ile ilgili veriler araştırmacı tarafından toplanmış ve bilgisayar ortamında analizleri yapılmıştır. Analizler esnasında gruplara ait tanımlayıcı özellikler ve muayeneleriyle elde edilen bulgularının dağılımları özetlendikten sonra Ki-kare testi , tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

b. Bulgular

Tablo 5: Araştırmaya Alınan Gruba Ait Özelliklerin Dağılımı

DEĞİŞKENLER		n	%
Grup	Kontrol	58	29.0
	Hasta	86	43.0
	Diş Sigortalı	56	28.0
Hasta finansmanı	Cepten harcama	144	72.0
	Sigorta yoluyla	56	28.0
Cinsiyet	Kadın	111	55.5
	Erkek	89	44.5
	TOPLAM	200	100.0

Araştırmaya alınanların 58'i (%29.0) sigortalı olup check up için başvuranlar, 86'sı (%43.0) diş şikayeti olan ve ödemelerini hizmet karşılığında kendisi yapan hastalar ve 56'sı (%28.0) "per capita" yöntemiyle diş sigortası yaptıran hastalardır.

Finansmanını cepten harcama yoluyla karşılayan kişi sayısı 144 (%72.0) ve sigorta kanalıyla karşılayan kişi sayısı 56 (%28.0) dır.

Araştırmaya katılanların 111'i (%55.5) kadın, 89'u (%44.5) erkektir (tablo 5).

Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Yaş ve Bazı Diş Şikayetlerine Ait Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerler

ÖZELLİKLER	Ortalama	Standart Sapma	Minimum Değer	Maksimum Değer
Yaş	37	11,63	18	72
Dolgu gerektiren diş sayısı	2,85	2,52	0	13
Çekim gerektiren diş sayısı	0,72	1,34	0	9
Gömülü diş sayısı	0,56	1,04	0	4
Tedavi gerektiren kanal sayısı	0,42	0,82	0	5

Araştırmaya katılanların en küçüğü 18, en büyüğü 72 yaşında olup yaş ortalaması 37'dir.

Ortalama 2.85 dişe dolgu gereksinimi (minimum 0, maksimum 13), ortalama 0.72 dişin çekiminin gerekli olduğu ve 0.42'sinin de kanal tedavisi gerektirdiği, Ortalama 0.56 dişin de gömülü olduğu belirlenmiştir.

Tablodaki sonuçlara bakıldığında, kanal tedavisi gerektiren diş sayısının ortalama 0.42 gibi düşük olması önerilecek sigorta modelinde her kişiye 1 kanal tedavisi tahmininin ve taahhüdünün gerçekçi ve uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

Aynı şekilde çekim gerekli olan diş sayısının 0.72 ve gömülü diş sayısının 0.56 olmasında da sigortacı açısından risk çok düşük ve altından kalkılabilir bulunmuştur. Özellikle gömülü diş sorununun çene cerrahisi gerektirmesi ve hizmet maliyetinin yüksek olması sigortacı riski açısından tehlike içermekteyse de, ortalama gömülü diş sayısının 1'den düşük olması bu hizmetlerin sigorta kapsamına alınmasında tereddütleri ortadan kaldırmaktadır.

Dolgu gerektiren diş sayısının yüksek olması (kişi başına ortalama 2.85) ise diş hizmetlerinde sigorta poliçesini cazip hale getirmekte ve maliyet olarak da çok yüksek olmamaktadır. Çünkü, dolgu gerektiren diş sorunları klinik olarak ağırlı ve apselli

seyreder ve mutlaka bir dişhekimisi hizmeti talebi doğar. Bu hizmetin sınırsız verilmesi hasta memnuniyetini artırıcı ve sigorta poliçesinin satılabilirliğini artırıcı bir faktördür.

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Çekim, Dolgu, Kanal Tedavisi, Periodontal Tedavi Gerekliliği ve Periodontal Tedavi Tipine Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Frekans	%
Çekim gerekli mi?	Gereksiz	123	61.5
	Gerekli	77	38.5
Dolgu gerekli mi?	Gereksiz	35	17.5
	Gerekli	165	82.5
Kanal tedavisi gerekli mi?	Gereksiz	144	72,0
	Gerekli	56	28,0
Periodontal tedavi gerekli mi?	Gereksiz	52	26,0
	Gerekli	148	74,0
Periodontal tedavi tipi	Tedavi gereksiz	52	26,0
	Detartraj	75	37,5
	Subgingival küretaj	41	20,5
	Flap	29	14,5
	Gingivektomi	3	1,5
TOPLAM		200	100,0

Tablo 7’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılanların 77’sinde (%38.5) diş çekimi, 165’inde (%82.5) dolgu, 56’sında (%28) kanal tedavisi ve 148’inde de (%74) periodontal tedavi gerekli görülmüştür.

Periodontal tedavi gerektiren vakaların dağılımına baktığımızda; 75'inin (%37.5) “*detarraj*”, 41'i (%20.5) “*subgingival küretaj*”, 29'u (%14.5) “*flap*” ve 3'ünün de (%1.5) “*gingivektomi*” tedavisi gerektirdiği görülmüştür.

Tablo 8: Cinsiyete Göre Araştırmaya Katılan Grubun Başvuru Nedenlerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Kontrol		Hasta		Diş Sigortalı		Önemlilik testi
		n	%	N	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	34	58,6	45	52,3	32	57,1	$\chi^2 = 0,641$ Sd = 2 P = 0,726
	Erkek	24	41,4	41	47,7	24	42,9	
TOPLAM		58	100,0	86	100,0	56	100,0	

Araştırmaya katılan grubun cinsiyetlerine göre başvuru nedenleri karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 8’de özetlenmiştir. Sigortalı olup check up amacıyla başvuranların %58.6’sı kadın, %41.4’ü erkektir. Herhangi bir diş şikayeti nedeniyle başvuran hastaların %52.3’ü kadın, %47.7’si erkektir. Diş sigortası olan hastaların ise %57’i kadın, %42.9’u erkektir. Buna göre başvuru nedenleri açısından yapılan karşılaştırmada cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenememiştir ($p > 0.05$).

Çalışmamızda kontrol, hasta ve sigortalı grupların cinsiyet dağılımında anlamlı bir fark olmaması cinsiyete ilişkin bir bias tehlikesi olmadığını göstermekte ve sonuçlara ilişkin güveni artırmaktadır.

Tablo 9: Araştırmaya Alınan Grubun Diş Çekimi Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Kontrol		Hasta		Sigortalı		Önemlilik testi
		n	%	n	%	n	%	
Diş Çekimi	Gereksiz	44	75,9	41	47,7	38	67,9	$\chi^2 = 12,951$ Sd = 2 P = 0,002
	Gerekli	14	24,1	45	52,3	18	32,1	
TOPLAM		58	100,0	86	100,0	56	100,0	

Araştırmaya katılan grubun başvuru nedenleri ve şekillerine göre diş çekimi endikasyonları karşılaştırılmış ve sonuçları tablo 9’da özetlenmiştir. Sigortalı olup check up amacıyla başvuranların %75.9’unda, herhangi bir diş şikayeti nedeniyle başvuran hastaların %47.7’sinde ve diş sigortası olan hastaların %67.9’unda diş çekimine gerek görülmediği gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre hastaların başvuru nedenleri ve şekillerine göre diş çekimi endikasyonları açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Diş çekimi endikasyonunun kontrol grubunda en düşük (%24), hasta grubunda en yüksek (%52) ve sigortalı grupta ikisinin arasında (%32) çıkması ve gözlenen farkın istatistiksel olarak anlamlı olması, kontrol grubunun diş çekimi açısından toplumdaki sorunsuz kitleyi temsil ettiğini ve bu durumda bile ülkemizde her 4 kişiden 1’inin aslında çekim yapılması gerektiği halde bunu talep etmeyen kişiler olduğunu göstermektedir. Kişilerin ağızındaki çürük diş sorununun daha fazla ertelenemez hale gelmesi talebi doğurmakta ve bu durumda daha çok kişi hasta olarak kendisi başvurmakta, ancak bazıları sigorta kapsamına geçip bu haklarını kullanmaktadır. Bu yorum doğru ise, sigorta kapsamına kişiler alınırken sorunun maliyeti de gözönünde bulundurularak ve bir ön muayene ile gerçek durum tespit edilerek polişe satışının gerçekleştirilmesi gereklidir. Ayrıca bazı yüksek maliyetli sorunlara istisnalar, bazılarında da limitler konulması bu açıdan vazgeçilmez gibi

görülmektedir. Bu durumda ön muayeneleri ve klinik uygulamaları da içeren bir enformasyon sistemi sigortacı açısından önemli bir konuma ulaşmaktadır.

Tablo 10: Araştırmaya Alınan Grubun Dolgu Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Kontrol		Hasta		Sigortalı		Önemlilik testi
		n	%	n	%	N	%	
Dolgu	Gereksiz	14	24,1	13	15,1	8	14,3	$\chi^2 = 2,509$ Sd = 2
	Gerekli	44	75,9	73	84,9	48	85,7	
TOPLAM		58	100,0	86	100,0	56	100,0	P = 0,285

Araştırmaya katılan grubun başvuru nedenleri ve şekillerine göre dolgu endikasyonları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 10’da özetlenmiştir. Sigortalı olup check up amacıyla başvuranların %75.9’unda, herhangi bir diş şikayeti nedeniyle başvuran hastaların %84.9’unda ve diş sigortası olan hastaların %85.7’sinde diş dolgusunun gerekli olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre hastaların başvuru nedenleri ve şekillerine göre diş dolgusu endikasyonları açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 10’da verilen, dolgu gerektiren diş sorunlarının araştırma grubundaki durumuna bakılınca, 3 grup arasında anlamlı bir farkın olmaması ve sıklığın %75 – 85 arasında yer alması dolgu tedavisi gerektiren diş sorunlarının profesyonel bir kontrol ile belirlenebilmesine ve terminal döneme gelinmediği sürece hastaların bunu kendi kendine farkedip hizmet talep etmesinin sözkonusu olmamasına bağlı gibi görülmektedir. Tablo 9’da ele alınan çürük-diş ve diş çekimi sorununda ise durum böyle değildir ve gruplararası talep farkı gözlenmiştir.

Tablo 11: Araştırmaya Alınan Grubun Kanal Tedavisi Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Kontrol		Hasta		Sigortalı		Önemlilik testi
		n	%	n	%	n	%	
Kanal tedavisi	Gereksiz	49	84,5	60	69,8	35	24,3	$\chi^2 = 7,202$ $Sd = 2$ $P = 0,027$
	Gerekli	9	15,5	26	30,2	21	37,5	
TOPLAM		58	100,0	86	100,0	56	100,0	

Araştırmaya katılan grubun başvuru nedenleri ve şekillerine göre kanal tedavisi endikasyonları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 11’de özetlenmiştir. Sigortalı olup check up amacıyla başvuranların %15.5’inde, herhangi bir diş şikayeti nedeniyle başvuran hastaların %30.2’sinde ve diş sigortası olan hastaların %37.5’inde kanal tedavisine gerek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre, hastaların başvuru nedenleri ve şekillerine göre kanal tedavisi endikasyonları açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 9 ve 10’da ele alındığı gibi hizmet talebini kişilerin kendi kendine ihtiyaç duyup oluşturabileceği sorunlarda gruplararası farklılıklar gözlenmektedir. Tablo 11’de incelenen diş sorunu kanal tedavisi gerektiren rahatsızlıklardır. Bu rahatsızlıkların genellikle ağrılı ve enfeksiyon semptomları ile seyrettiği gerçeğinden hareketle kişilerin bu tür sorunları ertelemesi mümkün değildir ve erken sinyallerle birlikte en azından belli bir kesiminin sigorta poliçesi almaya yöneldiği ve sigortalı haklarından faydalanarak sorunlarını gidermeye çalıştığı düşünülebilir. Nitekim tablo 11’de de görüldüğü gibi kanal tedavisi gerektiren diş sorunu olan kişileri dağılımında sigortalılar arasında %37 ile ve diş hastası olarak başvuranlardan bile daha yüksek olacak şekilde en yüksek düzeye ulaşılması bu görüşü güçlendirmektedir. Daha önce

belirtildiği gibi ilk muayene ve istisna uygulaması sigortacı açısından bu noktalarda mutlaka düşünülmelidir.

Tablo 12: Araştırmaya Alınan Grubun Periodontal Tedavi Endikasyonuna Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Kontrol		Hasta		Sigortalı		Önemlilik testi
		n	%	N	%	n	%	
Periodontal tedavi	Gereksiz	14	24,1	18	20,9	20	35,7	$\chi^2 = 4,000$ Sd = 2 P = 0,135
	Gerekli	44	75,9	68	79,1	36	64,3	
TOPLAM		58	100,0	86	100,0	56	100,0	

Araştırmaya katılan grubun başvuru nedenleri ve şekillerine göre periodontal tedavi endikasyonları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 12’de özetlenmiştir. Sigortalı olup check-up amacıyla başvuranların %75.9’unda, herhangi bir diş şikayeti nedeniyle başvuran hastaların %79.1’inde ve diş sigortası olan hastaların %64.3’ünde periodontal tedaviye gerek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre, hastaların başvuru nedenleri ve şekillerine göre periodontal tedavi endikasyonları açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p > 0.05$).

Periodontal hastalıkların diş çürükleri gibi toplumda en yaygın rahatsızlıklar arasında olması araştırma grubunda da yüksek bulunması periodontal rahatsızlıkların sigorta poliçesi açısından önemini göstermektedir. Ancak, yaygınlığı yanında yüksek maliyet gerektirmeyen tedaviler ile iyi sonuçlar da alınabilmekte ve hasta memnuniyeti sağlanabilmektedir. Bu açıdan sigortacının pazarlama gücünü artıran bir unsur olarak periodontal hastalıkların önemi vardır. Gruplararası farkın bulunmaması bu sorunları hastaların önceden kendi kendine belirleme olasılığının düşük olmasına bağlanmalıdır. Hizmet verildikten sonra daha maliyetli sorunlara gidış

önlenebilmekte ve ağız sağlığı yerine getirildiği için memnuniyet oluşturulabilmektedir.

Tablo 13: Araştırmaya Alınan Grubun Periodontal Tedavi Tipine Göre Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Kontrol		Hasta		Sigortalı		Önemlilik testi
		n	%	n	%	n	%	
Periodontal tedavi	Detartraj	24	54,5	30	44,1	21	58,3	$\chi^2 = 17,721$ $Sd = 6$ $P = 0,007$
	Subgingival küretaj	15	34,1	18	26,5	8	22,2	
	Flap	5	11,4	20	29,4	4	11,1	
	Gingivektomi	0	0,0	0	0,0	3	8,3	
TOPLAM		44	100,0	68	100,0	36	100,0	

Araştırmaya katılan grubun başvuru nedenleri ve şekillerine göre periodontal tedavi tipleri karşılaştırılmış ve sonuçları tablo 13'te özetlenmiştir. Sigortalı olup check up amacıyla başvuranların %54.5'inde "detartraj", %34.1'inde "subgingival küretaj", %11.4'ünde "flap" operasyonu gerekirken, gingivektomi'ye hiç gerek olmadığı görülmüştür.

Herhangi bir diş şikayeti nedeniyle başvuran hastaların %44.1'inde "detertraj", %26.5'inde "subgingival küretaj", %29.4'ünde ise "flap" uygulaması gerekirken bu grupta da hiç "gingivektomi" ye gerek olmadığı yapılmadığı görülmüştür.

Diş sigortası olan hastaların %58.3'ünde "detertraj", %22.2'sinde "subgingival küretaj", %11.1'inde "flap" ve %8.3'ünde de "gingivektomi"ye gerek görülmüştür.

Bu sonuçlara göre, hastaların başvuru nedenleri ve şekillerine göre periodontal tedavi tipleri açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Flap açısından hasta grubunun diğerlerinden yüksek olması yine flap'ın kendi kendine hastanın belirleyemeyeceği bir sorun olmasından ileri gelebilir. Gingivektominin sigortalı grupta görülmüş olması bir rastlantı olabileceği gibi kronik bir rahatsızlık olması nedeniyle hastaların bunu gerektiren rahatsızlıklarını önceden bir diş hekimi muayenesi ile öğrenmiş olması ve daha sonra sigorta kapsamına geçerek çözmeyi amaçlamış olması da düşünülebilir. Veriler arasında hastaların daha önceki dönemlerine ait hizmet alma durumları ve ağız diş sağlığı durumları yer almadığından bu görüşler hakkında kanıt ileri sürülememektedir.

Tablo 14: Araştırmaya Katılan Grupların Bazı Endikasyonlar Açısından Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER			Ortalamalar farkı	Standart hata	F	P
Dolgu gerektiren diş sayısı	Kontrol	Hasta	-1,860	0,406	12,435	0,000
	Kontrol	Sigortalı	-1,858	0,448		0,000
	Hasta	Sigortalı	0,002	0,410		1,000
Çekim gereken diş sayısı	Kontrol	Hasta	-0,765	0,221	6,584	0,002
	Kontrol	Sigortalı	-0,226	0,244		0,626
	Hasta	Sigortalı	0,539	0,224		0,045
Tedavi gerektiren kanal sayısı	Kontrol	Hasta	-0,310	0,138	3,495	0,066
	Kontrol	Sigortalı	-0,363	0,152		0,047
	Hasta	Sigortalı	-0,053	0,139		0,922
Gömülü diş sayısı	Kontrol	Hasta	-0,022	0,174	5,916	0,991
	Kontrol	Sigortalı	-0,567	0,191		0,010
	Hasta	Sigortalı	-0,545	0,175		0,006

Araştırmaya katılan grubun başvuru nedenleri ve şekillerine göre bazı endikasyonlar karşılaştırılmış ve sonuçları tablo 14’de özetlenmiştir. Dolgu gerektiren diş sayısı açısından sigortalı olup check up amacıyla başvuranlarla diş şikayeti olan hastalar ve diş sigortası olanlar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir. Herhangi bir diş şikayetiyle gelen hastalar ve diş sigortası olan hastaların dolgu gerektiren diş sayılarının, check up amacıyla başvuran hastalara göre istatistiki açıdan anlamlı fark yaratacak derecede fazla olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Çekim gereken diş sayısı açısından sigortalı olup check up amacıyla başvuranlarla diş şikayeti olan hastalar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir. Herhangi bir diş şikayetiyle gelen hastalarda çekim gereken diş sayısının

hem check up amacıyla başvuranlar hem de diş sigortalı hastalardan anlamlı fark yaratacak düzeyde fazla olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Diş sigortası olan hastaların tedavi gerektiren kanal sayısının sigortalı olup check up amacıyla başvuranlara göre istatistiki olarak anlamlı fark yaratacak düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Sigortalı olup check up amacıyla başvuranlar ve herhangi bir diş şikayetiyle gelen hastaların gömülü diş sayısının diş sigortalılara oranla istatistiki açıdan anlamlı fark yaratacak düzeyde fazla olduğu gözlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Grupların Bazı Ölçümsel Değişkenleri Arasındaki İlişki

DEĞİŞKENLER	r	P
Yaş – Gömülü diş sayısı	-0,441	0,000
Yaş – Çekim gereken diş sayısı	0,301	0,000
Gömülü diş sayısı - Çekim gereken diş sayısı	-0,144	0,042
Tedavi gerektiren kanal sayısı – dolgu yapılan diş sayısı	0,337	0,000

Tablo 15’de grupların bazı ölçümsel değerleri arasındaki ilişki test edilmiş ve özetlenmiştir. Araştırmaya katılan grupların yaşları ile gömülü diş sayıları ve çekim gereken diş sayıları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tedavi gerektiren kanal sayısı ve dolgu gerektiren diş sayısı arasında da pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

B. Tartışma

Araştırmaya katılanların %38.5'inde diş çekimi, %82'sinde dolgu, %56'sında kanal tedavisi, %74'ünde periodontal tedavi gerekli görülmüştür.

Diş sigortası yaptıranlar ile kontrol ve hasta grupları arasında; diş eti tedavisi ve dolgu gereksinimleri açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre, toplumda yüksek oranda diş bakım gereksinimi vardır. Sigorta talep eden bireylerin, aşırı maliyet tutacak risklerinden dolayı sigortaya yönelmedikleri ancak, sağlık bilinçlerinin yüksek olabileceği düşünülmektedir. Çekim,kanal tedavisi ve gingivektomi gereksinimi açısından diş sigortalı hastaların yüksek bulunması; hastaların ağırlı seyreden ve kronik rahatsızlık yaratan diş şikayetlerini ciddiye alıp diğer problemleri ileri aşamaya gelmeden fark edemediklerinden dolayı olduğu düşünülebilir. Hastaların, ağırlı seyreden ve kronik rahatsızlık yaratan diş problemlerinde gruplararası anlamlı fark çıkması, önereceğimiz modelde hekimlerin riskini azaltmak için tedavi teminatlarına bazı limit ve katılım paylarının konulmasını gerekli kılmıştır.Aşırı risk yaratacak durumları da belirleyebilmek için bireysel poliçelerde, poliçe satışı öncesinde kapsamlı bir ön muayene gerekmektedir. Bu noktadan hareketle sigorta öncesi ön muayene ve risk tayini önem kazanmaktadır. Hekimin ve sigorta organizasyonunun karlılığının artması için, hastaların; maliyeti artıracak, komplike tedavi planı gerektirecek sağlık problemleri aşamasına gelmeden erken tanı ve koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamına alınarak takibi gerekmektedir. Sigorta poliçesi öncesi ön tanı, maliyet risk hesabı ve sonrası tedavinin her aşamasında hekim ve hastanın dürüst davranmasını sağlamak amacıyla denetim mekanizması önem kazanmaktadır. Bu da önereceğimiz modeldeki teknik donanımla sağlanabilmektedir.

Ağız içi kamera sistemi ve denteline bilgisayar programı ile hastanın kimlik bilgileri, ağız diş bilgileri ve kamera görüntüleri, röntgen filmleri, yapılan işlemler (tedavi öncesi ve sonrası) kaydedilip sigorta merkezine iletebilmekte ve denetim sağlanmaktadır. Ayrıca model önerimizde her bir sigortalı hasta için per capita

bazında baştan hekime ödeme yapıldığı için, hekim ön ödemeli planı kabul edip yıl boyunca hastanın poliçe kapsamındaki tüm tedavilerini üstlenmek zorundadır.

Dolayısıyla hekim kazancını artırabilmek için pahalı tedavilere gitmek yerine, hastasının sağlıklı olmasını temin etmek zorundadır. Hasta sağlıklı olduğu sürece hekim kazanacaktır. Hasta sağlıklı olduğu için kazançlıdır. Gereksiz sağlık harcaması yapılmamış olacağından ülke ekonomisi kazançlıdır. Zira dış hekimliğinde kullanılan cihazlar ve sarf malzemelerin büyük kısmı ithal edilmektedir. Hekim hastaya güven sağladıkça, poliçe kapsamı dışındaki tedavileri de hasta talep edecek ve belirli bir indirim uygulanarak bu hizmetlerden de hekim kazanç sağlayacaktır.



C.Türkiye'deki Özel Sağlık Sigortalarına Entegre Edilebilecek Dış Poliçelerine Yönelik Fizibilite Çalışması Ve Bir Model Önerisi

Hem sigorta şirketleri, hem dış hekimleri, hem de hastalar için cazip olabilecek önerdiğimiz modelle ilgili özel muayenehane sahibi ve klinik yöneticisi 10 dış hekimi ve sigorta şirketlerine aracılık yapan 2 şirket yetkilisi ile yapılan odak grup görüşmesinde, önerdiğimiz modelin her iki tarafça da kabul gördüğü ve özel sağlık sigortalarının dış hekimliği yönünden eksikliklerini tamamladığı belirtilmiştir.

Dış hekimlerinin sigorta tercihi hizmet karşılığı ödeme yönünde olmuştur. Ancak, bu tip bir sigorta modelinin maliyetinin çok yüksek olacağı sigorta aracı kurumu yetkileri tarafından belirtilmiş ve gerçekçi bulunmamıştır. Dış hekimleri ödeme planı olarak hizmet başı ödemeyi tercih ettikleri halde, poliçe fiyatını yükselteceği ve pazarlama gücü yaratacağı varsayımını kabul ederek sigorta yetkililerinin önerisiyle ön tanı, risk hesabı ve katkı payı konularak uygulanacak bir HMO modeli konusunda görüş birliğine varmışlardır. Sigorta şirketi yetkilileri de HMO modeline sıcak bakmakta, ancak, yapılan işlemlerin denetiminin şart olduğu konusunda ortak görüş bildirmişlerdir.

Genel anlamda sigorta, özellikle sağlık sigortası uygulamalarında risk tahmininde bulunmak ve uygun olmayan durumlar için ya primlerin düzeyini yükseltmek ya da o kişiyi üye kaydetmemek zorunlu olmaktadır. Dış sağlığı hizmetlerinde sigortacılık alanında bugüne kadar denenmiş uygulamalar ve bunların sonucu konusunda birikimimiz yok denecek kadar azdır. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de özel sigortacılık çalışmaları kapsamında ağız dış sağlığı hizmetlerinin de ele alınması birçok sigorta işletmecisinin öncelikleri arasına girmiştir. Bu

Çalışmanın bir parçası olarak yaklaşık başlangıçta 20 hekimle anlaşmalı olarak çalışan, sigortalı sayısı arttıkça hekim sayısı da artan ve genel merkezinde 16 kişinin hizmet verdiği bir dental departman tasarlanmış ve ülkemizde bugün için sağlık sigortacılığı alanında faaliyet gösteren toplam 28 şirketin çalışmalarına entegre olabilecek bir yapı geliştirilmeye çalışılmıştır.

1. Departmanın Yapısı

Dental hizmetlerden sorumlu bir Genel Müdür yardımcısının yönetiminde sigorta şirketinin pazarlama ekibinde 7 kişi, dental kontrol grubunda 2 kişi, bilgisayar teknik elemanı 1 kişi, bilgi işlem sorumlusu 2 kişi, temizlik, haberleşme ve sekreteryadan sorumlu 3 kişi olmak üzere toplam çalışan sayısı 16 olarak tasarlanmıştır. Bu tasarılar için ülkemizde halen hizmet vermekte olan tek HMO şirketi Genel Müdürü ile yapılan yüzyüze görüşmede verilen bilgiler esas alınmıştır.

Aylık personel gideri olarak 22.000 Euro, bina, haberleşme, kırtasiye ve diğer sabit giderler olarak ayda 4.000 Euro, teknik donanım ve tefriş için yapılan finansal kiralama bedeli 6.000 Euro olmak üzere toplam 32.000 Euro'luk aylık sabit gider öngörülmüştür.

- Başlangıçta yaklaşık 20 dişhekimini ile anlaşma yapılacağı varsayılmıştır.
- Üyelerden kişi başına yıllık prim bedeli olarak 150 Euro cret alınacağı, bunun peşin ya da en fazla 2 taksitte tahsil edileceği planlanmıştır.
- Kişi başı olarak ve önceden toplanan primlerin hastanın hizmet talebi ile hekime müracaatında, belirlenen oranda (%85) hekimlere ödenmesi öngörülmüştür.
- İlk yıl için 5.000 ye kaydedilmesi, daha sonraki yıllarda sırasıyla 8.000, 12.000 ,18.000 ve 5.yıl sonunda 24.000 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

- Toplanan primlerin %15'inin şirkete kalacağı, diğer miktarın hekime hizmet bedeli olarak ödeneceği tasarlanmıştır.
- Üyelerin her yıl yaklaşık %10'unun herhangi bir hasar oluşmaması ya da ihtiyaç duyulmaması ile hizmet almayacağı varsayılmıştır.

Sigorta piriminin önceden toplanıp, hizmet talebi doğduğunda ödeniyor olması işletme sermayesi açısından avantaj olarak düşünülmektedir. Bu varsayımlar doğrultusunda yıllara göre düşünüldüğünde en riskli olan yıl 1. yıldır ve aşağıdaki tahminler yapılmıştır:

Birinci yıl için;

$32.000 * 12 = 384.000$ Euro Sabit giderler toplamı

$5.000 * 150$ Euro = 750.000 Euro toplanması öngörülen prim

$750.000 * 0.15 = 112.500$ Euro + 75.000 Euro (hasar oluşmadığı için hizmeti

hiç kullanmayan %10'luk dilimin getirisi) 187.500 Euro şirkete kalan

Öngörülen Zarar = 196.500 Euro

İkinci yıl için;

$32.000 * 12 = 384.000$ Euro Sabit giderler toplamı

$8.000 * 150$ Euro = 1.200.000 Euro toplanması öngörülen prim

$1.200.000 * 0.15 = 180.000$ Euro + 120.000 Euro (hasar oluşmadığı için

hizmeti hiç kullanmayan %10'luk dilimin getirisi) 300.000 Euro şirkete kalan

Öngörülen Zarar = 84.000 Euro

Üçüncü yıl için;

$32.000 * 12 = 384.000$ Euro Sabit giderler toplamı

$12.000 * 150$ Euro = 1.800.000 Euro toplanması öngörülen prim

$1.800.000 * 0.15 = 270.000 \text{ Euro} + 180.000 \text{ Euro}$ (hasar oluşmadığı için hizmeti hiç kullanmayan %10'luk dilimin getirisi) 450.000 Euro şirkete kalan

Öngörülen Kar = 66.000 Euro

Dördüncü yıl için;

$32.000 * 12 = 384.000 \text{ Euro}$ Sabit giderler toplamı

$18.000 * 150 \text{ Euro} = 2.700.000 \text{ Euro}$ toplanması öngörülen prim

$2.700.000 * 0.15 = 405.000 \text{ Euro} + 270.000 \text{ Euro}$ (hasar oluşmadığı için hizmeti hiç kullanmayan %10'luk dilimin getirisi) 675.000 Euro şirkete kalan

Öngörülen Kar = 291.000 Euro

Beşinci yıl için;

$32.000 * 12 = 384.000 \text{ Euro}$ Sabit giderler toplamı

$24.000 * 150 \text{ Euro} = 3.600.000 \text{ Euro}$ toplanması öngörülen prim

$3.600.000 * 0.15 = 540.000 \text{ Euro} + 360.000 \text{ Euro}$ (hasar oluşmadığı için hizmeti hiç kullanmayan %10'luk dilimin getirisi) 900.000 Euro şirkete kalan

Öngörülen Kar = 516.000 Euro

Görüldüğü gibi önerdiğimiz modelde, sigorta şirketi riski paylaştığı için üçüncü yılda kara geçmektedir. Bu fizibilite çalışması, her yıl için çok düşük sigortalı sayısı artışı varsayılarak ve hizmet kulanmama oranı en düşük seviyede tutularak yapılmıştır.

2. Poliçenin Yapısı

Dış hekimliği hizmetlerinde mali riski az olduğu halde cazibesi çok olan ve poliçe pazarlaması ve satış açısından büyük avantajlar sağlayacak olan bazı hizmetlerin sınır konulmadan kapsama alınması gerekmektedir. Öte yandan bazı hizmetlerin maliyeti yüksek olduğu ve poliçe fiyatlarının yukarılara çekmesi

nedeniyle satış zorluğu yarattığı bilinmekte ve bütün ülkelerdeki uygulamalarda bunlar ya kapsam dışı tutulmakta ya da kapsama alınmasının getireceği riskler poliçe primlerine doğrudan yansıtılmaktadır. Bu noktalar göz önünde bulundurularak aşağıdaki şartların ülkemiz açısından uygun bir poliçe taslağı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 16: Öngörülen Poliçenin Kapsamı, Sınırları ve Katılım Payı

Sigorta Kapsamına Giren Hizmetler	Kapsamın Sınırları	Katılım Payı
Muayene	Limitsiz	%0
Panoramik film	Limitli, Poliçe satışından önce durum tespiti amacıyla ve yılda en fazla 3 kez	%0
Diş çekimleri	Limitli, yılda en fazla 5	%10
Diş dolguları	Limitli, yılda en fazla 5	%10
Diş taşı temizliği	Limitli, yılda en fazla 2 kez	%0
Kanal tedavisi	Limitli, her yıl bir diş	%10

Bunun dışında kalan gömülü diş operasyonu, protez uygulamaları, ortodontik tedaviler vb. hizmetlerde %80 kullanıcı katkısı ile hizmet verilebilecek, aynı oran yukarıda sayılan poliçe kapsamındaki başlıklarda limit aşımı hallerinde de geçerli olacaktır. Başka bir deyişle, hastaya sigorta kapsamına girmeyen işlemler için %20 indirim uygulanmış olacaktır.

3. Diş Hekimliği Sigorta Organizasyonu İçin Gerekli Teknik Donanım

Gerek poliçelerin satışlarını ve hak sahiplerinin durumlarını izlemek, değerlendirmek ve onay vermek üzere; gerekse diş hekiminin sunduğu hizmetleri izlemek ve onay vermek, fazladan kullanımların önüne geçmek üzere amaca uygun tasarlanmış bir bilgi işlem sistemine ihtiyaç vardır. Eklerdeki resimlerle tasarlanan sistemin işleyişi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Hasta kayıtları için RF SYSTEM lab.EUROPE 'un geliştirdiği DENTALINE klinik yönetim bilgisayar programı(soft ware) ve DP-6 Ver.2760 000 pixel ağız içi kablosuz kamera sistemi kullanılmıştır.

Bu kamera sistemiyle hastaların ağız içi görüntülerini kaydedilerek panoramik filmle yapılan radyolojik tetkik ve ağız içi muayeneyi, desteklemek ve bu verileri internet üstünden istenilen adrese göndermek mümkündür.

Önerilen sigorta sistemi zincirine girecek diş hekimlerinin yukarda belirtilen teknik donanım ve bu sistemi destekleyecek gerekli bilgisayar sistemine sahip olmaları ve internet bağlantısına sahip olmaları gerekmektedir. Hastadan alınacak panoramik film görüntüsü de teşhis için gereklidir. Panoramik filmin görüntüsü digital ortamda veya bir scanner yardımıyla, hasta bilgilerine kaydedilebilmektedir.

a. Hastaya Ait Kişisel Bilgiler

- Hastaya ait kişisel bilgilerin fotoğraf kontrollü yapılması ile suiistimaller minimize edilmektedir.
- Hastanın uzun süre takibi için gerekli baz bilgiler depolanmaktadır.
- Bu bilgiler gerektiğinde başka diş hekimine gönderilebilmektedir.
- Hastayla iletişim kurulabilmesi için gerekli telefon, posta ve e-mail adresleri kayıtlı tutulmaktadır.

Ek 3-Şekil 1 de hastaya ait kişisel bilgilere örnek verilmiştir.

b. Hastanın Anamnez Formu

Hastanın anamnez formunda tıbbi bilgilerin kaydedilebilmesi olanağı sunulmaktadır. Diş hekimi açısından bu bilgilerin önemi kritiktir. Hastanın alerji, diş hekimliğinde risk oluşturacak kalp, hipertansiyon ve diyabet gibi hastalık ve

rahatsızlıklara ilişkin bilgilerin kaydedilmesi ve saklanması amacına yönelik hazırlanmıştır.

Ek 3-Şekil 2 de hasta amanmez formuna örnek verilmiştir.

c. Hastanın Ağız İçi Görüntüleri

Hastadan alınan görüntüler ve bilgiler internet yoluyla sigorta merkezine yollandığı için yapılacak her tedavinin öncesi ve sonrası görüntü olarak da kontrol edilebilmektedir. Dolayısıyla,hekimlerin hastalara gerekmeyen uygulamalar yapması engellenebildiği gibi hekimlerin yaptığı işlemlerin kalitesini de kontrol etmek mümkündür.

Ek 3-Şekil 3 de hastanın ağız içi görüntülerine bir örnek verilmiştir.

d. Randevu Planı

Hastaya randevu verilmesi ve tıbbi tetkikin planlanması yapılabilmektedir. Böylece hasta hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat ettiğinde vakit kaybetmemiş olacaktır.

Ek 3-Şekil 4 de bir randevu planı örneği görülmektedir.

e. Hastanın Ağız İçi Planı ve Yapılan İşlemler ile Fiyatlandırma

Konulan teşhise yönelik olarak öngörülen tedavi ve bunun ne kadar fiyata denk düştüğü açıkça bu formla belirtilmektedir. Sigorta şirketinin konulan teşhis, uygulanan tedavi ve alınacak ücret zincirinde herhangi bir suiistimale meydan vermemesi bu formun izlenmesi ile sağlanabilecektir.

Ek 3-Şekil 5de hastanın ağız içi planı ve yapılan işlemler ile fiyatlandırma sistemine bir örnek verilmiştir.

f. Hastanın Panoramik Filmi

Hastadan alınacak panoramik film hasta dosyasına eklenerek teşhis ve tedavi planlamasında ve kontrol sisteminde önemli bir avantaj sağlamaktadır.

Ek 3-Şekil 6 da öngörülen bilgisayarlı sistemde hastanın panoramik filminin sigorta şirketine ulaştırılan görüntüsüne ait bir örnek görülmektedir.

Önerdiğimiz modelde kullanılacak teknik donanım yardımıyla hastaya uygulanan tedaviler, önerilen reçete ve ilaçlar tüm sigorta sürecinde kontrol edilebilmekte; böylece hastanın tıbbi anamnazi ile uygulanan tedavinin uygunluğu kontrol edilebilmektedir.

Ek 3- Şekil 7’de sistem içinde reçete uygulamalarına bir örnek gösterilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ağız diş sağlığı sorunları en yaygın halk sağlığı sorunları arasında yer alması nedeniyle öncelikli bir toplum sağlığı politikası konusudur. Bu soruna yönelik ülkemizde genellikle bazı sigortalar kanalıyla ve bir takım limitler ile güvence sağlanmış durumdadır. Ancak, özel sağlık sigortası kapsamındaki sigorta şirketlerinin çoğu dental sigorta poliçelerine pek istekli olmadığı görülmektedir. Bunun çeşitli nedenleri arasında kişilerin özellikle sigortaya ihtiyaç duyduğu kısımlar olan cerrahi uygulamalar ve protez uygulamalarının kapsamda tutulmasını aktüerya açısından fizibil bulunmaması önemlidir. Risk almayan ve bu nedenle limitlerle oluşturulan bir poliçenin de çekiciliği olmadığından pazarlama sorunları doğmaktadır.

Öte yandan resmi sigorta kuruluşları olan SSK ve Emekli Sandığı kapsamında da belirli limitler ve kullanıcı katılım payı vardır . Bekleme listelerinin uzunluğu hizmetin yalnızca resmi kurumlar eliyle yürütülmeye çalışılması sonucu hekimin hastaya yeterince zaman ayıramaması ve bunlara bağlı kalite düşüklüğü resmi sigortada kapsam içinde olanların bile özel sigorta kapsamında daha iyi düzenlenmiş poliçelere ilgisini çekecektir. Emekli Sandığı kapsamında yapılan sevklerin tam anlamıyla olgunlaşmamış diş sağlığı birimlerine ya da üniversitelere yönlendirilmesi gerekmektedir. Üniversitelerde genellikle hasta ağızlarından öğrenci ya da asistan diş hekimlerinin çalışıyor olması da memnuniyetsizliğin bir nedeni sayılmaktadır.

Bütün bu nedenler özel sağlık sigortacılığı çerçevesinde dental hizmetlerin de ya diğer taahhütlerle birleşik ya da ayrı bir poliçe ürünü olarak kapsanması gerekmektedir.

Bu sonuçlardan yola çıkarak aşağıdaki hususlar önerilmektedir;

1. Özel sağlık sigortası kapsamında dental poliçeler üretilmelidir.
2. Poliçe pazarlanması esnasında anlaşma imzalanırken bir ön muayene ile hastanın ağız diş sağlığı durumu profesyoneller eliyle (dişhekimleri) belirlenmelidir.
3. Primler gerçek bir aktüerya hesabına dayanılarak belirlenmelidir.
4. Gerek üyenin ağız diş sağlığı durumunun ve gerekse üyelik boyunca hizmet kullanım durumunun sigorta merkezinden izlenmesi gerekmektedir. Bunun için amaca uygun tasarlanmış bir bilgisayar yazılımı oluşturulmalı ve uygun teçhizat sistemi kurulmalıdır.
5. Sigorta çerçevesinde üyelerin durumu ve hizmet kullanımı ile ilgili verilerin mahremiyetine özen gösterilmelidir.
6. Klinik muayene ve radyolojik tetkik sonucu riski fazla olan hastalar sigorta kapsamına alınmamalıdır.
7. Okul sigortalarında ön muayeneye gerek yoktur. Riski az olan bu grubu gerekirse, sigorta priminde indirim bile yapılarak sigorta kapsamına almak sigorta şirketi için avantajdır.
8. Grup sigortalarında risk birçok kişiye dağıtıldığı için, bazı durumlarda büyük gruplarda ön muayeneye gerek duyulmayabilir. Grup sigortaları ile, çok sayıda görüşme ve anlaşma yapmak yerine bir anlaşmayla çok sayıda kişi sigorta kapsamına alınabilmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR:

Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara, 1998.

Birlikten : Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını:13, İstanbul 2001.

Ertuğrul,Oral, Abdullah Karacık, Hakkı Atlı: Sağlık Sistemlerine Alternatif Bir Model Olarak HMO Sisteminin İncelenmesi ve Üsküdar Bölgesinde Uygulama, **4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı**, 2001.

Güzel, Ali, Ali Rıza Okur: **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Basım Yayım, İstanbul, 1994

Hayran Osman, Haydar Sur, Gonca Mumcu ve arkadaşları: **Türkiye Dış Hekimleri Mesleki Doyum, Sosyal Durum ve Hizmeti Değerlendirme Araştırması**, TDB Yayınları, İstanbul: 2000.

Health in Transition: France Report: World Health Organization Publication. Geneva, 1997.

Health in Transition: Germany Report: World Health Organization Publication. Geneva, 2000.

Health in Transition: Spain Report: World Health Organization Publication. Geneva, 2000.

Health in Transition: United Kingdom Report: World Health Organization Publication. Geneva, 1999.

Karahan,Ömer: Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi, **Hastane Yöneticiliği**, (Editör: Osman Hayran, Haydar Sur) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1997.

Kender, Rayegan: **Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku**, İstanbul, 2001.

Kongar,Bilgi : **Sağlık Sigortaları**, TÜSEV Yayını, İstanbul, 1989.

Kongstvedt,Peter. R.: **The Managed Health Care Handbook**, Third Edition. Aspen Publications, Gaithersburg,1996.

Kongstvedt, Peter R: **Essentials of Managed Health Care**, Second Edition, Aspen Publications, Gaithersburg 1997.

Mann, Madalyn L: **Planning for Community Dental Programs Jong's Community Dental Health**, (ed. Gluck, G.M, Morganstein, W.M.), Mosby Year Book Inc., St. Louis, 1990.

Mayes, Donald S.: **Managed Dental Care:Library of Congress Catalog Card Number:93-78068, United States Of America, 1993.**

Morlock Laura L, Waters Hugh R, Lyles Alan, Haluk Özsarı, Göksenin Aktulay, Chrisa Arcan: **Health Care Reform in Turkey .Charting the Way Forward Final report submitted to: The Turkish Industrialists' and Businessmen's Association. TÜSIAD Yayını. İstanbul 2004.**

Raymond,Alan G.: **A Consumer's Guide to Managed Care Networks, The HMO Health Care Companion. New York Paperback Harper Perennial Library, 1994.**

Rice,James: **Toward a New Public-Private Mix for Health Gain, Lakeland Color Pres. Minneapolis, 1995.**

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Milli Reasürans Faaliyet Raporları 1993-2002, Başbakanlık Yayını, Ankara 2003.

Ulaş,İşıl: **Uygulamalı Can Sigortası Hukuku , İstanbul,2002.**

Uz,Hulki: **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Sağlık Hizmetleri El Kitabı. (Editör: Osman Hayran, Haydar Sur) Yüce Yayınları, İstanbul, 1998.**

Wilkins,Esther M.: **Clinical Practice of the Dental Hygienist, Lippincott Williams and Wilkins Publication. New York, 2004.**

Yapar,Güçkan, Sibel Özge Tuncel: **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması 1999, Milli Reasürans Türk AŞ. Yayınları, 2000.**

Youngman,Ian: **The Health Insurance Opportunity, A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets, Dublin , Laforty Publications Ltd. 1994.**

MAKALELER:

Atlı,Hakkı, Didem Söylemez : “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma Araştırması”, **TDB Yayınları**, İstanbul, Temmuz 2000,s.9-10.

Bentes,Miguel, Da Luz Gonsalves Miguel, et al : “Design and Development of a Utilization Review Program in Portugal”, **International Journal of Quality Health Care** 1995, p.201.

Bernstein, Steven J, Elizabeth A. McGlynn, Albert L Siu ve arkadaşları: “The Appropriateness of Hysterectomy. A Comparison of Care in Seven Health Plans. Health Maintenance Organization Quality of Care Consortium”, **Journal of American Medical Association**, 1993,pp.2398-2402.

Bodenheimer, Thomas, Kevin Grumbach: “Financing Universal Health Insurance: Taxes, Premiums, and the Lessons of Social Insurance”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17-3, 1992, pp.438-462.

Chernew, Micheal, Gautam Gowrisankaran, Catherine McLaughlin, Teresa Gibson: Quality and Employers’ Choice of Health Plans, **Journal of Health Economics**, 23,2004, pp.471-492.

Çekiç,Cihat: “Türk Diş Hekimliğinde Eğitim – İnsangücü Sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı** 39, Ankara 2001,s.350-351.

Dilik,Sait: “Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi”, **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, XIII- 2, Ocak-Haziran 1998,s.80.

Dilik,Sait: Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi, **Kamu-İş Dergisi**, 1-8, Nisan 1989, s.80.

Duggan Mark: “Does Contracting Out Increase the Efficiency of Government Programs: Evidence from Medicaid HMOs”, **Journal of Public Economics**. Vol:88, 2004,pp.2549-2572.

Ekerbiğer,Hasan: **Toplum ve Hekim**, , Kasım 1994, Cilt 9-Şubat 1995,s.76.

Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, Health Project General Coordination Unit. ISBN 975-8088-01-7, Ankara, 1995,pp.20-22.

Kania,Herbert : ”Uluslararası Bakış Açısından Sağlık Hizmetleri” **Aktüerler Derneği II. Uluslararası Semineri**, İstanbul, 1992,s. 2.

Karaoğlu,Işıl: “Dünden Bugüne Diş Hekimliği”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı** 39, Ankara 2001,s.357-361.

Kılıç,Bülent: “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 9, Kasım 1994-Şubat 1995, s.64-65.

Mumcu,Gonca, Haydar Sur, Celal Yıldırım, Didem Söylemez, Hakkı Atlı, Osman Hayran: “Utilization of Dental Services in Turkey”, **International Dental Journal**, Vol:54.No:2.February 2004,pp.90-96.

Oktay,İnci: “Ülkemizde Diş Hekimliği Açısından Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39**, Ankara, 2001,s.618.

Ölmez, Seval: “Koruyucu Diş Hekimliği Yöntemleri”,**T.D.B.D Yayınları**, sayı 44, Ağustos 1998,s.12-13.

Ölmez ,Seval: “Türkiye’de Koruyucu Diş Hekimliği”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 39**,s.635-637.

Rosal,Milagros c. Ockene,Judith K. Yunsheng Ma, Herbert James R. Et al: “Behavioral Risk Factors among Members of a Health Maintenance Organization”, **Preventive Medicine** 33 – 2001,pp.586-594.

Yılmaz Esin, Neyir Gökşen:Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi”, **Reasürör**, Sayı 35, Ocak 2000, s.30.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR:

(Çevrimiçi) <http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/saglikhizmetleri-onrapor.pdf>, 5 Nisan 2004.

(Çevrimiçi) www.tdb.org.tr/istatis/istatistik.html, 10 Ekim 2004.

(Çevrimiçi) <http://www.ada.org/public/manage/insurance/dr.asp>, 5 Nisan 2004.

(Çevrimiçi) <http://nkg.die.gov.tr> Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri 1990- 2002, 5 Ekim 2003.

Göçmen, Erkin: Türkiye Klinikleri,sayı 161 ve (Çevrimiçi)
<http://www.saglikhukuku.net/bilgi/a019.asp> , 10 Ekim 2004.

Kapar,Recep: “Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler.(Çevrimiçi)
<http://izmir.sbe.deu.edu.tr/dergi/dergi01/kapar.htm> , 4 Kasım 2003

Karahan, Ömer: “ Aramıza Hoş geldin Eyç-Em-O”. (Çevrimiçi)
<http://www.hastanederigisi.com/sayi12/busayida10.asp>; ,10 Ekim 2004.

Sadıkoglu,Ganime: “Bir Sağlık Hizmeti Modeli Olarak Aile Hekimliği”.
(Çevrimiçi) [www. 20. uludag.edu.tr/nazan/ders2,htm](http://www.20.uludag.edu.tr/nazan/ders2.htm); 10 Ekim 2004.

(Çevrimiçi) <http://www.ada.org/public/manage/insurance/index.asp>.15 Ekim 2004.

(Çevrimiçi) <http://med.ege.edu.tr/~hanci/hastahaklaryntmlg.html>,15 Kasım 2004.

EKLER

EK 1- ARAŞTIRMA FORMU

Araştırmaya alınan kişinin;

Özelliği: Özel Sağlık Sigortalı kontrol grubu ☐ Diş Sigortalı hasta grubu ☐
Diş Şikayeti olan sigortasız hasta grubu ☐

Cinsiyeti: Kadın ☐ Erkek ☐

Finansmanı: Kendi karşılıyor ☐ Sigorta kanalıyla ☐

Yaş :

Dolgu gerektiren diş sayısı :

Çekim gerektiren diş sayısı :

Gömülü diş sayısı :

Tedavi gerektiren kanal sayısı :

Çekim gerekli mi?	Evet ☐	Hayır ☐	
Dolgu gerekli mi?	Evet ☐	Hayır ☐	
Kanal tedavisi gerekli mi?	Evet ☐	Hayır ☐	
Periodontal tedavi gerekli mi?	Evet ☐	Hayır ☐	
Periodontal tedavi tipi	Detartraj ☐	Subgingival küretaj ☐	
	Flap ☐	Gingivektomi ☐	

EK 2 – ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ İÇİN HAZIRLAN SORU LİSTESİ

- Diş hastalıklarının teşhis ve tedavilerine yönelik standart olmalı mı? Nasıl konulmalı?
- Diş hekimliği hizmetlerinde gereksiz hizmet sunumu var mı?
- Sizce gereksiz kullanıma kim neden oluyor? (hekim, hasta, sağlık kurumu)
- Hastanelere, kliniklere, hekimlere ödeme modeli konusunda bir öneriniz var mı?
- Sigorta şirketi, anlaşmalı kuruluş ve sigortalı arasında en sık sorun yaşanan konular neler?
- Poliçelerin kapsamı hakkında önerileriniz?

EK 3 – RESİMLER

Josef Spieser Dentaline 2.0.8

Hasta Görüntü Randevu Oral Hesap Reçete Gider Defter Dr. Ciro Liste ÖzelReçist P.K. Listesi Kopyala Bilgi Çıkış

Ragıp SERBEZ Hasta

Adı soyadı: Ragıp SERBEZ Protokol: I

Ey telefonu: 0 544 770 05 01 Cep telefonu: 0 533 438 96 18

İş telefonu: Dosya no: 05

Ey adresi: Posta kodu: Semt: Şehir:

İş adresi: AVNİ DİLLİĞİL SK. A-MERİÇ İŞ H Posta kodu: 80300

K:2 D:8-9 NO:24

Semt: Şehir: MECİDİYEKÖY İSTANBUL

Doğum tarihi: 25.01.1970 Kayıt tarihi: 12.12.2000

Mesleği: Tarife: T.D.B.

BİLGİSAYARCI

Cinsiyet: Özel kod: İ

E: İMPLANT

Dişhekimini: Y. adresi: I

Son tedavisi: 18.04.2004 Son ödemesi: 18.04.2004

Kamera Tarayıcı Al

Tedavi Aile Renk Şahsı Diğer

Önceki Sonraki Vazgeç Yenile

Yeni Sil Değiştir Kaydet

Ara Notlar Bul Randevu bul Anamnez Yazdır Kapat

start 4 İnter... 2 Micro... yönetici v... Dentaline G24 - Park 12:01

Şekil 1: Hastaya Ait Kişisel Bilgiler

Düzeltilme

Josef Spencer DentalLine 2.0.8

Hasta: Ragıp SERBEZ

Dr. Ciro Liste Özelleştir

P.X. Listesi Kopyala Bilgi Çıkış

Adı soyadı: Ragıp SERBEZ

Ev telefonu: 0 544 770 05 01

İş telefonu: 0 212 288 99 56

Ev adresi:

Semt:

İş adresi: AVNİ DİLLİĞİLİ SK. A. M. K:2 D:8-9 NO:24

Semt: MİCİDİYEKÖY

Önceki Sonrakı

Yeni Sil Değiştir Kaydet

Ragıp SERBEZ

Kardiyovasküler S.

☐ Angina pektoris

☐ Myokard enfarküsü

☐ Romatizmal kalp hastalığı

☐ Akut Eklem romatizması

☐ Kalp yetmezliği

☐ Kardiyovasküler op.

Kan Hastalıkları

☐ Anemi

☐ Hemorajik diatez

☐ Lösemi

☐ Elemanşayı anomali

K.B.D. Hastalıkları

☐ Frontal Sinüzit

☐ Maxiller Sinüzit

☐ Deviasyon

☐ Tonsil Hipertrofi

Diğer Hastalıklar

☐ Gelişim Anomali

☐ Kemoterapi

☐ Radyoterapi

☐ Böbrek yetmezliği

☐ Hemodiyaliz

☐ Hamile

Diğer Hastalıklar

☐ Gece uykusu bozukluğu

☐ Akut Tüberküloz

☐ Astım

☐ Dispne

Endokrin Hastalıklar

☐ Diyabet

☐ Hipotiroidi

☐ Hipertiroidi

☐ Paratiroidi

Gastro İntestinal

☐ Gastrit

☒ Ülser

Tansiyon - Arteriyel

☐ Hipertansiyon

☐ Hipotansiyon

Kullanılan İlaçlar

☐ Kalp

☐ Antibiyotik

☐ Antihipertansiyon

☐ Antihipertansiyon

☐ Nöroleptik

☐ Sedatif

☐ Anestezik

☐ ACTH - Kortizon

☐ İnterferon

Alerjik Hastalıklar

☐ Bronzizm

☐ Diş Sıkma

☐ Tırmak Yeme

☐ Parmak emme

☐ Sigara

☐ Pipo

☐ Alkol

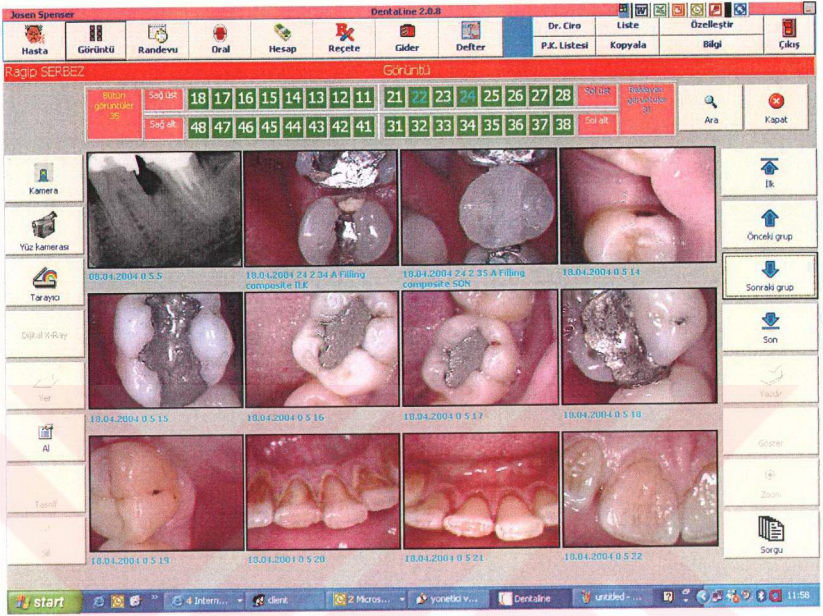
İlaç alerjisi

İlaç alerjisi

İlaç alerjisi

Kapat

Şekil 2: Hastanın Anamnez Formu



Şekil 3- Hastanın Ağız İçi Görüntüleri

Jusen Spenser

Hasta

Görüntü

Randevu

Oral

Hesap

Reçete

Gider

Defter

Dr. Ciro

Liste

Özelleştir

Çıkış

08 Mayıs 2004 Cumartesi

12:00

Hafif diş randevusu

Diş hekim

CİHAN HALİL

Kolub

Kolub

03.05.2004 Pat	04.05.2004 Sal	05.05.2004 Çar	06.05.2004 Per	07.05.2004 Cum	08.05.2004 Cmt	09.05.2004 Paz
09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00	09:00
09:30	09:30	09:30	09:30	09:30	09:30	09:30
10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
10:30	10:30	10:30	10:30	10:30	10:30	10:30
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
11:30	11:30	11:30	11:30	11:30	11:30	11:30
12:00		12:00		12:00	12:00	12:00
12:30		12:30		12:30	12:30	12:30
13:00		13:00		13:00	13:00	13:00
13:30		13:30		13:30	13:30	13:30
14:00		14:00		14:00	14:00	14:00
14:30		14:30		14:30	14:30	14:30
15:00		15:00		15:00	15:00	15:00
15:30		15:30		15:30	15:30	15:30
16:00		16:00		16:00	16:00	16:00
16:30		16:30		16:30	16:30	16:30
17:00		17:00		17:00	17:00	17:00
17:30		17:30		17:30	17:30	17:30
18:00		18:00		18:00	18:00	18:00
18:30		18:30		18:30	18:30	18:30
19:00		19:00		19:00	19:00	19:00
19:30		19:30		19:30	19:30	19:30
20:00		20:00		20:00	20:00	20:00
20:30		20:30		20:30	20:30	20:30
21:00		21:00		21:00	21:00	21:00

Randevu bul

Yeni

Sil

Değiştir

Yenile

Kopyala

Yapıştır

Önceki hafta

Bu hafta

Sonraki hafta

Kapat

start

İnternet...

Client

2 Micro...

yonetici...

DentalLine

G23 - Paint

12:00

Şekil 4- Randevu Planı

Josef Spenser DentalLine 2.0.8

Hasta Görüntü Randevu Oral Hesap Reçete Gider Defter

Dr. Ciro Liste Özelleştir

P.K. Listesi Kopyala Bilgi Çıkış

Rağıp SERBEZ Oral

Sol Sağ

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

40 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 95 94 93 92 91 71 72 73 74 75

Ara Kapat

İş telefonu 0 212 288 99 56
Ev telefonu 0 544 770 05 01
Çap telefonu 0 533 438 96 18

Tarih	Dış no	Açıklama	Ücret	Para br.	Dışekimi
18.04.2004	12	DY# ÇEKİMİ	17.000.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	22	DY# ÇEKİMİ	17.000.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	15	KÖKÜCÜ REZEKSİYONU	34.000.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	22	YİMLANTİ KEMİK YÇY(SYLYNDYR)	276.100.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	31	AMALGAM(O)	19.100.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	37	AMALGAM(O)	19.100.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	45	AMALGAM(O)	19.100.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	36	AMALGAM(O)	21.200.000 TL	CIHAN HALİL	
18.04.2004	11	AMALGAM(O)	23.400.000 TL	CIHAN HALİL	

Sil Değiştir Yende

Toplam Toplam 446.000.000 TL Para br.

Proforma

Diş çekimi Planlama Tedavi

Cerrahi Endodonti Ortodonti

Protez Periodontoloji Pedodonti

DİŞ ÇEKİMİ 17.000.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 25.000.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 50.000.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 10.000.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 45.000.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 276.100.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 212.400.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 19.100.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 19.100.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 19.100.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 21.200.000

DİŞ ÇEKİMİ (DİŞ ÇEKİMİ) 23.400.000

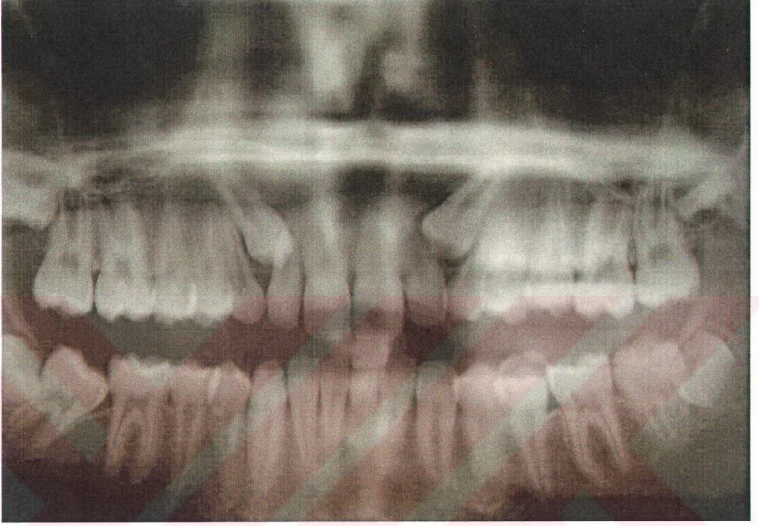
ALVEOLİT CERRAHİ TEDAVİSİ 6.400.000

ALVEOLİT CERRAHİ TEDAVİSİ 42.500.000

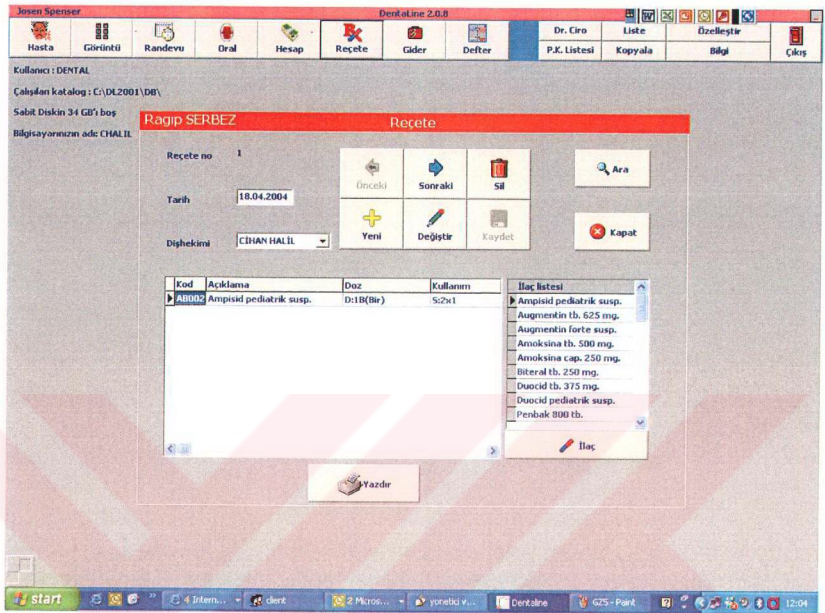
VESTİBÜLOPLASTİ OPERASYONU 65.000.000

FRENEKTOMİ OPERASYONU 42.500.000

Şekil 5- Hastanın Ağız İçi Planı ve Yapılan İşlemler İle Fiyatlandırma



Şekil 6- Öngörülen Bilgisayarlı Sistemde Hastanın Panoramik Filminin
Sigorta Şirketine Ulaştırılan Görüntüsü



Şekil 7- Uygulanan Tedavi

ÖZGEÇMİŞ

1959 yılında İzmir’de doğan Akansu Çiğdem GÜR, 1985 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. Sırasıyla Çanakkale Devlet Hastanesi ve Ankara Numune Hastanesi Acil Servislerinde pratisyen hekim olarak görev yaptı. İstanbul’da Kadıköy Aile Planlaması ve Ana çocuk Sağlığı Merkezi’nde görev yaparken 1997 yılında görevinden istifa ederek 4 G Sağlık Hizmetleri Yönetim ve Danışmanlık Ltd. Şti.’de yönetici olarak görev yapmaya başladı. Halen bu görevini sürdürmektedir.