

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

132111

BİR ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIK KURUMUNDA
KULLANICILARIN ÖZELLİKLERİ VE RİSK PROFİLİ (1998-2002)

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

132111

Dr. S.Haluk ÖZSARI

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Sağlık Yönetimi Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Çağatay GÜLER

ANKARA

2003

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu Çalışma, Jürimiz tarafından Halk Sağlığı Programı'nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Prof.Dr.Çağatay GÜLER
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Prof.Dr. Nazmi BİLİR
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Prof.Dr. Sabahat TEZCAN
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye : Prof.Dr. Zafer ÖZTEK
(Hacettepe Üniversitesi)

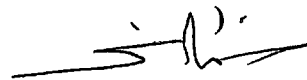


Üye : Prof.Dr. Remzi AYGÜN
(Gazi Üniversitesi)



ONAY

Bu Tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki Jüri Üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr. N. Sezgin İLGİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Doktora Dönemi Danışmanım, Hacettepe Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı eski Başkanı ve emekli öğretim üyesi Sayın Prof.Dr.Münevver BERTAN, tez konusunun seçimi ve bilgi birikimine temel oluşturacak katkıda bulunmuştur.

Tez Danışmanım, Sayın Prof.Dr.Çağatay GÜLER, bu çalışmanın planlanması, uygulanması, izlenmesi, geliştirilmesi, yorumlanması ve bir bütün olarak değerlendirilerek tezin tamamlanmasına büyük destek sağlamıştır.

Tez İzleme Komitesi Üyelerim, Sayın Prof.Dr.Sabahat TEZCAN ve Sayın Prof.Dr. Zafer ÖZTEK, çalışmanın tüm aşamalarında katkılarda bulunmuşlardır.

İsviçre Hayat Sigorta A.Ş. kayıtlarında bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sigortacılık geçmişini paylaşan Yönetim Kurulu Murahhas Üyesi Sayın Erdoğan SERGİCİ, kayıtları kullanıma açma kararını veren Genel Müdür Sayın Mert BALCI, ilk günden bu yana her türlü desteği veren Genel Müdür Yardımcısı Sayın Dr. Kaspar ZAKARYAN, ortamı, veri, bilgi ve deneyimlerini paylaşmışlardır.

Ülkemiz ve dünya deneyimlerini aktarmakta, Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürü Sayın Sedat YAMAK, Daire Başkanı Sayın Filiz ATAĞ, Tez hazırlık döneminin Daire Başkanı Sayın Nevzat BAHRAN ile Şube Müdürü Sayın Zekeriya DUR, bilgi ve dokümanları paylaşan Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Genel Sekreteri Sayın Bilgi KONGAR; bu çalışmanın doğru ve güncel verilerle desteklenmesinde yönlendirici olmuşlardır.

2000 yılında benzer konuda yapılan çalışmayı kullanma izni veren İhlas Sigorta A.Ş. Yönetim Kurulu Başkanı ve Genel Müdürü Sayın Ayhan APAK, “Sosyal Sağlık Sigortacılığı” alanında Bilim Uzmanlığı Tez’i ile ışık tutan Acıbadem Sağlık Grubu Mali Koordinatörü Sayın Hüseyin ÇELİK ve verdiği destekten dolayı Medline ve Promed Genel Müdürü Sayın Dr. İbrahim KURT, çalışmanın her döneminde katkı sağlamışlardır.

Eşim Alev, kızlarımız İdil ve Zeynep Beril’in, çalışmanın her döneminde büyük destekleri olmuştur.

ÖZET

Özsarı, S. H., Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2003. Bu çalışma, özel sağlık sigortacılığında gerçek risk profillerine uygun yeni stratejiler ve model önerileri geliştirmek amacıyla planlanmış ve uygulanmış tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır. Temel amaç, gerçek aktüerya ile doğru riske doğru prim alınmasını sağlayamaya katkıda bulunmaktır. Bu amaçla, seçilen sigorta şirketinin 1998-2002 yılları arasındaki beş yıllık verileri analiz edilmiştir. 127 851 sigortalının hizmet kullanımları değerlendirilmiştir. 15-49 yaş grubunda yoğunlaşan ve süreklilik gösteren sağlık sigortası talebi, 15 yaş altı nüfusta % 20'nin altında kalmıştır. Beş yıllık toplamda, ayakta tedavi hizmetleri için hastanelerin % 50'leri aşan bir oranla birinci öncelikte tercih edildiği görülmüştür. 2002 yılında sigortalıların hizmete başvuru sıklığı yılda işlem başına 5.23 kez olarak gerçekleşmiştir. Kayıt bildirim sistemindeki eksiklikler, yaşam tablolarının bulunmayışı, standart tanı tedavi prosedürlerinin kullanılmayışı, risk profillerinin gerçeği tam yansıtmamasına yol açmaktadır. 15 yaş altı nüfusun özel sağlık sigortası yaptırmaya eğilimini yükseltmek için, koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı hizmet paketleri içeren poliçeler üretilmelidir. Uzun dönemli sağlık sigortacılığı teşvik edilmeli, sigortacılık sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemlerle desteklenmelidir. Özel ve kamu sağlık sigortacılığının, birbirine rakip değil sinerji oluşturacak biçimde düzenlenmesi sağlanmalıdır. Sadece üst gelir gruplarına yönelik değil aynı zamanda orta gelir grupları tarafından da satın alınabilecek sağlık sigortası poliçelerinin üretimi hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Risk profili, aktüerya, yaşam tabloları, uzun dönemli sigortacılık, standart tanı tedavi prosedürleri, koruyucu sağlık hizmetleri,

ABSTRACT

Özsarı, S. H., Some Descriptive Characteristics and Risk Profile of Users of One Private Health Insurance Company (1998-2002), Hacettepe University Health Sciences Institute Ph.D. Thesis in Health Management, Ankara, 2003. This study was carried out to propose new strategies in accordance with real risk profiles of private health insurance system. The final objective is to provide a system to collect the appropriate premium for real risks through realistic actueria. To achieve this, the data of the selected private insurance company for the previous five years from 1998 to 2002 were analyzed. The service utilization of 127 851 insured persons was evaluated. The demand for health insurance which was consantrated and showing continuity in the 15-49 age group was below 20% for the population below 15 years of age. According to the findings the data of five years, it was found that the hospitals were preferred with proportion of more than 50% as the primary choice for outpatient cases. During the year 2002, the mean service utilization for each insured person was 5.23. Completeness of the health information system, lack of survival tables, unavailability of the standard diagnosis and treatment procedures have led to the risk profiles to be unreliable. To increase the tendency of 15 year and below age group to obtain private health insurance, policies containing preventive health care services should be produced. Long-term health insurance schemes should be encouraged and insurance schemes should be supported thorough measures for preventive health interventions. Steps should be taken to arrange the private and public health insurance schemes to produce synergy together. Production of health insurance policies which could be bought not only by the upper income groups, but also by the middle income groups as well.

Keywords : Risk profile actueria, survival tables, long term insurance system, standard diagnosis and treatment procedures, preventive heath care.

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar	4
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Hakkı	5
2.2. Sağlık ve Sigortacılık	9
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	17
2.3.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi	18
2.3.2. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi	19
2.3.3. Özel Sağlık Sigortası Sistemi	20
2.4. Dünyada Sigortacılığın Tarihçesi	21
2.5. Türkiye’de Sigortacılığın Tarihçesi	23
2.6. Dünyada Sağlık Sigortacılığının Tarihçesi	26
2.7. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Tarihçesi	28
2.8. Dünyada Özel Sigortacılık Uygulamaları	33
2.9. Türkiye’de Sigortacılık Uygulamaları	37
2.9.1. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları	37

2.9.1.1.	SSK	38
2.9.1.2.	Bağ Kur	39
2.9.1.3.	Emekli Sandığı	40
2.9.1.4.	İstiklal Madalyası Sahipleri ve Vatan Hizmetinde Bulunanlara Yapılan Sağlık Yardımı	43
2.9.1.5.	65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Vatandaşlara Yapılan Sağlık Yardımı	43
2.9.1.6.	Yeşil Kart	44
2.9.1.7.	Diğer Kamu Kaynaklı Sağlık Yardımları	45
2.9.1.8.	Özel Sandıklar	45
2.9.2.	Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Uygulamaları	47
2.10.	Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Gelecek Trendleri	52
2.10.1.	Demografik Değişiklikler ve Uzun Süreli Bakım	52
2.10.2.	Sağlıkta Yeniden Yapılanma	54
2.10.3.	ABD’de Sağlıkta Gelecek Senaryoları	55
2.10.4.	Avrupa’da Sağlık Sistemlerinde Geçiş Yaşayan Ülkeler	56
2.10.5.	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	57
2.11.	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Gelecek Trendleri	59
GEREÇ VE YÖNTEM		64
3.1.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	64
3.2.	Araştırmanın Tipi	64
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem	64
3.4.	Veri Toplama Araçları	65
3.5.	Araştırmada Kullanılan Terimlerin Tanımlanması	67

3.6. Araştırmayı Uygulama Şekli	70
3.7. Araştırmada Ölçüm İçin Kullanılan Araç ve Gereçlerin Tanımlanması	71
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	71
3.9. Gerekli İnsangücünün Sağlanması	71
3.10.Araştırma İle İlgili İzinler	71
3.11.Etik Konular	71
3.12.Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları	72
3.13.Araştırmanın Bütçesi	72
3.14.Araştırmanın Çalışma Takvimi	73
BULGULAR	74
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	74
4.2. Hizmet Kullanımına İlişkin Bulgular	82
TARTIŞMA	103
SONUÇ VE ÖNERİLER	113
KAYNAKLAR	119
EKLER	
EK 1	Özel Sağlık Sigortası Başvuru Formu'nda Bulunması Gereken Temel Bilgilere İlişkin Form Örneği Önerisi
EK 2	Araştırma'da Kullanılan Terimler
EK 3	İsviçre Hayat Sigorta A.Ş. Tanıtımı, Sağlık Sigortası Ürünleri
EK 4	Özgeçmiş

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
A.Ş	:	Anonim Şirket
BUT Ü.T	:	Bütçe Uygulama Talimatı Ücret Tarifesi
Dön.	:	Dönem
Dr.	:	Doktor
Fak.	:	Fakültesi
FNG	:	Flornance Nightingale
Has.	:	Hastalık/Hastalıkları
Hast.	:	Hastanesi
Konj.	:	Konjenital
M.Ü.T.F.V.	:	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı
NRP	:	Net Risk Primi
Operas.	:	Operasyonu
Pol.	:	Poliklinik
Semp.	:	Semptomlar
Sis.	:	Sistem/Sistemi
TTB	:	Türk Tabipleri Birliği
TTB A.Ü.Tarifesi	:	Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi
USD	:	Amerikan Doları
Üniv.	:	Üniversitesi

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. “Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002) Araştırması” Akış Şeması, Ankara, 2001

65



TABLOLAR

Tablo 2.1.	Hasar Prim Oranına Göre Hasarsızlık İndirimi veya Sürprim Uygulama Basamakları Örnek Uygulaması, Türkiye, 2003	14
Tablo 2.2.	Dünyada, Yaşlılık Malüllük ve Ölüm, Hastalık ve Analık, İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Türünden Sigorta Uygulaması Yapan Ülke Sayısının Yıllara Göre Dağılımı, 1940-1997	27
Tablo 2.3.	Dünya Sigortacılık Uygulamalarında, Prim Üretimine Göre İlk Oniki Ülke Sıralaması, 2001	33
Tablo 2.4.	Dünya Sigortacılık Uygulamalarında, Kişi Başı Prim Üretimine Göre İlk Oniki Ülke Sıralaması, 2001	34
Tablo 2.5.	Dünya Sigortacılık Uygulamalarında, Sigorta Primlerinin Gayrisafi Milli Hasılaya Oranına Göre İlk Oniki Ülke Sıralaması, 2001	35
Tablo 2.6.	Bazı OECD Ülkelerinde, Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Kamu ve Özel Fonlara Göre Yüzde Dağılımı, 2000	36
Tablo 2.7.	Kamu Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapsadığı Nüfus, Türkiye, 2001	37
Tablo 2.8.	SSK Kapsamında Sağlık Yardımı Alan Kişilerin On Yıllık Dönemler Halinde Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1965-2001	38

Tablo 2.9.	Bağ-Kur Kapsamında Sağlık Yardımı Alan Kişilerin On Yıllık Dönemler Halinde Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1975-2001	39
Tablo 2.10.	Emekli Sandığı Kapsamında Sağlık Yardımı Alanların On Yıllık Dönemler Halinde Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1965-2001	41
Tablo 2.11.	Emekli Sandığı'nın Emeklilere Yönelik Sağlık Yardımı Ödediği Kişilerin Son Altı Yılda Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1997-2002	42
Tablo 2.12.	Yeşil Kart Kapsamında Sağlık Yardımı Alanların Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1993-2001	44
Tablo 2.13.	Özel Sandıkların Üyelerine Yönelik Sağlık Yardımı Ödediği Kişilerin Son 7 Yılda Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1996-2002	46
Tablo 2.14.	Özel Sigorta ve Sağlık Sigortası Şirketlerinin Sayısı ile Özel Sağlık Sigortalıların Sayısının Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1997-2001	47
Tablo 2.15.	Sigorta Şirketleri ve Sağlık Sigortası Şirketlerinin Prim Üretimlerinin Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1997-2001	48
Tablo 2.16.	Özel Sağlık Sigortacılığı Yıllık Hasar/Prim Oranları, Türkiye, 1997-2001	49

Tablo 2.17.	Prim Üretimine Göre Özel Sağlık Sigortası Şirketleri	
	Sıralamasında İlk On Şirket, Türkiye, 2001	50
Tablo 2.18.	Sağlık Sigortalı Kişi Sayısına Göre Özel Sağlık Sigortası Şirketleri	
	Sıralamasında İlk Üç Şirket, Türkiye, 2001	51
Tablo 2.19.	Bazı Demografik Göstergelerde Beklenen Gelişmeler, Türkiye, 2000-2005	62
Tablo 3.1.	İncelenen Sigorta Şirketi'nde Konular ve Değişkenler, 2003	66
Tablo 4.1.1.	İncelenen Sigorta Şirketi Portföyünün 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003	75
Tablo 4.1.2.	İncelenen Sigorta Şirketi Ferdi ve Grup Sağlık Sigortacılığı Prim Üretiminin, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003	76
Tablo 4.1.3.	İncelenen Sigorta Şirketi Sağlık Sigortası Hasar Ödemelerinin, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003	77
Tablo 4.1.4.	İncelenen Sigorta Şirketi Sağlık Sigortası Hasar Prim Oranlarının, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003	78
Tablo 4.1.5.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Sağlık Sigortalı Portföyünün, Yaş ve Cinsiyet Dağılımı, 2003	79

Tablo 4.1.6.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Sağlık Sigortalı Portföyünün, Sigortalılık Yıllarına Göre, Yaş ve Cinsiyet Yüzde Dağılımı, 2003	80
Tablo 4.2.1.	İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Hasar Ödemelerinin, Kullanan Kişi Bazında Yıllara Göre Dağılımı, 2003	82
Tablo 4.2.2.	İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Hasar Ödemelerinin, Tedavi Türleri ve Yıllara Göre Yüzde Dağılımı, 2003	84
Tablo 4.2.3.	İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Ayakta Tedavi Hasar Ödemelerinin, Kurumlara ve Yıllara Göre Yüzde Dağılımı, 2003	85
Tablo 4.2.4.	İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Yatarak Tedavi Hasar Ödemelerinin, Kurumlara ve Yıllara Göre Yüzde Dağılımı, 2003	86
Tablo 4.2.5.	İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 Yılları Arasında, Çeşitli Grup/Kurumlara Yaptığı Ayakta Tedavi Hasar Ödemeleri Yüzde Dağılımı, 2003	87

Tablo 4.2.6.	İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 Yılları Arasında, Çeşitli Grup/Kurumlara Yaptığı Yatarak Tedavi Hasar Ödemeleri Yüzde Dağılımı, 2003	89
Tablo 4.2.7.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinin, 17 Başlıklı Liste Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı, 2003	91
Tablo 4.2.8.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Birinci Sırada Yeralan, Beslenme ve Metabolik Hastalıklar Grubunda Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003	93
Tablo 4.2.9.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre İkinci Sırada Yeralan, Neoplazmalar Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003	95
Tablo 4.2.10.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Üçüncü Sırada Yeralan, Genito-Üriner Sistem Hastalıklar Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003	97

Tablo 4.2.11.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Dördüncü Sırada Yeralan, Kas İskelet Sistemi ve Eklem Hastalıkları Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003	99
----------------------	---	----

Tablo 4.2.12.	İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Beşinci Sırada Yeralan, Enfeksiyon Hastalıkları Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003	101
----------------------	--	-----

GİRİŞ

Sigorta kavramı, tehlikeli faktörlere karşı can ve malın korunması için bir araç olarak düşünülmüştür (1). Bu tehlike nedenleri **risk faktörleri** olarak adlandırılmaktadır. Risk faktörleri; ekonomi ve üretim teknolojisindeki değişiklikleri içerdiğinde **ekonomik risk faktörleri** olarak, dolandırıcılık-hırsızlık-sahtekarlık-tahrip etme gibi davranış bozukluklarını içerdiğinde **sosyal risk faktörleri** olarak, doğal afetler ve yangın gibi felaketleri içerdiğinde ise **fiziksel risk faktörleri** olarak adlandırılabilir(1).

Sigorta, yasal altyapı, gelenek ve görenekler bağlamında, sıralanan bu ve benzeri risk faktörleri ile başedebilmenin sistematik biçimde sürdürülmesini sağlayan bir bütündür(1). Bu bütünün ayrılmaz üç parçası vardır. Bunlar; sigorta sözleşmesi, sigortacı ve sigorta ettirendir. **Sigorta sözleşmesinde**, sigorta teminatı veren sigortacı ile riskle karşı karşıya olan sigorta ettiren olmak üzere iki taraf vardır. **Sigortacı** sigortalıyı korumakla, sigortalı da sözleşmesi gereği prim diye adlandırılan tutarı ödemekle yükümlüdür. Dolayısıyla, sözleşmede, sigorta ettirenin prim ödeme yükümlülüğüne karşılık; sigortacının da, süresi içinde, sigorta edileni koruma, riskle karşılaşıldığında tazminat ödeme yükümlülüğü vardır. Yani, **sigortanın temel görevi; riski paylaştırarak, zararı bölmek ve kişiye yada kuruma, ekonomik olarak zarar verici boyuttan uzaklaştırmak** olarak ifade edilebilir. Doğaldır ki, sigorta, birleştirdiği kaynaklar açısından yatırım alanları da sunar. Birey yani sigortalı tarafından, sigorta; güven veren, olası hasarları önlemek üzere tedbir aldırان, aynı zamanda da bir tasarruf aracı olan özelliklere sahiptir. Oysa genel ekonomi açısından bakıldığında, **sigorta, sermaye birikimi yoluyla finans ve yatırım alanları için de önemli bir sektördür.**

Gerek dünya genelinde ve gerekse ülkemizde yaşanan uygulama açısından bakıldığında; özel sigorta şirketleri, hayat dışı ve hayat olmak üzere iki ana alanda faaliyet göstermektedirler(2).

Hayat dışı şirketler, elementer olarak tanımlanan; yangın, trafik, kasko gibi alanlarda hizmet verirken, hayat şirketleri uzun süreli olarak hizmet veren vefat, emeklilik gibi

alanlarda ön plana çıkmaktadır. Sağlık sigortacılığı da genellikle hayat sigorta şirketleri bünyesinde verilmektedir(2).

Sağlık sigortacılığı hizmetleri, “**Net Risk Primi**” diye adlandırılan ve kişilerin risklerinin hesabı temeline dayanan bir aktüeryal hesaplama ile verilmektedir(2). Buna göre; yaş grupları ve cinsiyet değişkeni kullanılarak, hizmetin kullanılma sıklığı da dikkate alınmak kaydıyla, kişinin yararlanabileceği hizmetlerin sigorta şirketlerine muhtemel riskleri ve dolayısıyla maliyetleri hesaplanmaktadır. Mevcut hizmetlerden yararlananların yani sigortalıların risk profillerini ortaya çıkaran bu hesaplamanın doğruluğu, hizmeti talep edenlerin yani sigortalı adaylarının ödeyecekleri prim miktarının hesaplanmasındaki temeli oluşturmaktadır.

Öte yandan, ülkemizde özel sağlık sigortası primlerinin giderek yükselmesi karşısında, mevcut özel sağlık sigortalılarının bu sistemden çıkma eğilimlerinin yüksekliğini ortaya koyan veriler de mevcuttur. Çünkü 1997’den 2003’e gelindiğinde, özel sağlık sigortası poliçesi sahibi olanların sayısının 743 399’dan 655.703’lere düştüğü, Hazine Müsteşarlığı ve Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği resmi istatistikleri ile gösterilmektedir(3,4).

Sağlık hizmetleri; arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi, bir bölümünün toplumsal olma özelliği, kar amaçlı değil sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüfiliği, talep esnekliğinin katı olması, ikamesinin olmaması gibi temel özelliklere sahiptir (5).

Sağlık hizmetleri gerek teknoloji yoğun ağırlığı gerekse de insan faktörüne dayanması açısından **arzu** son derece pahalı olan bir özelliğe sahiptir. Zira, sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı hem fazladır hem de her geçen gün bilimsel ilerlemelerle yeni teknolojiler kullanımını gerektirir(6).

Sağlık hizmetlerinde talep, hizmeti kullanan yani hasta tarafından belirlenmez. Örneğin tedavi edici hizmetlerinde, talep her zaman için sağlık meslek mensupları yani profesyonellerce (sıklıkla hekimler) tespit edilir(6).

Tespit edilen sağlık hizmet talebi, her ne şart altında olursa olsun gerçekleşen talep olmak zorundadır. Çünkü kullanılması mecburidir, eldeki her türlü imkan zorlanılarak hizmete ulaşılmaya çalışılır, yani **sağlık hizmetlerinin talep esnekliği** katıdır (6).

Ayrıca, sağlık hizmetinde, kişinin yerine konulabilecek başka bir hizmeti tercih şansı yoktur, yani **sağlık hizmetlerinin ikamesi** bulunmamaktadır(6).

Sağlık hizmetlerinin, toplumsal veya ekonomik ifadesiyle, **dışsallığı** yani “eksternalitesi” vardır (6). Çünkü, sağlık hizmetlerine ulaşanlar kadar, ulaşamayanlar da o hizmetten yararlanırlar. Örnek olarak, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde, bir kişinin aşı olması diğerlerini de hastalığa yakalanmaktan, hastalığı bulaştırmayacağı için, korur. Bu yüzden de sağlık hizmetleri toplumsal hizmetlerdir ve kar amacı gütmeyizler(6).

Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman-nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden genellikle kestirilemez(6). Dolayısıyla sağlık hizmetleri durmaz, sürekli ve her türlü tedbirin her an alınmasını gerektirir.

Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğinin; talebinin tüketici tarafından belirlenmediği ve talep esnekliğinin katılığı olduğu da dikkate alınırsa, hizmet sunumu ve finansmanın her türlü “kötüye kullanıma” açık olduğu belirgin bir biçimde görülecektir. Bu açıdan bakıldığında da, özel sağlık sigortacılığında hem riskin, hem de primin, doğru hesaplanması son derece önemlidir. İşte bu görüşten hareketle, bu Tez Çalışması’nda “ Bir Özel Sağlık Sigortacılığı Kurumunda Risk Profili” nin ortaya konulmasına çalışılmıştır.

1.1. Amaçlar

Özel Sağlık sigortacılığında; gerek hizmeti finanse eden özel sağlık sigortası şirketleri, gerek hizmeti sunan özel ve kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşları ve gerekse hizmeti alan özel sağlık sigortası poliçesi sahiplerinin kötüye kullanımlarını asgariye indirgeyen, doğru riske doğru prim alınması yoluyla hizmette maliyet etkililiği sağlayan bir risk analizi yapabilmektir.

Araştırma'nın Kısa Dönem Amaçları:

1. Türkiye'de bir özel sağlık sigortacılığı kurumunda risk profilini tespit etmek,
2. Saptanan risk profillerine uygun yeni stratejiler önermek,
3. Belirlenecek yeni stratejilere uygun model tasarımına katkı sağlamak.

Araştırma'nın Orta ve Uzun Dönem Amaçları:

1. Risk profillerinin ülke geneline yaygınlaştırılması yoluyla yeni sigortalıların seçiminde karar vericilere veri sağlamak,
2. Özel sağlık sigortacılığında risk profili saptamasını sağlayacak temel verileri kapsayan bir kayıt sistemi oluşturulması ve veri analizlerinin düzenli bir biçimde yapılarak risk profilleri değişiminin belirlenmesi ve risk profilinin buna göre güncelleşmesine katkıda bulunmak,
3. Belirlenen stratejilere uygun yeni model önerileri geliştirerek, özel sağlık sigortacılığında kötüye kullanımı; hem sigortacı, hem sigortalı, hem de hizmet sunucular açısından, asgariye indirmek yoluyla, doğru riske doğru prim alınmasını sağlayarak süreci girdi sağlamak.

GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı; kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkanlardan yararlanabilmesi olarak tanımlanır (7).

Uluslararası Çalışma Örgütü Anayasası; başlangıçta sadece işçilerin genel ve mesleki hastalıklara ve iş kazalarına karşı korunması ilkesini getirirken, 1944 yılında Philadelphia Bildirgesi ile Anayasası'na eklediği şu ifadeyle, sağlık hakkının kapsamını genişletilmiştir(8): *“Korunmaya gereksinimi olan herkese enaz gelir sağlamak üzere toplumsal güvenlik önlemleri ile sağlık bakımlarının genişletilmesi, bütün işlerde işçilerin sağlıklarının tam olarak korunması, çocuğun ve analığın korunması”*

Ülkemizde 1947 yılında onaylanan Dünya Sağlık Örgütü Anayasası başlangıç bölümünde, sağlık hakkı; *“hasta olmamak, sakat olmamak, fiziksel-ruhsal-sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olmak”* olarak genel anlamda ifade edilmiş, daha sonraki maddelerinde ise şu hükme yer verilmiştir (9): *“Ulaşılabilmesi mümkün olan en mükemmel bir sağlık durumuna sahip olmak, ırksal, dinsel, siyasal fikirleri, ekonomik, yahut sosyal durumu her ne olursa olsun her insanın, temel haklarından birini oluşturur.”*

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından, 1948 yılında kabul edilen, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde (10); *“Herkesin, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım, gerekli toplumsal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve gönencini güvence altına alacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak öteki durumlarda güvenlik hakkı vardır”* denmektedir.

Aynı Sözleşme'nin 12. maddesinde (10); “Sözleşmeye taraf devletler, herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkını tanır. Bu sözleşmeye taraf devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler;

- a) Ölü doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için önlemler alınması,
- b) Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi,
- c) Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi, sağaltımı ve denetlenmesi,
- d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli olan önlemleri içerir” denmektedir.

Avrupa Konseyi'nin 1961 yılında kabul ettiği Avrupa Sosyal Şartı'nın 13. maddesinde (10); “Sağlık ve sosyal yardım hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak için sözleşmeciler taraflar; yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla ya da başka kaynaklardan, özellikle bir toplumsal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalıkta bu durumun gerektirdiği bakımı sunmayı üstlenir” ifadesi yer almaktadır.

Sosyal güvenlik risklerinin kapsamı, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1944 yılı Philadelphia Konferansı Bildirgesi'nde; hastalık, analık, malullük, yaşlılık, aileyi geçindirenin ölümü, işsizlik, normal üstü giderler, meslekle ilgili arızalar (iş kazaları ve meslek hastalıkları) şeklinde sıralanmıştır (11).

Sosyal güvenlik, 102 sayılı Sözleşme'nin öngördüğü normlar (12), Avrupa Konseyi, BM ve AB sosyal güvenlik mevzuatı bakımından da standart bir ölçüt olarak kabul görmektedir(13).

102 sayılı Sözleşmenin 10. maddesi, hastalık ve sağlık yardımlarının en az şunlar olabileceğini öngörmüştür(12):

“

- *Evde yapılacak muayeneler dahil, pratisyen hekimler tarafından yapılacak muayene ve tedaviler;*
- *Mütehassıs hekimler tarafından, hastanelerde yatarak veya ayakta yapılacak muayene ve tedavilerle hastane dışında sağlanabilecek tedaviler;*
- *Hekim reçetesiyle lüzum gösterilen ilaçların temini;*
- *Lüzum halinde, hastaneye yatırma. ”*

Hastalık sigortası yardımlarından yararlanabilmek için 102 sayılı İLO Sözleşmesi’nde öngörülen koşullar; Sözleşmenin 11. maddesinde, 10. madde de belirtilen yardımlar, “kötüye kullanımı önlemek için, gerekli sayılabilecek asgari bir staj süresini tamamlamış olan sigortalılara ve bunların hak sahibi kimselerine sağlanır” hükümleri olarak yer almaktadır(12).

Ayrıca, 10. maddede staj süresi yanında getirilen bir diğer koşul da katkı bedelleridir. Buna göre; “yardımlardan yararlananlar veya bunların aile reisleri, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebilecektir.” Ancak bu iştiraklerin dayandığı esasların ilgiliye ağır yük oluşturmayacak şekilde belirlenmesi ilkesi getirilmiştir(12).

Hastalık sigortası yardımlarının finansmanı için yine Sözleşme’nin 71. maddesinde bazı düzenlemelere yer verilmiştir. Sözleşme gereğince sağlanacak yardımların finansmanının dar gelirli kişileri ağır bir yük altında bırakmayacak şekilde, ayrıca devletlerin ve yardım alan kişilerin gelir kategorilerini dikkate almak suretiyle primle veya vergiyle ya da prim ve verginin karışımı yöntemini kullanarak finanse edilmesi benimsenmiştir(12).

Sözleşmenin 71. maddesinin ikinci fıkrasında ise, alınacak sigorta primlerinin, yardım yapılacak kişilerle bunların eş ve çocuklarına ayrılacak kaynakların %50’sinden fazla olamayacağı belirtilmiştir(12).

Sistemin finansmanının sürekli olabilmesi için getirilen bir diğer kurala da yer verilmiştir. Mali denge ve ilgili aktüeryal inceleme ve hesapların periyodik olarak yapılması, yardımlarla sigorta prim oranlarında veya bu yardımları karşılamaya tahsis olan vergilerde herhangi bir değişiklik yapılmadan önce, bu hesap ve tetkiklerin yapılmış olmasının aranması, sistemin sürdürülebilmesi için getirilen bir kuraldır(12).

Sağlık hakkına yer veren, **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde** (14)

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre ve sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşın ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünden tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kamunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

hükmü bulunmaktadır.

2.2. Sağlık ve Sigortacılık

Sigorta, her türlü mevzuat ile gelenek ve görenekler çerçevesinde, insanların, risk faktörlerinin yaratabileceği zararlarla başa çıkmalarına yardımcı olan ve bu yardımı sistematik bir şekilde sürdürüp yönlendiren bir sistemdir (1). Yani, kişilerin bazı şartlar altında karşılaşacakları, zarara ve gelir kaybına yol açacak olayların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için, önceden, belli bir prim ödemesi yoluyla bu risklerini devrettiği bir karşılıklı **akittir**(1). Bu kapsamda, sigorta sisteminin en önemli işlevinin, riski bölmek ve dolayısıyla zararı parçalamak yoluyla, kişi ve ve/veya kurumlara riskle karşılaştıklarında, ekonomik açıdan uğrayabilecekleri zararı önemsiz bir duruma getirmek olduğu söylenebilir.

Sigortacılıkta risk, zarara neden olan olayların meydana gelme ihtimali, sigorta teminatı altına alınmış olan sigortalı şeyin karşı karşıya bulunduğu tehlikeler olarak ifade edilmektedir (15). Sigortacılıkta risk konusunu, risk analizi hususunda prim katsayılarının hesaplanması, risk rezervleri ve sigorta şirketlerinin yükümlülüklerini karşılama yeterliliği konusunda uzmanlığı olan, sigorta matematiği eğitimi almış ve bu konuda yeterliliği tescil edilmiş kişiler olan **aktüerler** analiz ederler (15).

Bir sigorta şirketinin poliçe sattığı sigortalılardan satın aldığı risklerin bir kısmını veya tamamını diğer bir şirkete satması olayı sigortacılıkta **reasürans** olarak adlandırılır(16).

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortacıya ya da tazminatın yararlanacağı belirtilmiş kişiye, söz verdiği yükümlülüğü yerine getiren ve riskin gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumlar olarak görev yapan **sigorta şirketleri**; sigorta sözleşmesi yapmak, poliçe düzenlemek, prim tahsil etmek, teminat altına alınan risklerden doğan zararları karşılamak gibi çeşitli sigortacılık faaliyetlerinde bulunurlar, sigortacılık faaliyetinde bulunmak üzere Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Devlet Bakanlığının izni ile Sigorta Murakabe Kanunu'na dayanılarak kurulup, yetki ve sorumlulukları bu mevzuatta belirlenen Anonim Ortaklık şeklinde örgütlenen tüzel kişiliklerdir (1).

Sigorta şirketi ile kurulan çift taraflı sözleşme yoluyla teminat altına alınan taraf olan sigortalı; **sigorta edilebilir risk** olarak tanımlanan ve aşağıda sıralanan özellikler kapsamında güvencededir(17):

1. Sigorta sözleşmesi yapılırken riziko gerçekleşmemiş olmalıdır,
2. Tehlike muhtemel olmalı, gerçekleşme ihtimali bulunmalıdır,
3. Tehlikenin ne zaman gerçekleşeceği bilinmemelidir,
4. Tehlike yasal olmalıdır,
5. Tehlikenin muhtemel sonuçları mali açıdan ölçülebilir nitelikte olmalıdır,
6. Sigortaya konu olan mal veya sorumluluk ile sigortalı arasında ekonomik bir ilişki olmalıdır.

Kaybedilmesi halinde, üzerinde hak sahibi kişi/kişiler için mali kayıplara neden olan taşınır veya taşınmaz herşey ya da meydana gelmesi durumunda yasal bir hakkın kaybedilmesine veya yasal bir sorumluluk oluşmasına neden olan herhangi bir olay **sigortanın konusunu** oluşturmaktadır(14). Örneğin, yangın poliçesi için bina veya içindeki eşyalar, sorumluluk poliçesi için ilgili kişinin başkalarına verebileceği zararlar, sigortanın konusudur(18).

Sigortalı ile sigorta şirketi arasında, sigortalının mal veya canına ait belirleyici bilgileri, sigortanın başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarları vb. bilgileri içeren **poliçe** adı verilen bir sözleşmeye ait yazılı belge imza altına alınır(1). Dolayısıyla, sigorta poliçesi; her iki tarafın hak ve yükümlülüklerini gösteren, sigorta bedeli, sigorta primi, primin ödenme zamanı ve yeri, sigorta konusu, riziko yeri ve teminatın süresinin belirtildiği sigortacı tarafından imzalanarak sigorta ettirene verilen sigorta sözleşmesini temsil eden bir belgedir(1). Sigorta ettirenin, sigorta riskinin karşılığı olarak, idari giderler, komisyonlar, kar, birikim primi gibi unsurları da içermek üzere ödediği ücret olan ve para olarak ödenen prim, sözleşmenin yürürlüğe girmesinin olmazsa olmaz şartıdır(19). Ödenmeyen prim, sigorta sözleşmesinin yerine getirilmesini engeller(19).

Sigorta poliçesi üzerinde çok açık ve net bir şekilde belirtilen ve sigorta sözleşmesinin her iki tarafa sağladığı haklar ve yüklediği görevleri tanımlayan **genel ve özel şartlar** bulunur(20). Genel şartlar, diğer ülkelerde, sigorta şirketlerince düzenlenir veya kamu otoritesince onaylanır. Ülkemizde ise, Hazine Müsteşarlığı'nca düzenlenmektedir(20). Genel şartlara örnek olarak; sigortanın kapsamı tarafların hak ve yükümlülükleri yanlış beyan veya

kasten gerçeğe aykırı beyan durumunda uygulanacak hukuk kuralları, sigortalının durumu veya sigorta konusunda meydana gelen değişikliklerin sigorta şirketine bildirilmesi, rücu, hakeme başvurma halleri gösterilir. Özel şartlar ise, teminatın genişletilmesi, daraltılması veya riziko idaresi ile ilgili şartlardır. Örneğin, bir işyerine yangın teminatının verilebilmesi için sigortalının yapması gereken düzenlemeler özel şartlardır(20).

Sigorta şirketi ile sigortalı arasında, sözleşmesi gereği, teminat altına alınmış bir tehlikenin gerçekleşmesi veya sigortalının üçüncü şahıslara karşı sorumlu duruma düşmesi sonucunda, sigorta şirketinin ödemekle yükümlü olduğu, tazminata esas oluşturan bedel **sigorta bedelidir** ve bu bedel sigortalının kaybetmek durumunda olduğu en yüksek bedel olarak ifade edilir(15).

Sigortacı ile kurulan çift taraflı sözleşmenin diğer tarafı **sigorta ettirendir**. Yani, sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigortadan doğan yükümlülüklerin sahibi kişidir(15). Sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi olabilir. Bazı sigorta sözleşmelerinde sigorta ettiren, sigortalı ve lehdar (sigortadan yararlanan kişi) aynı kişi olmakta, bazı sigorta sözleşmelerinde ise sigortacının karşısında taraf olarak üç ayrı kişi bulunabilmektedir. Diğer bir deyişle sigorta ettiren, sigortalı ve lehdar ayrı ayrı kişiler olabilmektedir(15).

Sigortalının, üzerinde menfaat sahibi olduğu şeyin kısmi veya tam olarak hasarlanması nedeniyle maruz kaldığı zararın sigorta şirketi tarafından tazmin edilmesinde, tazminatın sınırı, sigortalının parasal olarak ölçülebilen ve yasal olarak tanınmış, **sigorta edilebilir menfaati** kadardır(21). Sigortalının hasarının, sigorta şirketi tarafından tazmin edilmesinde, para ödemesi, tamir, yerine koyma, eski haline getirme gibi yöntemler kullanılır(21).

Kişiyi poliçe türüne göre; yaşam kaybı, sakatlık veya kritik hastalıklar gibi büyük risklere karşı güvence altına alan; birikimi sonunda toplu para ya da aylık veya yıllık gelir hakkı tanıyan sigorta türü olan **hayat sigortaları** sigortacılığın iki önemli bölümünden biridir(2). Diğeri de yangın, kasko, trafik gibi branşları yer aldığı **elementer** bölümdür.

Sağlık sigortası da bu branşlar içinde yeralan ve sigortanın yürürlüğe giriş tarihinden itibaren ortaya çıkacak hastalık ya da kaza sonucu oluşan sağlık giderlerini güvence altına alan bir sigorta türüdür(2). Sağlık sigortasında, sigortalının, poliçe ile teminat altına alınan konularda oluşan, belgelendirilmiş sağlık masrafları **sağlık giderlerini** oluşturmaktadır(2).

Sağlık sigortacılığında, sigorta şirketi ile anlaşması olan ve buna dayanarak, sigortalının poliçeleri ile limitleri dahilinde hizmet alabildiği hastane, tanı merkezi, laboratuvar, eczane gibi sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlara **anlaşmalı sağlık kuruluşları** ifadesi kullanılmaktadır.

Özel sağlık sigortalarının temel farklılıklarından birisi, kapsamın sosyal sigorta kapsamına göre oldukça dar olmasıdır. Diğer bir konu da sağlık sigortalarının yıllık olmasıdır. Özellikle kamu sağlık hizmetlerinin kalite, erişilebilirlik ve hakkaniyet açısından gösterdiği yetersizlikler uygulamada özel sağlık sigortalarına yönelinmesine neden olmaktadır(10).

Özel sağlık sigortacılığında ülkemizde uygulanmakta olan **teminatlar** genelde; %100'lü, %80'li, muafiyetli, limitli, limitsiz olabilmekte, teminat tipleri de; yatarak tedavi/hastane hizmetleri, ayakta tedavi, paket teminatlar, kısımlı teminatlar, doktor muayene, ilaç, ileri tanı yöntemleri, laboratuvar-röntgen, küçük müdahale, fizik tedavi, doğum teminatı, özellikli tedavi, ek teminatlar, diş, check up, gözlük ve lensi içermektedir (2).

Fiyatlandırmada, kişilerin yaşına, cinsiyetine ve aldıkları teminata göre değişen primler kullanılmakta olup, burada NRP kavramı gündeme gelmektedir. NRP, yani **Net Risk Primi**, bir yıl boyunca sigortalıların aldıkları teminata göre yaptıkları sağlık harcamalarının karşılanması için esas alınan kişi başına cinsiyet ve yaş gruplarına göre hesaplanan teknik primdir. Şirket bunun üzerine kendi giderlerini ekler ve satış primini oluşturur ve primini şöyle hesaplar: $PRİM = NRP + ACENTE KOMİSYONU + GENEL İŞLETME GİDERLERİ$ (2).

Bir **örnek** vermek gerekirse(2); **100 liralık bir prim alındığında**, değişik sigorta şirketlerine ve sigorta ürününe göre değişmekle birlikte, şirketin konservasyonu yani üzerinde tuttuğu pay yüzde 60, reasüröre verdiği pay yüzde 40 olabilmektedir. Buna göre, gelen hasarın da yüzde 40'ını reasürör ödemektedir. Ayrıca, komisyon oranı şirketin teşvik etmek istediği ürüne göre değişen yüzdelerde olmak üzere, bazı poliçelerde yüzde 20, bazılarında yüzde 15 acente komisyonu ödenmektedir. Sigorta şirketlerinde yüzde 10 civarında bir genel işletme gideri ve yüzde 5 civarında da kar oranı bulunmaktadır. Şirketlerin ürün pazarlaması sırasında yaptığı indirimler, bu kar oranından ve bazen de genel işletme giderlerinden gerçekleşmektedir. Öte yandan, her ay yeni tahakkuk eden primin ortalama üçte biri cari riziko karşılığı olarak bloke edilmekte ve bu bağlamda bir önceki yıldan ayrılan karşılık da serbest kalmaktadır(2).

Sigorta poliçelerinde bazı **istisnalar** vardır(2). Kongenital hastalıklar, estetik amaçlı girişimler, kozmetik malzemeler, kısırlık tetkik ve tedavisi, alkol ve uyuşturucu kullanımına bağlı oluşan giderler, psikiyatrik rahatsızlıklara ait giderler, poliçe öncesine dayalı riskler, intihar/intihara teşebbüs, genel sağlık kontrolü(check-up) gibi hizmetler istisnalara örnek olarak gösterilebilir(2).

Bazı sigorta poliçelerinde **bekleme süreleri** de bulunur. Şirketlere göre değişen koşullar ve hastalıklarda 6-19 aylık bekleme süreleri uygulanmaktadır(2).

Ödenmiş ve muallak hasarlar toplamının, toplanan primlere oranı olan **Hasar Prim Oranı**; poliçe yenilenmesi sırasında, tamamlanmış bir yıllık sigorta dönemi içerisinde hasar meydana gelmemesi halinde poliçe priminden yapılan indirimin yani **Hasarsızlık İndirimi**'nin belirlenmesinde önemli bir kriterdir(2). Yani, sigorta şirketleri, hasarsız kapatılan her bir yıl için ilave bir hasarsızlık indirimi yapabildikleri gibi, hasarların yüksek miktarlarda çıkması durumunda da fazladan prim (Sürprim) uygulaması da yapmaktadırlar(2).

Bu indirim ve sürprime ilişkin olarak, örnek alınan bir uygulama Tablo 2.1.'de sunulmaktadır.

Tablo 2.1. Hasar Prim Oranına Göre Hasarsızlık İndirimi veya Sürprim Uygulama Basamakları, Türkiye, 2003 (2)

Hasar Oranı (%)	Hasarsızlık / Sürprim Oranı (%)
0 - 5	40 İndirim
6 – 20	30 İndirim
21 – 40	20 İndirim
41 – 60	15 İndirim
61 – 80	-
81 – 100	2.5 Sürprim
101 - 120	5.0 Sürprim
121 - 150	10.0 Sürprim
151 - 200	20.0 Sürprim
201 - 250	30.0 Sürprim
251 +	40.0 Sürprim

Türkiye’de yapılan bir araştırmada; **özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri** arasında(22); kaliteli sağlık hizmeti alma, hastalık riskine karşı önceden önlem alma, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilme, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna güvenmeme, randevü alırken kolaylık sağlanması ve kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetine güvenmeme olduğu görülmüştür. Kaliteli sağlık hizmeti alma, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilme, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna güvenmeme ve kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetine güvenmeme nedenlerinin birbirleriyle bağlantılı olduğu ifade edilen araştırmada; en fazla SSK ve Bağ Kur kapsamındakilerin kurumlarına güvenmedikleri belirtilmiştir.

Kötü niyetli kişilerin, haksız kazanç elde etmek amacıyla, sigorta şirketini bilerek, kasıtlı olarak aldatmasına **sigorta sahtekarlığı** denmektedir(23).

Sağlık sigortalarında **teknik ve etik bozukluklar** adlı makalede (24); limitsiz teminatların, zorunlu ve ömür boyu sağlık sigortasının geçerli olması yaklaşımının, sadece üst gelir kesimini hedefleyen bir pazarlama mantığının, branştaki bilgi ve deneyim eksikliğinin yurtdışı kaynaklarla kapatma anlayışının, sigortalının kendi yerine sigortalı olmayanın hizmet almasını denemesinin, kabarık fatura düzenleme alışkanlığının, tazminat ödedikçe prim arttırma eğiliminin sektörün önündeki hatalar olduğu belirtilmektedir. Yine aynı yazarın bir başka makalesinde(25); bu tür hataları önlemeye yönelik çalışmaları kapsamında, Avrupa Standardizasyon Komitesi'nin sağlık kartı formatında anlaştığı ve böylelikle hizmetin tüm taraflarının birbirini anlayabileceği istatistik programları ile ortak esaslar kullanılarak maliyet unsurlarının kontrol edilmesi konularında ortak çalışma yapmaya başladıkları ifade edilmektedir.

Sağlık sigortacılığında “suistimal” veya “kötüye kullanım” olarak adlandırılan bu olayı araştırmak ve buna yönelik çözüm önerileri geliştirmek üzere, 2000 yılı Nisan-Temmuz ayları arasında, Bir Sigorta Şirketi'nde 1997-1998-1999 yılı sağlık sigortalıların kayıtlarının incelenmesinden oluşan bir çalışma yapılmıştır(26).

Bu Çalışma Grubu Sonuç Raporu'nun (26), ilgili sigorta kuruluşunun izniyle, konuyla ilgili ana başlıkları aşağıya çıkarılmıştır:

1. Sağlık sigortasına olan yaş ve cinsiyet ayrımlı talep, 15-49 yaş grubunda yoğunlaşmakta, her iki cinsiyette 26 yaşında, en büyük değerine ulaşmaktadır,
2. Yatarak tedavide risk profilinin sigortalılık yılına göre dağılımına bakıldığında, ferdi sigorta yatarak tedavi sigortası yaptıran kadınlarda, sigortalılığının ikici-üçüncü-dördüncü-beşinci yıllarında risk diğer sigortalılık özelliklerine göre daha fazla artmaktadır,
3. Yatarak tedavide en pahalı ilk 5 hastane; İstanbul Mikrocerrahi Hastanesi, Metropolitan FNG. Hastanesi, Amerikan Hastanesi, FNG. Hastanesi ve Alman Hastanesi'dir,

4. Yatarak tedavide en çok hasar gerçekleşen ilk beş hastalık grubu; hamilelik doğum ve lohusalık komplikasyonları, sindirim sistemi hastalıkları, yaralanma ve zehirlenmeler, solunum sistemi hastalıkları ve genito-üriner sistem hastalıklarıdır,
5. Ayakta tedavide en çok hasar gerçekleşen ilk beş hastalık grubu; çocuk hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, kadın hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve genito-üriner sistem hastalıklarıdır,
6. Yatarak ve ayakta tedavide gerçekleşen toplam hasarlara göre yaş ve cinsiyet ayrımlı risk yüzdesi dağılımında; erkeklerde 0, 39 ve 66 yaşlarında, kadınlarda 0, 33 ve 49 yaşlarında risk en büyük değerlerine ulaşırken, erkeklerde 16 ve 55 yaşlarında, kadınlarda 13, 46 ve 58 yaşlarında risk en küçük değerini bulmaktadır,
7. Mevcut ile çalışmada saptanan risk profillerinin erkeklerde karşılaştırılmasında; 0-5 yaş grubu ve 32 yaş sonrasında, özel sağlık sigortaları riski yanlış öngörerek topladıkları primden çok daha fazla hasar ödemekte ve dolayısıyla zarar etmektedirler,
8. Mevcut ile çalışmada saptanan risk profillerinin kadınlarda karşılaştırılmasında; 0-1 yaş grubu ile 25 yaş sonrasında, özel sağlık sigortaları riski yanlış öngörerek topladıkları primden çok daha fazla hasar ödemekte ve dolayısıyla zarar etmektedirler,

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında kullanılan temel kriterlerden biri de hizmetin finansman şeklidir.

Bu anlamda dünya genelinde üç sistem bulunmaktadır(10):

1. Ulusal sağlık hizmetleri sistemi,
2. Sosyal sağlık sigortası sistemi,
3. Özel sağlık sigortası sistemi.

Bu sistemlerin hiçbiri tek başına uygulanmamaktadır. Her sistem değişik yoğunlukta karma bir anlayış içerisinde uygulanmakta, ancak her ülke hakim olan sisteme göre sınıflandırılmaktadır(10).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sağlık sigortacılığı; dünyada uygulanmakta olan bu üç ana model içinde, hem sosyal sigorta sistemleri kapsamında, hem de isteğe bağlı özel sağlık sigortası uygulamaları olarak iki ayrı finansman türü içinde de yer almaktadır. Üç ana sağlık hizmet finansman modelinden; birincisi vergiye dayalı (ulusal sağlık hizmetleri sistemi diye de adlandırılmaktadır), ikincisi sigorta bazlı (sosyal sağlık sigortacılığı olarak da bilinir), üçüncüsü de özel sağlık sigortacılığı ağırlıklı sistemdir (27).

2.3.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi

Bu sistemin temelinde, ülke vatandaşı olmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için gerekli ve yeterli koşul olarak kabul edilmektedir(27). Her vatandaş sağlık hizmetlerine vatandaşlık bağı ile hak kazanmakta, finansman ise vergilerle sağlanmaktadır. Beveridge sistemi olarak da anılan ve İngiltere, Kanada ve İsveç gibi ülkelerde de uygulanan bu sistemde, sağlık harcamaları vergilerle finanse edilen kamu kaynaklarından karşılanmakta ve tüm nüfus ücretsiz olarak sağlık yardımlarından yararlanmaktadır. Ancak sağlık hizmetinin kullanıldığı değişik aşamalarda kişilerin belli bir katkı payı ödemesi (ilaçlarda olduğu gibi), sistemin vergi ile finanse edilmesi ilkesini ortadan kaldırmamaktadır(10).

Bu sistem ilk defa İngiltere’de uygulanmaya başlanmış, gösterdiği yüksek toplumsal sağlık göstergeleri ve düşük maliyeti ile diğer ülkeler tarafından da örnek alınmış, İsveç, Kanada, Yeni Zelanda, İspanya ve İtalya’da ’da uygulama alanı bulmuştur.(28)

Özel sağlık sigortacılığı finansman modeline en az güvenen sistemler, büyük oranda vergiye dayalı sistemlerdir ve vergiye dayalı sistemle sağlık hizmetlerini finanse ederek tüm vatandaşlarını eşit şartlarda ulusal kapsama almış bu ülkeler, sosyal sigortaya dayalı sistemin egemen olduğu ülkelerden şu dört temel özelliklerle ayrılır(27):

- Kapsam daha geniş bir kitleye yönelik oldukça, Devlet’in vergi gelirlerinden olan sorumluluğu artmaktadır,
- Kapsam altında olan nüfus ülke geneline yayılmıştır,
- Hastalık fonları Devlet’ten ayrı kimliklerini ve bağımsızlıklarını kaybetme eğilimindedir.
- Sağlık hizmet sunumu gün geçtikçe kamu sektörünün sorumluluğu altına girmektedir.

2.3.2. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi

Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekar olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından bir diğeridir(10).

Sosyal sağlık sigortası, sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak zamanla gelişme göstermiş ve dünya genelinde uygulama alanı bulmuştur. Sosyal güvenlik sistemlerinin oluşumunu hazırlayan koşullar ve ilk sistemler Batı ülkelerinde ortaya çıkmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin en geniş uygulama aracı olan sosyal sigortalar, tarihsel gelişim içerisinde Bismark tarafından oluşturulmuştur. Alman sistemi, 1880-1890 tarihleri arasında yürürlüğe konulan yasalarla kurulmuştur(29). Bismark sistemi olarak da anılan sistem, kayıtlı istihdamın yaygın olduğu ülkelerde sağlıklı bir şekilde işlerken, kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ülkelerde beklenen kapsam ve kalitede yürütülememektedir. Ayrıca, belirli bir geliri olmayan ve istihdam dışında kalan kişileri kapsama almaması, sistemin zaafları arasındadır. Fransa, Almanya, Japonya, Avustralya ve Hollanda'da uygulanan bu sistem, geliri olmayan kapsam dışı kişileri, sosyal yardım organizasyonları ile kapsamaya çalışmaktadır(29).

Sosyal sağlık sigortacılığına dayalı bu sistemin geliştirilebilmesi için dört mekanizmanın kullanılması gerekmektedir(27):

- Sosyal sigortayı zorunlu kılarak riskin yayılması,
- Çalışanın priminin bir kısmını karşılayacak işveren ihtiyacı,
- Kamu veya yarı kamu, kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığıyla sağlık sigortası sağlanması,
- Düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında dengeli gelir dağılımını sağlaması için mekanizma geliştirilmesi.

2.3.3. Özel Sağlık Sigortası Sistemi

Özel sağlık hizmeti sistemini temelde ikiye ayırmak mümkündür. Birincisi, doğrudan yapılan harcamalarla yürütülen özel sağlık hizmeti sistemi, ikincisi ise dolaylı yöntemle yapılan harcamalarla gerçekleştirilen özel sağlık hizmeti sistemidir. Dolaylı harcamalarda sağlık hizmetini satın alacak kişi ve kurumlar ile sağlık hizmetini sunan kişi ve/veya kuruluşlar arasına üçüncü bir kişinin girerek, sağlık hizmetinin sunulmasını ve satın alınmasını risk paylaşımı esaslarına göre organize etmesine dayanmaktadır. Bu sistemde, hizmet sunumunda ve finansmanda kamunun payı minimal düzeydedir. Devlet bu sistemde sosyal yardım organizasyonları ile bakıma muhtaç kişilere sağlık güvencesi sağlamaya çalışmaktadır. Bu sistemin maliyetleri, diğer iki sisteme göre daha yüksektir(10).

Özel sağlık sigortası sistemi temelde, ödeme gücü olan bireylere dayanmaktadır. Bu güce sahip olmayan vatandaşların sağlıklarını yitirmeleri durumunda devletin bu kişileri kendi kaderine terk etmesi mümkün değildir. Nitekim özel sağlık sisteminin en geniş anlamda uygulandığı ABD’de, uygulamaya konulan Medicare ve Medicaid bunun somut göstergeleridir(30).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, eyaletlerle federal devletin birlikte oluşturduğu ve fakirlere sağlık yardımı yapan program Medicaid’dir. 65 yaşının üzerinde olanlar ya da daha genç yaşta özürlüler için oluşturulmuş federal bir sağlık sigortası programı ise Medicare’dir(31).

Batı Avrupa ülkelerinde, özel sağlık sigortacılığına girmenin nedenleri arasında; tedavi masraflarının kamu sigorta sisteminde geri ödenmeyen kısmının karşılanması ve tedavi süresince daha rahat kalacak yer sağlanması bulunmaktadır. Özel sigorta poliçelerinin çoğu, ek poliçe niteliğindedir. Uzun kuyrukların olduğu ve karneye bağlı, belirli vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri, bekleme süresinin daha kısa olduğu, tedavinin zamanını belirleyebilme olanağı tanıyan, çok sayıda uzman hekim ve hastane seçeneği ve daha fazla rahatlık sağlayan ek özel sağlık sigortası yaptırmaya yönelik talebi arttırmıştır(27).

2.4. Dünyada Sigortacılığın Tarihçesi (32)

Dünyada ilk sigortacılık örnekleri, deniz ticareti ile ilgili olarak, M.Ö. 3000 yıllarında Çinli tüccarların gemilere yükledikleri mallarını bölmeleri ile hem korsanlık rizikoları sonucu kaybı önlemeleri hem de nakliyeciden istenecek tazminatı en aza indirecek uygulamaları yapmalarıyla başlamaktadır.

M.Ö. 2100 yılında, Babil devleti'nde Hammurabi Kanunları'nda; kervan ticaretini teşvik için verilen kredilerin, mal yerine ulaştıktan sonra, bir faiz ilavesiyle geri ödenmesi veya asılı nesnelerin düştüğünde başkalarına verdiği zararın sorumluluğunun sahiplerine yüklenmesi gibi kurallar, bu gün de mevcut birer sigorta türü olarak uygulanmaktadır.

Eski Roma'da cenaze işlemlerini yapan birliklerin, üyelerinin katkılarıyla oluşan fonlardan masraflarını karşılama uygulaması, ilk hayat sigortası örneği olarak verilmektedir. Ölüm değil de hayat sigortası isminin konulmuş olması ise, sistemin hayatın süresi üzerine kurulmuş olmasının doğal bir sonucudur.

M.Ö. 916 yılında, Rodoslular, gemi ile taşımalarda, denizdeki fırtınalar nedeniyle yük boşaltma zorunluluğunda, denize atılan yüklerin sahibinin zararlarının diğer mal sahibi tüccarlardan karşılanması usulünü geliştirmişlerdir.

1132 yılında, Danimarka armatörleri mal hasarlanırsa zararı karşılamayı garanti etmek, 1255 yılında Venedikliler prim uygulamasıyla oluşan fondan korsanlık ve bozulma zararlarını ödemeyi yazılı olarak taahhüt etmişler ve bu uygulama ilk yazılı nakliyat poliçesi halini, 1384 yılında kumaş balyalarını İtalya'da Savona'dan Pisa'ya nakline verilmekle almıştır.

1667 yılında Londra'da bir inşaatçı olan Nicholas Barbon, yangına karşı hasarlı binaların tamirata veya yenisinin verilmesi uygulamasıyla, bu gün sigorta şirketlerinin tazminat ödeyerek verdiği hizmetin aynı sonuca yönelik türünü başlatmıştır.

Londra’da ise ilk nakliyat sigortacılığı uygulamaları Lombart tüccarları ile kendini göstermiş, 1688 yılında Llyod dünya literatüründe deniz nakliyatı sigortacılığının kurumu olarak tanınmaya başlamıştır. Edward Llyod, liman kahvelerinde yapılan tüccarlar ve gemi sahipler arasındaki zarar bölüşme anlaşmalarını, kendi kahvesini özendiren kolaylıklarla merkez olmayı başarmıştır. 1696 yılında da Llyod’s News adlı bülten yayınlayarak, halen bu gün de yayına devam eden Londra’nın en eski gazetesi ünvanını almıştır. 1734 yılında Llyod’s List adlı haftalık yayın çıkarılmaya başlanmıştır. 79 Underwriter (riziko kabul uzmanı) biraraya gelerek kahveyi satınılması ile müteselsil sorumluluk esasıyla teminat verilmeye başlanmış ve Llyod kurumsal kimlik kazanmıştır.

1693 yılında gökbilimci olan Edmond Halley, ilk mortalite tablosunu, ölüm istatistikleri ve birleşik faiz tablosuna dayandırarak hazırlamış, 1756 yılında Joseph Dodson bu tabloyu yenileyerek yaşa göre prim tabloları oluşturmuştur.

Amerikan göçmenleri 1787 yılında New York City’de ve 1794’de Philadelphia’da, bu gün hala varlığını sürdüren ilk sigorta şirketlerini kurmuşlardır.

1835 Londra yangınında, sigortacıların yetersiz fonları yüzünden hasarın tamamını ödeyememeleri üzerine bu konu kamu otoritelerinin dikkatini çekmiş, 1837 yılında Massacuhesets eyaletinde çıkarılan bir kanunla yeterli rezerv tutma zorunluluğu getirilmiştir. 1871 Chicago yangını ile, sigorta şirketinin öz kaynaklarının oluşan zararın tamamını ödemeye yetmemesi reasürans olmadan tam güvence sağlanamadığını göstermiştir.

İngitere’de, nakliyat poliçelerinin çoğalmasıyla hasar anlaşmazlıkları artmış ve 2000 ihtilafli olay ile çözüm şekillerini kapsayan 1906 tarihli Nakliyat Sigortası Kanunu çıkarılmıştır. Bu Kanun, halen benzer olaylarda başvuru en sağlam kaynak olma özelliğini korumaktadır. Llyod’s, 1909 yılında ilk kasko poliçesini düzenlemiş ve 1988 yılında üçyüzüncü yılını kutlamıştır.

2.5. Türkiye’de Sigortacılığın Tarihçesi (32)

Ahi’lik Teşkilatı, Türk tarihinde, sigortacılık kavramında risk paylaşımını getirmesi açısından önemli bir noktadır.

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında, İstanbul’da; İngiliz, Fransız, Alman, İsviçre, İtalya merkezli yüzün üstünde sigorta temsilciliği olduğu, resmi kayıtlarla belgelenememesine rağmen, söylenmektedir.

1870 yılında yaşanan Beyoğlu yangını ile İstanbul halkının sigorta ile ilgilenmeye başladığı, 1872 yılında Sun, Northern ve North British adlı İngiliz sigorta şirketlerinin İstanbul’a getirildiği, 1878’de bir Fransız şirketi olan La Fonciere’nın geldiği, 1889’da 15 ayrı şirketin İstanbul ve İzmir’de temsilcilik açtığı, bu temsilciliklerin herhangi bir hukuksal düzenleme olmaksızın merkezlerinin verdiği talimatlarla çalışarak İngilizce veya Fransızca poliçeler kestiği bilinmektedir. İki taraflı bir akit olmasına rağmen, poliçelerin tek taraflı olarak iptal edilebildiği, anlaşmazlıklara genellikle Londra Mahkemeleri tarafından bakıldığı bu dönem, 1893 yılında Osmanlı Bankası ile tütün inhisarının 220 000 altın lira sermayeli Osmanlı Umum Sigorta’nın kurulmasına kadar sürmüştür.

Bu gelişme üzerine, diğer şirketler biraraya gelerek, 12 Temmuz 1900 tarihinde; sigorta şirketleri cemiyetinin kurulmasına, tek yangın tarifesinin kullanılmasına, denetçi sistemi oluşturulmasına karar vermişlerdir. 44 şirket ile başlayan bu beraberlik 1912 yılında, 54’e yükselmiştir.

1914 yılında çıkan, Ecnebi Sigorta Şirketleri Hakkında Kanun ile Ticaret Kanununa Ek Olan Sigortalar Kanunu; yabancı sigorta şirketlerinin tescili ile yangın nakliyat primlerinde yüzde 3, hayat sigortasında yüzde 2 teminat göstermeleri ve kazanç vergisi ödemeleri kararlaştırılmıştır.

1916 yılında Sigorta Şirketleri Cemiyeti'nin genel hükümlere uygun olmaması nedeniyle; Türkiye'de Çalışan Sigorta Şirketleri Cemiyeti şeklinde, İstanbul yangın, taşra yangın, nakliyat, hayat bölümleriyle yeniden düzenlendi. Muhtemelen bundan ötürü, bir çok yabancı şirket çalışmalarını durdurdu.

1917 yılında, asıl ortak Viyana'daki Fenix Şirketi olmak üzere, Ahmet Mithat ve Hamid Bey, 176 bin Osmanlı Lirası sermaye ile Türkiye Milli Sigorta Şirketini kurdular. Bu şirket, 1930'lu yılların dünya ekonomik krizi nedeniyle, Fenix Wien'in iflası ile birlikte kapandı.

1918 yılında, Mehmet Celal Bey, İttihadı Milli Osmanlı Sigorta'yı kurdu.

1923 yılında, İtalyan Riunione Adriatica tarafından 200 000 TL. sermaye ile bu gün Koç Allianz adıyla faaliyet gösteren Şark Sigorta kuruldu.

1925 yılında Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi kuruldu. 1926 yılında sigortacılık uygulamalarının da içinde yer aldığı yeni Ticaret Kanunu kabul edildi. Bir sonraki yıl da Sigorta Denetim Kanunu çıktı.

1929'da Milli Reasürans, 1936'da Ankara Türk Sigorta Şirketi, 1941'de Doğan Sigorta, 1943'de bu gün adı Yapı Kredi olan Halk Sigorta, 1944'de Destek Reasürans, 1948'de Genel Sigorta, 1957'de Güneş Sigorta, 1958'de Ray ve Birlik Sigorta, 1959'da Başak Sigorta, 1960'da Ak Sigorta, 1966'da bu gün adı Hür olan Tam Sigorta ile Emek Sigorta, 1968'de bu gün adı Axa Oyak olan Oyak Sigorta, 1979'da İstanbul Reasürans, 1980'de Halk Reasürans, 1984'de Batı Sigorta, 1988'de Emek Hayat, İsviçre, Commercial Union, 1989'da Merkez, Magdeburger ve Demir Sigorta, 1990'da Anadolu Hayat, Bayındır ve Ticaret Sigorta, 1991'de bu günkü adları ile Yapı Kredi Yaşam ve Koç Allianz Hayat olan Halk Yaşam ve Şark Hayat ile Güneş Hayat ve Commercial Union Hayat, 1992'de Garanti Hayat ve Bayındır Hayat, 1995'de İsviçre Hayat, Axa Oyak Hayat, Akhayat ile İhlas ve Işık Sigorta, 1996'da EGS Sigorta ve İhlas Hayat, 1997'de TEB Sigorta ile Genel Yaşam Sigorta, 1998'de Birlik Hayat ve Güven Hayat şirketleri kuruldu.

1938 yılında, Anadolu Sigorta, gemi kurtarma çalışmalarında bulunanlar için hastalık sigortası benzeri bir teminat çıkarmıştır. 1976 yılında, Başak Sigorta, Ziraat Bankası'nda hesabı olanlara, gündelik tazminatı içeren grup sağlık sigortası uygulaması başlatmıştır. 1982 yılında, Şark Sigorta, Uluslararası Bankası'nın çalışanları ile bunların eş ve çocuklarına grup sağlık sigortası teminatı sunmuştur(33).

1982 yılına kadar kaza tazminatına ek olarak verilen ve bu tarihten sonra büyük ölçüde hayat sigortaları altında satılmaya başlanan sağlık sigortaları, 11.2.1990 tarih ve 20 430 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 12.1.1990 tarih ve 55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ayrı bir branş olarak oluşturulmuştur(33).

1987 yılına kadar Ticaret Bakanlığı İç Ticaret Genel Müdürlüğü'ndeki Sigorta Müdürlüğü'ne bağlı olarak çalışan özel sigortacılık sektörü, Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlanmıştır. 1987'de, 1959 yılında yürürlüğe giren 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu değiştirilerek 3379 sayılı Kanun çıkarılmış, 1993 yılında 3379 sayılı Kanun da 510 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değiştirilmiştir. Ancak, 1995 yılında, 510 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. 1991 yılında, hayat branşı ve zorunlu sigorta tarifeleri dışındaki tüm tarifeler serbest bırakıldı ve yeni sigorta şirketleri kuruluşuna izin verilmiştir. 26 Aralık 1994 tarih ve 22153 sayılı Resmi Gazete'de Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esasları Yönetmeliği ile 9 Aralık 1996 tarih ve 22842 sayılı Resmi Gazete'de Hayat Sigortaları Yönetmeliği yayınlanmıştır.

2.6. Dünyada Sağlık Sigortacılığın Tarihçesi (34)

Sanayileşmiş ülkelerde özel sağlık sigortacılığı uygulamaları, bu ülkelerin sanayileşme sürecine girdikleri dönemlerde başlamaktadır. Ancak, özel sağlık sigortacılığının ilk uygulama örnekleri, ortaçağ locaları ve usta derneklerinde görülmektedir. Sanayileşme ile birlikte; sendika, sendika dışı işçi örgütleri, işveren birlikleri gibi çeşitli meslek grupları kendi üyeleri için sağlık sigortası programları kurulmasını sağlamışlardır. Madencilik sektörü, hastalık riskinin yüksekliği nedeniyle, bu anlamda ilk uygulamaların yapıldığı alan olmuştur.

18. yüzyılın sonları ve 19. yüzyılın başlarında, aynı sanayi dalında çalışan ya da aynı yöredeki işçiler ve küçük çiftçiler, karşılıklı yardım derneği özelliğinde hastalık sandıkları kurmuşlardır. Yardımlaşma sandıklarının ötesinde, ilk kez 1848 yılında Londra'da demiryolu yolcularına modern sağlık sigortası yapılmıştır(33).

Bu günkü anlamda ilk zorunlu sağlık sigortası, 1883 yılında Almanya'da kurulmuştur. İşçi ve işverenlerin prim ödeyerek önceleri sadece ilaç ve hekim masrafları karşılanan bu uygulama, daha sonra hem hastane masrafları gibi kapsam genişletici hem de bir çok Avrupa ülkesinde uygulanmaya başlama gibi volüm genişletici örneklerle devam etmiştir.

İngiltere'de 1912, Fransa'da 1930, ABD'de 1935 yıllarında sağlık sigortası yasal düzenlemeleri yapılmıştır. ABD'de sağlık sigortası uygulamalarına geçiş 1966 yılında olmuştur.

Tablo 2.2.'de; 1940-1997 yılları arasında, yaşlılık malüllük ve ölüm, hastalık ve analık, iş kazası ve meslek hastalıkları türünden sigorta uygulaması yapan ülkelerin sayısı verilmektedir(35).

Tablo 2.2. Dünyada, Yaşlılık Malüllük ve Ölüm, Hastalık ve Analık, İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Türünden Sigorta Uygulaması Yapan Ülke Sayısının Yıllara Göre Dağılımı, 1940-1997 (35)

Sigorta Türü	Y ı l l a r						
	1940	1949	1958	1967	1977	1987	1997
Yaşlılık, Malüllük ve Ölüm	33	44	58	92	114	130	166
Hastalık ve Analık	24	36	59	65	72	84	111
İş Kazası ve Meslek Hastalıkları	57	57	77	117	129	136	164

Tablo 2.2.'de, 1940-1997 yılları arasında geçen 57 yıllık süre içinde; yaşlılık, malüllük, ölüm, hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalıkları gibi sağlık sigortası uygulamaları ile ilişkili sigorta türlerini uygulayan ülke sayısının, 1960'lı yıllardan başlayarak arttığı görülmektedir.

2.7. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Tarihçesi (34)

Osmanlı Devleti döneminde, geniş kapsamlı bir sağlık sigortası bulunmamakla birlikte, bu güne benzer uygulama örneklerinin; o günlerin meslek örgütleri olan ahi birlikleri ve loncalarda, esnaf ve sanatkarlar için, hastalık riskine karşı bazı tedbirlerin alınması biçiminde uygulandığına rastlanmaktadır. Esnaf ve sanatkar örgütleri tarafından oluşturulan, “Orta Sandığı” veya “Tedavün Sandığı” adı verilen sandıklar, hastalık halinde kendi üyelerine sağlık yardımı yapmışlardır. Prim sistemine benzer bir şekilde, üyelerinin ödedikleri aidatlarla çalışan bu sandıklar, hastalık riski ile birlikte bu günkü sigortaların karşıladığı diğer bazı riskleri de kapsamaktaydılar.

Sandıklar, 19. yüzyılda sanayileşme ve loncaların bitmesi ile birlikte, ortadan kalktılar. Küçük el sanayi ortadan kalkıp yerine imalat sanayinin kurulmaması, Osmanlı Devleti’nde sosyal güvenlik alanında uzun süren bir boşluğun doğmasına neden olmuştur.

1863 yılında, “Mevadd-ı Madeniyeye Dair Nizamname” ile maden işyerlerinin yönetiminde işçilerin hastalanmaları durumundaki düzenlemeleri kapsayan, ilk kurallar uygulanmaya başlamıştır. 1865 yılında “Dilaver Paşa Nizamnamesi” olarak bilinen, sadece Ereğli Kömür Bölgesi’ndeki maden işçileri için hastalık riskini kapsayan düzenleme yapılmıştır. Buna göre hastalanan işçiler, madende bulundurulacak hekim tarafından muayene köylerine gönderilecektir. Bu düzenlemeye ek olarak, 1869 yılında çıkarılan “Maadin Nizamnamesi” ile, yine sadece maden işçilerine özgü, işverenlerce iş kazalarına karşı koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması kuralı getirilmiştir.

Osmanlı Devleti döneminde,

1866’da “Askeri Tekaüt Sandığı”,

1881’de “Sivil Memurlar Tekaüt Sandığı”,

1890’da “Seyfi Sefain Tekaüt Sandığı”,

1909’da “Tersane-i Amireye Mensup İşçiler Tekaüt Sandığı”,

1910’da “Hicaz Demiryolu Memur ve Müstahdemleri Yardım Sandığı”, 1917’de “Şirket-i Hayriye Tekaüt Sandığı” kurulmuştur.

Bunların büyük bir kısmı yaşlılık ve malüllük risklerini kapsamaktayken, sadece Hicaz Demiryolu Memur ve Müstahdemleri Yardım Sandığı, kısmen hastalık iş kazaları ve meslek hastalıkları risklerini kapsamıştır.

Cumhuriyet Dönemi’nde; 11 Mayıs 1921 tarih ve 114 sayılı “Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafi-i Umumiyesine Olarak Furuhtuna Dair Kanun” ile 23 Eylül 1921 tarih ve 151 sayılı “Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun” çıkarılarak; işverenler, hastalanan veya kazaya uğrayan işçileri bedelsiz tedavi ettirmeye ve bunu sağlamak için maden ocağı yakınında hastane açmaya ve hekim bulundurmaya zorunlu tutulmuşlardır.

1923 yılında “Amele Birliği İhtiyat ve Tedavün Sandıkları Talimatnamesi” ile ihtiyat ve tedavün sandıkları “Amele Birliği” adı altında birleştirilerek, zorunluluk ilkesine dayalılığı ve Birliğin finansmanının işçi ve işverenden düzenli olarak alınan primlere dayanması açısından, Türkiye’de sosyal sigortaların ilk uygulamasını sağlamış olmaktadır.

1926 yılında çıkarılan Borçlar Kanunu, kısıtlı da olsa, işçi sağlığının ve yaşamının güvence altına alınması ile ilgili düzenlemeler getirmiştir.

1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, “sürekli en az 50 işçi çalıştıran işverenlerin bir veya birden çok doktora işçilerinin sağlık durumunu baktırması, büyük ve kaza ihtimali olan işlerde ise doktorun devamlı olarak işyerinde ve civarında bulunması mecburiyetine” yer vererek; tümüyle bir sağlık sigortası yardımı olmasa da, bir sağlık güvencesi uygulamasıdır.

1936 yılında çıkarılan 3008 sayılı İş Kanunu, sosyal sigorta kolları arasında hastalık sigortasına yer vermiş ancak II.Dünya Savaşı'nın da araya girmesi ile uygulaması gerçekleşmemiştir.

1945 yılında SSK kurulmuş, aynı yıl 4472 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu çıkarılmıştır. ÖZTEK bir makalesinde, 1937-1960 yılları arasındaki dönemde sağlık hizmetlerinde yaşanan önemli değişiklikler arasında, 1945 yılında SSK'nın kurulması ve 1952 yılında sigortaları işçileri için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamasını da göstermektedir (36).

1950 yılında 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu çıkarılmıştır. 1951 yılında, önce İstanbul ve Trakya Bölgesi'nde, sonra İzmir ve Bursa'da, 1969 yılına kadar ise Zonguldak dışındaki tüm illerimizde uygulanan Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu kapsamına; 1952 yılında basın mesleğinde çalışanlar, 1954 yılında deniz ulaştırma mesleğinde çalışanlar, 1969 yılında avukatlar, 1972 yılında noterler, 1977 yılında tarım işlerinde ücretli çalışanlar ve ev hizmetlerinde ücretli olarak ve sürekli çalışanlar dahil edilmiştir. 1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile, çalıştırdığı işçi sayısına bakılmaksızın bütün işyerlerinde çalışan işçiler hastalık sigortası kapsamına alınmıştır. Sigortalıların eş ve çocukları ile bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler, 1969 yılından başlayarak, aşamalı bir biçimde hastalık sigortası kapsamına alınmıştır.

08.06.1949 tarihli 5434 sayılı Kanun ile kurulan Emekli Sandığı, 1973 yılında kadar, kapsamındaki aktif ve pasif sigortalılara herhangi bir sağlık yardımı vermemiştir, bu yardımlar kişilerin çalıştıkları ya da emekli oldukları kurumlar tarafından karşılanmıştır. Önceden emekli olan kamu personelinin sağlık yardımları giderleri, 1973 yılında yapılan değişiklikle geçici olarak Sandığa devredilmiş, halen de bu geçici durum devam etmektedir(13). Emekli Sandığı Yasası'nın geçici 139. maddesi sağlık yardımlarının genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar Emekli Sandığı tarafından sağlanacağı ifade edilmektedir (10).

1800'lü yılların ikinci yarısından itibaren kurulan “Tekaüt Sandıkları” ile başlayan kamu görevlilerine yönelik dağınık kurumsal yapılaşma, 1950 yılında yürürlüğe giren 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu ile kamu kesiminde çalışanların tamamını içerecek şekilde biraraya getirilmiş ve çalışmakta olan memurlar ile bakmakla yükümlüleri için sağlık yardımını da kapsayan sosyal güvenlik şemsiyesi içine almıştır(37)

1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulan ve 1972 yılında uygulamaya geçen, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, sağlık yardımlarını 1985 yılında çıkan ve 1.1.1986 yılında yürürlüğe giren 3235 sayılı Yasa kapsamında vermektedir. Bu tarihten itibaren alınan Bakanlar Kurulu kararları ile, 3 yıl içinde, yani 1989 yıl başına kadar, kademeli bir şekilde sağlık yardımları tüm ülkeye yaygınlaşmıştır(10).

1992 yılında çıkarılan, 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile, genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanuna göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının üçte birinden az olan Türk vatandaşlarının, yatarak tedavi gerektirecek durumlardaki harcamaları, genel bütçeden sağlanan sağlık yardımları karşılanmaya başlanmıştır(10, 34).

Emekli Sandığı ve Yeşil Kart Kanunlarında adı geçen Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, 1968 yılından bu güne, hemen her Hükümet Programı'nda yer almış, ve yine hemen her Hükümet Dönemi'nde kanun tasarı taslakları ve/veya kanun tasarıları hazırlanmıştır(34).

KARACIK bir makalesinde (38), ülkemizde özel sağlık sigortası uygulamalarının, 1950'li yıllarda, gemi işçileri gündelik tazminat uygulamasının Ankara sigorta tarafından başlatılmasıyla ortaya çıktığını, 1970'li yılların sonunda Başak ve Anadolu Sigorta banka mudilerine yönelik olarak benzeri bir uygulama yaptıklarını ifade etmektedir(38).

Aynı makalede (38), bu günkü sistemin ilk örneğinin, 1983 yılında Şark Sigorta tarafından grup bazında uygulanmaya başladığı, bu uygulamada, teminatların; doktor muayene, ilaç, hastane oda ve yemek, ameliyat, tahlil ve röntgen, doğum, protez, gözlük ve işitme cihazları ile sınırlı olduğu, teminatların yalnızca yurtiçinde geçerli ve ayakta tedavilerde yüzde 20 katılım paylı olduğu, daha sonra aynı limitlerle yurtdışında da geçerli hale geldiği belirtilmektedir.

KARACIK aynı makalesinde, özel sağlık kuruluşlarının 1980’li yıllarda 506 sayılı Kanun kapsamında kurulan sandıklarla anlaşmaya önem verirken, 1990’dan itibaren sigorta şirketleri ile anlaşmalarının ön plana çıktığını, özel sağlık kuruluşları-özel sağlık sigortası şirketleri-sigortalılar arasında oluşan üçgende yaşanmaya başlanan sorunların, 1994’den itibaren devreye aracı kuruluşların girmesiyle, yeni oluşan bu dörtgende görülmeye başladığını, özel sağlık sigortası sonuçları karlılık açısından negatife yaklaştıkça, riskin paylaşımı yani reasürans önemli hale geldiğini söylemektedir (38).

2.8. Dünya’da Özel Sigortacılık Uygulamaları

Dünyadaki özel sigortacılık uygulamalarına ilişkin bilgiler, kayıtlar birleştirilerek Tablo 2.3., 2.4. ve 2.5.’de sunulmuştur(39, 40).

Tablo 2.3. Dünya Sigortacılık Uygulamalarında Prim Üretimine Göre İlk Oniki Ülke Sıralaması, 2001 (39, 40)

Sıra Numarası	Ülke Adı	Prim Üretimi (milyar USD)	Sektör Payı (%)
1	ABD	904 021	37.5
2	Japonya	445 845	18.5
3	İngiltere	218 380	9.1
4	Almanya	123 682	5.1
5	Fransa	113 596	4.7
6	İtalya	68 988	2.9
7	Güney Kore	50 537	2.1
8	Kanada	45 312	1.9
9	Hollanda	37 209	1.6
10	İspanya	36 441	1.5
11	Avustralya	32 705	1.4
12	İsviçre	31 442	1.3
41	Türkiye	2 034	0.08
12-85	Diğer Ülkeler	300 094	12.4
TOPLAM		2 408 252	100.0

2001 yılı sonu verilerine göre, Tablo 2.3.’de dünyada sigorta prim üretimi sıralamasında, toplam prim üretiminin % 87.6’sı, ilk oniki sırada yer alan ülkeler tarafından gerçekleştirildiği, kalan % 12.4’lük prim üretiminin ise 73 ülke tarafından sağlandığı görülmektedir. Türkiye onbinde sekizlik oranı ile dünya sigortacılık prim üretiminde 41. sırada yer almaktadır.

Tablo 2.4. Dünya Sigortacılık Uygulamalarında Kişi Başı Prim Üretimine Göre İlk Oniki Ülke Sıralaması, 2001 (39, 40)

Sıra Numarası	Ülke Adı	Hayat Sigortaları Prim Üretimi (milyar USD)	Hayat Dışı Sigortalar Prim Üretimi (milyar USD)	Toplam Prim Üretimi (milyar USD)
1	İsviçre	2 716	1 627	4 343
2	Japonya	2 806	701	3 507
3	İngiltere	2 568	826	3 394
4	ABD	1 602	1 664	3 266
5	İrlanda	1 700	766	2 466
6	Hollanda	1 345	979	2 324
7	Finlandiya	1 641	457	2 098
8	Danimarka	1 364	730	2 094
9	Fransa	1 268	631	1 899
10	İsveç	1 356	468	1 824
11	Belçika	1 165	613	1 768
12	Avustralya	1 040	628	1 668
65	Türkiye	30	6	24

Tablo 2.4.'de, 2001 yılında, Dünya sigorta sektörü kişi başı prim üretiminde Türkiye'nin 65. sırada yer aldığı ve kişi başı prim üretiminin 30 USD/yıl olduğu görülmektedir.

Tablo 2.5. Dünya Sigortacılık Uygulamalarında
Sigorta Primlerinin Gayrisafi Milli Hasılaya Oranına Göre
İlk Oniki Ülke Sıralaması, 2001 (39, 40)

Sıra Numarası	Ülke Adı	Hayat Sigortaları Prim Üretiminin Gayrisafi Milli Hasılaya Oranı (%)	Hayat Dışı Prim Sigortaların Prim Üretiminin Gayrisafi Milli Hasılaya Oranı (%)	Toplam Prim Üretiminin Gayrisafi Milli Hasılaya Oranı (%)
1	Güney Afrika	15.2	2.8	18.0
2	İngiltere	10.7	3.5	14.2
3	İsviçre	8.0	4.7	12.7
4	Güney Kore	8.7	3.4	12.1
5	Japonya	8.9	2.2	11.1
6	Bahama Adaları	5.9	4.3	10.2
7	Hollanda	5.7	4.1	9.8
8	Avustralya	5.7	3.5	9.2
9	İrlanda	6.3	2.8	9.1
10	ABD	4.4	4.6	9.0
11	Finlandiya	7.0	1.9	8.9
12	Taiwan	6.0	2.6	8.6
72	Türkiye	0.2	1.1	1.3

Tablo 2.5.'de, 2001 yılında, Dünya sigorta sektöründe ülkelerin prim üretiminin Gayrisafi Milli Hasıllarına oranında Türkiye'nin binde 2 oranı ile 72. sırada yer aldığı görülmektedir.

Tablo 2.6. Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Finansman Kaynaklarının Kamu ve Özel Fonlara Göre Yüzde Dağılımı, 2000(41-43)

Ülke Adı	Kamu Kaynakları (%)	Özel Sağlık Sigortası Kaynakları (%)	Diğer Özel Fon Kaynakları (%)	Cepten Harcamalar (%)	Toplam (%)
Danimarka	82.1	1.6	-	16.3	100.0
Japonya(1999)	77.8	0.3	4.8	17.1	100.0
Fransa	76.0	12.8	1.0	10.2	100.0
İrlanda	75.8	7.1	6.1	11.0	100.0
Macaristan	75.7	0.2	3.0	21.1	100.0
Almanya	75.1	12.5	1.8	10.6	100.0
Finlandiya	75.1	2.5	1.8	20.6	100.0
İtalya	73.7	0.9	2.5	22.9	100.0
Kanada(1999)	70.8	11.2	1.9	16.1	100.0
İspanya(1999)	70.2	3.4	-	26.4	100.0
Avusturya	69.7	7.0	4.7	18.6	100.0
ABD	44.3	34.8	5.6	15.3	100.0
Türkiye(1998)*	68.0	1.9	-	30.1	100.0

Tablo 2.6.'da, 2000 yılında, bazı OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının dağılımları ortalamasında; kamu kaynaklarının (vergi ve/veya sosyal sigorta bazlı) yüzde 70.6, özel sağlık sigortası kaynaklarının yüzde 7.7, cepten yapılan ödemelerin de yüzde 19 olduğu görülmektedir.

* Türkiye için verilen değerler, Prof.Dr.Mehmet TOKAT'ın Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998 Yılı Araştırması'ndan alınarak, 1998 yılı özel sağlık sigortası prim üretimi verileri ile birleştirilmiştir.

2.9. Türkiye’de Sigortacılık Uygulamaları

2.9.1. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları

Türkiye’de 2001 yılı sonu itibarıyla, kamu sosyal güvenlik kurumlarının kapsadığı nüfus ve bunların toplam nüfusa oranları Tablo 2.7.’de sunulmaktadır.

Tablo 2.7. Kamu Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapsadığı Nüfus, Türkiye, 2001(44)

Kamu Sosyal Güvenlik Kurumu Adı	Kapsadığı Nüfus	Kapsadığı Nüfus/ Toplam Nüfus
Sosyal Sigortalar Kurumu	31 289 211	45.6
Bağ-Kur	15 264 610	22.3
Emekli Sandığı	14 214 271	20.7
Özel Sağlık Sigortası*	655 703	0.9
Özel Sandıklar*	322 688	0.5
Kapsam Dışı	7 550 545	10.9
Toplam	68 641 325	100.0

Tablo 2.7.’de görüldüğü gibi, 2001 yılı itibarıyla, sosyal güvenlik kapsamında olan nüfusumuz toplam nüfusumuzun yüzde 90.0’ına ulaşmıştır. SSK kapsam olarak, yüzde 45.6 ile en yüksek orana sahiptir. 61 090 780 kişiyi kapsam altına alan sosyal güvenlik sistemimizin, halen 7 550 545 kişiyi sosyal güvenceden yoksun tuttuğu ortaya çıkmaktadır.

Türkiye’de sağlık yardımı alan kişilerin, aldıkları bu hizmetin finansmanına yönelik tek bir sistemden söz edilemez. Aşağıda, sağlık yardımları alan kişilerin finansman kurumlarına ilişkin ana gruplar yer almaktadır:

* Özel sağlık sigortası ve özel sandıklar kapsamında hizmet alanlar arasında kamu sosyal güvenlik kurumları kapsamında olanlar da bulunmaktadır.

2.9.1.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

SSK tüm özel sektör çalışanlarına ve kamu işçilerine sağlık alanında hem sigortacılık hem de sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluşudur. DPT verilerine göre, aktif sigortalı sayısı 5.582.000 iken SSK kapsamındaki toplam yükümlü 34.831.000 kişiye ulaşmıştır. İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kollarından sağlık yardımı sunan SSK, kapsam açısından en fazla kişiyi bünyesinde barındıran kamu sigorta kuruluşudur (10).

SSK, hizmet akdine dayalı olarak çalışan kişilerin ücretlerinden, işçiden yüzde 5 işverenden yüzde 1 olarak kesilen primlerle, kapsamındaki kişilere sağlık hizmeti sunmaktadır. İlk defa 09.07.1945 tarih ve 4792 sayılı yasa İşçi Sigortaları Kurumu adı ile kurulan SSK, 1965 yılında çıkarılan 506 sayılı yasa ile şimdiki adını almıştır (10).

1946 yılında çıkarılan 4472 sayılı “İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Yasası” ile sağlık hizmetleri kapsama alınmış, 1951 yılında hastalık sigortası hizmetleri dahil edilmiş, 1965 yılında tüm farklı sigorta uygulamaları 506 sayılı Yasa’da birleştirilmiştir.(45)

SSK kapsamında sağlık yardımı alanların dağılımına Tablo 2.8.’de yer verilmiştir.

Tablo 2.8. SSK Kapsamında Sağlık Yardımı Alan Kişilerin On Yıllık Dönemler Halinde Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1965-2001 (44-48)

Yıllar	Kişilerin Sigortalılık Durumu							
	Çalışan		Emekli		Bağımlı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1965	895 802	23.4	54 590	1.4	2 884 663	75.2	3 835 055	100.0
1975	1 823 338	22.2	289 870	3.5	6 123 214	74.3	8 236 422	100.0
1985	2 607 865	19.3	1 070 681	7.9	9 879 412	72.8	13 576 258	100.0
1995	5 645 000	19.7	2 338 000	8.1	20 743 000	72.2	28 726 000	100.0
2001	6 136 107	19.6	3 560 638	11.4	21 592 466	69.0	31 289 211	100.0

2.9.1.2.Bağ-Kur

Bağ-Kur ülkemizde kendi nam ve hesabına çalışan kişilerin sosyal güvenliklerini güvence altına almayı amaçlayan bir sosyal sigorta kuruluşudur. Tüm üyeler sağlık sigortasından yararlanma hakkına sahiptirler. Bu haklar, ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerini kapsar. Bağ-Kur herhangi bir sağlık tesisine sahip olmayıp, üyeleri için sağlık hizmetini anlaşmalar yoluyla ya da geri ödeme sistemiyle öncelikle kamu hizmet sunucularından tedarik eder(49). 2001 yılı itibarıyla; aktif prim ödeyen, emekli ve bağımlıları olarak adlandırılan bakmakla yükümlülere ile birlikte toplam 15 264 610 kişi Bağ-Kur kapsamında bulunmaktadır(44).

Bağ-Kur sağlık yardımlarından yararlanmak için 8 ay sağlık sigortası primi ödenmiş olması ve prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Bağ-Kur'da prim yatırma mükellefiyeti taşıyan kişi ile sağlık yardımlarından yararlanan kişi aynıdır(10).

Bağ-Kur kapsamından sağlık yardımı alanlar Tablo 2.9.'da sunulmaktadır.

Tablo 2.9. Bağ-Kur Kapsamında Sağlık Yardımı Alan Kişilerin On Yıllık Dönemler Halinde Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1975-2001 (44-48)

Yıllar	Kişilerin Sigortalılık Durumu							
	Çalışan		Emekli		Bağımlı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1975	816 555	25.0	4 379	1.3	2 449 799	74.9	3 270 733	100.0
1985	1 926 565	22.5	294 469	3.5	6 324 687	74.0	8 545 721	100.0
1995	2 669 000	22.6	881 000	7.4	8 283 000	70.0	11 833 000	100.0
2001	3 336 655	21.9	1 343 840	8.8	10 584 115	69.3	15 264 610	100.0

2.9.1.3. Emekli Sandığı

Kamu personeli tanımlaması içine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun kapsamında olan aktif çalışan personel girmektedir. Temel özellik, sağlık hizmetini karşılama yükümlülüğünün personeli istihdam eden kamu kurumlarında olması, sağlık yardımlarının genel bütçeden finanse edilmesi, kişilerden sağlık harcamaları karşılığında maaşlarından herhangi bir kesinti yapılmaması ve bu kapsamdakilerin bakmakla yükümlülerinin de sağlık harcamalarının ödeniyor olmasıdır. Her türlü sağlık harcaması kurumun o yıla ait bütçesinden karşılanır(10).

Sağlık yardımlarına ilişkin yasal hükümlere; 657 sayılı Yasa'da, bu yasa dışında istihdam edilen kurum ve kuruluşların ise kendi yasalarında yer verilmektedir. Uygulamayla ilgili olarak ise Yıllık Bütçe Yasaları ve 657 sayılı Yasa gereğince çıkarılan "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği" ile bu Yönetmelik ve Yıllık Bütçe Yasaları gereğince çıkarılan "Bütçe Uygulama Talimatları"nda yer verilmektedir(10).

Kamu personeli uygulaması ile sağlanan sağlık yardımları, 657 sayılı Yasa'nın 209. maddesi ile getirilen; *"Devlet memurları ile eşlerinin veya bakmakla yükümlü oldukları ana ve baba ve çocuklarının hastalanmaları halinde, evlerinde veya resmi veya özel sağlık kurumlarında ayakta veya yatarak tedavileri kurumlarınca sağlanır"* hükümleri gereğince yerine getirilmektedir(50).

657 sayılı Devlet Memurları Yasası kapsamında "Hastalık ve Analık sigortası" başlıklı 188. maddede sağlık yardımları şu şekilde düzenlenmiştir(50):

- " A) Devlet memurlarının hastalık, analık ve görevden doğan kaza ile mesleki hastalık,*
- B) Devlet memurlarının eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları ana, baba ve çocuklarının hastalık ve analık,*
- C) Bir kanuna dayanılarak emekli veya malullük aylığı alanların (Sosyal Sigorta Kurumunca uygulanan iş kazaları ile meslek hastalıkları, malullük ve yaşlılık sigortalarından gelir veya aylık bağlananlar hariç) hastalık ve analık,*
- D) (C) bendinde belirtilen emekli veya malullük aylığı alanların aile fertlerinin hastalık ve analık,*

E) Bir kanuna dayanılarak dul veya yetim aylığı alanların (Sosyal Sigortalar Kurumundan gelir veya aylık alanlar hariç) hastalık ve analık, hallerinde gerekli sosyal sigorta yardımları sağlanır.

Bu sigorta yardımları özel kanunlarla düzenlenir.

Bu sigortalardan tanınan hak ve sağlanan yardımlar, genel sigorta rejimleri ile kabul edilen hak ve yardımlardan az olamaz.”

Ancak sigorta yardımlarının düzenlenmesi gereken ve bu maddede söz konusu edilen özel yasa henüz çıkarılmamıştır(10).

657 sayılı yasa ile kapsama alınan kamu personeli dışında yer alan diğer kamu personeli yasalarında da aynı uygulamaya atıfta bulunularak aynı sağlık yardımları yapılmaktadır.(10)

Tablo 2.10.'da Emekli Sandığı kapsamında sağlık yardımı alan kamu personeli sunulmaktadır.

Tablo 2.10. Emekli Sandığı Kapsamında Sağlık Yardımı Alan Kamu Personelinin On Yıllık Dönemler Halinde Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1965-2001 (44-48, 51)

Yıllar	Kişinin Sigortalılık Durumu							
	Çalışan		Emekli		Bağımlı		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
1965	548 383	22.4	96 286	3.9	1 799 586	73.7	2 444 255	100.0
1975	1 092 000	21.0	340 699	6.6	3 756 147	72.4	5 188 846	100.0
1985	1 400 000	18.7	680 140	9.1	5 390 835	72.2	7 470 977	100.0
1995	1 880 000	26.2	952 000	13.2	4 352 000	60.6	7 185 000	100.0
2001	2 236 050	15.7	2 375 893	16.7	9 602 308	67.6	14 214 251	100.0

Emekli olmuş personelin sağlık yardımları, Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. Genel, katma, özel ve özerk bütçeli kurumlar, askeri personel, asker kişiler, KİT personeli, yargı çalışanları, üniversite çalışanları bu kapsamda sayılabilir. Bunların ortak özelliği, emeklilik sigortasının da Emekli Sandığı tarafından karşılanıyor olmasıdır. Emekli Sandığı, kendisine tabi olarak çalışan kişilerden sağlık yardımları için prim kesmez(10).

Tablo 2.11’de 1965-2001 yılları arasında, Emekli Sandığı kapsamında sağlık yardımı alan emeklilerin dağılımı sunulmaktadır.

Tablo 2.11. Emekli Sandığı’nın Emeklilere Yönelik Sağlık Yardımı Ödediği Kişilerin Son Altı Yılda Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1997-2002 (10, 51)

Sigortalılık Durumu	Yıllar		Değişim	
	1997	2002	Sayı	Yüzde
Aylık Alanlar	710 644	917 908	207 264	+29.2
Eşi	618 406	727 453	109 047	+17.6
18 Yaşından Küçük Çocuk	240 505	233 234	- 7 251	- 3.0
Orta Öğrenimdeki Çocuk	10 038	3 694	- 6 344	- 73.2
Yüksek Öğrenimdeki Çocuk	85 095	65 651	-19 444	- 22.9
Muhtaç Çocuk	231 959	347 148	115 189	+49.7
Malul Çocuk	10 588	13 867	3 279	+31.0
Anne	40 557	61 278	20 721	+51.1
Baba	15 401	23 425	8 024	+52.1
Zihinsel Özürlü Çocuk	27	92	65	+241.0
Diğer	1 812	12 534	10 722	+592.0
TOPLAM	1 965 032	2 406 354	441 322	+22.5

2.9.1.4. İstiklal Madalyası Sahipleri ve Vatan Hizmetinde Bulunanlara Yapılan Sağlık Yardımı

24.02.1968 tarihli 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Yasa gereğince, Kurtuluş Savaşı'na katılan ve bu nedenle kendilerine istiklal madalyası verilmiş bulunan Türk vatandaşları ile Kore Savaşları, Birinci ve İkinci Kıbrıs Barış Harekatı'na fiilen katılmış vatandaşlardan yaşadıkları sürece aylık bağlananlara ve bunların eşlerine devlet hastanelerinde ücretsiz tedavi olanağı sağlanmıştır. Çocuklar, ana ve baba ise kapsam dışında tutulmuştur(52). Yapılacak sağlık yardımları genel bütçeden karşılanmaktadır. Ayrıca ilaç bedelleri de bu kapsamda ödenmektedir (52). 2001 yılı sonu itibarıyla bu kişilerin toplamı 52 832'dir(44).

2.9.1.5. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Vatandaşlara Yapılan Sağlık Yardımı

2022 sayılı Yasa'nın 1. maddesi gereğince; 65 yaşını doldurmuş, kendisine kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden bir gelir veya aylık hakkından yararlanamayan, nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayan, mahkeme kararıyla veya doğrudan doğruya kanunla bağlanmış herhangi bir devamlı gelire sahip bulunmayan ve muhtaçlığını il veya ilçe idare heyetlerinden alacakları belgelerle kanıtlayan vatandaşlardan, hayatta kaldıkları sürece aylık bağlananlara sağlık yardımı yapılır. Yine aynı Yasa'nın 7. maddesine göre; 65 yaşını doldurmadığı halde, başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde malul olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanlarla, durumlarına uygun bir işe yerleştiremeyen sakatlardan aylık bağlananlara da sağlık yardımı yapılmaktadır (10).

2022 sayılı Yasa kapsamında olan kişiler de, sağlık yardımlarını devlet hastanelerinden, herhangi bir katkı yapmadan, genel bütçeden finanse edilen bir organizasyon içinde alabilmektedirler(10). 2001 yılı sonu itibarıyla, bu kapsamdaki kişilerin toplam sayısı 967 503'dür(44).

2.9.1.6. Yeşil Kart

“Yeşil Kart Uygulaması” olarak adlandırılan sisteme dahil olan bu kişiler yıllara göre dağılımları ve bu kartla tedavisi gerçekleştirilenlerin sayıları Tablo 2.12’de yer verilmiştir.

Tablo 2.12. Yeşil Kart Kapsamında Sağlık Yardımı Alanların
Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1993-2001 (53)

Yıllar	Yeşil Kart Sahibi Kişi Sayısı	Yeşil Kart İle Tedavi Gören Kişi Sayısı
1993	2 211 341	27 420
1994	3 667 452	620 485
1995	4 996 728	1 242 000
1996	5 713 066	867 873
1997	6 666 978	835 897
1998	7 760 443	942 176
1999	8 721 629	1 092 592
2000	10 126 306	1 669 084
2001	10 990 423	536 360
TOPLAM	10 990 423	7 933 687

Tablo 2.12.’ye göre, uygulanmaya başladığı 1993 yılından 2001 yılına kadar toplam 10 990 423 kişinin Yeşil Kart aldığı ve bunların yüzde 72.2’sinin tedavi gördüğü anlaşılmaktadır.

2.9.1.7. Diğer Kamu Kaynaklı Sağlık Yardımları

Ayrıca, ülkemizde uygulanmakta olan;

- Er ve Erbaşlara Yönelik Sağlık Yardımı,
- Asayiş Hizmetlilerine Yönelik Sağlık Hizmeti,
- Yurtdışında Görevli Personele Yönelik Sağlık Yardımları,
- Terörle Mücadelede Görev Alanlara Yönelik Sağlık Yardımları,
- Afetlerde Zarar Gören Kişilere Yönelik Sağlık Hizmeti,
- Sivil Savunma Hizmetleri Nedeniyle Talep Edilen Sağlık Hizmetleri,
- Orman Yangınlarının Söndürülmesinde Görev Alanlara Yönelik Sağlık Hizmetleri,

adlarıyla bilinen ve kendilerine özel yasal düzenlemelerle, genel bütçeden karşılanarak verilen kamu kaynaklı sağlık yardımları da bulunmaktadır (10).

2.9.1.8. Özel Sandıklar

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20. maddesine göre faaliyet gösteren sosyal sigorta sandıkları, vakıf statüsündedir. Bunlar yasayla kurulan sosyal güvenlik sandıkları olarak tanımlanmaktadır(52). Sandık üyelerine, 506 sayılı Yasa ile sağlanan haklardan az olmamak üzere; hastalık, analık, iş kazaları, meslek hastalıkları, yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde sosyal sigorta garantisi sağlanmaktadır. Bu sandıklar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın denetimine tabi bulunmaktadır(45).

Sandıklar tarafından sunulan sağlık yardımlarının azami sınırları ile ilgili herhangi bir sınırlama getirilmemiştir (45). 2003 yılı itibarıyla 20 sandığın 15'i Bankalara aittir. Bunlar; Akbank, Emlak Bankası, Dış Ticaret Bankası, Esbank, Osmanlı Bankası, Pamukbank, Şekerbank, Türk Ticaret Bankası, Garanti Bankası, İş Bankası, Sınai Kalkınma Bankası, Tütüncüler Bankası, Vakıflar Bankası, Yapı ve Kredi Bankası, İmar Bankası mensupları sandıklarıdır. Diğerleri ise; Türkiye Odalar Borsalar Birliği, Milli Reasürans, Anadolu Anonim Türk Sigorta, Şeker Sigorta ve Genel Sigorta mensuplarına ait sandıklardır (44).

Bu kapsamda sağlık yardımları karşılanan kişi sayısına Tablo 2.13'de yer verilmiştir.

Tablo 2.13. Özel Sandıkların Üyelerine Yönelik Sağlık Yardımı Ödediği Kişilerin Son Yedi Yılda Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1996-2002. (10-44)

Sigortalılık Durumu	Yıllar		Değişim	
	1996	2002	Sayı	Yüzde
Çalışanlar	71 465	73 090	1 625	+ 2.3
Emekliler	58 744	63 455	4 711	+ 8.0
Bağımlılar	177 814	186 143	8 329	+ 4.7
TOPLAM	308 023	322 688	14 665	+ 4.8

Tablo 2.13.'de, 1996-2002 yılları arasında, özel sandıkların üyelerine verdikleri sağlık yardımı alan kişilerin yüzde 4.8 oranında arttığı, bu artışın içinde yüzde 8.0 ile emeklilerinin ve yüzde 4.7 ile bağımlılarının arttığı görülmektedir.

2.9.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Uygulamaları

Türkiye’deki özel sağlık sigortacılığı uygulamalarına ilişkin bilgiler, kayıtlar birleştirilerek Tablo 2.14., 2.15. ve 2.16.’da sunulmuştur.

Tablo 2.14. Özel Sigorta ve Sağlık Sigortası Şirketlerinin Sayısı ile Özel Sağlık Sigortalıların Sayısının Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1997-2001
(3, 4, 54-61)

Yıllar	Özel Sigorta Şirketi Sayısı	Özel Sağlık Sigortası Şirketi Sayısı	Özel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişi Sayı	Yüzde Değişim
1997	60	40	527 991	-
1998	65	41	599 703	+ 13.6
1999	63	40	743 399	+ 24.0
2000	63	40	690 363	- 7.1
2001	61	40	655.703	- 5.0

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı, 1990’lı yıllarda yaygınlaşmaya başlamış ve genellikle hayat sigortaları içinde yer alarak, 1999 yılına kadar büyüyen bir kapasite ile devam etmiştir. Ancak, Tablo 2.14.’de de yer aldığı üzere, mevcut özel sağlık sigortalı portföyünde, 2000 yılından başlayan bir azalma görülmektedir.

Türkiye’de özel sağlık sigortalı kişi sayısının yüzde değişimi,

1997-1998 yılları arasında + 13.6,

1998-1999 yılları arasında + 24.0,

1999-2000 yılları arasında – 7.1,

2000-2001 yılları arasında – 5.0,

1997-2001 yılları arasında + 24.2 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 2.15. Sigorta Şirketleri ve Sağlık Sigortası Şirketlerinin Prim Üretimlerinin Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 1997-2001 (3, 4, 54-61)

Yıllar	Sigorta Şirketleri	Önceki Yıla Göre Yüzde Değişim	Sağlık Sigortası Şirketleri Toplam Prim Üretimi (USD)	Önceki Yıla Göre Yüzde Değişim	Sigorta Primleri İçinde Sağlık Sigortası Prim Payı (%)	Önceki Yıla Göre Yüzde Değişim
1997	1 399 842 486	+15.1	118 317 792	+51.0	8.5	+32.8
1998	1 784 040 715	+27.5	179 800 413	+52.0	10.1	+18.8
1999	1 831 993 310	+ 2.7	199 686 335	+11.1	10.9	+ 7.9
2000	2 665 722 975	+45.5	281 132 658	+40.8	10.5	- 3.7
2001	1 740 010 402	-34.7	187 822 544	-33.2	10.8	+ 2.9

Tablo 2.15.'e göre, ülkemizde, sigorta şirketlerinin toplam prim üretiminde, USD bazında; 1997 yılından 2000 yılına kadar artma görülürken, 2001 yılında bir önceki yıla göre % 34.7'lik bir azalma yaşanmış, bu durum sağlık sigortası prim üretimlerine de yansımıştır. Toplam prim üretimi içindeki sağlık sigortası prim üretimi payı, 1991 yılında yüzde 1.2 olarak gerçekleşmiş iken (33), 2000 yılında bir önceki yıla göre yüzde 3.7 azalmasına rağmen, 10 yıl içinde yüzde 10.8'e ulaşmıştır.

Tablo 2.16. Özel Sağlık Sigortacılığı Yıllık Hasar/ Prim Oranları, Türkiye, 1997-2001
(3, 4, 54-61)

Yıllar	Özel Sağlık Sigortacılığında Yıllık Hasar/Prim Oranı* (%)	Önceki Yıla Göre Yüzde Değişim
1997	84.2	- 6.2
1998	81.3	+ 3.4
1999	85.0	+ 4.6
2000	76.3	-11.2
2001	77.2	+ 1.2

Tablo 2.16.'ya göre, 1997-2001 yılları arasında, sağlık sigortacılığındaki hasar/prim oranları, 1999 yılında bir önceki yıla göre gerçekleşen artışa rağmen, her yıl istikrarlı bir düşüş göstermiştir. 1991 yılında yüzde 85.8 olan oran (60), 10 yıl sonra yüzde 10 oranında bir azalmaya ulaşabilmiştir.

* İşletme Giderleri hariç.

Tablo 2.17. Prim Üretimine Göre Özel Sağlık Sigortası Şirketleri Sıralamasında İlk On Şirket, Türkiye, 2001 (3)*

Sıra Numarası	Şirket Adı	Prim Üretimi (USD)	Sektör Payı (%)
1	Yapı Kredi Sigorta	61 700 677	24.0
2	Koç-Allianz	50 458 235	19.6
3	Anadolu Hayat	31 574 830	12.3
4	Bayındır Hayat	15 695 441	6.1
5	Başak Hayat	14 635 628	5.7
6	Axa Oyak Hayat	12 227 980	4.8
7	İsviçre Hayat	11 048 235	4.3
8	Demir Hayat	9 576 915	3.7
9	Akhayat	4 919 508	1.9
10	American Life	3 441 906	1.3
	Diğer Şirketler	41 697 495	16.3
	TOPLAM	256 976 850	100.0

2001 yılı sonu verilerine göre, Tablo 2.17.'de sağlık sigortacılığındaki USD bazında prim üretiminin, yüzde 83.7'sinin prim üretimine göre ilk 10 şirket tarafından gerçekleştirildiği, bunun da % 55.9'unun, ilk üç sırada yer alan şirketlerce oluşturulduğu görülmektedir.

* Hazine Müsteşarlığı istatistiklerinde, TL. para birimi olarak ifade edilen prim üretimi, Araştırma'da tek para birimi kullanılabilmesi amacıyla, 2001 yılı ortalama USD paritesi 1 140 420 TL. alınarak USD'na dönüştürülmüştür.

Tablo 2.18. Sağlık Sigortalı Kişi Sayısına Göre Özel Sağlık Sigortası Şirketleri Sıralamasında İlk Üç Şirket, Türkiye, 2001 (3)

Sıra No	Şirket Adı	Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı	Hasar/Prim Oranı	Toplam Sağlık Sigortalılar İçindeki Oranı (%)
1	Koç-Allianz	151 386	77.5	23.9
2	Yapı Kredi Sigorta	136 372	55.8	20.8
3	Anadolu Hayat	80 787	81.1	12.3
	Ara Toplam	368 545		57.0
	Diğer Şirketler	287 158		43.0
TOPLAM		655 703	77.2	100.0

Tablo 2.18.'de sağlık sigortacılığında 2001 yılı sonu itibarıyla, USD bazında prim üretimi sıralamasına göre, % 55.9 toplam pay ile ilk üç sırada yer alan şirketlerin, sağlık sigortalı kişi sayısı olarak da, toplam sağlık sigortalıların % 57.0'lık kısmını kapsadıkları görülmektedir.

2.10. Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Gelecek Trendleri

2.10.1. Demografik Değişiklikler ve Uzun Süreli Bakım

Avrupa Birliği üyesi 15 ülkenin 65 yaş ve üstü nüfusunun toplam nüfusa oranı önümüzdeki yıllar içinde yükselerek 2020 yılında yüzde 16'dan yüzde 21'e çıkarken, aynı zamanda genç nüfusun sayısı da azalacaktır (62).

Kuzey ülkelerinden Danimarka'da 1999 yılından 2040 yılına kadar 65 yaş ve üzeri nüfus yarıyarıya artacak ve bu grubun toplam nüfus içindeki payı yüzde 15'den yüzde 21'e çıkacağı hesaplanıyor. Yine, Finlandiya'da gelecek 30 yıl içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfusun artış oranı yüzde 74 olarak öngörülmüyor. Bugünkü durumla karşılaştırıldığında ise, bugün nüfusun yüzde 15'ini oluşturan bu grup, ileride nüfusun yüzde 26'sını oluşturacak ve çalışan insan nüfusu da düşeceği için, bağımlılık oranının ikiye katlanarak yüzde 44'e çıkacağı tahmin ediliyor. Norveç'te 590.000 yaşlı emekli olan 2000 yılı rakamının 2025 yılında 850.000'e, 2040 yılında ise 1.050.000'ye çıkacağı, Norveç Hükümeti Programı çerçevesinde emekli maaşlarının gayri safi milli hasıladaki payının yüzde 8,5'den 2030 yılında yüzde 15,5'e çıkmasını öngörülmektedir. İsveç'teki tahminler ise, 2050 yılında 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusun hemen hemen dörtte biri oranında olacağını gösteriyor (62).

İşte bu bağlamda, sağlık sigortacılığında son yıllarda sıkça tartışılmaya başlanan ve önümüzdeki kısa ve orta dönemde de hep konuşulacağı iddia edilen uzun dönemli bakım gündeme gelmektedir. Örneğin, İsveç Sigorta Federasyonu tarafından yayınlanan bir raporda, 45 yaşından itibaren herkese kendi seçtiği bir sigorta şirketinden uzun dönemli bakım sigortası yaptırma zorunluluğunun getirilmesi savunulmaktadır. Danimarka'da bunun yerine kritik hastalıklar sigortası önemli derecede artmıştır (62).

ABD'nin sağlık sigortacılığı uygulamalarında son yıllarda hızla gelişen ve gelecekte de bu gelişimini sürdürmesi beklenen uzun süreli bakım, yaşlı nüfusunun ekonominin kaynaklarından daha hızlı artması ve finansmanının da önemli bir devlet politikası haline gelmesine neden olmuştur(31). Bugün ABD'de uzun süreli bakım hizmeti finansmanının önemli bir kısmı, bireylerin tasarruflarından ve Medicaid ya da benzeri kamu kuruluşları tarafından sağlanmakta; sosyal sigortalarla özel sigortaların rolü önemsiz düzeylerde kalmaktadır. Yaşlılıkta uzun süreli bakım ihtiyacı; bireyler ya da aileleri için çok önemli, hatta “yıkım” niteliğinde ekonomik sonuçları olabilecek bir risktir. Ancak bu risk, herhangi bir zamanda, göreceli olarak küçük ve önceden oranı öngörülebilen bir toplum kesiminde ortaya çıkacağından teorik olarak böyle bir riskin sigortalanması mümkündür (31).

ABD'de 2000 yılında yaşlılar için yapılan uzun süreli bakım harcamaları 98 milyar USD olarak tahmin edilmektedir. Bunun yüzde 40'ı bireysel tasarruflardan, yüzde 40'ı da Medicaid niteliğindeki kamusal refah kurumlarından ödenmiştir. Medicare gibi sosyal sigortalarla özel sigortaların bu konudaki payı çok düşüktür. Uzun süreli bakım harcamalarının sadece yüzde 20.2'si Medicare ve özel sigorta sektörünün oluşturdukları risk havuzundan ödenmiştir (31).

ABD'de, uzun süreli bakım sigortalarında, son yıllarda, belirgin bir artış olmaktadır. Bu tür sigortalarda 1988'de yaklaşık 315.000 poliçe satılmışken, 1999'da yeni satılan poliçelerin sayısı 660.000'e yükselmiştir. Daha fazla olması gereken uzun süreli sigorta talebinin, hem talep yönünden hem de sigortacılar yönünden bazı engelleyici nedenleri vardır(31). Talep yönünde; uzun süreli sigortaların maliyetinin yüksek olması, genç yaşlarda daha ucuz olmasına rağmen bireylerin bu sigortaları yaşlılık yıllarına bırakması, vergi teşvikinin olmaması, bazı insanların yaşlılık yıllarındaki uzun süreli bakım ihtiyaçlarının tasarrufları ya da Medicaid'ın, hatta Medicare'in karşılayacağına inanması gibi nedenlerle tercih edilmeyebilmektedir. Sigortacılar yönünde ise; kötüye kullanılma tehlikesi ile uzun süreli bakıma ihtiyacı olan insanların ihtiyaç anında bu sigortayı yaptırmalarından endişe edilmesi, insanların ikna edilmesi çok zaman aldığından sigortalar ve acenteler için sorun olması, bu poliçelerin ilk prim ödemesi ile sigortadan yararlanma tarihi arasında uzun bir zaman dilimi olması nedeniyle gerek sigortacının gerekse sigortalının ileriye dönük tasarım yapması zorluğu nedenler arasında sayılabilir(31).

Mortalite tredleri ile ilgili bir araştırmanın anlatıldığı makalede (63); 1995 yılında doğan erkekler arasında hayat beklentisinin en yüksek olduğu ülkelerin, 76.4 yıl ile Japonya, 76.2 yıl ile İsveç olduğu görülmektedir. Bundan 40 yıl önce doğanlar için ise hayat beklentisi Japonya'da 63.6 yıl, İsveçte 70.5 yıl idi. Makale'ye göre, 1955–1995 yılları arasında Japonya'daki erkek nüfus arasında hayat beklentisi yüzde 20 oranında artmış, bu oran ile Japonya, incelemenin yapıldığı beş ülke arasındaki en yüksek artışın olduğu ülke olmuş, en düşük artış yüzde 8.1 ile İsveç'te gerçekleşmiş, diğer ülkelerdeki hayat beklentisi ise 40 yıllık dönemde yüzde 9-10 arasında değişmiştir.

Hayat beklentisinde benzer bir gelişimin kadın nüfus arasında da yaşandığı bu makalede belirtilmektedir(63). 1995 yılında doğan kadınlar için hayat beklentisinin yine Japonya ve İsveç'te en yüksek düzeyde olduğu, (Japonya'da 82.8, İsveç'te 81.5), 40 yıl önce bu rakamların Japonya'da 67.8, İsveç'te 73.4 olarak bilindiği, beş ülke arasında kadınlardaki hayat beklentisindeki en büyük artış yüzde 22 ile Japonya'da, en düşük artış da yüzde 8.5 ile ABD ve yüzde 8.6 ile İngiltere'de gerçekleştiği, Almanya ve İsveç'teki artış oranının yüzde 11 civarında olduğu ifade edilmektedir.

2.10.2. Sağlıkta Yeniden Yapılanma

Bir yandan halkın sağlık bilgisi, kendi sağlık hakkına olan inancı ve buna paralele olarak sağlık hizmetlerinden beklentileri artarken, diğer yandan sağlık hizmetleri bakım ve tedavi kapasitesi ve aynı zamanda bunların maliyetleri de hızla yükselmektedir. Yükselen maliyetler ve artan beklentiler; hem ülkeler arasındaki sağlık hizmet farklılıklarının daha geç kapanmasına, hem sağlık personelinin geleneksel rolünün değişmesine, hem de kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri sunma kapasitesinin aşılmasına yol açmaktadır (49).

Sağlıklı toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasını tehdit eden bu değişim baskıları sonunda geline ortak ilkeler, her ülkenin kendi kaynakları ve öncelikleri doğrultusunda uygulamaya geçirilmektedir. Üçüncü bin yılda, dünyada tüm ülkeler, değişen bu şartlara uyum gösterebilmek ve vatandaşlarına sosyal bir sektör olarak sağlık hizmetlerinde imkanları oranında en iyiye sağlayabilmek için, sağlık sistemlerini gözden geçirmektedirler (49).

Bu yeniden yapılanma çalışmasında dünyanın ortak ilkeleri; hizmetin nüfusun tamamını kapsaması, hizmet sunumunda çeşitlilik ve dolayısıyla hizmette yarış, tanımlanmış nüfus gruplarına ihtiyaçları oranında düzenli sürekli ve kontrollü hizmet, sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kontrolü, maliyet etkililik, harcanana değer olma, hizmeti alanların hizmetin yönetimine katılımı olarak sıralanabilir (49).

Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Sağlıkta Yeniden Yapılanmada Ortak Kriterler Geliştirilmesi” amaçlı, 17-21 Haziran 1996’da Slovenya’da yapılan toplantıda, tüm Avrupa Bölgesi’ne üye ülkeler, sağlık hizmetlerinin; insana saygı, sağlık kazanımları, eşitlik/hakkaniyet gibi değerlere yönelmesi gerektiğini, sağlığı hedefleyerek, insan merkezli, kaliteye odaklı, gerçekçi bir finansmana dayanmasını, ve temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olmasını öngören bir “Deklarasyonu” kabul etmişlerdir (49).

2.10.3. ABD Sağlıkta Gelecek Projeksiyonları

ABD’de Gelecek Enstitüsü’nün, 2005 Yılı Sonrası Sağlıkta Üç Olası Senaryosu olarak, şu tahminler sıralanmaktadır(64):

- Fırtınalı Hava Senaryosu (Stormy Weather) ile artan hizmet maliyetleri ve maliyet kontrolü çabalarına karşılık; hizmet sunumu ve finansmanını denetleyen ve özel sektör tarafından oluşturulup yönetilen bir hizmet sunum planı olan Yönetimli Bakım’ın (Managed Care) başarısızlığı, tatmin olmamış sağlık hizmet sunucuları ve hastalar, yüksek karlılık düzeyinde çalışma eğiliminde ısrar eden organizasyonlar, sık tekrarlayan sağlık skandalları,
- Uzun Ve Dönemeçli Yol Senaryosu (The Long And Winding Road) ile yüksek sağlık maliyetlerini kontrol çabaları, sağlık hizmetleri sağlayan organizasyonlarda devam eden çalkantı, organize olmamış değişimler,
- Sokağın Güneşli Yüzü Senaryosu (The Sunny Side Of The Street) ile atıl kapasitenin elimine edildiği rekabete dayalı sistem, hastalıkları önleyici ve sağlığı geliştirici etkili tıbbi yönetim, hizmet sağlayıcı organizasyonlarla hizmet kalitesini geliştirmek için yüksek düzeyde işbirliği, hasta bakım sürecini ve çıktılarını geliştiren gelişmiş enformasyon sisteminin varlığı,

Berman, Weeks ve Kukla adlı otörler, Sağlıkta Gelecek Trendleri'ni(64); sağlık harcamalarının ve maliyetlerinin artışı, akreditasyon kurumları, hastane hizmet bedelleri için alternatif ödeme metotları, maliyet analizleri, sağlık sigortacılığı, malpractice, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, rekabete dayalı sağlık bakım örgütleri, ayakta tedavi hizmetlerinin yaygınlaşması, evde bakım hizmeti, yaşlılara düşkünlere ve özürllülere yönelik hizmetler, organ nakli, ötanazi, eğitim hastaneleri, profesyonel sağlık yöneticilerinin temini, hekim arzındaki artış, tıbbi teknoloji, sağlık bilgi sistemleri, hastane destek sistemleri olarak sıralamaktadırlar. Aynı yazarlar, Sağlıkta Gelecek Problemlerini de; sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, yaşlı nüfusun artışı ve buna bağlı olarak kronik hastalıklarda artış, ayakta tedavi hizmetleri kullanım sıklığında artış, kaza ve felaket sigortalarına ilgi artışı, toplumun sağlıkla ilgili karar ve uygulamalara artan katılımı, sağlık yöneticilerine olan ihtiyacın artışı, evde bakım hizmetlerinde artış, hastane enformasyon sisteminde gelişmeler, akreditasyon ve kalite izleme kurumlarının faaliyetlerine artan baskılar şeklinde belirtmektedirler.

2.10.4. Avrupa'da Sağlık Sistemlerinde Geçiş Yaşayan Ülkeler

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine göre, vergi bazlı sistemden sigortaya dayalı sisteme geçen ve geçmeye çalışan Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri ile Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkeleri (Estonya, Litvanya, Macaristan, Letonya, Polonya, Slovakya, Solvenya, Bulgaristan, Romanya, Arnavutluk, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Ermenistan, Azerbeycan, Kazakistan vb.) sosyal sigortaya dayalı sistem için aşağıda sıralanan şu kilit özellikleri göstermektedirler(27):

- Ayrılmış fonlar,
- Özellikle nüfusun geliri olmayan kesimlerine Devlet'in katkısı,
- Sağlık sigortası için kurulan yönetim mekanizmalarının mali olarak Maliye Bakanlıkları ve Devlet Bütçeleri'nden bağımsızlığı ama Hükümet'in kontrolü altında olması,
- Sağlık sigortacılığında, isteğe bağlılık yerine, sisteme girme zorunluluğu,
- Kapsam altındakilere eşit olarak sunulan hizmetleri tanımlayan teminat paketi,
- Gelire göre ayarlanarak sabit oranda tutulan işçi ve işveren prin katkıları.

Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri ile Bağımsız Devletler Topluluğu Ülkeleri'nin sosyal sigortaya dayalı sisteme geçmekte yaşadıkları sıkıntılar da şöyle sıralanmaktadır(27):

- Harcama kontrolünün eksikliği,
- Yapısal açıkların ortaya çıkışı,
- Yaşlı ve emekli nüfus fazlalığı gibi özellikler,
- İşçi ve işveren prim paylarının getirdiği fazladan yük,
- Geçiş dönemi problemleri,
- Yeterli bilgi teknolojisinin eksikliği,
- Teknik tecrübe eksikliği,
- Yetersiz kurumsal altyapı,
- Mevzuat eksikliği,

2.10.5. Avrupa Ülkelerinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (65)

Devletin sunduğu sosyal güvence kapsamındaki sağlık giderlerine, hemen tüm dünya ülkelerinde şahısların katılımı bulunmaktadır. Bu katılım, sosyal güvencenin hiç kapsam altına almadığı harcamalarda olabildiği gibi, kapsam altında olanların sağlık giderleri de olabilmektedir.

Sosyal güvence sisteminde sağlık hizmeti, çoğunlukla ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerini, teminat yüzdesi ile karşılar. Yatarak tedavi kapsamındaki sağlık giderlerinde ise, tedavi olunan kurumdaki tedaviyi üstlenen doktorun uzmanlık düzeyi, otelcilik hizmetlerinin asgari standartlarda tutulması gibi önlemlerle sağlık harcamaları kontrol altında tutulmaya çalışılır.

Her ne şekilde olursa olsun, Devlet'in sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşur. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür. Bu şekilde, hizmet alan kişi ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu meblağı hem de yatarak tedavide mecbur tutulduğu şartların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı sigortası aracılığı ile ücret ödemedi alır.

Tamamlayıcı sigorta uygulanan ülkelerin başında, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Hollanda gelmektedir. Sosyal sağlık sisteminin herhangi bir sağlık harcaması için onay verdiği durumlarda, tanımlı teminatların ilgili hizmet sunucuya sosyal sistem tarafından verilmesini takiben, özel sigorta tarafından verilir. Örneğin, sosyal güvence kapsamında bir kişi ameliyat olmak için bir sağlık kurumuna başvurduğu anda, sigortalı sosyal güvence numarasını veya sosyal sigorta numarasını verir. Tüm sosyal güvence kapsamındaki kişilerin alabileceği hizmet temel teminat paketi içinde tanımlı olduğu için, sigortalı tarafından talep edilen bu paket dışında kalan ve ekstra olarak tanımlanabilecek giderler, özel sağlık sigortasına, sigortalının teminat kapsamı ve limitleri doğrultusunda fatura edilir. Özel sağlık sigortası bu durumda, temel teminat paketi dışında kalan ekstra olarak tanımlanabilecek sağlık giderlerini ödemekle yükümlüdür. Aynı şekilde ayakta tedavi kapsamında sosyal güvence tarafından teminat altına alınan giderlerin teminat yüzdesi ve yıllık limiti, tamamlayıcı özel sigorta ile artırılabilir. Örneğin, dış tedavisi için bir kuruma başvuran sigortalının dış tedavi teminatı % 50 kapsamında ise, bu yüzde özel sigorta ile çeşitli teminat paketleri ile kademeli olarak % 80 e kadar artırılabilir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulandığı ülkelere Almanya ve Hollanda'da benzer sistem çalışmaktadır. Sigortalının tamamlayıcı sigortası varsa, kendisine verilen bir tanıtıcı kart ile sağlık kurumuna başvurduğunda, yatarak tedavi gerektiren durumlarda temel teminat paketinde tanımlı olan 5 kişilik oda da yatırılması yerine özel sigorta ile 1 veya 2 kişilik odada kalması, klinik şefi tarafından tedavisinin yürütülmesi mümkün olmaktadır (tedaviyi yürüten doktora tabip odasının yayınladığı tedavi ücretlerinin 2 katına kadar ücret ödemenin tanımlı olması nedeniyle) .

2.11. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Gelecek Trendleri

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, UNDP 2015 yılı projeksiyonlarına göre 80 milyon olacak, bunun içinde kentsel nüfusumuz % 84.5, 65 yaş üstü nüfusumuz ise % 7.2 olarak gerçekleşecektir (66).

DPT 2002 Yılı Programı’na göre, yüzde 1.49 olarak verilen ülkemiz nüfus artış hızını doğrudan etkileyen faktör olan toplam doğurganlık hızı, DPT verilerine göre, 1978 yılında 4.3 iken 2002 yılında 2.4’e düşmüş olup, 2002 yılında nüfusumuzun yüzde 29.2’si 0-14, yüzde 65.1’i 15-64 yaş gruplarında, yüzde 5.8’i ise 65 yaş üstündedir (48). Dünya Sağlık Örgütü, WHO, doğuşta hayatta kalma ümidinin, 2025 yılında 75 yaşa yükseleceğini belirtmektedir (66).

TEZCAN (67); 1955-2000 yılları arasındaki son 45 yılda, Türkiye’de doğumda beklenen yaşam sürelerinin, toplam 45 yıl için değişim yüzdesinin + 59.2 olduğunu ve iki cinsiyete birlikte bakıldığında her beş yılda ortalama 3-4 yaş daha kazanıldığını ifade etmektedir.

TOKAT’ın, 1992-1996 yılları arasında (68) ve 1998 yılında (43) yapılmış, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı Araştırmaları’na göre, 1998 yılı gerçekleşmiş toplam sağlık harcaması 9.5 milyar USD olup, bunun GSMH içindeki oranı % 4.8’dir. Aynı Araştırma’da kişi başına düşen sağlık harcaması ise 149.5 USD olarak hesaplanmıştır.

OECD sağlık verilerine göre (41, 42), OECD üyesi 30 ülkenin ortalaması olarak, 1998 yılı toplam sağlık harcamalarının GSMH’ya oranı % 7.8’dir. OECD ülkelerinde, kişi başına düşen sağlık harcaması ortalaması ise, 1998 yılında, 1.699 USD’dir. Satınalma paritesine göre yapılan bu hesaplamada Türkiye için kişi başı sağlık harcaması 303 USD olarak gösterilmektedir.

ÇİLİNGİROĞLU bir makalesinde (69), Türkiye'nin 1980-1996 yılları arasında sağlık harcamaları ortalamasının yaklaşık 5.1 milyar USD, Türkiye dışındaki OECD ülkelerinde bu ortalamanın 65.6 milyar USD olduğunu, yani karşılaştırıldığında OECD ülkeleri yıllık sağlık harcaması ortalamasının Türkiye'den 13 kat daha fazla olarak gerçekleştiğini belirtmektedir.

Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 Araştırması ile 1998 Araştırması rakamları karşılaştırıldığında, 1998 Araştırması'ndaki 9.5 milyar USD'lık toplam sağlık harcamasının 2.4 milyar USD olan özel sağlık harcamalarının, 4.2 katı ile özel hastane, 1.6 katı ile özel hekim harcamalarındaki artış olduğu görülmektedir. TOKAT bir makalesinde(70); toplam özel sağlık harcamalarının gayrisafi milli hasılaya oranının 1990 yılında yüzde 1.4'den, 1994-1996-1997 yıllarında yüzde 1.1'e düştüğünü, 1998 yılında tekrar yükselerek yüzde 1.3 olarak gerçekleştiğini ifade etmektedir. Aynı makalede, toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payının 1990 yılında yüzde 39.1 iken 1994-1996-1997 yıllarında azalarak 1998 yılında yüzde 22.4'e düştüğü gösterilmektedir.

TOKAT'ın Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998 Araştırması'nda, toplam sağlık harcamalarının finansman kaynaklarının; % 43'ünün vergilerden, % 25'inin sigorta primlerinden, % 32'sinin doğrudan cepten ödemelerden geldiği görülmektedir.

OECD sağlık verilerine göre, OECD üyesi ülkelerin ortalaması olarak, 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının finansman kaynaklarının; % 70.6'sının kamu kaynaklarından, % 7.7'sinin özel sağlık sigortası primlerinden, % 2.8'inin diğer özel fon gelirlerinden, % 19.0'ının ise doğrudan cepten ödemelerden geldiği görülmektedir.

TOKAT'ın Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı Araştırması'nda, 1992 yılı kişi başı yıllık sağlık harcaması ortalaması; SSK'da 52 USD, Aktif Devlet memurlarında 63 USD, Emekli Sandığı mensuplarında 105 USD, Bağ-Kur'da ise 19 USD olarak ifade edilirken; 1998 yılında bu ortalamanın, SSK için 50 USD, Aktif Devlet memurları için 76 USD, Emekli Sandığı mensupları için 314 USD, Bağ Kur için ise 84 USD olduğu belirtilmektedir.

Buna göre; 1992 yılı rakamları 100 kabul edilerek ve dolar artışı dikkate alınmayarak yapılacak değerlendirmede, 1992-1998 yılları arasındaki 6 yıllık süre içindeki reel değişimin; SSK için -% 3.9, Aktif Devlet memurları için +% 120.6, Emekli Sandığı mensupları için +% 299.0, Bağ Kur için ise +% 442.1 olduğu görülmektedir.

Aynı çalışmaya göre, 1998 yılında; kamu ilaç harcaması 2.5 milyar USD, özel harcamalarda doğrudan ilaç harcaması 708 milyon USD, toplam ilaç harcaması 3.2 milyar USD olarak gerçekleşmiştir. 1992-1998 yılları arasındaki 6 yıllık süre içindeki dolar bazında değişimin; toplam ilaç harcamasında +% 188, kamu ilaç harcamasında +% 312, özel sağlık harcamalarının doğrudan ilaç alımında da -%22 olduğu ortaya çıkmaktadır. Kamu ilaç harcamalarının toplamdaki payının, 1992-1998 arasında % 47'den % 78'e yükselmesi, +% 166'lık bir reel değişimdir.

Tablo 2.19'da, 2001–2005 yılları arasında, ülkemizin bazı demografik göstergelerinde beklenen gelişmeler sunulmaktadır (47).

Tablo 2.19. Bazı Demografik Göstergelerde Beklenen Gelişmeler,Türkiye,2000-2005 (47)

Göstergeler	Y ı l l a r	
	2000	2005
Nüfus	65.773.000	70.668.000
Nüfus Artış Hızı	% 1.50	% 1.33
0-14 Yaş Grubu Nüfus	% 30.04	% 28.27
65 Yaş Üstü Nüfus	% 5.57	% 5.89
Kaba Ölüm Hızı	%0 6.7	%0 6.6
Kaba Doğum Hızı	%0 21.8	%0 19.9
Bebek Ölüm Hızı	%0 35.3	%0 28.8
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi(Erkek)(Yıl)	66.9	68.0
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi(Kadın)(Yıl)	71.5	72.7
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi(Toplam)(Yıl)	69.1	70.3
Toplam Doğurganlık Hızı	2.53	2.30

Ülkemizde 1980’li yılların sonlarında başlayan, “Sağlık Reformu” çalışmaları halen tartışma aşamasında olarak sürmektedir. Stratejileri, 1989 yılında DPT için yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü çerçevesinde belirlenmiştir. Master Plan Etüdü, “Sağlık Reformu” için dört ana strateji seçeneğini ortaya koymuştur (72):

1. Mevcut Statü’nün İyileştirilmesi
2. Serbest Pazar Stratejisi
3. Ulusal Sağlık Hizmetleri Stratejisi
4. Uzlaştırma Seçeneği

Bu stratejiler arasından DPT tarafından benimsenen Uzlaştırma seçeneğinin ana özellikleri; hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması, Sağlık Bakanlığının rolünün değişmesi, hizmetlerin sözleşme yoluyla tedariki için yerel bütçelerin bulunması, hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için yerel planlama yapılmasıdır (72).

Master Plan Etüdünü izleyen yaklaşık onbeş yıllık sürede, sağlık sisteminin bütününe yönelik reformların uygulanabilmesi için, Sağlık Bakanlığı tarafından, 49. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nden bu yana (halen 58. Hükümet'e kadar süren), değişik Hükümetler döneminde, değişik versiyonlar biçiminde üretilen yasa tasarıları kamuoyunda tartışılmıştır. Bu süreçte, "Sağlık Reformu" konu başlıkları aşağıda sıralanan ana bileşenlerde yoğunlaşmış bulunmaktadır (71):

1. Sağlık Finansmanı Reformu ile mevcut sağlık sigorta programları kapsamında olmayan kişilerden başlayarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması ve sağlık hizmetleri finansmanında SSK, Emekli Sandığı, Bağ Kur gibi kurumların tek çatı altında toplanması,
2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu ile hizmete erişilebilirliği ve kaliteyi artıracak bir aile hekimliği sisteminin oluşturulması,
3. Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu ile yataklı tedavi kurumlarının özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
4. Organizasyon ve Yönetim Reformu ile Sağlık Bakanlığı'nın, kurallar tanımlayarak hizmet sunumunu düzenlemesi, denetlemesi, gözetlemesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi şeklindeki yeni rolünü üstlenmesi.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, özel sağlık sigortacılığı alanında, 2002 yılı sonu itibarıyla; 9 088 poliçe ile 30 496 kişiye sağlık sigortacılığı hizmeti vermekte olan, toplam 256 976 850 USD (293 trilyon 61 milyar TL.) sağlık sigortası priminin 11 048 235 USD (12 trilyon 599 milyar TL.) olan kısmını üreterek, prim üretimi açısından % 4.29'luk payı ile sektörde yedinci sırada yer alan, **İsviçre Hayat Sigorta A.Ş. sağlık sigortası kayıtlarının**, 1998-2002 yılları arası dönemini içeren, **son beş yıllık arşivinde** ve **2001-2002-2003** yıllarında yapılmıştır. Bundan sonraki bölümlerde, İsviçre Hayat Sigorta A.Ş., İncelenen Sigorta Şirketi olarak ifade edilecektir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Özel Sağlık sigortacılığında; gerek hizmeti finanse eden özel sağlık sigortası şirketleri, gerek hizmeti sunan özel ve kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşları ve gerekse hizmeti alan özel sağlık sigortası poliçesi sahiplerinin kötüye kullanımlarını asgariye indirgeyen, doğru riske doğru prim alınması yoluyla hizmette maliyet etkililiği sağlayan bir risk profilinin ortaya konulmasına yönelik **tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.**

3.3. Araştırmanın Evreni, Örneklem

İncelenen Sigorta Şirketi'nde,

1998 yılında 22 842,

1999 yılında 26 134,

2000 yılında 24 530,

2001 yılında 23 849,

2002 yılında 30 496 sağlık sigortası poliçesi sahibi olan kişilerin kayıtları, araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Şekil 3.1. “Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002) Araştırması” Akış Şeması, Ankara, 2001



İncelenen Sigorta Şirketi’nden, 1998 ile 2002 yılları arasındaki sağlık sigortası poliçesi sahibi olan ve bu poliçelerin kapsadığı kişilere ilişkin kayıtlar alınmış ve tanımlayıcı özellikleri belirlenerek, ayakta ve yatarak tedavi kayıtları ile hastalık gruplarına göre dağılıma ilişkin kayıtlar; hasar ödeme, risk profili ve hastalık ödemeleri olarak incelenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı, İncelenen Sigorta Şirketi’nin 1998-2002 yılları arasındaki sağlık sigortası kayıtlarıdır. Şirket’in İstanbul’da bulunan Genel Müdürlüğü’nde, bilgisayar ortamında, arşivinde, yayınlanmış istatistik yıllıklarında, ilgili yöneticiler ve teknik kişilerle yapılan yüzyüze görüşmelerde bu veriler derlenmiş, analiz edilmiş, elde edilen sonuçlar yine aynı kaynaklardan doğrulanmıştır.

İncelenen Sigorta Şirketi kayıtları ile ilgili olarak, incelenen konular ve değişkenler Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1. İncelenen Sigorta Şirketi'nde İncelenen Konular ve Değişkenler, 2003

BÖLÜMLER	DEĞİŞKENLER
Genel Bilgiler	
	Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının 1998-2002 yılları arası son beş yıllık verileri;
	Sigorta şirketleri ve sigortalı sayısı,
	Sigorta şirketlerinin prim üretimleri,
	Sigorta şirketlerinin hasar ödemeleri,
	Sigorta şirketlerinin hasar/prim oranları,
	İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arası son beş yıllık genel verileri;
	Sigortalı sayısı,
	Prim üretimi ve hasar ödemeleri,
	Hasar/prim oranları,
Araştırmaya Özel Bilgiler	
	İncelenen Sigorta Şirketi, sağlık portföyünün, 1998-2002 yılları arası verileri;
	Yıl içinde sigortalanan ve sigortası yenilenen kişilerin,
	Yaş dağılımı,
	Cinsiyet dağılımı,
	Sigortalılık süreleri,
	Ayakta tedavi için gittikleri sağlık kurumları,
	Yatarak tedavi için gittikleri sağlık kurumları,
	Yıllık sağlık primi üretimi,
	Yıllık ödenen hasar miktarı,
	Ayakta tedavi için ödenen toplam hasarın sağlık kurumlarına dağılımı,
	Yatarak tedavi için ödenen toplam hasarın sağlık kurumlarına dağılımı,
	2002 yılında hasar ödemelerinin, 17 başlıklı listeye göre, kullanım, toplam ve birim maliyet dağılımı,.
	2002 yılında hasar ödemelerinin, 17 başlıklı listeye göre, birinci-ikinci-üçüncü-dördüncü-beşinci sırasında yeralan hastalık gruplarındaki ilk beş hastalık

3.5. Araştırmada Kullanılan Terimlerin Tanımlanması

Araştırmada sigortacılık, finans, sağlık gibi alanlarda kullanılan terimler, alfabetik dizinle aşağıda sıralanmış olup, bu terimlere ilişkin tanımlamalar EK 1’de sunulmaktadır.

Terimler Listesi

- Açıklama Yükümlülüğü (Duty Of Disclosure)
- Açık/Yazılı Şart (Expressed Condition)
- Aktüer (Actuary)
- Anlaşmalı Sağlık Kurumu (Contracted Health Institution)
- Beklenen Azami Hasar (Estimated Maximum Loss/Probable Maximum Loss)
- Birikim Tutarı (Guaranteed Cash Amount)
- Birlikte Sigorta (Coinsurance)
- Brüt Prim (Gross Written Premium)
- Bütün Tehlikeler (All Risks)
- Dolaylı Hasar (Consequential Loss)
- Ek Prim (Additional Premium)
- Fiziki Tehlike (Physical Hazard)
- Genel Şartlar (General Conditions)
- Hasar (Damage/Casualty)
- Hasar Prim Oranı (Loss Ratio)
- Hasar Frekansı (Frequency)
- Hasar Şiddeti (Severity)
- Hasarsızlık İndirimi (No Claim Discount)
- Hayat Sigortası (Life Insurance)
- İhtarname (Warning Notice)
- İstisna (Exception/Exclusions)

- İştira-Satınalma (Surrender)
- Kar Payı Oranı (Profit Share Ratio)
- Kloz (Clause)
- Komisyon (Commission)
- Lehtar/Menfaattar (Beneficiary)
- Limit (Limit)
- Lütuf Ödemesi (Ex Gratia)
- Medicaid
- Medicare
- Meriyet (In-force)
- Moral Tehlike (Moral Hazard)
- Mortalite Tabloları (Mortality Tables)
- Muafiyet (Deductible)
- Muafiyet Protokolü (Endorsement)
- Muafiyet Tutarı (Deductible Amount)
- Muallak Hasar (Outstanding Loss)
- Mücbir Sebep (Act Of God)
- Özel Şartlar (Special/Particular Conditions)
- Poliçe (Policy)
- Portföy (Errors and Omission Clause)
- Prim (Premium)
- Reasürans (Reinsurance)
- Risk (Risk)
- Riziko Kabulü (Underwriting)
- Riziko Tanımlama (Risk Identification)

- Rücü / Halefiyet Hakkı (Subrogation)
- Sağlık Gideri-Hasar (Health Claim)
- Sağlık Sigortası (Health Insurance)
- Saklama Payı (Retention)
- Sigorta (Insurance, Assurance)
- Sigortacı (Insurer)
- Sigortalı (Insured, Assured)
- Sigorta Başlangıç Tarihi (Inception Date, Commencement Date)
- Sigorta Bitişi-Sigortanın Sona Ermesi (Expiry Date, Termination)
- Sigorta Bedeli (Sum Insured, Insured Value, Capital Assured)
- Sigorta Edilebilir Menfaat (Insurable Interest)
- Sigorta Edilebilir Risk (Insurable Risk)
- Sigorta Ettiren (Policyholder, Insurance Taker, Insurance Buyer)
- Sigorta Konusu (Subject Matter of Insurance)
- Sigorta Poliçesi (Insurance Policy)
- Sigorta Sahtekarlığı (Insurance Fraud)
- Sigorta Süresi (Insurance Period, Policy Term)
- Sigorta Şirketi (Insurance Company, Insurer, Assurer)
- Taahhüt (Warranty)
- Tazminat (Indemnity)
- Tazminat Talebi (Claim)
- Yenileme (Renewal)
- Zarar/Ziya (Loss)
- Zeyilname (Endorsement)
- Zorunlu Sigorta (Compulsory Insurance)

3.6. Araştırmayı Uygulama Şekli

Özel sağlık sigortacılığında risk profili konusunda, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu ile Sigortacılık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nde incelemeler yapılmıştır. Bu kapsamda; merkezi Ankara'da bulunan, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu arşivlerinden veriler toplanmış ve Kurul'un her yıl yayınlanan Türkiye'de Sigorta Faaliyetleri Hakkında Rapor adlı dokümandan son beş yıla ait bilgiler elde edilmiş, merkezi Ankara'da bulunan, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü'nden bu çalışma için izin alınmış ve verilerinden yararlanılmıştır.

Merkezi İstanbul'da bulunan, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nden bu çalışma için izin alınarak, verilerinden yararlanılmıştır. Bu bağlamda, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından her yıl yayınlanmakta olan Faaliyet Raporu adlı dokümandan son beş yıla ait bilgiler elde edilmiştir.

Merkezi İstanbul'da bulunan İsviçre Hayat Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğü'nden bu çalışma için izin alınmış ve Genel Müdürlük sağlık sigortası kayıtları bilgisayar ortamı verileri, yayınlanmış istatistik rapor ve yıllıkları derlenerek, analiz edilmiş, elde edilen sonuçlar yine aynı kaynaklardan doğrulanmıştır.

Merkezi İstanbul'da bulunan İhlas Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğü'nden bu çalışmada yararlanılmak üzere, 2000 yılında yapılan konuyla ilgili benzer çalışma sonuçları için izin alınarak, Genel Müdürlük kayıtlarından söz konusu çalışma elde edilmiştir.

Ayrıca konuyla ilgili olabileceği düşünülen ve önerilen internet siteleri de taranmıştır.

3.7. Araştırmada Ölçüm İçin Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

Araştırmada, yukarıdaki maddelerde sıralanan kişi ve kurumlarla yapılan yüzyüze görüşmeler, sağlık sigortası kayıtları, bilgisayar ortamı verileri, yayınlanmış istatistik rapor ve yıllıkları, internet ortamından ilgili sitelerin taranması dışında herhangi bir araç-gereç kullanılmamıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan veriler, Sigorta şirketi'nin kendi hazırladığı Orackle Veri Tabanlı Bilgisayar Programı'ndan derlenerek, Windows 2000 Excel Programı ile değerlendirilmiştir.

3.9. Gerekli İnsangücünün Sağlanması

Verilerin toplanması için, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu ile Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Türkiye Sigorta ve Reasürans şirketleri Birliği, İsviçre Hayat Sigorta A.ř. Genel Müdürlüğü, İhlas Sigorta A.ř. Genel Müdürlüğü; yöneticileri ve teknik elemanlarından yardım alınmıştır. Bunu dışındaki her türlü işlem Araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.10. Araştırma İle İlgili İzinler

Araştırma ile ilgili izinler; daha önce isimleri sayılan kurumların yöneticilerinden alınmıştır.

3.11. Etik Konular

Yapılan görüşmeler, görüşme nedeni ve içeriği anlamında önceden randevü alınarak gerçekleştirilmiş olup, belirlenen konulara ilişkin bulgular ilgililerine geri bildirim yapılarak doğrulatılmış, yapılan çalışmaya ilişkin her türlü izin alınmıştır. Araştırma'nın sonuçları ve öneriler ilgili kurumlara ulaştırılacaktır.

3.12. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları

Özel sağlık sigortası, rekabete dayanan ticari bir alan olduğundan, Tez önerisi yapılmadan önce başlayan girişimlerle, sadece iki sigorta şirketinin veri ve sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu durum, Türkiye geneli için bir profil çıkarılmasını engellemiştir.

Veri ve sonuçları incelenen iki sigorta şirketi de her türlü veri ve sonuçlarını kullanıma açmalarına karşın, kayıtların; gerek kendi bilgi işlem altyapılarının bilimsel bir çalışmanın gereklerinin tümünü karşılama kısıtlılığı ve gerekse sigortacılıkla ilgili bazı resmi kayıtların ticari sır olma özelliği nedeniyle, tümüne ulaşmak mümkün olamamıştır. Ayrıca, kamu ve özel sağlık kurumlarıyla yapılan paket anlaşmaların içeriklerinin farklılığı nedeniyle, paket fiyatlar açısından karşılaştırılabilir veriye ulaşamamıştır. Bu nedenle, sigortalıların yaşa ve cinse özel tanımlayıcı özellikleri olarak; meslek dağılımı, öğrenim düzeyi dağılımı, sigara ve alkol alışkanlıkları, gelir düzeyi, sık rastlanan ilk 10 hastalığın yaşa ve cinsiyete özel dağılımı, ile paket fiyat karşılaştırmaları gibi bazı değişkenler araştırma kapsamına alınamamıştır.

Ayrıca, değişik özel sağlık sigortası şirketlerinin veri kayıt sistemleri karşılaştırma olanağı verecek standartta olmadığı için de, bazı ulaşılan verilerin değerlendirilmesi mümkün olamamıştır.

3.13. Araştırmanın Bütçesi

Ankara-İstanbul-Ankara Yol ve Konaklama Harcamaları	800 USD.
Fotokopi, genel kırtasiye masrafı	350 USD.
Tez Basımı	400 USD.
Diğer Masraflar	425 USD.
Toplam	1 975 USD.*

* 1 USD = 1.650.000.- TL. karşılığı olarak verilmiştir ve veri girişleri ile tez yazımı Araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.14. Araştırmanın Çalışma Takvimi

Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı
Sigorta Denetleme Kurulu ile
Sigortacılık Genel Müdürlüğü Görüşmeleri

Ocak 2001- Ocak 2003,

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri
Birliği Görüşmeleri

Ocak 2001- Temmuz 2002,

İhlas Sigorta A.Ş. Genel Müdürlüğü
Görüşmeleri

Eylül 2002

İsviçre Hayat Sigorta A.Ş.
Genel Müdürlüğü'nde Görüşme/İnceleme

Ocak 2001 – Ocak 2003

Literatür Taraması

Ocak 2001 – Ocak 2003

Veri Analizi

Ekim 2002 – Aralık 2002

Tez Yazımı

Ocak 2003

BULGULAR

Araştırma’da kullanılan İsviçre Hayat Sigorta A.Ş. verilerine ilişkin elde edilen bulgular iki bölüm halinde sunulmuştur.

Birinci bölümde, tanımlayıcı bulgular başlığı altında, verilerin; 1998-2002 yılları arasındaki beş yıllık dönemde, sağlık sigortası poliçesi, kapsadığı kişi sayıları, sağlık branşındaki prim üretimleri ve hasar ödemeleri ile hasar prim oranlarına ait olanları verilerek, 2002 yılındaki sağlık sigortalıların yaş, cinsiyet ve sigortalılık yılları bazında değişimlerine ilişkin bilgiler ve tablolar yer almıştır.

İkinci bölümde ise, hizmet kullanımına ilişkin bulgular başlığı altında, verilerden; 1998-2002 yılları arasındaki beş yıllık dönemde, sağlık sigortalılarının ayakta ve yatarak tedavi kulanımları, bu kullanımların kurum bazında dağılımları ve 17 Başlıklı Liste’ye göre sınıflandırılmış hastalıkların kullanım ve ödenen hasar tutarına ilişkin olanlarının bilgi ve tabloları sunulmuştur.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

İncelenen Sigorta Şirketi Portföyünün 1998-2002 yılları arasındaki beş yıllık dönemde, toplam poliçe sayısı ile kapsanan kişi sayısı ve bir poliçe başına düşen kişi sayısının yıllara göre dağılımı ile yüzde değişimi, Tablo 4.1.1.’de sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. İncelenen Sigorta Şirketi Portföyünün, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003

Yıllar	Police Miktarı*		Kapsanan Kişi		Police Başına Ortalama Kişi	
	Sayı	% Değişim	Sayı	% Değişim	Sayı	% Değişim
1998	7 531	-	22 842	-	3.0	-
1999	9 348	+24.1	26 134	+14.4	2.8	-7.9
2000	9 433	+ 0.9	24 530	- 6.1	2.6	- 6.1
2001	7 957	- 15.7	23 849	- 2.9	3.0	+14.1
2002	9 088	+14.2	30 496	+27.9	3.4	+12.0
TOPLAM	43 357	+23.5	127 851	+33.3	3.0	+12.1

* Police miktarı o yıla ait önceki yıldan devir ve yeni poliçelerin toplamıdır.

Tablo 4.1.1.'den görüleceği üzere, İncelenen Sigorta Şirketi'nde;

- 1988 yılında, 7 531 police karşılığı, 22 842 kişi olan özel sağlık sigortası kapsamı, 2002 yılında 9 088 police ile kapsanan 30 496 kişiye ulaşmıştır,
- 1988 yılında police başına ortalama 3.0 kişi düşerken, bu ortalama 2002 yılında 3.4 kişiye çıkmıştır,
- 1998-2002 yılları arasında yüzde değişim, police miktarında + 23.5, kapsanan kişi sayısında + 33.3, police başına ortalama kişide + 12.1 olarak gerçekleşmiştir,
- 1998-2002 yılları arasındaki beş yıllık dönemde; police başına ortalama kişi sayısında en küçük değer 2.6 ile 2000 yılında, en büyük değer ise 3.4 ile 2002 yılında görülmüştür.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasında, ferdi ve grup sağlık sigortacılığındaki prim üretiminin, yıllara göre dağılımı, Tablo 4.1.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.2. İncelenen Sigorta Şirketi Ferdi ve Grup Sağlık Sigortacılığı Prim Üretiminin, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003

Yıllar	Ferdî Prim Üretimi		Grup Prim Üretimi		Toplam Prim Üretimi
	Miktar (USD)	Yüzde*	Miktar (USD)	Yüzde*	
1998	7 966 025	63.0	2 946 339	27.0	10 912 364
1999	9 914 692	66.9	2 974 735	33.1	12 889 427
2000	11 183 378	76.6	3 412 772	23.4	14 596 150
2001	9 546 081	79.9	2 401 299	20.1	11 947 380
2002	9 104 859	72.9	3 394 678	27.2	12 499 537
TOPLAM	47 715 035	75.9	15 129 823	24.1	62 844 458

* Satır yüzdeleridir.

Tablo 4.1.2.'de görüldüğü gibi;

- İncelenen Sigorta Şirketi tarafından, 1998-2002 yılları arasında, 47 715 035 USD. Ferdi Sağlık Sigortacılığından, 15 129 823 USD. Grup Sağlık Sigortacılığından olmak üzere toplam 62 844 458 USD. sağlık sigortası primi toplanmıştır,
- Toplam sağlık primi üretiminin % 75.9'u ferdi sağlık poliçelerinden karşılanmıştır,
- Yıllara göre prim üretiminde ise;
1998-1999 yılları arasında % 18.1, 1999-2000 yılları arasında % 13.2 ve 2001-2002 yılları arasında % 4.6 artış olurken,
2000-2001 yılları arasında % 18.2 oranında azalma görülmektedir.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasında, ferdi ve grup sağlık sigortacılığındaki hasar ödemelerinin, yıllara göre dağılımı, Tablo 4.1.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.3. İncelenen Sigorta Şirketi Sağlık Sigortası Hasar Ödemelerinin, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003

Yıllar	Ferdî Hasar		Grup Hasarı		Toplam Ödeme (USD)	% Değişim
	Miktar (USD)	Yüzde*	Miktar (USD)	Yüzde*		
1998	4 506 392	68.5	2 071 323	31.5	6 577 715	-
1999	5 242 520	69.3	2 322 111	30.7	7 564 631	+15.0
2000	6 491 440	72.3	2 480 868	27.7	8 972 308	+18.6
2001	5 328 599	73.6	1 908 188	26.4	7 236 787	- 19.3
2002	5 104 404	65.5	2 687 648	34.5	7 792 052	+ 7.7
TOPLAM	26 673 355	69.1	11 470 138	30.9	38 143 493	

* Satır yüzdeleridir.

Tablo 4.1.3.'de yer aldığı üzere;

- İncelenen Sigorta Şirketi tarafından, 1998-2002 yılları arasında, 26 673 355 USD. Ferdî Sağlık Sigortacılığından, 11 470 138 USD. Grup Sağlık Sigortacılığından olmak üzere, toplam 38 143 493 USD. sağlık sigortası hasar ödemesi yapılmıştır,
- Toplam hasar ödemesinin % 69.1'i ferdi sağlık poliçelerinden kaynaklanmaktadır.
- 1998-1999 yılları arasında toplam hasar ödemesi yüzde değişimi; +15.0, 1999-2000 yılları arasında +% 18.6, 2001-2002 yılları arasında ise + 7.7 olarak gerçekleşirken, 2000-2001 yılları arasında bu değişim - 19.3 olmuştur.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasında, sağlık sigortacılığındaki hasar prim oranlarının yıllara göre dağılımı, Tablo 4.1.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.4. İncelenen Sigorta Şirketi Sağlık Sigortası Hasar Prim Oranlarının, 1998-2002 Yılları Arasında, Yıllara Göre Dağılımı, 2003

Yıllar	Toplanan Prim (USD)	Ödenen Hasar (USD)	Hasar/Prim Oranı (Yüzde)	% Değişim
1998	10 912 364	6 577 715	60.3	-
1999	12 889 427	7 564 631	58.7	- 2.7
2000	14 596 150	8 972 308	61.5	+ 4.8
2001	11 947 380	7 236 787	60.6	- 1.5
2002	12 499 537	7 792 052	62.3	+ 2.8
TOPLAM	62 844 458	38 143 493	60.6	

Tablo 4.1.4.'de gösterildiği gibi;

- İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki beş yıllık süreçte, yıllık hasar prim oranları % 58.7 ile % 62.3 oranında değişmektedir,
- 1998-2002 yılları arasında, sağlık alanında toplanan 62 844 458 USD. tutarındaki toplam beş yıllık primin, 38 143 493 USD. tutarındaki bölümü sağlık sigortacılığında hasar ödemesi olarak yine aynı beş yıllık dönemde ödenmiş olup, beş yıllık ortalama hasar prim oranı % 60.6 olarak gerçekleşmiştir.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılı sağlık sigortalılarının, yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4.1.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.5. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Sağlık Sigortalı Portföyünün, Yaş ve Cinsiyet Dağılımı, 2003

Yaş Grubu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0	182	51.1	174	48.9	356	1.2
1-6	448	49.0	466	51.0	914	3.0
7-14	1 634	51.0	1 568	49.0	3 202	10.5
15-49	9 589	50.9	9 256	49.1	18 845	61.8
50+	3 734	52.0	3 445	48.0	7 179	23.6
TOPLAM	15 587	51.1	14 909	48.9	30 496	100.0

Tablo 4.1.5.'de görüldüğü üzere;

- İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında sağlık sigortası poliçesi sahipleri olan toplam 30 496 kişinin
% 51.1'i erkek,
% 48.9'u kadındır.
- Bu sağlık sigortalılarının
% 61.8'i 15-49 yaş grubunda,
% 23.6'sı 50 ve üstü yaş grubunda,
% 10.5'i 7-14 yaş grubunda yer almaktadır.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılı sağlık sigortalılarının, sigortalılık yıllarına göre, yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4.1.6.'da sunulmuştur.

Tablo 4.1.6. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Sağlık Sigortalı Portföyünün, Sigortalılık Yıllarına Göre,Yaş ve Cinsiyet Yüzde Dağılımı, 2003

Sigortalılık Yılı	Yaş Grupları Yüzdeleri*					TOPLAM	
	0	1-6	7-14	15-49	50+	Sayı	%
<u>Birinci Yıl</u>							
Erkek	51.0	51.6	55.1	57.4	57.1	2 474	8.1
Kadın	49.0	48.4	44.9	42.6	42.9	1 926	6.3
E/K Oranı	1.0	1.1	1.2	1.3	1.3	1.3	-
<u>İkinci Yıl</u>							
Erkek	-	50.6	49.6	50.9	53.4	908	3.1
Kadın	-	49.4	50.4	49.1	46.6	874	2.9
E/K Oranı	-	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	-
<u>Üçüncü Yıl</u>							
Erkek	-	48.6	56.3	49.9	50.3	687	2.2
Kadın	-	51.4	43.7	50.1	49.7	681	2.2
E/K Oranı	-	0.9	1.3	1.0	1.0	1.0	-
<u>Dördüncü Yıl</u>							
Erkek	-	55.7	54.2	49.1	47.8	655	2.1
Kadın	-	44.3	45.8	50.9	52.2	651	2.1
E/K Oranı	-	1.3	1.2	1.0	0.9	1.0	-
<u>Beşinci Yıl</u>							
Erkek	-	54.1	43.8	48.7	50.2	732	2.4
Kadın	-	45.9	56.2	51.3	49.8	761	2.5
E/K Oranı	-	1.2	0.8	0.9	1.0	0.9	-
<u>Altıncı ve Sonraki Yıllar</u>							
Erkek	-	0	47.4	49.6	52.0	10 131	33.2
Kadın	-	0	52.6	50.4	48.0	10 016	32.9
E/K Oranı	-	-	0.9	1.0	1.1	1.0	-
<u>TOPLAM</u>							
Sayı	356	1 212	2 956	18 815	7 157	30 496	100.0
%	1.2	4.0	9.7	61.7	23.4	100.0	

* Sütun yüzdeleridir.

Tablo 4.1.6.'da görüldüğü üzere, İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılı sağlık sigortalılarının sigortalılık yılına göre;

- Erkek/kadın oranı 1.0 olarak bulunmuş,
- Bu oranın, en küçük değeri altıncı ve sonraki sigortalılık yılında 0.9 ile , en büyük değeri ise birinci sigortalılık yılında 1.3 olarak gerçekleşmiştir,

Tablo 4.1.6.'ya göre, İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılı sağlık sigortalılarının;

- % 61.7'si 15-49 yaş grubunda, % 23.4'ü 50 yaş ve üstünde olup, 14 yaşına kadar olan kişi yüzdesi 14.9 olarak bulunmuş,
- 0 yaş grubundaki kişiler % 1.2 olarak saptanmıştır.

4.2. Hizmet Kullanımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, sağlık sigortalıların ayakta ve yatarak tedavide son beş yıllık kullanımları, bu kullanımların kurum bazında dağılımları ve 17 Başlıklı Liste'ye göre sınıflandırılmış hastalıkların kullanım ve ödenen hasar tutarı açısından bilgi ve tabloları sunulmaktadır.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki hasar ödemeleri ile kullanan kişi ve kişi başı ortalama hasar maliyetinin yıllara göre dağılımı, Tablo 4.2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1. İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 Yılları Arası Hasar Ödemelerinin, Kullanan Kişi Bazında Yıllara Göre Dağılımı, 2003

Yıllar	Kapsanan Kişi Sayısı	Kullanan Kişi Sayısı	Kullanım Yüzdesi	Ödenen Toplam Hasar (USD)	Kişi Başı Ortalama Hasar Maliyeti (USD)	Kişi Başı Ortalama Hasar Maliyet Değişimi (%)
1998	22 842	6 985	30.6	6 577 715	941	-
1999	26 134	20 410	78.1	7 564 631	370	- 61.3
2000	24 530	22 312	93.6	8 972 308	402	+ 8.6
2001	23 849	20 872	87.5	7 236 787	346	- 13.5
2002	30 496	16 589	54.4	7 792 052	469	+ 35.5
TOPLAM	127 851	87 168	68.8	38 143 493	437	

Tablo 4.2.1.'de yer aldığı gibi;

- 1998-2002 yılları arasında, İncelenen Sigorta Şirketi'nden, sağlık sigortası poliçesi sahibi olan toplam 127 851 kişinin, toplam 87 168'i sağlık sigortası hizmeti kullanmıştır,
- 1998-1999 yılları arasında hizmeti kullanan kişi sayısı 6 985'den 20 410'a ulaşmıştır,
- 1999-2000-2001 yıllarında hizmeti kullanan kişi sayısı 20 000 üzerinde seyretmekte iken, 2002 yılında bu sayı 16 589 kişiye düşmektedir,
- Hizmetin kullanım yüzdeleri; 1998 yılında % 30.6, 1999 yılında % 78.1, 2000 yılında % 93.6, 2001 yılında % 87.5, 2002 yılında % 54.4'dür,
- İncelenen sigorta şirketi, kullanım yüzdesinin azlığına karşın ortalama maliyetin arttığı görülen 1998 yılı sonrasında, aracı şirket yerine, kendi ürünlerini oluşturan ve pazarlayan bir strateji izlemiştir,
- 1998-2002 yılları arası ortalama kullanım yüzdesi ise % 68.8'dir,
- Kişi başı ortalama hasar maliyeti 1998 yılında 941 USD olarak gerçekleşirken, 1999-2000-2001-2002 yıllarında 369 ile 469 USD arasında seyretmiştir,
- Toplam beş yıllık hasar ödemesi de, 38 143 493 USD. tutarında olmuştur,

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki, hasar ödemelerinin tedavi türleri ve yıllara göre dağılımı, Tablo 4.2.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2. İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Hasar Ödemelerinin, Tedavi Türleri ve Yıllara Göre Yüzde Dağılımı, 2003

Yıllar	Ayakta Tedavi Hasar Ödeme Yüzdesi	Yatarak Tedavi Hasar Ödeme Yüzdesi	Ayakta Tedavi/ Yatarak Tedavi Hasar Ödeme Oranı
1998	56.3	43.7	1.3
1999	54.6	45.4	1.2
2000	50.9	49.1	1.0
2001	49.3	50.7	0.9
2002	56.1	43.9	1.3
TOPLAM	53.4	46.6	1.1

Tablo 4.2.2.'de görüldüğü gibi;

- İncelenen Sigorta Şirketi, 1998-2002 yılları arasında, ayakta tedaviye toplam hasar ödemelerinin % 53.4'ünü ödemiştir,
- Ayakta tedavi/yatarak tedavi hasar ödeme oranı, beş yıllık süre içinde, 0.9 ile 1.3 arasında değişerek ortalama 1.1 olmuştur,
- Beş yıllık hasar ödemesinin yıllara göre dağılımında, ayakta tedavi hasar ödeme yüzdesinin, en büyük değeri 1998 yılında 56.3 ile gerçekleşirken, en küçük değeri 2001 yılında 49.3 olmuştur.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki, ayakta tedaviler için yapılan hasar ödemelerinin, kurumlara ve yıllara göre yüzde dağılımı, Tablo 4.2.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3. İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Ayakta Tedavi Hasar Ödemelerinin, Kurumlara ve Yıllara Göre Yüzde Dağılımı, 2003

Ödenen Kurum	Y ı l l a r					Tüm Yıllar	%
	1998	1999	2000	2001	2002	Yüzde	Değişim (1998-2002)
Hastaneler	34.6	45.3	43.2	41.5	39.9	40.9	+ 15.3
Klinikler	21.8	19.6	19.4	19.8	17.6	19.6	- 19.3
Dr.Muayene	14.5	9.8	10.7	10.1	5.8	10.2	- 60.0
Eczaneler	14.4	14.5	15.0	16.6	17.5	15.6	+ 8.3
Görüntüleme	7.8	6.5	6.9	7.5	6.5	7.0	- 16.7
Laboratuvarlar	6.2	3.7	3.9	3.7	3.2	4.2	- 51.6
Fizik Tedavi	0.7	0.6	0.9	0.8	0.9	0.8	+ 28.6
Diğer	-	-	-	-	8.6	1.7	+ 8.6
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tablo 4.2.3.'de de görüleceği üzere, 1998-2002 yılları arasında, ayakta tedavi hasarlarının yüzde dağılımında;

- Hastanelere yapılan ödemeler % 34.6 ile % 45.3 arasında değişmektedir,
- Hastaneleri, % 17.6- % 21.8 ile klinikler ve % 14.4- % 17.5 ile eczane ödemeleri izlemekte,
- Ödemelerin yüzde değişimi, fizik tedavide + 28.6, hastanelerde + 15.3, eczanelerde + 8.3 olarak gerçekleşirken, doktor muayenesinde - 60.0, laboratuvarlarda - 51.6, kliniklerde - 19.3, görüntülemelerde - 16.7 olmuştur.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki, yatarak tedaviler için yapılan hasar ödemelerinin kurumlara ve yıllara göre yüzde dağılımı, Tablo 4.2.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.4. İncelenen Sigorta Şirketi 1998-2002 Yılları Arası Yatarak Tedavi Hasar Ödemelerinin, Kurumlara ve Yıllara Göre Yüzde Dağılımı, 2003

Ödenen Kurum	Y ı l l a r					Tüm Yıllar	%
	1998	1999	2000	2001	2002	Yüzde	Değişim (1998-2002)
Hastaneler	81.8	86.1	84.3	85.9	82.9	84.2	+ 1.3
Dr.Muayene	10.7	6.7	6.3	3.8	3.7	6.3	- 65.5
Klinikler	7.0	6.7	7.5	8.3	10.9	8.1	+ 55.7
Eczaneler	0.1	0.3	1.7	1.7	2.2	1.2	+220.0
Görüntüleme	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	- 33.3
Diğer	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	+100.0
TOPLAM	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

Tablo 4.2.4.'e göre, 1998-2002 yılları arasında, yatarak tedavi hasarlarının yüzde dağılımında;

- Hastanelere yapılan ödemeler ortalama % 84.2 olarak bulunmuş,
- Hastaneleri, ortalama % 8.1 ile klinikler, ortalama % 6.3 ile doktor muayene izlemiş,
- Ödemelerin yüzde değişimi, eczanelerde + 220.0, kliniklerde + 55.7, hastanelerde + 1.3 olarak gerçekleşirken, doktor muayenesinde – 65.5, görüntülemelerde – 33.3 olmuştur.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki, ayakta tedaviler için yaptığı hasar ödemelerinin çeşitli grup ve/veya kurumlara göre yüzde dağılımı, Tablo 4.2.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.5. İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 Yılları Arasında, Çeşitli Grup/Kurumlara Yaptığı Ayakta Tedavi Hasar Ödemeleri Yüzde Dağılımı, 2003

Grup/Kurum*	Ödenen Hasarların Yüzde Dağılımı				
	1998	1999	2000	2001	2002
Adları					
Acıbadem Sağlık Grubu	6.4	6.7	8.7	8.1	5.4
Alman Hastaneleri Grubu	4.1	5.4	3.6	2.9	2.4
Amerikan Hastanesi Grubu	4.7	3.5	3.9	2.9	2.1
FNG Hastaneleri Grubu	1.5	3.6	4.4	4.2	7.1
International Hospital	6.5	6.9	5.9	4.1	2.5
Diğer Kurumlar	76.8	73.9	73.5	77.8	80.5
TOPLAM ÖDEME(USD)	1254 617	4 791 603	4 929 543	3 719 158	5 049 929

* Hasar Ödemeleri; hastane, klinik, poliklinik adı altında aynı kişi ve/veya kuruma ait ayakta tedavi ödeme yüzdelerinin toplamını göstermektedir ve grup/kurum adları alfabetik olarak sıralanmıştır.

Tablo 4.2.5.'e göre;

1. İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 yılları arasındaki ayakta tedavi için yapılan hasar ödemeleri, 1998-2000 yıllarında;
 - FNG Hastaneleri'ne bağlı Metropolitan ve FNG Hastaneleri ile Avrupa Hastanelerinde yüzde 293.3, Acıbadem Sağlık Grubuna bağlı Acıbadem ve Acıbadem Carousel Hastaneleri ile Etiler ve Bağdat Caddesi Polikliniklerinde yüzde 35.6 artış gösterirken,
 - Aynı dönemde
 Alman Hastaneleri Grubu olarak ifade edilen Alman Hastanesi ve Vatan Hastaneleri yüzde 29.8 oranında,
 Amerikan Hastaneleri Grubu olarak bilinen Amerikan Hastanesi ile Med-Amerikan Polikliniği yüzde 38.3 oranında,
 International Hospital da yüzde 36.9 oranında azalma görülmüştür.
2. İncelenen Sigorta Şirketinin, 2001-2002 yılları arasındaki ayakta tedavi için yaptığı hasar ödemelerindeki azalmanın;
 - en büyük değeri, International Hospital'da görülen yüzde 30.5,
 - en küçük değeri, FNG Hastanelerinde görülen yüzde 4.5'dur.
3. İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 yılları arasındaki ayakta tedavi için yaptığı hasar ödemelerindeki yüzde değişimde;
 - artışta FNG Hastanelerinin yüzde 473.3'lük artış değeri en büyük değer,
 - azalışta International Hospital'ın yüzde 71.5'lik azalış değeri en büyük değer olmuştur.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 1998-2002 yılları arasındaki, yatarak tedaviler için yaptığı hasar ödemelerinin çeşitli grup ve/veya kurumlara göre yüzde dağılımı,Tablo 4.2.6.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.6. İncelenen Sigorta Şirketinin 1998-2002 Yılları Arasında Çeşitli Grup/Kurumlara Yaptığı Yatarak Tedavi Hasar Ödemeleri Yüzde Dağılımı, 2003

Grup/Kurum*	Ödenen Hasarların Yüzde Dağılımı				
	1998	1999	2000	2001	2002
Adları					
Acıbadem Sağlık Grubu	3.7	6.0	7.4	8.5	12.5
Alman Hastaneleri Grubu	13.9	9.2	4.2	3.5	4.9
Amerikan Hastanesi Grubu	6.1	6.2	6.2	10.7	7.4
FNG Hastaneleri Grubu	12.3	9.8	14.5	12.8	13.3
International Hospital	9.5	10.5	8.2	5.7	5.5
Diğer Kurumlar	54.6	58.3	40.5	58.8	56.4
TOPLAM ÖDEME(USD)	971 719	3 986 829	4 754 826	3 830 486	3 953 916

* Hasar Ödemeleri; hastane adı altında aynı kişi ve/veya kuruma ait yatarak tedavi ödeme yüzdelerinin toplamını göstermektedir ve grup/kurum adları alfabetik olarak sıralanmıştır.

Tablo 4.2.6.'ya göre;

1. İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 yılları arasındaki yatarak tedavi için yapılan hasar ödemeleri, 1998-2000 yıllarında;
 - Acıbadem Sağlık Grubuna bağlı Acıbadem ve Acıbadem Carousel Hastaneleri yüzde 231.3, FNG Hastaneleri'ne bağlı Metropolitan ve FNG Hastaneleri ile Avrupa Hastanelerinde yüzde 17.9 artış gösterirken,
 - Aynı dönemde Alman Hastaneleri Grubu olarak ifade edilen Alman Hastanesi ve Vatan Hastaneleri'nde yüzde 69.8, International Hospital'da yüzde 13.7 oranında azalma görülmüştür.
2. İncelenen Sigorta Şirketinin, 2001-2002 yılları arasındaki yatarak tedavi için yaptığı hasar ödemelerindeki azalmanın;
 - en büyük değeri, Amerikan Hastanesi'nde görülen yüzde 30.8,
 - en küçük değeri, International Hospital'da görülen yüzde 3.5'dir.
3. İncelenen Sigorta Şirketinin, 1998-2002 yılları arasındaki yatarak tedavi için yaptığı hasar ödemelerindeki yüzde değişimde;
 - artışta Acıbadem Hastanelerinin yüzde 337.8'lik artış değeri en büyük değer,
 - azalışta Alman Hastanelerinin yüzde 64.7'lik azalış değeri en büyük değer olmuştur.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında, yaptığı toplam ödemelerin, 17 başlıklı listeye göre, kullanım, ödenen miktar ve her kullanım için ortalama ödeme dağılımı, Tablo 4.2.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.7. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinin, 17 Başlıklı Liste Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı, 2003

Sıra	Hastalık Grubu	Ödenen Miktar (USD)	Kullanım Adedi (İşlem)	Toplam Ödeme İçindeki Yüzdesi	Her Kullanım İçin Ortalama Ödeme (USD)
1	Beslenme ve Metabolik Has.	1 252 674	41 797	13.9	30.0
2	Neoplazmalar	972 709	5 646	10.8	172.3
3	Genito-Üriner Sis. Has.	769 867	14 304	8.6	53.8
4	Kas ve İskelet Sis. Has.	747 951	8 493	8.3	88.1
5	Enfeksiyon Has.	709 339	36 370	7.9	19.5
6	Solunum Sis.Has.	638 614	14 898	7.1	42.9
7	Semp.Belirtiler	560 754	9 106	6.2	61.6
8	Dolaşım Sis. Has.	555 224	5 011	6.2	110.8
9	Sinir Sis. Has.	490 122	10 301	5.4	47.6
10	Sindirim Sis.Has.	477 163	1 811	5.3	263.5
11	Deri ve Deri Altı Doku Has.	241 003	7 886	2.7	30.6
12	Hamilelik-Doğum ve Lohusalık	197 265	343	2.2	575.1
13	Yaralanma ve Zehirlenmeler	163 552	950	1.8	172.2
14	Perinatal Dön.Has.	128 300	2 517	1.4	51.0
15	Mental Has.	39 257	29	0.4	1 353.7
16	Kan ve Kan Yapıcı Organ Has.	4 365	55	0.05	79.4
17	Konj. Anomaliler	26	1	0.0003	26.0
	Sınıflandırılmayan	1 017 519	20 439	11.3	49.8
	TOPLAM	9 003 845	179 976	100.0	50.0

Tablo 4.2.7.'ye göre;

1. 2002 yılında, yıllık sağlık sigortası hizmete başvuru sıklığı;
 - Sağlık sigortası poliçesi sahibi olan 30 496 kişinin, sınıflandırılmayan işlemler dikkate alınmaksızın, yapılan 159 537 işleme göre 5.23 kez/yıl,.
 - Sağlık sigortası poliçesi sahibi olan 30 496 kişinin, sınıflandırılmayanlarla birlikte, yapılan 179 976 işleme göre 5.90 kez/yıl,
 - Sağlık sigortası poliçesi sahibi olan 30 496 kişinin 16 589'unun hizmeti kullandığı ve sınıflandırılmayan işlemler dikkate alınmaksızın, yapılan 159 537 işleme göre, 9.61 kez/yıl,
 - Sağlık sigortası poliçesi sahibi olan 30 496 kişinin 16 589'unun hizmeti kullandığı ve sınıflandırılmayanlarla birlikte, yapılan 179 976 işleme göre, 10.84 kez/yıl olarak bulunmuştur,
2. Toplam 7 986 326 USD. hasar ödemesinin, 17 Başlıklı Liste'ye göre sınıflandırılmış hastalık gruplarında ilk beş sırada;
 - Beslenme ve Metabolik Hastalıklar Grubu'nun, 41 797 işlem ve 1 252 674 USD harcama ve toplam içindeki % 13.9'luk payı ile birinci olarak,
 - Neoplazmalar Grubu'nun, 5 646 işlem ve 972 709 USD harcama ve toplam içindeki % 10.8'lik payı ile ikinci olarak,
 - Genito-Üriner Sistem Hastalıkları Grubu'nun, 14 304 işlem ve 769 867 USD harcama ve toplam içindeki % 8.6'lık payı ile üçüncü olarak,
 - Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Grubu'nun, 8 493 işlem ve 747 951 USD harcama ve toplam içindeki % 8.3'lük payı ile dördüncü olarak,
 - Enfeksiyon Hastalıkları Grubu'nun, 36 370 işlem ve 709 339 USD harcama ve toplam içindeki % 7.9'luk payı ile beşinci olarak yer aldığı görülmüştür,
3. Her kullanım için ortalama ödemenin 50.0 USD olarak gerçekleştiği, ortalama ödemenin en büyük değerinin 1 353.7 USD ile Mental Hastalıklar Grubu'nda, en küçük değerinin ise 19.5 USD ile Enfeksiyon Hastalıkları Grubu'nda yer aldığı saptanmıştır,
4. Hastalık gruplarına göre sınıflamanın % 88.2 olarak yapıldığı, sınıflandırılmayan 20 439 işlemin toplam içindeki yüzdesinin 11.3 olduğu, bu yüzdenin hasar ödemesi karşılığının 1 017 519 USD olduğu görülmektedir.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında, yaptığı hasar ödemelerinde, 17 başlıklı listeye göre, birinci sırada yeralan Beslenme ve Metabolik Hastalıklar Grubundaki İlk Beş Hastalık için; kullanım, ödenen hasar tutarı açısından sıralama, Tablo 4.2.8.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.8. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Birinci Sırada Yeralan, Beslenme ve Metabolik Hastalıklar Grubunda Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003

Sıra	Hastalık Grubu	Ödenen Toplam Hasar (USD)	Kullanım Adedi (İşlem)	Ödenen Ortalama Hasar (USD)
1	Over Hastalıkları	76 209	101	754.5
2	Tiroid Hastalıkları	34 046	304	112.0
3	Pankreas Hastalıkları	19 854	17	1 167.9
4	Şeker Hastalığı	2 629	66	39.8
5	Testis Disfonksiyonu	2 028	7	289.7
İlk Beş Hastalık Toplamı		134 766	495	272.3
Diğer Hastalıklar		12 797	144	88.9
Bilinmeyenler		1 105 111	41 158	26.9
TOPLAM		1 252 674	41 797	30.0

Tablo 4.2.8.'de;

- ilk üç sırada, birinci olarak over hastalıkları 76 209 USD harcamayla, ikinci olarak tiroid hastalıkları 34 046 USD harcamayla, üçüncü olarak pankreas hastalıkları 19 854 USD harcamayla yer almış,
- ödenen ortalama hasarda, pankreas hastalıkları 1 167.9 USD ile en büyük değer, şeker hastalığı 39.8 USD ile en küçük değer olarak bulunmuş,
- ödenen ortalama hasar, ilk beş hastalık için 272.3 USD, grubun tümü için ise 30.0 USD olarak gerçekleşmiş,
- 41 797 işlem olan toplam kullanım adedinin % 1.2'si, ödenen toplam hasarın % 10.8'inin ilk beş hastalığa ait olduğu saptanmış,
- toplam kullanım adedinin % 98.5'inin veya ödenen toplam hasarın % 88.2'sinin bu gruptaki bilinmeyen hastalıklara ait olduğu görülmüştür.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında, yaptığı hasar ödemelerinde, 17 başlıklı listeye göre, ikinci sırada yeralan Neoplazmalar Hastalıklar Grubundaki İlk Beş Hastalık için; kullanım, ödenen hasar tutarı açısından sıralama, Tablo 4.2.9.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.9. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre İkinci Sırada Yeralan, Neoplazmalar Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003

Sıra	Hastalık Grubu	Ödenen Toplam Hasar (USD)	Kullanım Adedi (İşlem)	Ödenen Ortalama Hasar (USD)
1	Akciğer Kanseri	139 469	64	2 179.2
2	Kolon Kanseri	59 918	73	820.8
3	Habis Beyin Tümörü	63 638	24	2 651.6
4	Prostat Kanseri	53 775	85	632.7
5	Meme Kanseri	92 930	172	540.3
İlk Beş Hastalık Toplamı		409 730	418	980.2
Diğer Hastalıklar		246 009	836	294.3
Bilinmeyenler		316 970	4 392	72.2
TOPLAM		972 709	5 646	172.3

Tablo 4.2.9.'da;

- ilk üç sırada, birinci olarak akciğer kanseri 139 469 USD harcamayla, ikinci olarak kolon kanseri 59 918 USD harcamayla, üçüncü olarak habis beyin tümörü 63 638 USD harcamayla yer almış,
- ödenen ortalama hasarda, habis beyin tümörü 2 651.6 USD ile en büyük değer, meme kanseri 540.3 USD ile en küçük değer olarak bulunmuş,
- 5 646 işlem olan toplam kullanım adedinin % 7.4'ü, ödenen toplam hasarın % 42.1'inin ilk beş hastalığa ait olduğu görülmüş,
- ödenen ortalama hasar, ilk beş hastalık için 980.2 USD, grubun tümü için ise 172.3 USD olarak gerçekleşmiştir.
- 5 646 işlem olan toplam kullanım adedinin % 7.4'ünün, ödenen toplam hasarın % 42.1'inin ilk beş hastalığa ait olduğu saptanmış,
- toplam kullanım adedinin % 77.8'inin veya ödenen toplam hasarın % 32.6'sının bu gruptaki bilinmeyen hastalıklara ait olduğu görülmüştür.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında, yaptığı hasar ödemelerinde, 17 başlıklı listeye göre, üçüncü sırada yeralan Genito-Üriner Sistem Hastalıkları Grubundaki İlk Beş Hastalık için; kullanım, ödenen hasar tutarı açısından sıralama, Tablo 4.2.10.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.10. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Üçüncü Sırada Yeralan, Genito-Üriner Sistem Hastalıklar Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003

Sıra	Hastalık Grubu	Ödenen Toplam Hasar (USD)	Kullanım Adedi (İşlem)	Ödenen Ortalama Hasar (USD)
1	Histerektomi	76 834	84	914.7
2	Prostat Hastalıkları	60 023	107	56.0
3	Böbrek ve Üreter Taşı	35 961	130	276.6
4.	Mammografi ve Meme Ultrasonografisi	29 777	317	93.9
5	Böbrek Taşı Kırma	16 632	130	127.9
İlk Beş Hastalık Toplamı		219 227	768	285.5
Diğer Hastalıklar		48 551	393	123.5
Bilinmeyenler		502 089	13 143	38.2
TOPLAM		769 867	14 304	53.8

Tablo 4.2.10.'da;

- ilk üç sırada, birinci olarak histerektomi 76 834 USD harcamayla, ikinci olarak prostat hastalıkları 60 023 USD harcamayla, üçüncü olarak böbrek ve üreter taşı 35 961 USD harcamayla yer almış,
- ödenen ortalama hasarda, histerektomi 914.7 USD ile en büyük değer, prostat hastalıkları 56.0 USD ile en küçük değer olarak bulunmuş,
- 14 304 işlem olan toplam kullanım adedinin % 5.4'ü, ödenen toplam hasarın % 28.5'inin ilk beş hastalığa ait olduğu görülmüş,
- ödenen ortalama hasar, ilk beş hastalık için 285.5 USD, grubun tümü için ise 53.8 USD olarak gerçekleşmiş,
- toplam kullanım adedinin % 91.9'unun veya ödenen toplam hasarın % 65.2'sinin bu gruptaki bilinmeyen hastalıklara ait olduğu görülmüştür.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında, yaptığı hasar ödemelerinde, 17 başlıklı listeye göre, dördüncü sırada yeralan Kas İskelet Sistemi ve Eklem Hastalıkları Grubundaki İlk Beş Hastalık için; kullanım, ödenen hasar tutarı açısından sıralama, Tablo 4.2.11.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.11. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Listeye Göre Dördüncü Sırada Yeralan, Kas İskelet Sistemi ve Eklem Hastalıkları Grubunda Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003

Sıra	Hastalık Grubu	Ödenen Toplam Hasar (USD)	Kullanım Adedi (İşlem)	Ödenen Ortalama Hasar (USD)
1	Bel Fıtığı	133 140	285	467.2
2	Menisküsektomi ve Çapraz Bağ Operas.	89 719	104	862.7
3	Menisküs	42 097	95	443.1
4	Deri, Deri Altı Kitle Alımı Biyopsi	36 519	183	199.6
5	Boyun Fıtığı	23 937	98	244.3
İlk Beş Hastalık Toplamı		325 412	765	425.4
Diğer Hastalıklar		24 769	301	82.3
Bilinmeyenler		397 770	7 427	53.6
TOPLAM		747 951	8 493	88.1

Tablo 4.2.11.'de;

- ilk üç sırada, birinci olarak bel fıtığı 133 140 USD harcamayla, ikinci olarak menisküsektomi ve çapraz bağ operasyonları 89 719 USD harcamayla, üçüncü olarak menisküs 42 097 USD harcamayla yer almış,
- ödenen ortalama hasarda, menisküsektomi ve çapraz bağ operasyonları 467.2 USD ile en büyük değer, deri deri altı kitle alımı biyopsiler 199.6 USD ile en küçük değer olmuş,
- 8 493 işlem olan toplam kullanım adedinin % 9.0'ı, ödenen toplam hasarın % 43.5'inin ilk beş hastalığa ait olduğu görülmüş,
- ödenen ortalama hasar, ilk beş hastalık için 425.4 USD, grubun tümü için ise 88.1 USD olarak gerçekleşmiş,
- toplam kullanım adedinin % 87.4'ünün veya ödenen toplam hasarın % 53.2'sinin bu gruptaki bilinmeyen hastalıklara ait olduğu görülmüştür.

İncelenen Sigorta Şirketi'nin, 2002 yılında, yaptığı hasar ödemelerinde, 17 başlıklı listeye göre, beşinci sırada yeralan Enfeksiyöz ve Parazitik Hastalılara Grubundaki İlk Beş Hastalık için; kullanım, ödenen hasar tutarı açısından sıralama, Tablo 4.2.12.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.12. İncelenen Sigorta Şirketi 2002 Yılı Toplam Ayakta ve Yatarak Tedavi Ödemelerinde, 17 Başlıklı Liste'ye Göre Beşinci Sırada Yeralan, Enfeksiyon Hastalıkları Grubunda, Ödenen Hasarda İlk Beş Hastalık, 2003

Sıra	Hastalık Grubu	Ödenen Toplam Hasar (USD)	Kullanım Adedi (İşlem)	Ödenen Ortalama Hasar (USD)
1	Çocuk Enfeksiyon Has.	674 924	35 617	19.0
2	Viral Hepatit	9 242	106	87.2
3	Şüpheli Isırık	3 277	96	34.1
4	Besin Zehirlenmeleri	3 221	64	50.3
5	Mantar Enfeksiyonları	1 949	98	19.9
İlk Beş Hastalık Toplamı		692 613	35 981	19.2
Diğer Hastalıklar		6 181	191	32.4
Bilinmeyenler		10 545	198	53.3
TOPLAM		709 339	36 370	19.5

Tablo 4.2.12.'de;

- ilk üç sırada, birinci olarak çocuk enfeksiyon hastalıkları 674 924 USD harcamayla, ikinci olarak viral hepatit 9 242 USD harcamayla, üçüncü olarak şüpheli ısırtık 3 277 USD harcamayla yer almış,
- ödenen ortalama hasarda, viral hepatit 87.2 USD ile en büyük değer, çocuk enfeksiyon hastalıkları 19.0 USD ile en küçük değer olmuş,
- 36 370 işlem olan toplam kullanım adedinin % 98.9'u, ödenen toplam hasarın % 97.6'sının ilk beş hastalığa ait olduğu görülmüş,
- ödenen ortalama hasar, ilk beş hastalık için 19.2 USD, grubun tümü için ise 19.5 USD olarak gerçekleşmiş,
- toplam kullanım adedinin % 0.5'inin veya ödenen toplam hasarın % 1.5'inin bu gruptaki bilinmeyen hastalıklara ait olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

- Kapsanan kişi sayısında yüzde değişim, incelenen sigorta şirketinde, 1998-2001 yılları arasında + 4.4 olurken (Tablo 4.1.1.), Türkiye’de özel sağlık sigortalı kişi sayısı yüzde değişimi aynı dönemde + 9.3 (Tablo 2.14) olarak gerçekleşmiştir.
- Sağlık prim üretiminde yüzde değişim, incelenen sigorta şirketinde, 1998-2001 yılları arasında + 9.5 olurken (Tablo 4.1.2.), Türkiye’de özel sağlık sigortası prim üretimi yüzde değişimi aynı dönemde + 4.5 (Tablo 2.15) olarak gerçekleşmiştir.
- Sağlık sigortacılığında hasar/prim oranı yüzde değişimi, incelenen sigorta şirketinde, 1998-2001 yılları arasında - 0.5 olurken (Tablo 4.1.4.), Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı hasar/prim oranı yüzde değişimi aynı dönemde + 5.0 (Tablo 2.16) olarak gerçekleşmiştir.

Bu sonuçlar ışığında; 1998-2001 yılları arasında, Türkiye’de ekonomik krizin yaşandığı yılları da içeren ve gayri safi milli hasılanın % 31, sigortacılığın da içinde bulunduğu hizmet sektörünün % 61, sigortacılık sektöründeki prim üretiminin % 34.7 azaldığı ve/veya küçüldüğü (4) 2000-2001 yılları dikkate alınır; ekonominin genel durumunun özellikle 2000 yılı sonrasında özel sağlık sigortacılığına olumsuz etkisi söylenebilir.

Bu olumsuz etkinin, incelenen sigorta şirketinde, kontrol altında ve sınırlı biçimde görüldüğü söylenebilir. Nitekim, 1998-2001 yılları arasında, incelenen sigorta şirketinde; kapsanan kişi sayısı + 33.3 (Tablo 4.1.1.), sağlık sigortası prim üretimi + 9.5 gelişmiştir (Tablo 4.1.4.). İncelenen sigorta şirketi 2001 yılı sağlık sigortacılığı hasar/prim oranı % 60.6’dır (Tablo 4.1.4.). Aynı yıl Türkiye ortalaması olan % 77.2’dir (Tablo 2.16). Bu bağlamda, incelenen sigorta şirketinin, sağlık sigortacılığı alanında, AKGÜN’ün araştırmasında (22); özel sağlık sigorta şirketlerinin, anlaşmalı kurum sayısı arttırımı, poliçe bitiş tarihlerinin önceden bildirimi ve gerekirse prim arttırımı yoluyla hizmet kapsamının genişletme gibi düzenlemeler yoluyla, özendirmeye ağırlık vererek olumsuz etkiyi azalttıklarını belirtmektedir. İncelenen sigorta şirketi de bu tip müdahalelerle olumsuz etkiyi azaltmış olabilir.

- İncelenen sigorta şirketinde, 2002 yılında sağlık sigortası poliçesi sahibi toplam 30 496 kişiden; % 61.7'si 15-49 yaş grubunda, % 23.4'ü 50 ve üstü yaş grubunda, % 14.9'u 14 yaş altı yaş grubunda yer almakta olup, 0 yaş grubundakiler % 1.2'dir (Tablo 4.1.6.).

Bu sonuçlara göre; sağlık sigortasına olan talep 15-49 yaş grubunda yoğunluk kazanmaktadır. ABD.'de de özel sağlık sigortalılığına olan talebin yaş dağılımı incelendiğinde 1994 yılı verilerine göre, 15-44 yaş grubunda % 69.9'luk bir oran görülmektedir (30). 2000 yılında, başka bir sigorta şirketi bünyesinde yapılan, benzer çalışmada da, sağlık sigortasına olan talebin yaş ve cinsiyet dağılımında, 15-49 yaş grubunda talebin yoğunlaştığı ve 26 yaşta hem erkek hem de kadında tepe noktasına ulaştığı görülmektedir (26). Özel sağlık sigortalı kişilerin yaş ve cinsiyet dağılımları ile ilgili Türkiye verilerine ulaşılamamıştır (3, 4, 54-61).

Ayrıca, özel sağlık sigortacılığında 15 yaş üstü grubun toplam kapsam altındaki kişiler içindeki yeri, % 85.1'e ulaşmaktadır. Buna göre, 15 yaş altı nüfusun özel sağlık sigortası yaptırmaya eğiliminin düşüklüğü söylenebilir. Bunda; kendi gelirlerini büyük ölçüde kendisi sağlamayan bu nüfus grubunun, gelecek belirsizliği ile aile bütçelerine getireceği ek maliyet yükü ya da sigorta şirketlerinin bu yaş grubunu öncelikli hedef grupları arasında saymamaları neden olabilir. ABD.'de 1994 yılı verilerine göre, 15 yaş altında % 63.0, 5 yaş altında ise % 57.9'luk bir oran görülmektedir (30). ABD'de sistemin özel sigortacılığa dayanması doğrudan oranı arttırmaktadır. Tüketici açısından bu eğilimler dikkatli değerlendirilmelidir. Eğer sorun bu yaş grubunun fonksiyonel yakınmalarının getirdiği yüksek maliyetlerse, konu sektör açısından önemli hale gelmektedir. Adolesan çağında olanların yalnızca danışmanlık hizmeti ile çözümlenebilecek sorunlarının tetkik, doktor muayene gibi maliyeti yüksek alanlara yoğunlaşan başvuruları yerine, bu tip nonspesifik yakınmlarla başvuran adolesanlara yönelik laboratuvar ve radyolojik tetkik yükü artabilir. Üniversitelerde bu yaş grubunun özelliği gözönüne alınarak adolesan bölümleri kurulmuştur. Bu bölümlerde, uzmanlaşmış kişilerce adolesan sorunları daha etkin bir biçimde çözümlenebilmektedir (73).

İncelenen sigorta şirketinde, 2002 yılı sağlık sigortası yenileme oranı % 71'dir (2). Dolayısıyla, sigortasını yenilemeyen dörtte biri aşkın oranda bir sigortalıdan söz etmek gerekir. Sektör ve sigortalılar bunu, "risk arttıkça artan poliçe fiyatlarından kaçın", yani özel sağlık sigortasını yenilemeyen kişi ve grupların varlığına bağlamaktadır (2). Bu durumda; poliçe yenilenmesi sırasında verilen hasarsızlık indirimlerinin sağlığı geliştirici önlemlerle

desteklenmesinde yarar sağlayabilir. Eski eğilim başka bir sigorta ürünü satın almak isteyen kişiye yanında sağlık sigortası poliçesi önerme biçimindedir. Bu durumda tersi yaklaşım daha etkili görülmektedir. Sağlıkta hasarsızlık indirimi uygulamasının hekime başvuruyu engelleyebilme olasılığı da unutulmamalıdır. Temel özendirme yaklaşımı, sağlam kişi muayenelerini zorlayıcı nitelikte olmalıdır. Bu bağlamda, koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin özel sağlık sigortacılığı içindeki yerini alması ile, hem maliyetler azalabilecek hem de sağlıklılığın sürdürülmesi sağlanabilecektir.

Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler konusu, araştırmada % 14.9 olarak bulunan 15 yaş altı nüfusun özel sağlık sigortalılar içindeki oranı ile birlikte düşünüldüğünde, daha da önem kazanmaktadır. Çünkü, DİE (74) ve DPT (75) verilerine göre, genç nüfus ağırlıklı bir toplum olan ülkemizde, genç nüfusa yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ağırlıklı bir hizmet paketi ile beklenenden daha az risk ile karşılaşmanın mümkün olabileceğini söylemek mümkündür.

Diğer taraftan, Dünya Sağlık Örgütü'nün, Türkiye'de doğuşta hayatta kalma ümidinin, 2025 yılında 75 yaşa yükseleceği projeksiyonu hatırlandığında(66), nüfusun yaşlanmasından önce, özel sağlık sigortacılığı hedef kitlesine, yaşlı nüfusu da alabilecek yeni ürünler geliştirerek uygulamaya sokmak uygun olabilir. 2010 yılında sağlık harcamalarının 2.6 trilyon USD olacağı öngörülen (76) ABD'de örneğinde olduğu gibi, uzun dönemli sağlık sigortacılığının teşviki (31), bu önlemler arasında sayılabilecek ana başlıklardan biri olabilir. İsveç'te de Sigorta Federasyonu, 45 yaşından itibaren herkese kendi seçtiği bir sigorta şirketinden uzun dönemli bakım sigortası yaptırma zorunluluğunun getirilmesini savunmaktadır (62). CDC verilerine göre, 2000 yılı itibarıyla, ABD'de Medicare ve özel sağlık sigortaları kapsamında olan 65 yaş ve üstü yaş grubundaki nüfus yüzdesi 63.1'dir (76).

- İncelenen sigorta şirketi, 1998-2002 yılları arasındaki toplam beş yıllık süre için ödediği hasarların, % 53.4'ünü ayakta tedavi masrafları için ödemiştir (Tablo 4.2.2.).

Buna göre, sektörde tartışılanlara paralel olarak, ayakta tedavi için yapılan ödemelerin yatarak tedavi ödemelerinden daha fazla olması, sigorta şirketlerini bu konuya yönelik yeni müdahale alanları oluşturmaya itmektedir. Aslında bu konu, tüm OECD ülkeleri için de geçerlidir(42). Çünkü OECD ülkeleri toplam sağlık harcamaları içinde yatan hastalara yapılan harcamalarda en yüksek değerler, % 55.1 ile İzlanda, % 54.3 ile Danimarka ve % 49.9 ile Hollanda'da görülmektedir(42). En düşük değerler ise, % 26.4 ile Kore, % 29.3 ile Türkiye ve % 30.7 ile Lüksemburg'dadır(42). Bu değerler Almanya'da % 31.5, Japonya'da % 37.8, ABD'de % 41.5 olarak gerçekleşmiştir(42).

Ayakta tedavi işlemlerinin istismar riskini yüksek bulan sigorta şirketleri bir önlem olarak, özel sağlık sigortacılığında provizyon alma sistemine yönelmektedir. Toplam hasar maliyeti içinde % 50'yi aşan ayakta tedavi hasar oranlarını aşağıya çekmenin başka araçları da düşünülmelidir. Aktüerya hesapları ile bilimsel tanı ve tedavi protokollerinin oluşturulması, bu araçlardan biri olabilir. Bu ayrıca da, turistlerin sağlık sigorta şirketlerinin karşısında bir güven unsurunu doğurabilecek ve böylelikle yabancı sigorta şirketlerinin ülkemizdeki sigorta şirketleri ile birlikte, belirlenmiş aktüeryalarla ve bilimsel esaslı tanı tedavi protokolleri ile hizmet vermeleri sağlanabilecektir.

- İncelenen sigorta şirketinin, 1998-2002 yılları arasındaki, ayakta tedavi hasarları yüzde dağılımında; hastanelere yapılan ödemeler % 34.6 ile % 45.3 arasında ilk sırada gelmektedir(Tablo 4.2.3.). 1998-2002 yıllarının tamamında, ayakta tedavi için yapılan hasar ödemelerinin gerçekleştiği ilk on kurum arasında, hastaneler hep ağırlıklı olmuştur (Tablo 4.2.5.).

Bu sonuçlara göre, ayakta tedavilerde hastanelere yapılan hasar ödemeleri yüzdesinin 50'ye yaklaşması, sağlık sorunları ile ilgili olarak hep konuşulduğu gibi, sadece kamu kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinde değil, aynı zamanda özel sağlık hizmetlerinde de, birinci basamak sağlık hizmetleri anlayışının yerleşmediğinin göstergelerinden biri olarak söylenilebilir. Gerek maliyet ve gerekse fırsat eşitliği açısından çelişki olacak bir biçimde, sadece adı hastane olduğu için, toplam harcamanın % 50'sini bulan bir ayakta tedavi harcaması ile karşılaşıldığı görülmektedir.

Bu sonuçlar ışığında; öncelikle kamuya ait birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların, sigortalılara seçenekler arasında sunulmadığı görülmektedir. Oysa ki, yalnızca özel sağlık kuruluşları, yerine standartlarını yeterli olan kamuya ait birinci basamak sağlık hizmetlerinden de hizmet satın alabilecek bir yapılanma; hem maliyetleri hem de koruyucu hekimlik uygulamalarını olumlu yönde etkileyebilecektir. Bu bağlamda kamuya ait birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi kurumların da kentsel hizmet sunum standartlarına uyum gösterecek bir yapılanmaya gitmesinde de yarar olduğu düşünülmektedir.

Öte yandan, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan hekim sayısı arttığı halde (53); son beş yılda daha hastane ağırlıklı bir ayakta tedavi hizmetinin ortaya çıkması, ülkemizdeki sağlık sistemi ve kullanıcı tercihleri açısından düşündürücüdür. 1993 yılında yapılan Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'nda da hastanelere ilk başvuru yüzdesi; kentsel alanda 57.6, kırsal alanda 36.8, ortalama 48.7 olarak bulunmuştur (77). Bu iki sonuç birarada değerlendirildiğinde, kamu özel ayrımı yapılmaksızın hizmet kullanıcı tercihlerinin halen hastane ağırlıklı olduğu ve çözümünün sadece hizmetin finansmanını sağlayanlar ve sunanların değil, aynı zamanda planlayan, yöneten ve sağlık insangücü eğitiminde görev alanların da sorumluluğunda olduğunu düşündürmektedir.

- İncelenen sigorta şirketinin, 1998-2002 yılları arasında, yatarak tedaviye ödediği toplam hasarlar içinde, hastanelere yapılan ödemelerin yüzdesi 84.2 olup (Tablo 4.2.4.), yatarak tedavide en fazla hasar ödemesi yapılan ilk üç hastane; Acıbadem Hastanesi-Alman Hastanesi-International Hospital-Florance Nigthingale Hastanesi-Amerikan Hastanesi beşlisi ve/veya bu grupların diğer hastaneleri içinden olmaktadır (Tablo 4.2.6.).

Bunlara göre; yatarak tedavi hizmetlerinde bu sıklıkla hastanelere hasar ödemesi yapılmasının, hastanelerdeki donanım ve kullanıcı taleplerine cevap vermede daha tatminkar görülmesi etkili olabilir. Paket anlaşmaların nicelik ve nitelik olarak artması ile bu oran daha da büyüyebilecektir. Sigortalının tercihi nedeniyle o hastanede görev yapmadığı için dışarıdan gelerek hizmet veren hekimlerle ilgili doktor muayene kaleminin, ödemelerde varlığını hep koruyacağı söylenebilir. Sektör, maliyet kontrolü açısından, doktor muayeneyi kullanıcı katkısı ile birlikte düşünme eğilimindedir.

Benzer sonuçlar, 2000 yılında başka bir sigorta şirketi bünyesinde yapılan bir çalışmada da elde edilmiş ve en sık kullanılan ile en pahalı olan hastaneler arasında, bu beş hastane grubuyla birlikte, bu çalışmada yeralan ilk on hastane de bulunmuştur (26).

Bu bulgulara dayanarak; hastanecilik hizmetlerinde, özel sağlık sigortalıların, beş yıl süreyle, gittikleri hastaneleri fazla değiştirmemeleri, ülkemizin özel hastanecilik alanında kurumsallaşma veya markalaşmaya gidişinde bir adım olarak görülebilir. Bu anlamda; son beş yıl içinde, bazı hastanelerin İstanbul'un değişik semtlerinde birden fazla hastanesinin olduğu yani gruplaştığı düşünülürse, bu kurumsallaşma öngörüsünün doğruluğunda ısrar edilebilir. Öte yandan, araştırma bulgularına göre, bu beş hastane tarafından aynı isim veya markayla açılan diğer hastanelerin, son beş yılda, ilk beş hastane sıralamasına bile girememesi konusu da, sadece ulaşılabilirlik ve hizmet standartı ile açıklanamayan, yatırım fizibilitesi ve kullanıcı talebindeki satürasyon gibi nedenler açısından ayrı bir yol gösterici çalışma ile araştırılabilir.

AKGÜN bir makalesinde; hekim-hemşire-diğer sağlık personeli-hasta ilişkisi, fiziksel çevre-beslenme hizmetleri-konfordan oluşan hizmet ortamı ile bürokrasi ve ücret konusunun hasta tatminini sağladığını belirtmektedir(78). Tatmin olan hastanın da; sadakat, çevreye tavsiye etme ve tekrar kullanma biçiminde davranışlar gösterdiği bu makalede ifade edilmektedir. Sözü edilen markalaşma süreci bu makalede belirtilenlerle uyumludur.

- İncelenen sigorta şirketi, 2002 yılı, ayakta ve yatarak tedavilerinin, 17 başlıklı listeye göre dağılımında, sağlık sigortalıların yıllık hizmete başvuru sıklığı, dört ayrı veri kullanılarak; 5.23, 5.90, 9.61, 10.84 kez/yıl olarak bulunmuştur(Tablo 4.2.7).

Bu sonuçlara göre; hizmete başvuru sıklığının özel sağlık sigortalılar için, doktora muayene-tetkik-tedavi için başvuru, eczaneye ilaç alma için başvuru, her türlü laboratuvara başvuru gibi tüm sağlık hizmet başvurularını kapsayan genel bir oran olduğu ortaya çıkmıştır. İncelenen sigorta şirketinde kayıtlar kişi bazında değil, işlem yani başvuru bazında tutulmuştur. Dolayısıyla bir kişinin bir yıl içinde birden fazla hizmet başvurusunun olması mümkündür. Bu durum ve sınıflandırılmayan işlemlerin toplamın % 11.3'üne karşılık gelmesi göz önünde tutulduğunda, dört değişik hizmete başvuru sıklığı hesaplanabilmektedir.

17 başlıklı liste ile, sadece sağlık sigortalıların yıllık hizmete başvuru sıklığında bile dört ayrı sonuca ulaşılması, artık 17 Başlıklı Liste'nin ihtiyaca cevap veremediğini, uluslararası geçerliliği olan çağdaş bir kodlama sistemine geçilmesi gerekliliğini göstermektedir.

1993 yılında yapılan Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması'nda(77), yılda başvuru sıklığı; hekime 2.44 kez, hemşireye 0.80 kez, diş hekimine 0.72 kez, eczaneye 0.45 kez, ebeye 0.26 kez, sağlık memuruna 0.11 kez, laboratuvara 0.09 kez, fizyoterapist 0.60 kez olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, toplam hizmete başvuru sıklığı yılda 4.93 kez olarak gerçekleşmektedir.

Özel sağlık sigortası sahibi olan kişilerde yıllık hekime başvuru sıklığı kentsel alanda 4.14 kez, kırsal alanda 1.04 kez, toplam olarak 3.32 kez gerçekleşirken, herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerde bu oran 1.57 kez/yıl, sigortalılarda ise 3.33 kez/yıl olarak bulunmuştur. Sigortalılarda, Emekli Sandığı mensupları 4.59 kez/yıl ile en yüksek, Bağ Kur mensupları ise 2.26 kez/yıl ile en düşük başvuru sıklığına sahiptir (77).

On yıl önce ve tüm Türkiye genelinde yapılan, Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması ile bu araştırma sonuçları arasında bir paralellik olduğu düşünülmektedir. Çünkü, gerek özel sağlık sigortacılığının son on yılda ülkemizde sigorta sektörü içindeki payının yaklaşık on kez artışı (33)(60) ve gerekse özel sağlık hizmeti sunan kurumların aynı dönemdeki nitelik ve nicelik artışı (53) birarada düşünüldüğünde; 1993 araştırmasında çıkan 4.93 kez/yıl ile bu araştırmada çıkan en küçük değer olan 5.23 kez/yıl hizmet kullanım

sıklığının + 6.1’lik bir yüzde değişime uğradığı görülmektedir. Yine, bu araştırmada hizmet kullanım sıklığının en büyük değeri olarak bulunan 10.84 kez/yıl, 1993 araştırmasındaki 4.93 ile karşılaştırıldığında ise yüzde değişim + 219.9 olmasının da bu görüşü desteklediği söylenebilir.

KUŞ, İngiltere’deki Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) ile özel sağlık sigortaları ilişkisini konu alan bir makalesinde (79), İngitere’de özel sağlık sigortalarının tercih edilmesine etki eden faktörler olarak; cerrahi girişimler ve uzman doktor muayenesi için uzun bekleme listelerinin olması, hastaların kendilerine hastalıkları ve tedavileri ile ilgili detaylı bilgi verilmesi yolundaki talebi, özel sağlık sigortasının bazı kişiler için bir statü göstergesi olarak kabul edilmekte olduğu, ve işverenlerin özel sağlık sigortasını bir “teşvik” olarak vermeleri nedeniyle bazı insanların tercih ettikleri için değil, önlerinde hazır olarak buldukları için kullandıklarını belirtmektedir. Böyle bir çalışmanın ülkemizde de yapılmasının, açılımlarda yararlı olacağı düşünülmektedir.

- İncelenen sigorta şirketi, 2002 yılı toplam 7 986 326 USD. olan hasar ödemesinin, 17 Başlıklı Liste’ye göre sınıflandırılmış hastalık gruplarında; beslenme ve metabolik hastalıklar birinci, neoplazmalar ikinci, genito-üriner sistem hastalıkları üçüncü, kas ve iskelet sistemi hastalıkları dördüncü, enfeksiyon hastalıkları beşinci olarak yer almıştır(Tablo 4.2.8- 4.2.12).

Bu sonuçlara göre; 17 Başlıklı Liste’ye göre yapılan sınıflamada hasar ödemelerine göre birinci sıklıkta görülen Beslenme ve Metabolik Hastalıklar Grubu’ndaki hastalıkların, özel sağlık sigortaları kullanıcı profiliyle de uygun düştüğü söylenilebilir. Araştırma’da kişilerin ekonomik durumları ile sigortalılıkları arasında bir inceleme yapılmamış olsa da, özel sağlık sigortalıların ekonomik düzey olarak üst-orta ve üst gelir grupları olduğu bilinmektedir. Ancak, Beslenme ve Metabolik Hastalıklar Grubu içindeki ilk beş hastalığın dağılımı incelendiğinde, kısmen obezite ile ilişkisi olan şeker hastalığı dışında, bilimsel bir bağlantı kurulmasının mümkün olmayacağı düşünülmektedir. Zira; hasar ödemeleri yönünden, birinci sırada yeralan over hastalıkları, ikinci sırada yeralan tiroid hastalıkları, üçüncü sırada yeralan pankreas hastalıkları, dördüncü sırada şeker hastalığı, beşinci sırada testis disfonksiyonu yer almaktadır.

Aynı bilimsel bağlantı kurulamama olayı, 17 Başlıklı Liste'ye göre ikinci sırada yeralan neoplazmalar hastalık grubundaki ilk beş hastalık için de geçerlidir. Çünkü, bu grupta da hasar ödeme sırasıyla ilk beş hastalık; akciğer kanseri, kolon kanseri, habis beyin tümörü, prostat kanseri ve meme kanseridir. Bu örneklerin; Genito-üriner Sistem Hastalıkları Grubundaki ilk beş hastalık olan histerektomi, prostat hastalıkları, böbrek ve üreter taşı, mammografi ve meme ultrasonografisi, böbrek taşı kırma ve kas ve iskelet sistemi hastalıkları grubundaki ilk beş hastalık görülen bel fıtığı, menisküsektomi ve çapraz bağ operasyonları, meniskus, deri-deri altı kitle alımı biyopsi, boyun fıtığı için de geçerli olabileceği düşünülmektedir.

Sıralamada beşinci gelen Enfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar Grubunda yer alan ilk beş hastalık olan, çocuk enfeksiyon hastalıkları, viral hepatit, kuduz, besin zehirlenmeleri, mantar enfeksiyonları için de bilimsel bağlantı kurma zorluğu devam etmektedir. Ancak, özel sağlık sigortalarının ödediği hastalıklarının bekleme süreleri, istisnaları ve muafiyetleri gibi etkenler gözönüne alındığında, kullanıcı önceliklerinin bilimsel bağlantının önüne geçtiği söylenebilir.

Bu bağlamda, bazı hastalıkların tanı konulmasından farklı olarak tetkiklerini ve hatta aşılarını yaptırabilmek amacıyla sigortalılar tarafından talep edilerek, bu listede yer aldığını söylenebilir. Şüpheli ısırik, viral hepatit gibi tanıların yoğunluğu bu görüşü desteklemektedir.

TEZCAN bir makalesinde (67), 1988-1992 yılları arasındaki, Türkiye'de hastanelere yatanların nedenlere göre dağılımında, normal doğum ve doğumla ilgili sorunların % 26.5, sindirim sistemi hastalıklarının % 10.7, dolaşım sistemi hastalıklarının % 10.2, solunum sistemi hastalıklarının % 10.0, kazalar zehirlenmeler intiharlar cinayete teşebbüs başlığı altındaki nedenlerin % 6.8 olduğunu belirtmektedir. Bu sonuçlar, araştırma sonuçlarıyla uyuşmamaktadır. Ancak toplum genelindeki kullanım sıklığı ile özel sigortalıların kullanım sıklığı arasındaki farkı göstermesi yönünden önemlidir.

Swissre tarafından yapılan çalışmada (80), 2020'lerde, mevcut trendlerin temelinde dünya çapında hastalık yükünün nedenleri arasında; iskemik kalp hastalıklarının birinci sırada geleceği, onu depresyon, trafik kazaları, inmeler ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları izleyeceği belirtilmektedir. Ülkemizin gelişmişlik düzeyi artışı ile birlikte, bu çalışmada sözü edilen hastalıkların ön plana çıkabileceği söylenebilir.

- İncelenen sigorta şirketi, 2002 yılı hasar ödemelerinin, 17 Başlıklı Liste'ye göre sınıflandırılmasında, toplam içindeki yüzdesi 11.3 olan sınıflandırılmayan işlem bulunmaktadır (Tablo 4.2.7). Ayrıca yine 17 Başlıklı Liste'ye göre sınıflandırılan hastalıkların hasar ödemeleri açısından en büyük değerini oluşturan ilk beş hastalık gruplarında bilinmeyen hastalıklar, bir başka deyimle doğru kodlanmayanlar, kullanım adedinin yüzde 98.5'una, toplam hasar ödemesinin yüzde 88.2'sine kadar ulaşabilmektedir (Tablo 4.2.8-Tablo 4.2.12).

Bu sonuçlara göre; yüzde 11.3'lük işlemin sınıflandırılmamış olması veya bilinmeyen hastalıkların yüzde 98.5'e ulaşmış olması, kayıt bildirim sistemi ile ilişkili olabilir. Sadece hastalıkların sınıflandırılmasında değil, hangi verilerin toplanması gereğinde de bu eksikliklerin olduğu görülmektedir. 17 Başlıklı Liste hastalık sınıflandırılmasında ihtiyaca cevap verememektedir, bu nedenle ülkemizde hastalık kodlamalarında, uluslararası geçerliliği olan ICD-10, DRG gibi çağdaş kodlama sistemlerine geçilmesi gerekmektedir. Ama asıl önemlisi, sistemin kendi içinde standart bir bilgi işlem altyapısı tanımlama ihtiyacıdır. Buna yönelik olarak, Ek-1'de sunulan sağlık sigortalılığına başvuruda kullanılabilecek bir form örneği oluşturulmuştur. Bu form, sigortalının ilk başvurusu sırasında kullanılmalı ve bununla kayıt altına alınan bilgiler izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sigorta Denetleme Kurulu ve/veya Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından oluşturulacak bilgi bankası yoluyla, toplanan nitelikli temel verilerle yapılacak analizler, ilgili kuruluşlara geri bildirimle iletilmelidir.

Ayrıca, ülkemizin, kayıt bildirim sistemindeki eksiklikler ile gerek yaşam tablolarının bulunmayışı, gerek bu eksikliği olabildiğince reasürörlerin öngörülerine dayandıran aktüerya hesapları ve gerekse sağlık sistemimizde standart tanı tedavi prosedürlerinin daha yeni gelişmekte olması ile birleştiğinde, risk profillerinin sağlıklı olmadığı sonucuna varılmaktadır. Nitekim, 2000 yılında başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve uygulanan risk profilleri ile olması gereken arasındaki farklar ortaya konmuştur (26).

Bu konu, SERGİCİ'nin makalesinde (24), branştaki bilgi ve deneyim eksikliğinin yurtdışı kaynaklarla kapatma anlayışı olarak ifade edilmektedir. SERGİCİ bir diğer makalesinde (25), Avrupa Standardizasyon Komitesi'nce başlatılan ve bu tür hataların önlenebileceği, hizmette tüm taraflarının birbirini anlayabileceği istatistik programları kullanılması çalışmasını belirtmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma ile ortaya çıkan bazı **sonuçlar** şunlardır:

- Sağlık sigortasına olan talep 15 yaş üstü grupta ve özellikle 15-49 yaş grubunda yoğunluk kazanmaktadır, 15 yaş altı nüfusun özel sağlık sigortası yaptırmaya eğilimi düşüktür,
- Sağlık sigortasını yenilemeyen yaklaşık dörtte birlik bir kesim bulunmaktadır,
- 17 başlıklı listeye göre dağılımında, sağlık sigortalıların yıllık hizmete başvuru sıklığı, dört ayrı veri kullanılarak; 5.23, 5.90, 9.61, 10.84 kez/yıl olarak bulunmuştur,
- 17 Başlıklı Liste'ye göre, sınıflandırılmayan işlem sayısı toplam içinde yüzde 10'u aşmaktadır,
- Özel sağlık sigortacılığı hedef kitlesine, orta ve orta yaşlı nüfusu da alabilecek uzun süreli bakım, kritik hastalıklar sigortası gibi yeni ürünler yeterince geliştirilmemektedir,
- Özel sağlık sigortacılığında, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmemektedir,
- Özel sağlık sigortacılığında, birinci basamak sağlık hizmetleri anlayışı yeterince yerleşmemiştir,
- Ayakta tedavi için yapılan ödemeler yatarak tedavi ödemelerinden daha fazladır,
- Ayakta tedavilerde kullanıcı tercihleri hastane ağırlıklı bir hizmetin ortaya çıkması yönündedir ve hastanelere yapılan ödemeler ilk sıralarda yer almaktadır,
- Kamuya ait birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, sigortalılara seçenekler arasında sunulmamaktadır,
- İstanbul'da yatarak tedavide en fazla hasar ödemesi yapılan ilk üç hastane hep aynı hastane beşli grubu içinden olmaktadır,
- Ülkemiz özel hastanecilik hizmetlerinde kurumsallaşma veya markalaşmaya eğilim gözlenmektedir,
- Veri kaynaklarında, Türkiye'deki özel sağlık sigortalı kişilerin yaş ve cinsiyet dağılımları, sağlık durumları ve karar verme sürecinde analiz edilerek yararlanabilecek bazı demografik verileri bulunmamaktadır ya da kayda alınmamaktadır,
- Aktüerya hesapları ile bilimsel tanı ve tedavi protokolleri oluşturulmamıştır,
- Şüpheli ısırik, viral hepatit gibi bazı hastalıklar, sadece tetkik ve hatta aşılarını yaptırabilmek amacıyla sigortalılar tarafından kullanılabilir, kullanılabilmektedir,
- Sistemin kendi içinde standart bir bilgi işlem altyapısını tanımlanmamıştır, veri toplama, analiz ve geri bildirim yoluyla sektör içi paylaşım bulunmamaktadır,

Bu araştırma sonucunda, özel sağlık sigortacılığı hizmetinin tarafları olan; karar vericiler, uygulayıcılar, hizmet sunanlar ve hizmet alanlara yönelik **öneriler** şöyle sıralanabilir:

1. Karar vericiler olarak; Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü ile Sigorta Denetleme Kurulu, Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ve Sigorta Şirketleri birlikte düşünülerek, öneriler:

- Sadece özel sağlık sigortacılığının değil, aynı zamanda kamu sağlık sigortacılığının da sorunları belirlenmeli, bunların birbirine rakip değil sinerji oluşturacak biçimde düzenlenmesi sağlanmalıdır,
- Sağlık sigortacılığı yasal dayanakları, hastalık sigortasından sağlık sigortasına geçişi sağlayacak biçimde; finansman, sunum, organizasyon ve eğitim altyapısını oluşturmaya yönelik asgari kuruluş, işleyiş, izleme düzeyinde oluşturulmalıdır,
- Sağlık sigortacılığında, Devlet güvencesinde temel teminat paketi tanımlanarak, bu paketin kapsamadığı hizmeti almak isteyenlere özel sağlık sigortası şirketleri yoluyla tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilme fırsatı verilmeli, böylelikle mükerrer prim ödeme ortadan kaldırılmalıdır,
- Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlık numarası ile birleştirilen sağlık sigortası kayıtları merkezi bir kurum tarafından izlenmelidir, bu sistemde kişi mahremiyeti korunmalı ve kayıtların kötüye kullanımı önlenmelidir,
- Sağlık sigortası şirketleri veri toplama, toplanan verileri analiz etme, sonuçları geri bildirim yoluyla sektör kullanımına açma konusunda bilgi işlem altyapı standardına kavuşturulmalıdır,
- Sağlık sigortası şirketlerinin topladığı veriler ve bunların denetimi, yalnızca şirketlerin finansal güçlülüğünü sağlamaya yönelik olmaktan kurtarılmalı, toplumun demografik göstergeleri, hastalık yapısı ve sağlık statüsünü de içerecek tanımlayıcı epidemiyolojik veriler de toplanarak izlenmelidir,

- Hastalık kodlamalarında, uluslararası geçerliliği olan ICD-10, DRG gibi çağdaş kodlama sistemlerine geçilmelidir,
- Kamu ve özel sağlık sigortası kurumları arasındaki veri, bilgi ve deneyim paylaşımını sağlayacak mekanizmalar kurulmalı, yıl bazında belirlenecek performans göstergeleri kamoyu ile paylaşılmalıdır,
- Gerçek risk profilleri ile doğru prim hesabını sağlayacak, ülkemize özgü aktüerya hesapları ve yaşam tabloları oluşturma ile sağlık sigortacılığı orta ve uzun dönem gelecek beklentilerini karşılayacak araştırma geliştirme çalışmaları için, zorunlu programlar oluşturularak, bunların sonuçları sektör paylaşımına açılmalıdır.
- Standart tanı ve tedavi rehberleri oluşturulmalıdır,
- Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin kapsam içine alınmasında yasal bağlayıcılıklar oluşturulmalıdır,
- Şirketlerin istisna,bekleme süreleri gibi konulardaki farklı uygulamaları belirli bir temele oturtulmalıdır,
- Aktüer yetiştirilmesi için özel programlar oluşturulmalıdır,
- Özel sağlık sigortacılığında “teknik kar”ı özendirici yasal düzenlemeler yapılmalıdır,
- TTB Asgari Ücret Tarifesi, Bütçe Uygulama Talimatı gibi ödeme kıstasları tek bir asgari standartta birleştirilmeli, fiyat tarifeleri gerçek maliyetleri yansıtmalı, ayrıca fiyat tarifesinin asgari fiyatların altında hizmet verilmesini önleyecek şekilde teknik düzenlemeler (elektronik ortamda) yapılmalıdır,
- Hizmet sunucu kuruluşlar altyapı, insangücü gibi asgari standartlar gözönüne alınarak akredite edilmeli, bu işlem belli dönemlerde performans değerlendirilmesi de yapılarak kamuoyu ile paylaşılmalıdır,

2. Özel sağlık sigortacılığı **hizmeti uygulayan Sigorta şirketleri’ne y6nelik 6neriler:**

- Yanlızca 6st gelir gruplarına değil orta gelir gruplarına da y6nelen 6zendirici olabilecek uygulamalara ge6erek 6zel sağlık sigortacılığı kapsamını genişletmelidir,
- Sigorta şirketleri veri toplama, analiz etme ve paylaşma konusunda belirlenecek standarda uymalıdır,
- Ortak kodlama sistemine ge6ilmeli, her şirketin kendince veri giriş yapmasına izin verilmemelidir,
- Kodlama yapan hekimlerin ve/veya sağlık personelinin konuya ilişkin bilgi d6zeyleri yapılacak eğitimlerle arttırılmalı, bu eğitimi almamış olanların veri girişine izin verilmemelidir,
- Sadece hastalık kodlarına g6re değil, aynı zamanda kişi bazlı da bilgi tutulmalıdır,
- Sigortalılığa girişte beyan edilmeyen hastalıklarının 6nlenmesi i6in, başvuru formundan başlayarak kurumsal ve standart mekanizmalar oluşturulmalıdır,
- Sigortalıların tanımlayıcı bilgileri, kişisel gizliliği koruyacak ve bilimsel standartlara uygun bir bi6imde ve t6m sigorta şirketleri tarafından ortak kullanılan bir 6er6eveye getirilmelidir,
- Toplumun değişen beklentilerine uygun sağlık sigortacılığı hizmetleri sunmak 6zere, araştırma geliştirme 6alışmalarına 6nem verilmelidir,
- Uzun d6nemli sigortacılık, kritik hastalıklar sigortası gibi uygulama alanlarına y6nelinmelidir,
- Uzun d6nemli sağlık sigortacılığının teşviki amacıyla poli6e yenilenmesi sırasında verilen hasarsızlık indirimlerinin sağlığı geliştirici 6nlemlerle desteklenmesi sağlanmalıdır,

- Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerini merkeze alan yeni ürünler geliştirmelidir,
- Kamu kuruluşlarından hizmet satınalmayı özendirici uygulamalara başlamalıdır,
- Evde bakım hizmetleri sağlık poliçelerine dahil edilmelidir,
- Sağlık sigortacılığında hizmeti kullananlar ve sunanlar tarafından en fazla kötüye kullanılan alanlar belirlenerek, aktüerya hesabı ile gerekirse bunları da içine alan poliçeler üretilmelidir,
- Sigortalıların aldıkları poliçeyi yeterince tanımalarını sağlayacak pazarlama yöntemleri geliştirilmelidir,
- Sağlık sigortası pazarlama yöntemleri, elementer sigortacılıktan farklılığı dikkate alınarak, hizmetin gereklerine göre yeniden gözden geçirilmeli, uygulamalar basit bir pazarlama olayı düzeyine indirilmemelidir,
- Sağlık sigortası almak isteyenlere teşvik amacıyla, geçmiş alışkanlıkların tersine, başka sigorta ürünleri ile kombine edilmiş paketler sunulabilmelidir,
- Bekleme süresi, istisna, limit gibi sigortacılık kavramlarının uygulanmasında, sadece karlılığı arttırmayı değil hizmeti yaygınlaştırmayı hedefleyen gerçekçi düzenlemeler yapılmalıdır,
- Özel şartların genel şartlardan fazla ve tüm şirketlerde neredeyse ortak olduğu poliçeler, bu yanlışlığı düzeltecek biçimde yeniden düzenlenmelidir,
- Adolesan çağında olanların, yalnızca danışmanlık hizmeti ile çözümlenebilecek sorunları için; tetkik, doktor muayene gibi maliyeti yüksek alanlara başvuru yerine, fonksiyonel yakınmalara yönelik özelleşmiş kurumlardan hizmet alınmalıdır,

3. Sağlık hizmeti sunan her türlü kurum ve kuruluşu yönelik öneriler:

- Sağlık hizmeti sunumunda sadece hizmet sunulan ortamın değil, aynı zamanda tıbbi hizmetlerin de kalitesini attıracak önlemler almalıdır,
- Etik sağlık hizmeti sunma konusunda daha duyarlı olmayı zorlayıcı, kendi içlerinde performans ve çıktı denetimi yapabilecek kurumlaşmaları özendirilmelidir,
- Yönetici, hizmeti sunan sağlık personeli ile kayıt bildirimde görevli olanlarını, kendi içinde ve/veya dışındaki eğitim kurumları yoluyla, mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları ile desteklemelidir,
- Sağlık hizmetlerinde primer ve segonder koruma konusuna ağırlık vermelidir,
- Sağlık kurumlarının ortak uluslararası kabul görmüş bir dile sahip olmaları sağlanmalı, her kuruluşun kendine özel işlemler listesi kullanmasının önüne geçilmelidir,

4. Hizmeti alanlara yönelik öneriler:

- Sigortalılık bilinci geliştirilmeli, vergi avantajlarıyla güçlendirilmelidir,
- Kullanıcıların; sağlık sigortacılığında farkındalık, memnuniyet, kullanım gibi araştırma yöntemleriyle profili ile tutum ve davranışı ortaya konulmalıdır,
- Koruyucu ve sağlığı geliştirici programlar özendirilmelidir,
- Sigortalıdan alınmakta olan kullanıcı katkıları maliyet paylaşımı esasları ile yeniden düzenlenmelidir,
- Sigortalılar yasal hakları konusunda bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. -, Sigorta, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:19, İstanbul, Ocak 2000.
2. Zakaryan K.,Sağlık Sigortacılığı Semineri,Yeditepe Üniversitesi,s:17-25, İstanbul, 2003.
3. -, Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü İstatistikleri, Ankara, Aralık 2002.
4. -, Faaliyet Raporu 2001, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul, 2002.
5. -, Faaliyet Raporu 2000, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul, 2001.
6. Özsan, S.H., Sağlık ve Sigorta , Sigorta Dünyası Dergisi, 472.Sayı, s:20-26, İstanbul, Nisan 2000.
7. Bayraktar, K., Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, Türk Hukukunda Hekimin Hukuki Cezai Sorumluluğu Seminer Notları, s:15-17, İstanbul, 1983.
8. Talas, C., Toplumsal Politikaya Giriş, Sevinç Matbaası,s:106-111,Ankara, 1981.
9. Resmi Gazete, 17.06.1947 gün ve 6634 sayılı.
10. Çelik H., Türkiye'de Sosyal Sağlık Sigortasında Norm Birliği, TODAİE Kamu Yönetimi Lisans Üstü Uzmanlık Programı Yayınlanmamış Master Tezi, s:26-30, Ankara, 2002.
11. Dilik, S., Sosyal Güvenlik, Kamu-İş Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, s:67, Ankara, 1991.
12. -, ILO Anayasası ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Onaylanan ILO Sözleşmeleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No:86, Ankara, 1996.

13. -, Sosyal Güvenlik Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT Yayını No: 2420, s: 90, Ankara, 1995.
14. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Kanun Metinleri Serisi 1, Seçkin Yayınevi, ISBN 975-347-075-4, s:67-68, Ankara, 1998.
15. -, Risk, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:27, İstanbul, Nisan 2000.
16. -, Reasürans, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:25, İstanbul, Ağustos 2000.
17. -, Sigorta Edilebilir Risk, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:21, İstanbul, Şubat 2000.
18. -, Sigorta'nın Konusu, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:21, İstanbul, Mart 2000.
19. -, Prim, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:27, İstanbul, Nisan 2000.
20. -, Genel ve Özel Şartlar, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:29, İstanbul, Kasım 2000.
21. -, Tazminat, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:26, İstanbul, Temmuz 2001.
22. Tiryaki, D., Tatar, M., Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Sigortadan Duyulan Tatmin Düzeyi, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Korkut Ersoy-Şahin KAVUNCUBAŞI(Ed), Haberal Eğitim Vakfı Yayını, ISBN 975-7692-24-7, Ankara, 1999.
23. -, Sigorta Sahtekarlığı, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:22, İstanbul, Ocak-Şubat 2002.

24. Sergici, E., Sağlık Sigortalarındaki Teknik ve Etik Bozukluklar, Sigorta ve Pazarlama Makaleler, Can Matbba, s:212-214, İstanbul, 2001.
25. Sergici, E., Avrupa'da ve Ülkemizde Sağlık Sigortaları, Sigorta ve Pazarlama Makaleler, Can Matbba, s:184-186, İstanbul, 2001.
26. -, Özel Sağlık Sigortacılığında Risk Analizi Çalışması, İhlas Sigorta Yayınlanmamış Araştırma, İstanbul, Temmuz 2000.
27. -, Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler, Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, ISBN 975 590 016 0, s:115-132, Ankara, Aralık 1998.
28. Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, No:2, s:110, İstanbul, 1998.
29. Güzel, A., Okur, A.R., Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Basım Yayım, No:474, Altıncı Baskı, s:20, İstanbul, Ekim 1998.
30. Scutchfield, D., Williams, S.J., The American Health Care System: Structure and Function, in: Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine, Robert B. Wallace (Ed), p:1115-1129, Appleton and Lange, Stamford, Connecticut, 1998.
31. Eşkil, H., ABD'de Uzun Süreli Bakım (Yaşlılık) Hizmetlerinin Finansmanı, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:9, İstanbul, Aralık 2001.
32. Sergici, E., Tarihte Sigortacılık, Türklerin Tarihi ve Sigortacılık, L.A.T.İ.N Basın Yayın Reklam ve Org.Hiz.Tic.Ltd.Şti, s:110-186, İstanbul, 2001.
33. Yapar, G., Tuncel, S.Ö., Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi, Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması 1999, Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi Yayını, s: 141-184, İstanbul, 2000.

34. Köksal, İ., Türkiye’de Sağlık Sigortasının Tarihi Gelişimi, Yeni Türkiye Dergisi, Cumhuriyet Özel Sayısı-III, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1971-1975, Ankara, Eylül-Aralık 1998.
35. Kurtulmuş, S., Cumhuriyet’in 75. Yılına Girerken Sosyal Güvenlik Sistemimiz, Yeni Türkiye Dergisi, Cumhuriyet Özel Sayısı-III, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1949-1956, Ankara, Eylül-Aralık 1998.
36. Öztekin, Z., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-I, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN:1300-4174, s:62, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
37. Alper, Y., Cumhuriyetin 75. Yılında Sosyal Güvenlik: Amele Birliğinden Sosyal Sigortalara, Yeni Türkiye Dergisi, Cumhuriyet Özel Sayısı-III, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1943-1948, Ankara, Eylül-Aralık 1998.
38. Karacık, A., Türkiye’de Sağlık Sigortaları, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN:1300-4174, s:1488-1491, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
39. www.swissre.com./sigmaarchive , 2002, 2003.
40. www.sigortadunyasi.com.tr , 2001, 2002, 2003.
41. www.oecd.org , 2003.
42. www.sourceoecd.org , 2003.
43. Tokat, M., Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, ISBN 975-590-050-0, Ankara, Ocak 2001.
44. www.ssk.gov.tr , 2002,2003.
45. Ernam, N., Açıklamalı ve Uygulamalı Sosyal Sigortalar Mevzuatı, Kamu-İş Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, s:4-20, Ankara, 1990.

46. -, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-1995), DPT , s:130-131, Ankara, Mart 1996.
47. -, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, DPT, s:108, Ankara, 2000.
48. www.dpt.gov.tr , 2002,2003.
49. Özşarı, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, s:30, Ankara, Ocak 1999,
50. Devlet Memurları Kanunu, Kanun Kitapları Serisi, Alkım Yayınevi, ISBN 975-337-030-X, s:104-111, Ankara, 1997.
51. www.emekli.gov.tr , 2002,2003.
52. Tuncay, A.C., Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 8.Basım, Beta Basım Yayım, s:235, İstanbul, 1998.
53. www.saglik.gov.tr , 2003.
54. -, Faaliyet Raporu 1999, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul, 2000.
55. -, Faaliyet Raporu 1998, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul, 1999.
56. -, Faaliyet Raporu 1997, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul, 1998.
57. -, Türkiye’de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor 2000, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Ankara, 2000.
58. -, Türkiye’de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor 1999, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Ankara, 1999.
59. -, Türkiye’de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor 1998, Türkiye Cumhuriyeti Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Ankara, 1998.

60. www.hazine.gov.tr , 2002, 2003.
61. www.tsrsb.org.tr , 2002, 2003.
62. Unan, S., Demografik Değişiklikler Uzun Dönemli Bakım Sigortasına Olan İhtiyacı Arttırıyor, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:16-17, İstanbul, Ocak 2001.
63. Metezade, G., Dünyada Mortalite Trendleri, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:13, İstanbul, Ocak 2001.
64. Akar, Ç., Şahin, İ., Gider, Ö., İnan, N., Hastanelerin Finansal Yönetiminde Gelecek Trendleri, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1124-1139, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
65. Eren, B., Tamamlayıcı Sigorta, Yayınlanmamış Gönüllü Çalışma Grubu Raporu, İstanbul, Şubat 2003,
66. Özсарı, S.H., Sağlıkta da Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN:1300-4174,s:1209-1216, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
67. Tezcan, S.G., Türkiye'nin Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-I, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN:1300-4174, s:66,78, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
68. Tokat, M., Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, ISBN 975-590-011, Ankara, Ocak 1998.
69. Çilingiroğlu, N., Ekonomik Gelişme ve Sağlık Ekonomisi, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN:1300-4174,s:1594-1613, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.

70. Tokat, M., Türk Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanmasının Ekonomik Boyutu, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1676-1682, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
71. Özşarı, S.H., Varlık, M., Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi,Cumhuriyet Özel Sayısı-III, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN:1300-4174, s:1997, Ankara, Aralık 1998.
72. Özşarı, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, s:43, Ankara, Ocak 1997.
73. Hay, W.,W.,Groothuis,J.R.,Hayward, A.R.,Levih, M.J., Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 13.th ed.,p:111-157, Prentice Hall, Int.Inc.,Stanford, CT.,1997.
74. -, Türkiye İstatistik Yıllığı 2000, DİE, Yayın No. 1953; Ankara, 2000.
75. -, Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, DPT Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) 2001 Yılı Programı Destek Çalışmaları, s:204, Ankara, 2001.
76. www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm , 2003.
77. -, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Health Services Utilization Survey in Turkey, p:97,120,123,139, Ankara, 1995.
78. Akgün, S., Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt:6 Sayı:2, s:18-28, İstanbul, Nisan-Mayıs-Haziran 2002.
79. Kuş, H., Birleşik Krallıkta Özel Sağlık Sigortası, Birlik'ten Dergisi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, s:12-14, İstanbul, Mart 2001.
80. Murray, C.J.L., Lopez, A.D., Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020, The Global Burden of Disease Study, www.swissre.com/health., 2003

EK-1

**ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI BAŞVURU FORMU'NDA BULUNMASI GEREKEN
TEMEL BİLGİLERE İLİŞKİN FORM ÖRNEĞİ ÖNERİSİ***

Şirket Kodu :

Şirket Başvuru Numarası :

Acente Kodu :

Danışman Kodu :

Eski Poliçe Numarası :

Yeni Poliçe Numarası :

Eski Poliçe Bitiş Nedeni :

Yeni Poliçe Başlangıç Tarihi :

Yeni Poliçe Bitiş Tarihi :

SİGORTALI

T.C.Vatandaşlık Numarası :

Vergi Kimlik Numarası :

Adı Soyadı :

Doğum Tarihi(Yıl/Ay/Gün) :/...../.....

Doğum Yeri(İl/İlçe) :/.....

Baba Adı :

Cinsiyeti :

Medeni Hali :

Mesleği :

Öğrenim Düzeyi :

Gelir Düzeyi :

Adresi :

Telefonları : (İş).....
(Ev).....
(Cep).....

E-Posta Adresi :

Alışkanlıkları

Sigara :

Alkol :

SİGORTALI EŞİ

T.C.Vatandaşlık Numarası

Vergi Kimlik Numarası

Adı Soyadı

Doğum Tarihi ve Yeri

Baba Adı

Cinsiyeti

Mesleği

Öğrenim Düzeyi

Gelir Düzeyi

Adresi

Telefonları

SİGORTALI ÇOCUKLARI

T.C.Vatandaşlık Numarası

Adı Soyadı

Doğum Tarihi ve Yeri

Cinsiyeti

Öğrenim Düzeyi

SİGORTALININ GENEL SAĞLIK DURUMU

Geçmişinde Geçirdiği Hastalıklar

Beslenme ve Metabolik Hastalıkları

Kanser

Genito-Üriner Sistem Hastalıkları.

Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları

Enfeksiyon Hastalıkları

Solunum Sistemi Hastalıkları

Dolaşım Sistemi Hastalıkları

Sinir Sistemi Hastalıkları

Sindirim Sistemi Hastalıkları

Deri ve Deri Altı Doku Hastalıkları

Hamilelik-Doğum Lohusalık Hastalıkları

Yaralanma ve Zehirlenmeler

Perinatal Dönem Hastalıkları

Mental Hastalıkları

Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları

Doğuştan Anomaliler

Diğer Hastalıkları

Fizik Muayene Sonuçları

* Bu formun, bilgisayar ortamında doldurularak, kurulacak bir bilgi bankasında tutulması ve sigorta yenileme döneminde, dönem içindeki hasarlarını da içerecek biçimde tekrar doldurulması sigortalının izlenmesi açısından önerilmektedir.

EK-2
SİGORTA TERİMLERİ
 (1, 11-18, 31)

AÇIKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ (Duty Of Disclosure)

Sigorta sözleşmesinde tarafların iyiniyetli olması ile doğrudan ilgili bir zorunluluktur. Hukuksal sonuçları açısından, açıklama yükümlülüğünün yerine getirilmemesi, sözleşmenin diğer tarafını yanıltmak amacıyla yanlış bilgi vermek ile aynı değerdedir.

Sigorta teklif formunu dolduran kişinin açıklama yükümlülüğüne giren bilgiler, sigortacının işi kabul kararını, kabul ettiği taktirde hangi şartlarda ve ne kadar prime kabul edeceğini belirlemede etkili olabilecek kadar önemli niteliktedir. Bu tür bilgilere ilişkin sorular, teklif formunda bulunmakla birlikte, sorulmadığı takdirde dahi kendiliğinden açıklanmasını gerektirmektedir.

AÇIK/YAZILI ŞART (Expressed Condition)

Sigorta poliçesi üzerinde çok açık ve net bir şekilde belirtilen ve sigorta sözleşmesinin her iki tarafa sağladığı haklar ve yüklediği görevleri tanımlayan şartlardır.

Genel ve Özel şartlar olarak ikiye ayrılırlar. Genel şartlar, diğer ülkelerde, sigorta şirketlerince düzenlenir veya kamu otoritesince onaylanır. Ülkemizde ise, Hazine Müsteşarlığı'nca düzenlenmektedir. Genel şartlara örnek olarak; sigortanın kapsamı tarafların hak ve yükümlülükleri yanlış beyan veya kasten gerçeğe aykırı beyan durumunda uygulanacak hukuk kuralları, sigortalının durumu veya sigorta konusunda meydana gelen değişikliklerin sigorta şirketine bildirilmesi, rücu, hakeme başvurma halleri gösterilir.

Özel şartlar ise, teminatın genişletilmesi, daraltılması veya riziko idaresi ile ilgili şartlardır. Örneğin, bir işyerine yangın teminatının verilebilmesi için sigortalının yapması gereken düzenlemeler özel şartlardır.

AKTÜER (Actuary)

Sigorta risk analizi konusunda prim katsayılarının hesaplanması, risk rezervleri ve sigorta şirketlerinin yükümlülüklerini karşılama yeterliliği konusunda uzmanlığı olan ve sigorta matematiği eğitimi almış ve bu konuda yeterliliği tescil edilmiş kişilerdir. Bütün bu konularla ilgili alana da *Aktüerya* denir.

ANLAŞMALI SAĞLIK KURUMU (Contracted Health Institution)

Sigorta şirketi ile anlaşması olan ve bu anlaşma gereğince, sigortalının poliçelerini kullanarak limitleri dahilinde hizmet alabildiği hastane, tanı merkezi, laboratuvar, eczane gibi sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır.

BEKLENEN AZAMİ HASAR (Estimated Maximum Loss/Probable Maximum Loss)

Normal şartlarda, tek bir olaydan meydana gelebilecek, olası azami hasar miktarıdır. Meydana gelme ihtimali çok az olan, örneğin katastrofik olaylardan oluşabilecek hasarlar, “Beklenen Azami Hasar” hesabına alınmaz.

BİRİKİM TUTARI (Guaranteed Cash Amount)

Sigortalının ödediği primlerin, gerekli yasal ve teknik kesintileri yapıldıktan sonra nemalandırılması ile elde edilen tutarıdır.

BİRLİKTE SİGORTA (Coinsurance)

Sigorta edilen şeyin birden fazla sigorta şirketi tarafından sigortalanmasıdır. Sigorta, şirketleri, sigortaladıkları şeyin bedelinin, mali güçlerine göre çok yüksek ve/veya tek başına teminat vermeye müsait olmaması gibi nedenlerden dolayı, birlikte teminat verirler.

BRÜT PRİM (Gross Written Premium)

Sigorta şirketi tarafından, bir yıl içinde düzenlenen tüm poliçelerin karşılığı olan primdir.

BÜTÜN TEHLİKELER (All Risks)

Sigortalının alabileceği en geniş teminat biçimidir. Kişilerin artan sigorta ihtiyaçlarına cevap vermek üzere oluşturulmuştur.

DOLAYLI HASAR (Consequential Loss)

Sigorta konusu şeye veya üçüncü şahısların çıkarlarına zarar veren ve sigorta kapsamında olan bir tehlikeden sonra meydana gelen hasardır. Örneğin, bir iş yerinde meydana gelen yangın sonrası, iş yerinin sahibine getiri sağlayan ticari faaliyetine hemen başlayabilmesi için belli bir sürenin geçmesi gerekecektir ve bu sürede katlanılan hasar (zarar), dolaylı hasardır.

EK PRİM (Additional Premium)

Poliçe düzenlendikten sonra ortaya çıkan bir durum nedeniyle, sigorta teminatının genişletilmesi veya sigortalıya sağlanan ilave bir menfaata karşılık olarak tespit edilmiş primdir.

FİZİKİ TEHLİKE (Physical Hazard)

Bir rizikonun, hasar oluşturma veya hasarın şiddetini artırma ihtimalini etkileyen, gözle görünür fiziki özellikleridir.

GENEL ŞARTLAR (General Conditions)

Poliçe üzerinde ifade edilen, kapsam, istisnalar, prosedür, sigortalının görev ve yükümlülükleri, anlaşmazlık halinde uygulanabilecek hükümler, prim ödemesi, rücu durumu gibi sigorta sözleşmesinin esaslarını içeren koşullar olup, ülkemizde Hazine Müsteşarlığı tarafından her sigorta branşı için ayrı hazırlanmış ve sigorta şirketlerinin aksine hareket edemeyeceği koşullardır.

HASAR (Damage/Casualty)

Üzerinde menfaat kurulabilecek herhangi bir hakkın, tazminat talebine esas teşkil eden bir olay sonucunda uğramış olduğu değer kaybıdır.

HASAR PRİM ORANI (Loss Ratio)

Ödenmiş ve muallak hasarlar toplamının, toplanan primlere oranıdır.

HASAR FREKANSI (Frequency)

Herhangi bir tehlikeden kaynaklanan hasarın meydana gelme sıklığıdır.

HASAR ŞİDDETİ (Severity)

Bir tehlikenin, meydana geldiği takdirde verebileceği doğrudan ve dolaylı hasarların çok yüksek olması durumudur. Hasar şiddeti ve frekans arasında genellikle ters bir orantı söz konusudur.

HASARSIZLIK İNDİRİMİ (No Claim Discount)

Police yenilenmesi sırasında, tamamlanmış bir yıllık sigorta dönemi içerisinde hasar meydana gelmemesi halinde police priminden yapılan indirimdir. Sigorta şirketleri, hasarsız kapatılan her bir yıl için ilave bir hasarsızlık indirimi de tanıyabilmektedir.

HAYAT SİGORTASI (Life Insurance)

Kişiye police türüne göre; yaşam kaybı, sakatlık veya kritik hastalıklar gibi büyük risklere karşı güvence altına alan; birikimi sonunda toplu para ya da aylık veya yıllık gelir hakkı tanıyan sigorta türüdür.

İHTARNAME (Warning Notice)

Zamanında ödenmeyen primler için sigortalıya gönderilen uyarı mektubudur. Ulaştıktan sonra 30 gün içinde ödeme zorunluluğu olup, tersine durumlarda şirketin polıçeyi iptal veya tenzil etme hakkı vardır.

İSTİSNA (Exception/Exclusions)

Halk ayaklanması, savaş, iç savaş vb. olası tehlikelerden ileri gelen hasarlar gibi, sigorta teminatının kapsamadığı yani poliçenin genel veya özel şartlarında belirtilen ve bütün sigortalılar için geçerli olan kapsam dışı hallerdir.

İŞTİRA-SATINALMA (Surrender)

Birikim priminin alındığı hayat sigortalarında, sigorta şirketinin, police özel şartlarında yazılı asgari süresinin dolması ve bu süreye ait primlerin ödenmesinden sonra sigorta ettirenin talebi ile kar paylı birikim tutarını ödeyerek polıçeyi satın almasıdır.

KAR PAYI ORANI (Profit Share Ratio)

Yıl içinde elde edilen prim gelirlerinin, Hayat Sigortaları Yönetmeliği ve muhasebe kurallarına göre hesaplanan, net yatırım getiri oranıdır.

KLOZ (Clause)

Poliçenin bir bölümü veya poliçeye ekli, yasal hükmü olan bir tür özel şarttır ve taraflar arasındaki sözleşmenin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere kullanılır.

KOMİSYON (Commission)

Sigorta şirketlerinin, prim üretimi başta olmak üzere sigortacılık ile ilgili faaliyetlerinde şirket adına iş yapan sigorta aracılara ödediği belli orandaki veya yüzdedeki para miktarıdır.

LEHTAR/MENFAATTAR (Beneficiary)

Sigorta sözleşmesine taraf olmamakla birlikte, yaşam kaybı (vefat) riskinin gerçekleşmesi halinde, sigorta ettiren konumundaki diğer bir kimsenin yapmış olduğu sözleşme ile de sigortadan doğrudan veya dolaylı olarak yararlanma konumunu elde edebilen yani sigortadan faydalanan kişidir. Poliçede menfaattar ismen belirtilmemişse, kanuni varislerdir.

LİMİT (Limit)

Poliçe ile verilen bir teminatın, sigortalının tercihlerine ve/veya poliçe şartlarına göre belirlenen sınır tutarıdır.

LÜTUF ÖDEMESİ (Ex Gratia)

Sigorta şirketinin, kendi sigortalıları ile içinde bulunduğu iyi ilişkilerini veya ticari itibarını koruma düşüncesi ile, teminata girmeyen ya da teminat kapsamında olup olmadığı tartışmalı hasarlarda yaptığı ödemedir. Lütuf ödemesi hasarın tamamı veya bir kısmı için yapılabilir. Rücu imkanını ortadan kaldırır.

MEDICAID

Amerika Birleşik Devletleri'nde, eyaletlerle federal devletin birlikte oluşturduğu ve fakirlere sağlık yardımı yapan bir programdır. Program eyaletler tarafından yönetilir ve bütçe gelirlerinden yapılan subvansiyonlarla sağlık harcamalarına belirli oranlarda katılım sağlar.

MEDICARE

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 65 yaşının üzerinde olanlar ya da daha genç yaşta ki özürlüler için oluşturulmuş federal bir sağlık sigortası programıdır.

Medicare A, hastanede yatarak tedavi, evde hemşirelik hizmetleri ve evde bakım ile fakir ve kimsesizlerin bakım evleri masraflarını karşılar, işçi maaşlarından ve işverenlerle bağımsız çalışanlardan kesilen vergilerle finanse edilir.

Medicare B ise, doktor faturaları, evde sağlık bakımı, tıbbi malzeme ve koruyucu servislerin masraflarının karşılanmasında yardımcı olur, eyalet bütçelerinden yapılan subvansiyonlar ve sisteme yeni girenlerden alınan primlerle finanse edilir.

MERİİYET (In-force)

Poliçenin geçerliliği ve yürürlükte olma durumudur.

MORAL TEHLİKE (Moral Hazard)

Bir rizikonun hasar meydana getirme veya hasarın şiddetini artırma ihtimalini etkileyen bir durum veya davranış biçimidir. Moral tehlike bakımından en sık karşılaşılan durum, hasarın meydana gelmesini önlemek veya hasarın maliyetini azaltmak üzere gerekli ihtimamın gösterilmemesidir.

MORTALİTE TABLOLARI (Mortality Tables)

Bir ülkenin toplam nüfusu gözlemlenmek suretiyle elde edilen sonuçların, hayat sigortalarına uygulanmak üzere hazırlanan tablolar olup, herhangi bir yaşta, bir yıl içerisinde kaç kişinin öleceğinin tahminidir. Tablonun yapılış şekline ve yapıldığı yere göre isim almaktadır. Örneğin, Amerikan C.S.O. 1953-1958 Mortalite Tablosu'nda, 40 yaşın karşılığında binde 2.80 rakamı varsa, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1953-1958 yılları arasında tam nüfusun gözlemlenmesi suretiyle, o yıl içerisinde yaşı 40 olanlardan, her bin kişilik grupta 2.8 kişinin öleceği anlamı çıkmaktadır.

MUAFİYET (Deductible)

Sigorta sözleşmesinde belirtilmiş olan tehlikelerden herhangi bir veya daha fazlasının sigorta dönemi içerisinde gerçekleşmesi sonucu meydana gelen her bir hasarın belli bir miktar veya yüzdesinin sigortalı tarafından yüklenilmesidir.

MUAFİYET PROTOKOLÜ (Endorsement)

Sigortacının, sigortalıya, sigorta başlangıcından önceye dayanan, örneğin bazı rahatsızlıkları ile ilgili masrafları sağlık sigortası poliçesi kapsamı dışında tutması gibi konularda, imzalattığı matbu forma verilen isimdir.

MUAFİYET TUTARI (Deductible Amount)

Sigortacı tarafından karşılanmayacak olduğu akit altına alınarak, sigortalının muafiyet protokolü ile ödemeyi üstlendiği, miktara ait kısımdır.

MUALLAK HASAR(Outstanding Loss)

Meydana gelmiş ve sigorta şirketi tarafından bilinen bir hasara ilişkin olarak, ileride ödenmesi muhtemel hasar ödemesidir ve bu muhtemel ödeme için ayrılan miktara da muallak hasar rezervi denir.

MÜCBİR SEBEP (Act Of God)

İnsan iradesi, gücü ve müdahalesiyle önüne geçilemeyen, deprem, yıldırım, kasırga gibi doğa olaylarının, sonuçları itibariyle sorumluluk doğurabilecek nitelikte olmamasını adlandırılan kavramdır.

ÖZEL ŞARTLAR (Special/Particular Conditions)

Özel şartlar, sigortacının geliştirerek sigortalı ile üzerinde anlaştığı, amacının, sigortalının veya sigorta edilenin menfaatin durumuna ve risklerine göre ihtiyaçlara cevap verebilmek olan, sigortalının aleyhine olmaması yasal olarak emredilen ve genel şartlara eklenen şartlardır.

POLİÇE (Policy)

Sigortalı ile sigorta şirketi arasında, sigortalının mal veya canına ait belirleyici bilgileri, sigortanın başlangıç ve bitiş tarihlerini, ödenecek prim ve teminat tutarları vb. bilgileri içeren sözleşmeye ait yazılı belgedir.

PORTFÖY (Errors and Omission Clause)

Sigorta veya reasürans şirketinin yazmış olduğu tüm işlerin toplamı olarak veya sağlık, yangın, nakliyat, kaza gibi herhangi bir branşta yazılan işlerdir

PRİM (Premium)

Sigorta ettirenin, sigorta riskinin karşılığı olarak, idari giderler, komisyonlar, kar, birikim primi gibi unsurları da içermek üzere ödediği ücrettir. Diğer bütün şartlar yerine getirilmiş olsa dahi, primin ödenmemesi hali sigorta sözleşmesinin yürürlüğe girmesini engelleyen bir durumdur.

REASÜRANS (Reinsurance)

Bir sigorta şirketinin poliçe sattığı sigortalılardan satın aldığı risklerin bir kısmını veya tamamını diğer bir şirkete satmasıdır. Yani, belirli mali kriterler esas alınarak, branşlar bazında tespit edilen saklama payı, her bir riziko da sigorta bedelinin ne kadarının sigorta şirketi üzerinde kalacağını gösterir. ki bu saklama payı dışında kalan kısım, çeşitli anlaşmalarla reasürans şirketlerine devredilir.

RİSK (Risk)

Belirsizlik, zarara neden olan olayların meydana gelme ihtimali, sigorta edilen şey gibi anlamlarda da kullanılmakla birlikte asıl anlamı, sigorta teminatı altına alınmış olan sigortalı şeyin karşı karşıya bulunduğu tehlikelerdir. Diğer bir deyişle, zararın veya hasarın ortaya çıkmasının muhtemel olduğu durumdur.

RİZİKO KABULÜ (Underwriting)

Bir rizikonun hangi şartlarda ve hangi fiyat üzerinden kabul edileceğinin belirlenmesi sürecine denir. Sigorta yaptırma talebi anlamına gelen teklifnamenin eksiksiz ve doğru olarak doldurulmasından sonra, teklifnamedeki bilgiler esas alınarak bir değerlendirme yapılır ve söz konusu riskin kabul edilip edilmeyeceği, edilecek ise hangi şartlar ve fiyat üzerinden sigorta yapılacağı belirlenir.

RİZİKO TANIMLAMA (Risk Identification)

Risk Yönetiminin etkili bir şekilde yapılması sayesinde, hasarı azaltan önemli bir faktör olup, ilgili birimin, (üretim tesisi, fabrika, v.s.) fiziki incelemesi yapılarak, hangi açılardan hangi tehlikelere açık (exposed) olduğunun belirlenmesi işlemine denir.

RÜCU / HALEFİYET HAKKI (Subrogation)

Sigortalının üçüncü şahıslar nezdindeki tüm yasal haklarının sigortacıya geçmesidir. Sigortacı ile sigortalı arasındaki bu ilişkide, sigortalının üçüncü şahıslarda sağlayacağı parasal menfaatleri üzerinde sigortacının hak talep edebilmesinin tek yasal dayanağı, doğrudan doğruya sigorta sözleşmesidir. Örneğin, iki otomobilin karıştığı ve taraflardan birinin tamamen suçsuz olduğu bir trafik kazasında sorumlu olan taraf, diğer tarafın tüm hasarını karşılamakla yükümlüdür. Böyle bir durumda, suçsuz olan tarafın sigortacısı, meydana gelen tüm hasarı sigortalısına öder ve sigortalının karşı taraftan bu olay nedeniyle, sağlayabileceği, kanundan doğan tüm parasal haklarına sahip olur.

SAĞLIK GİDERİ-HASAR(Health Claim)

Sigortalının, poliçe ile teminat altına alınan konularda oluşan, belgelendirilmiş sağlık masraflarıdır.

SAĞLIK SİGORTASI(Health Insurance)

Sigortanın yürürlüğe giriş tarihinden itibaren ortaya çıkacak hastalık ya da kaza sonucu oluşan sağlık giderlerini güvence altına alan sigortadır.

SAKLAMA PAYI(Retention)

Sigortacılıkta, reasürans açısından önemli bir kavram olup, sigorta şirketinin, riziko itibarıyla üzerinde tuttuğu miktardır.

Sigorta şirketleri, özellikle yüksek bedelli rizikolar ve sorumluluklarda, mali yapıları ne denli güçlü olursa olsun tek başlarına teminat veremezler. Poliçe düzenledikleri riziko veya sorumluluklarda, mali yapıları elverdiği ölçüde bir kısmını üzerlerinde tutar ve geri kalan kısmı reasürans yoluyla ilgili şirketlere devrederler. Güçlü mali yapısı olan şirket, yüksek saklama payı tutmak eğilimindedir. Bunun yanısıra sigorta şirketleri, sigortalamış oldukları rizikonun iyi veya kötü oluşuna göre de saklama payını belirleyebilmektedir

SİGORTA (Insurance, Assurance)

Yasalar, yönetmelikler ve her türlü mevzuat ile teamüller, gelenek ve görenekler çerçevesinde; insanların, risk faktörlerinin yaratabileceği zararlarla başa çıkmalarına yardımcı olan ve bu yardımı sistematik bir şekilde sürdürüp yönlendiren bir sistemdir. Yani, kişilerin bazı şartlar altında karşılaşacakları, zarara ve gelir kaybına yol açacak olayların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için, önceden, belli bir prim ödemesi yoluyla, bu risklerini devrettiği anlaşmadır. Bu tanım çerçevesinde sigortanın temel işlevinin, rizikoyu bölerek ve zararı parçalayarak, ekonomik açıdan önemsiz bir duruma getirmek olduğu söylenebilir.

SİGORTACI(Insurer)

Sigorta ettiren tarafından ödenen prim karşılığında, sigortacıya ya da tazminattan yararlanacağı belirtilmiş kişiye, söz verdiği yükümlülüğü yerine getiren ve rizikonun gerçekleşmesi halinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumdur.

SİGORTALI (Insured, Assured)

Sigorta şirketi ile kurulan çift taraflı sözleşme dolayısıyla teminat altına alınan taraftır. Sigorta ettiren ve sigortalı, herhangi bir kişinin kendi hayatı üzerine yapmış olduğu sigorta örneğinde olduğu üzere aynı kişi olabildiği gibi bir işverenin, çalışanlarının hayatı üzerine sigorta yapması örneğindeki haliyle farklı kişiler de olabilmektedir.

SİGORTA BAŞLANGIÇ TARİHİ (Inception Date, Commencement Date)

İlk primin ödenmesinden sonra veya poliçede belirtilmiş olan sigortanın yürürlüğe giriş tarihidir. Sigortalı ile sigortacının karşılıklı anlaşmalarından sonra işlemeye başlar. Birçok sigorta branşında sigortanın başlayabilmesi için primin veya belirlenmiş ilk taksidinin ödenmesi gerekmektedir. Ancak, bazı branşlarda, örneğin nakliyat sigortalarında böyle bir zorunluluk yoktur ve sigorta, taraflar arasında sözlü veya yazılı anlaşmaya varıldığı andan itibaren hüküm ifade eder. Sigorta başlangıç tarihi genellikle poliçe üzerinde belirtilmektedir ve aksi kararlaştırılmadığı takdirde Türkiye saati ile saat 12:00'de başlar.

SİGORTA BİTİŞİ-SİGORTANIN SONA ERMESİ(Expiry Date, Termination)

Sigorta sözleşmesinin her iki taraf ve üçüncü şahıslar bakımından, artık geçerli olmaması halidir. Poliçede yazılı olan tarihin gerçekleşmesiyle, taraflardan birinin, sözleşmede öngörülen bazı şartları yerine getirmemesinden kaynaklanan fesih hali nedeniyle, sigortalının kendi iradesiyle, sigortacının, riskin ağırlaştığını öne sürmesinden ileri gelen fesih hali nedeniyle, bazı branşlarda rizikonun gerçekleşmesiyle, tam ziya halinin meydana gelmesiyle oluşur.

SİGORTA BEDELİ (Sum Insured, Insured Value, Capital Assured)

Sigorta şirketi ile sigortalı arasında, sözleşmesi gereği, teminat altına alınmış bir tehlikenin gerçekleşmesi veya sigortalının üçüncü şahıslara karşı sorumlu duruma düşmesi sonucunda, sigorta şirketinin ödemekle yükümlü olduğu, tazminata esas oluşturan bedeldir. Tazminat sözleşmelerinde sigorta bedeli, tazminata konu olan, diğer bir deyişle sigortalının kaybetmek durumunda olduğu en yüksek bedeldir. Tazminat esaslı olmayan sigorta sözleşmelerinde ise (Hayat Sigortaları gibi), teorik olarak istenilen herhangi bir miktardır.

SİGORTA EDİLEBİLİR MENFAAT (Insurable Interest)

Sigortanın en önemli prensibi, sigorta sözleşmelerinin de en önemli dayanaklarından olup, sigorta konusu olan şeyin kısmen veya tamamen hasar görmesi, sigorta konusu bir yaşam olduğu takdirde ölüm, yaralanma veya sakat kalma durumu, nedeniyle sigorta sözleşmesinden yararlanan kişinin, para ile ölçülebilen bir kayba uğraması söz konusu olduğu takdirde, "sigorta edilebilir menfaat"ın varlığından söz edilebilir. Ayrıca, kişinin üçüncü şahıslara karşı sorumlu duruma düşmesinden ileri gelebilecek parasal bir kayıp durumunda da sigorta sözleşmesine dayanak olan "sigorta edilebilir menfaat" mevcuttur.

SİGORTA EDİLEBİLİR RİSK (Insurable Risk)

Bir riskin sigorta edilebilir olarak nitelendirilebilmesi için şu özelliklerin olması gerekmektedir:

Sigorta sözleşmesi yapılırken riziko gerçekleşmemiş olmalıdır.

Tehlike muhtemel olmalı, gerçekleşme ihtimali bulunmalıdır.

Tehlikenin ne zaman gerçekleşeceği bilinmemelidir.

Tehlike yasal olmalıdır. Yasalara ve genel ahlaka aykırı davranışlardan meydana gelen tehlikelerin sigortası yapılamaz.

Tehlikenin muhtemel sonuçları mali açıdan ölçülebilir nitelikte olmalıdır.

Sigortaya konu olan mal veya sorumluluk ile sigortalı arasında ekonomik bir ilişki olmalıdır.

SİGORTA ETTİREN (Policyholder, Insurance Taker, Insurance Buyer)

Sigortacı ile kurulan çift taraflı sözleşmenin diğer tarafıdır ve kendi iradesiyle sözleşmeye girmektedir. Yani, sigorta sözleşmesine taraf olan ve sigortadan doğan yükümlülüklerin sahibi kişidir. Sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi olabilir. Bazı sigorta sözleşmelerinde sigorta ettiren, sigortalı ve lehdar (sigortadan yararlanan kişi) aynı kişi olmakta, bazı sigorta sözleşmelerinde ise sigortacının karşısında taraf olarak üç ayrı kişi bulunabilmektedir. Diğer bir deyişle sigorta ettiren, sigortalı ve lehdar ayrı ayrı kişiler olabilmektedir.

SİGORTA KONUSU (Subject Matter of Insurance)

Kaybedilmesi halinde, üzerinde hak sahibi kişi/kişiler için mali kayıplara neden olan taşınır veya taşınmaz herşey ya da meydana gelmesi durumunda yasal bir hakkın kaybedilmesine veya yasal bir sorumluluk oluşmasına neden olan herhangi bir olaydır. Yangın poliçesi için bina veya içindeki eşyalar, sorumluluk poliçesi için ilgili kişinin başkalarına verebileceği zararlar, sigortanın konusu üzerine birer örnek oluşturabilir.

SİGORTA POLİÇESİ (Insurance Policy)

Sigorta poliçesi; her iki tarafın hak ve borçlarını gösteren, sigorta bedeli, sigorta primi, primin ödenme zamanı ve yeri, sigorta konusu, riziko yeri ve teminatın süresinin belirtildiği sigortacı tarafından imzalanarak sigorta ettirene verilen sigorta sözleşmesini temsil eden bir belgedir. Sigorta primi para olarak ödenir.

SİGORTA SAHTEKARLIĞI (Insurance Fraud)

Kötü niyetli kişilerin, haksız kazanç elde etmek amacıyla, sigorta şirketini bilerek, kasıtlı olarak aldatmasıdır. Poliçe düzenlenmeden önce veya sonra yapılabilmektedir.

SİGORTA SÜRESİ(Insurance Period, Policy Term)

Poliçenin yürürlükte kalacağı süredir. Birikimli yaşam poliçelerinin bazılarında sigorta süresi sabit olmayıp maksimum ve minimum süreler vardır. Bazılarında ise sigortalı ile sözleşme hazırlanırken belirlenen sigorta süresi mevcuttur.

SİGORTA ŞİRKETİ (Insurance Company, Insurer, Assurer)

Sigorta şirketleri; sigorta sözleşmesi yapmak, poliçe düzenlemek, prim tahsil etmek, teminat altına alınan risklerden doğan zararları karşılamak gibi çeşitli sigortacılık faaliyetlerinde bulunurlar. Ülkemizde, sigorta şirketleri; sigortacılık faaliyetinde bulunmak üzere Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu Devlet Bakanlığının izni ve Sigorta Murakabe Kanunu'na dayanılarak kurulan, yetki ve sorumlulukları mevzuatla belirlenen Anonim Ortaklık şeklinde örgütlenen tüzel kişiliklerdir. Sigorta Murakabe Kanunu'na göre Türkiye'de sigortalar "Hayat ve Hayat-dışı" olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır. Sigorta şirketleri, bu sigorta gruplarından ancak birinde faaliyet gösterebilmektedirler.

TAAHHÜT(Warranty)

Bir sigorta sözleşmesinde bulunan ve sigortalının yerine getirmek veya herhangi bir eylemde bulunmak/bulunmamak konusunda kesinlikle uymak zorunda olduğu şartlardır ve sigortalıyı bağlayıcı niteliktedir. Sigortalının taahhütlerini yerine getirmemesi halinde sigorta şirketi, hasardaki sorumluluğunu reddetme hakkına sahip olmaktadır. Taahhütler, açık (express) ve zımni/kapalı (implied) olmak üzere iki tiptir. Açık taahhütler, sigortalının bağlı olduğu ve sözleşmede açıkça belirtilen taahhütlerdir. Örneğin, yangın tehlikesine karşı sigortalanmış bir işyerinde yanıcı madde bulundurulmayacağı açık bir taahhüttür ve ihlali halinde sigorta şirketinin, hasar ödemesini reddetme hakkı vardır. Kapalı taahhütler ise, sigorta sözleşmesinde açıkça yer almakla birlikte, sigortalı açısından bağlayıcı nitelikteki şartlardır. Örneğin, tüm sözleşmelerde olduğu gibi sigorta sözleşmelerinde de, yasal olmayan herhangi bir amaç söz konusu değildir. Sigorta ettiren kişi, sözleşmeye girdiği sırada, her hususun yasal olduğu konusunda sigortacıya herhangi bir taahhütte bulunmaz ve böyle bir zorunluluk da yoktur.

TAZMİNAT(Indemnitiy)

Sigortalının, üzerinde menfaat sahibi olduğu şeyin kısmi veya tam olarak hasarlanması nedeniyle maruz kaldığı zararın sigorta şirketi tarafından tazmin edilmesidir. Tazminatın sınırı, sigortalının parasal olarak ölçülebilen ve yasal olarak tanınmış, sigorta edilebilir menfaati kadar olmalıdır.

Sigortalının hasarının, sigorta şirketi tarafından tazmin edilmesinde, sıralanan şu yöntemler kullanılabilir ve bu yöntemlerden herhangi birinin seçilmesi, normal olarak sigorta şirketinin tercihinin kalmıştır: Para Ödemesi (Cash Payment), Tamir (Repair), Yerine Koyma (Replacement), Eski Haline Getirme (Reinstatement)

TAZMİNAT TALEBİ (Claim)

Sigorta poliçesi kapsamında olan bir rizikonun neden olduğu zararın tazmin edilmesi amacıyla, sigortalı, sigortadan yararlanacak kişi veya üçüncü şahısların sigorta şirketinden yapmış olduğu tazminat talebidir. Ancak, talep edilen miktar, poliçe şartları dahilinde olmak kaydıyla, sigorta poliçesi üzerinde belirtilen miktarı hiçbir şekilde aşamaz.

YENİLEME (Renewal)

Sigorta poliçesinin (veya reasürans anlaşmasının) yürürlükte olduğu sürenin dolmasıyla birlikte, sigorta sözleşmesinde bulunan her iki tarafın iradesiyle, yürürlükteki poliçenin devam etmesini sağlayan bir süreçtir.

ZARAR/ZIYA (Loss)

Sigortalı, sigortadan yararlanan kişi veya üçüncü şahısların, tazminat talebine esas teşkil eden bir olay sonrasında karşılaşmış olduğu veya sigortaya konu olan şeyin uğradığı maddi değer kaybıdır.

ZEYİLNAME(Endorsement)

Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve üstlenilen rizikonun nitelik ve büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum dolayısıyla poliçeye yapılmış, yazılı belge niteliğindeki ilavedir.

ZORUNLU SİGORTA (Compulsory Insurance)

Kişinin üçüncü şahıslara karşı sorumlu olması durumunda, üçüncü şahısların tazminatsız kalmasını önlemek üzere, yaptırılan ve yasal açıdan zorunlu olan sigortadır. Trafik Sigortaları, Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası, Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Tehlikeli Maddeler Zorunlu Sorumluluk Sigortası, Doğal Afet Sigortaları bu uygulamaya birer örnektir.



EK-3

İSVİÇRE SİGORTA GENEL TANITIMI

İSVİÇRE SİGORTA A.Ş

- 1926 yılında “La Suisse Umum Sigorta” adıyla çalışmalarına başladı.
- 1988 yılında İsviçreli ve Türk yatırımcıların ortaklığında yeniden yapılanan şirket, İsviçre Sigorta A.Ş. adını aldı.
- İsviçre Sigorta bugün, Genel Müdürlük yanı sıra, 7 ayrı Bölge Müdürlüğü, 300 e yakın personel, 1000’e yakın acentelik ağı ile hizmet veriyor.
- İsviçre Sigorta’nın ortağı olan Swiss Re grubu, 1989 yılında kurulmuş olup bugün tüm dünyada 39 reasürans, sigorta ve banka, 24 hizmet ve danışmanlık şirketi ve 4 holdingi bünyesinde bulundururken, 30 ülkede 25 bin personel ve 12 bin acente ile hizmet vermektedir.

İSVİÇRE HAYAT SİGORTA A.Ş

- İsviçre Hayat Sigorta A.Ş. ise, 1995 yılında “hayat”, “sağlık” ve “ferdi kaza” branşlarında hizmet vermek amacıyla kurulmuştur.
- 20 değişik hayat tarifiyle, hayat sigortası gereksinimine yanıt veren, İsviçre Hayat Sigorta A.Ş, sağlık branşında farklı ürünleriyle İstanbul içinde 150, İstanbul dışında 65’ in üzerinde eczane; İstanbul içinde 200’e yakın, İstanbul dışında ise 150 hastane, görüntüleme ve tanı merkezi ile anlaşmalı olarak hizmet vermektedir.
- İsviçre Hayat Sigorta,
 - 1995 yılında 311 milyarTL
 - 1996 yılında 950 milyarTL
 - 1997 yılında 2 trilyon 133 milyarTL
 - 1998 yılında 3 trilyon 288 milyarTL
 - 1999 yılında 7 trilyon 313 milyarTL
 - 2000 yılında 12 trilyon 956 milyarTL
 - 2001 yılında 27 trilyon 050 milyarTL
 - 2002 yılında 32 trilyon 700 milyarTL lik bir prim üretimi yapmıştır.

İSVİCRE HAYAT SİGORTA A.Ş SAĞLIK SİGORTASI ÜRÜNLERİ

Genel olarak iki tür ürün kullanılmaktadır. Bunların kendi içlerinde karıştırıldığı ve değiştirildiği ürünler de bulunmaktadır. Ancak, ana ilkeler, sayılacak olan iki ürüne benzemektedir.

Limitsiz poliçe (İSVİCRE HAYAT SAĞLIK PLANI 401-402)

- Hastanede yatarak tedavilerde LİMİTSİZ ve % 100 ödemeli,
- Hastane kadrosunda olmayan doktorlar
 - ◆ 402 poliçede TTBAÜ 3 katına kadar;
 - ◆ 401 poliçede ise o hastanenin anlaşmalı doktorunun ücretinin %50 fazlasını aşmayacak şekilde ücretlendirme yapabilirler.
- Ayakta tedavi harcamalarında kişi başına yıllık 3000 USD limitli ve %80 ödemelidir.

HASTANEDE YATARAK TEDAVİ

- Hastanede yatarak tedavi edilmesi gereken TTB tarifesine göre 149 birimin üzerindeki ve/veya en az hastanede 24 saat kalmayı gerektiren her türlü durum
 - ◆ Ameliyat,
 - ◆ Ameliyat olmaksızın yatış
 - ◆ Bu yatış dönemindeki her türlü hastane günlük oda ,refakatçi, yoğun bakım, anestezi, doktor, ilaç, tahlil, röntgen, gibi tıbbi müdahaleler;
 - ◆ Kemoterapi, dializ giderlerini kapsar.

AYAKTA TEDAVİ

- Hastanede yatış gerektirmeyen doktor muayene , ilaç, ultrasonografi, mamografi, MR, MR anjio, tomografi, tahlil, röntgen, fizik tedavi, TTB tarifesine göre 149 birime kadar olan her türlü küçük müdahale... gibi tüm tanı ve tedavi giderlerini kapsar.
- Ayakta tedavilerde anlaşmalı anlaşmasız kuruluş ayırımı yapılmadan teminat limitleri çerçevesinde geri ödeme yapılmaktadır.

YENİLEME GARANTİSİ

- 24 ay kesintisiz sigortalılığın ardından şirketçe yapılan risk değerlendirmesi sonrası ömür boyu yenileme garantisi verilir.

Limitli poliçe (Piramit)

AMELİYAT MASRAFLARI TEMİNATI:

Cerrahi müdahale gerektiğinde, durumun doktor raporu ile belgelenmesi ve müdahalenin yataklı sağlık kurumunda yapılmış olması kaydıyla operatör, varsa asistan ücretleri (ameliyathane,anestezi,anestezi,ameliyatta kullanılan malzeme masrafları) TTB asgari ücret tarifesinin en fazla iki katına kadar tamamı ödenir. Tek anestezi altında aynı kesi ile birden fazla ameliyatın yapılması ve aralarında sigorta teminat kapsamında olmayan bir tedavinin olması halinde ,operatör ve varsa asistan ücreti, TTB birimlerine göre oranlanarak ödenecektir.

HASTANE ODA , YEMEK VE REFAKATÇİ TEMİNATI (günlük limit=80 USD)

- Sigortalının yatar hasta olarak tedavi gördüğü sağlık kuruluşunda yattığı her tam gün için, sağlık kuruluşunda yatış sebebini belirten tıbbi bir raporun eklenmesi ile hastane oda, refakat, yemek giderleri özel ve genel şartlara uygun olarak , yurt içinde poliçede yazılı teminat limiti dahilinde % 100'lü , yurt dışında ise poliçede belirtilen Yurt Dışı Tedavi Teminatı limiti ve kapsamı oranında ödenir.
- Hastanede kişi başına kalış gün sayısı poliçe yılı süresince 90 gün ile sınırlıdır.Bu sürenin dolması durumunda şirket değerlendirir.

YOĞUN BAKIM TEMİNATI (günlük limit=400\$)

- Sigortalının yoğun bakımda yattığı her tam gün için masrafları özel ve genel şartlara uygun olarak, yurt içinde poliçede belirtilen teminat limiti dahilinde %100'lü , yurt dışında ise poliçede belirtilen Yurt Dışı Tedavi Teminatı limiti ve kapsamı oranında ödenir. Yoğun bakım ünitelerinde geçen süre beher hastalık için 15 gün ile sınırlıdır.
- Sigortalının yoğun bakımda yattığı sırada yapılan, T.T.B kitapçığına göre 149 birimin üzerindeki cerrahi girişimler ameliyat masrafları teminatından karşılanır.Sigortalı yoğun bakımda kaldığı sürece ayrıca oda ücreti ödenmez.

ÖZELLİKLİ TEDAVİ TEMİNATI

- Yıllık limit=3 000 USD, aşan kısmı ise 10 000 USD' a kadar %50 katılımlı ödenir.
- Yatarak yapılırsa dahi kemoterapi, radyoterapi, dializ ile ilgili tüm masraflar ve sigortalının yatar hasta olarak tedavi görmesi sırasında uygulanan TTB asgari ücret tarifesine göre 149 birimin altındaki (serum takılması, enjeksiyon, solunum terapisi, pansuman vb.) işlemler özel ve genel şartlara uygun olarak yurtiçinde ve yurt dışında poliçede belirtilen yıllık limit dahilinde %100'lü ödenir.

HASTANE İÇİ TEDAVİ TEMİNATI (günlük limit=200 USD)

Sigortalının yatar hasta olarak tedavi görmesi sırasında, hastane, yatak, refakatçi, T.T.B asgari ücret tarifesine göre 149 birimin üzerindeki cerrahi girişimler ve ameliyat masrafları dışında kalan harcamaları(doktor, ilaç, tahlil gibi) yatılan her gün için özel ve genel şartlara uygun olarak, yurt içinde poliçede yazılan teminat limiti dahilinde % 100'lü, yurt dışında ise poliçedeki Yurt Dışı Tedavi Teminatı limiti ve kapsamı oranında ödenir.

AYAKTA TEDAVİ TEMİNATI (%80 ödenir)

- Doktor : 50-100 USDvaka başı limit
- İlaç : 25-100 USD beher reçete başı limit
- Tahlil röntgen : 500-700 USD yıllık limit
- İleri tanı yöntemleri : 500-900 USD yıllık limit
- Küçük müdahale : 600-1000 USD yıllık limit
- Fizik tedavi : 300- 700 USD yıllık limit

Ayakta tedavi için toplam yıllık üst limit uygulanmaktadır. (2 500-4 000 USD arası)

YENİDEN RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILMADAN TEMİNAT GARANTİSİ:

Sigortalı kişinin sigortaya ilk giriş yaşının 59'dan küçük olması şartıyla birbirini takip eden 3 yıl boyunca kesintisiz olarak aynı plandan sigortalanmış ve 3 yıllık ortalama hasar/prim oranı %60 ve altında ise sigorta ettiren/sigortalı yeni bir başvuru formu doldurarak sigortalılık dönemleri de dahil olmak üzere tüm tıbbi geçmişi ile ilgili sağlık beyanı vermek süreti ile 4. yıldan itibaren yatarak tedavi planı için tekrar risk değerlendirmesi yapılmaksızın ömür boyu yenileme talebinde bulunabilir.

EK TEMİNATLAR: Doğum, yurt dışı yatarak tedavi, gözlük lens, check-up, diş.

EK-4
ÖZGEÇMİŞ

S. Haluk ÖZSARI, Tıp Doktoru, Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Uzmanı,

Sağlık Yönetim Danışmanı

Hukukçu Dostlar Sitesi. 495 Sokak. No:1 (06530) Çayyolu-ANKARA

E- Posta: hozsari@superonline.com.

1960 Balıkesir doğumludur. 1984’de İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. 1984-1990 yılları arasında, Gümüşhane İli’nde; Köy Sağlık Ocağı Tabibi, Sağlık Müdürlüğü Sağlık Ocakları Şube Müdürü, İl Sağlık Müdürü, olarak görev yaptı. 1990-1999 yılları arasında, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında; Dünya Bankası kredisi ile yürütülen Sağlık Projesi’nde, Genel Koordinatör Yardımcısı, Genel Koordinatör olarak görev yaptı.

1997-1999 yılları arasında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü görevine ek olarak, Sağlık Bakanlığı Bakanlık Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerini yürüttü.

Sağlık Bakanlığı’nda, 1990-1999 yılları arasında;

- 1990 yılında, DPT Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması’nda, Nihai Rapor Çalışma Grubu Üyesi,
- 1992 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen, “Birinci Ulusal Sağlık Kongresi” Düzenleme Kurulu Üyesi, ve “Sağlık Hizmetleri Örgüt ve Yönetim Yapısı Çalışma Grubu Raportörü” (23-27 Mart 1992),
- 1995-1996-1997-1998 yıllarında, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, Sağlık Reformları kapsamındaki; Kanun Tasarı Taslağı teknik çalışmalarında, Sağlık Bakanlığı adına dönemin Sayın Sağlık Bakanlarını temsilen Çalışma Grubu Başkanı,
- 1995 yılında, DPT VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Alt Komisyonu’nda Raportör,
- 1996 yılında, sekiz ay süre ile, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu’na hazırlanan “Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri” konulu çalışmada Sağlık Bakanlığı’nı temsilen Uzman,
- 1999-2000 yıllarında, DPT VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Alt Komisyonu’nda Üye, sıfatıyla görevler yaptı.

1991-1994 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Uzmanlığı Master Programı'nı tamamladı. Halen aynı Üniversite'de Sağlık Yönetimi Doktora Programı'na devam etmektedir.

Devlet Memuriyeti'nden ayrılması sonrasında, özel sektörde;

- İhlas Holding bünyesindeki İhlas Sigorta AŞ'de Sağlık Sistemleri Koordinatörü,
- MEDLINE Acil Sağlık Hizmetleri Sanayi Ticaret AŞ. Genel Müdür Danışmanı,
- ENKA-KOÇOĞLU Konsorsiyumu Tıbbi Danışmanı, olarak görev yapmış olup,
- Halen İhlas Holding bünyesindeki İhlas Sigorta AŞ'de Genel Müdür Danışmanı olarak çalışmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Sağlık İnsangücü Planlaması, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Yönetimi, Sağlık ve Sigorta konularında makale, tebliğ, araştırma türünden yayınları bulunmaktadır(EK- 4/1).

Yurtiçi ve yurtdışı birçok programa katılmıştır(EK- 4/2).

Evli ve iki çocuk babasıdır. İngilizce bilmektedir.

Sağlık Yöneticileri Derneği Yönetim Kurulu, TÜSİAV ve Türk Amerikan Derneği Üyesi olup, halen Arı Hareketi Ankara Koordinatörü'dür.

EK- 4/1**Makale, Tebliğ, Araştırma Türü Bazı Kişisel ve Ortak Yayın ve Çalışmaları**

1. ÖZSARI, S.H. , Köy ve Şehir Ortaokulları Arasında IQ Değerleri Karşılaştırması Araştırması, 01-05.03.1986 tarihleri arasında, İstanbul'da, Uluslararası Denizaşırı Spastik Çocuklar Derneği ve Türk Spastik Çocukları Derneği tarafından düzenlenen seminerde sunulan yayınlanmamış tebliğ, İstanbul, Mart 1986,
2. Sağlık Ocağı Hekiminin Görev Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan ortak çalışma dokümanı, Ankara, 1988,
3. ÖZSARI, S.H. , SAN, A. , Gümüşhane'nin Sağlık Sorunları, Gümüşhane Sempozyumu yayınlanmamış ortak tebliğ, Gümüşhane, Haziran 1990,
4. ÖZSARI, S.H. , Türkiye'de Sağlık İnsangücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığı'nda Bir Uygulama, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 1994,
5. ÖZSARI, S.H., Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik, Sağlık Yönetimi Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu'nda sunulan tebliğ, Ankara 11-12 Kasım 1994, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, ISBN : 975-7692-06-9, s:115-122, Ankara, 1995,
6. ÖZSARI, S.H., Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik, Doktor Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, s:84-85, Ankara, Nisan 1995,
7. ÖZSARI, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Harp Akademileri Komutanlığı, İstanbul, 1995,
8. ÖZSARI, S.H., Sağlık Bakanlığı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Yükseltme Çalışmaları, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu'nda sunulan tebliğ, Ankara 24-25 Kasım 1995, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, ISBN : 975-7692-06-9, s:115-122, Ankara, 1996,
9. ÖZSARI, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekterliği, Ankara, Ocak 1996,
10. ÖZSARI, S.H., TEZCAN S., Sağlık Bakanlarının ve İl Sağlık Müdürlerinin Görevde Kalma Olasılıkları Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda yapılmış yayınlanmamış Doktora Araştırması, Ankara, 1996,
11. ÖZSARI, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, Ankara, Mayıs 1997,

12. ÖZSARI, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, Ankara, Mayıs 1998,
13. ÖZSARI, S.H., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları , Sağlıkta Strateji Dergisi 20.Sayı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, ISBN : 1300-7629, s:7-10, Ankara, Aralık 1998,
14. ÖZSARI, S.H., VARLIK, M., Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi, 23-24.Sayı, Cumhuriyet Özel Sayısı-III, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1996-2021, Ankara, Aralık 1998,
15. ÖZSARI, S.H., Sağlık ve Milli Güce Etkisi, Milli Güvenlik Akademisi Yayınlanmamış Konferans Tebliği, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, Ankara, Ocak 1999,
16. ÖZSARI, S.H., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma , “Cumhuriyet’in Kazanımları” Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-II adlı Sempozyum’da sunulan tebliğ, Ankara, 26-28 Ekim 1998, s:304-323, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000,
17. ÖZSARI, S.H., Sağlık ve Sigorta, Sigorta Dünyası Dergisi, 472.Sayı, s:20-26, İstanbul, Nisan 2000,
18. ÖZSARI, S.H., Sağlıkta da Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi, 39-40.Sayı, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, ISSN : 1300-4174, s:1209-1216, Ankara, Temmuz-Ağustos 2001.
19. ÖZSARI, S.H., Sağlık Reformu Sürecinde Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri , Hastane Dergisi, ISSN 1302-3136, 12.Sayı, s:66-68, İstanbul, Eylül-Ekim 2001.
20. ÖZSARI, S.H., Türkiye’de Sağlık Reform Süreci ve Sağlık Enformasyon Sistemleri ile İlişkisi, “V. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu”nda sunulan tebliğ, Eskişehir, 16-19 Ekim 2002, s:20-22, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Yayını, Eskişehir 2003.

EK- 4/2

Katıldığı Bazı Toplantılar / Programlar

1. Ekim 1987’de, UNFPA’in, üç haftalık “Endonezya ve Tayland’da Aile Planlaması İnceleme Gezisi”nde, Gümüşhane İl Sağlık Müdürü olarak, bulundu,
2. Mart 1991’de, uluslararası düzeyde, Ürgüp’de düzenlenen, “Kanada ve Avrupa Ülkeleri Deneyimlerinde Sağlık Politikaları Semineri” nde, Sağlık Bakanlığı’nı temsil eden Düzenleme Heyeti’nde görev yaptı,
3. Mart 1992’de, Ankara’da düzenlenen, “Birinci Ulusal Sağlık Kongresi” nde, Sağlık Bakanlığı’nı temsil eden Düzenleme Heyeti’nde görev yaptı,
4. Mart 1992’de, WHO’nun; iki haftalık İsveç, Finlandiya ve Norveç’de “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Sunumu İnceleme Gezisi”nde, Sağlık Projesi Genel Koordinatör Yardımcısı sıfatıyla, Heyet’de Başkanı olarak, yer aldı,
5. Mart-Mayıs 1993 tarihleri arasında, British Council bursuyla, üç aylık, Akademik İngilizce Eğitimi için İngiltere’de (Edinburg) bulundu,
6. Şubat 1995’de, Ankara’da, Sağlık Bakanlığı-DPT-WHO/EURO tarafından düzenlenen, “Sağlık İnsangücü Arz ve Talep Projeksiyon Modelleri” konulu toplantıda, Sağlık Projesi Genel Koordinatörü sıfatıyla, ülkemizi temsil eden Heyet’de bulundu,
7. Haziran 1995’de, Ankara’da, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nün öncülüğünde ilk defa düzenlenen, “Dünya Bankası Kredisi Destekli Sağlık Projeleri Yıllık Birinci Değerlendirme Toplantısı”nda, Sağlık Projesi Genel Koordinatörü sıfatıyla, ülkemizi temsil eden Heyet’de Başkan olarak bulundu,
8. Mayıs 1996’da, Hazine Müsteşarlığı tarafından Ankara’da düzenlenen, “Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reformu Uluslararası Konferansı”nın, “Sağlık Finansmanı Sistemi Reform Seçenekleri” konulu Paneli’nde, Sağlık Bakanlığı adına, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörü sıfatıyla, konuşmacı olarak yer aldı,
9. Haziran 1996’da, İstanbul’da düzenlenen, Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Konferansı HABITAT II Kent Zirvesi’nde, Sağlık Bakanlığı Temsilcisi olarak, “Kentsel Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma” konulu tebliğ sundu,
10. Haziran 1996’da, Dünya Sağlık Teşkilatı Avrupa Bölgesi’nin Slovenya’da düzenlediği, 50 üye ülkenin katıldığı, “Sağlıkta Yeniden Yapılanmada Ortak İlkeler” Toplantısı’nda; Sağlık Bakanlığı’nda Sağlık Reformları’ndan sorumlu Proje Genel Koordinatörü olarak, ülkemizi temsil eden Heyet’de bulundu,

11. Eylül 1997’de, Honk Hong’da, Sağlık Bakanları arasında düzenlenen, “Dünya Sağlık Hizmetleri Kongresi”nde, Müsteşar Yardımcısı olarak, Sağlık Bakanı’nı temsilen bulundu,
12. Ekim 1997’de, Moskova’da, “Dünya Bankası Kredisi Destekli Sağlık Projeleri Yıllık Üçüncü Değerlendirme Toplantısı”nda, Sağlık Projesi Genel Koordinatörü sıfatıyla, ülkemizi temsil eden Heyet’de Başkan olarak bulundu,
13. Şubat 1998’de, Washington’da, “Türk-Amerikan Dernekleri Ortak İş Konseyi Yıllık Toplantısı” nda, Sağlık Bakanlığı’nı temsilen bulundu,
14. Mart 1998’de, Washington’da, “Dünya Bankası İnsan Kaynakları Yıllık Değerlendirme Toplantısı” nda , Sağlık Projesi Genel Koordinatörü sıfatıyla, ülkemizi temsil eden Heyet’de Başkan olarak bulundu,
15. Haziran 1998’de, Tallinn’de, “Dünya Bankası Kredisi Destekli Sağlık Projeleri Yıllık Dördüncü Değerlendirme Toplantısı” nda, Sağlık Projesi Genel Koordinatörü olarak, ülkemizi temsil eden Heyet’de Başkan olarak bulundu,
16. 1995-1996-1997-1998-1999 yıllarında, Milli Güvenlik Akademisi’nde, “Sağlık ve Milli Güce Etkisi Konferansları” nda Sağlık Bakanlığı’nı temsilen Tebliğ sundu.