



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI: SAĞLIK SİGORTACILIĞININ
GELECEĞİ KONUSUNDA SİGORTA YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNE
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Esmâ ÇAĞLAYAN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Selma SÖYÜK**

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Programı

Eylül, 2022



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI: SAĞLIK SİGORTACILIĞININ
GELECEĞİ KONUSUNDA SİGORTA YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNE
YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

Esma ÇAĞLAYAN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Selma SÖYÜK**

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Programı

Eylül, 2022

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tezimin hazırlanma sürecinde bilgisini, tecrübesini ve ilgisini esirgemeyen çok kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Selma SÖYÜK'e teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca varlığını hep hissettiren ve her anlamda destekçim olan sevgili eşim Özgür ÇAĞLAYAN'a, tezimde katkıları olan değerli eski iş arkadaşım Yeliz YAVUZ'a ve tez sürecimde destekçim olan tüm arkadaşlarıma yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Esma ÇAĞLAYAN

İstanbul 2022

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BEYAN	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR	i
ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ.....	viii
2. KURAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ	3
2.1.1. Sağlık Sigortası Tanımı, Önemi ve Amaçları	4
2.2. SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ	7
2.2.1.Sosyal Sağlık Sigortası.....	7
2.2.2.Özel Sağlık Sigortası.....	9
2.2.3. Sosyal Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar	14
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINDA VE TALEBİNDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ ÖNEMİ.....	16
2.3.1.Sağlık Hizmetleri Arzında Özel Sağlık Sigortası.....	17
2.3.2.Sağlık Hizmetleri Talebinde Özel Sağlık Sigortası	18
2.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTASI.....	20
2.4.1.Türkiye’de Sağlığın Finansmanı ve Sigorta Sistemi	21
2.4.2. Türkiye’de Sosyal Sigorta Yapısı ve Uygulaması	22
2.4.3. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Yapısı ve Uygulaması	26
2.4.4.Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yapısı ve Uygulaması	32
2.4.5.Türkiye’de Özel Sağlık Sigortasının Gelişimini Etkileyen Teorik Faktörler.....	37
2.4.6.Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ile İlgili Veriler	39
2.5. DÜNYADA SAĞLIK SİGORTASI	45
2.5.1.Sağlık Sigortası Uygulamalarına Dünyadan Örnekler	46
2.5.2. Dünyada Sağlık Sigortası ile İlgili Veriler.....	66
.....	70
3.GEREÇ VE YÖNTEM	72
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	72

3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	73
3.3.ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	73
3.4.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ZORLUKLARI.....	74
3.5.ARAŞTIRMANIN SORULARI	74
4.BULGULAR	76
4.1.TALEP DÜŞÜKLÜĞÜ TEMASI.....	79
4.2.GELİŞİM FAKTÖRLERİ TEMASI	100
4.3.SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK TEMASI.....	113
5.TARTIŞMA.....	133
5.1.ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI TALEBİNİN GÖRECELİ OLARAK DÜŞÜK OLMASI	133
5.1.1.Sorunlar	133
5.1.2.Bölgesel Farklılık Nedenleri	135
5.1.3.Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	136
5.2.TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN TEORİK FAKTÖRLER	137
5.2.1.Bireylerin Görüşleri	137
5.2.2. Başarı Faktörleri	139
5.2.3. Engeller.....	139
5.3.TÜRKİYE’DE SOSYAL SAĞLIK SİGORTASININ FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ ROLÜ	140
5.3.1. Devletin Rolü	140
5.3.2.Sürdürülebilirlik Faktörleri	141
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	143
KAYNAKÇA.....	149
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	163
ETİK KURUL İZİN YAZISI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
KURUM İZNİ YAZILARI.....	164
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Öss Ve Tss Prim Ücreti (Tsb, 2022)	40
Şekil 2. Nüfus Ve Yıllık Nüfus Artış Hızı (Tüik, 2022).	41
Şekil 3. Sağlık Harcamaları 2011-2020 (Tüik, 2021).	42
Şekil 4. Kişi Başı Sağlık Harcaması (2011-2020) (Tüik, 2021).....	44
Şekil 5. Cari Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Özel Sağlık Harcamaları (2019).....	67
Şekil 6. Özel Zorunlu Sağlık Sigortası Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (2019)	68
Şekil 7. Özel Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı Ve Vhı Kapsamına Giren Nüfusun Payı (2019).....	69
Şekil 8. Hizmet Türüne Göre Özel Sağlık Sigortası Harcamalarının Bileşimi	70
Şekil 9. Mevcut Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Özel Sağlık Sigortası Harcamaları (2015- 2019).....	72

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.Sosyal Sigorta Ve Özel Sigortanın Bazı Kriterlere Göre Karşılaştırılması	15
Tablo 2. Öss Ve Tss Prim Üretimi Ve Sigortalı Sayıları	39
Tablo 3. Genel Devlet Ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcamaları 2019-2020 (Tük, 2021).....	42
Tablo 4. Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (2019-2020) (Tük, 2021) ..	43
Tablo 5. Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler (2019-2020) (Tük, 2021).....	44
Tablo 6. Öss-Tss 2020-2021 Sigortalı Sayıları Değişim Oranları (Tsb, 2022).....	45
Tablo 7. Demografik Bilgiler	76
Tablo 8. Kurumdaki Görev-Bulunduğu Pozisyondaki Yılı.....	77
Tablo 9. Katılımcıların Görev Yaptıkları Sigorta Şirketlerine Veriler.....	78
Tablo 10. Özel Sağlık Sigortası Uygulamasında Yaşanan Talep Düşüklüğüne İlişkin Görüşler	79
Tablo 11. Özel Sağlık Sigortası Uygulamasının Gelişimine İlişkin Görüşler.....	100
Tablo 12. Özel Sağlık Sigortası Uygulamasının Sürdürülebilirliğine Dair Görüşler.....	113

KISALTMALAR LİSTESİ

WHO: World Health Organization

TSB: Türkiye Sigortalar Birliği

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Sigortalar Kurumu

GSS: Genel Sağlık Sigortası

BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

TSS: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

TTB: Türk Tabipler Birliği

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

KÖO: Kamu Özel Ortaklığı

TÜSİAD: Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği

ÖSS: Özel Sağlık Sigortası

TÜİK: Türk İstatistik Kurumu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AB: Avrupa Birliği

NPS: Net Promoter Score

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

ES: Emekli Sandığı

ACA: Affordable Care Act

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI: SAĞLIK SİGORTACILIĞININ GELECEĞİ KONUSUNDA SİGORTA YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Esma ÇAĞLAYAN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Programı

Danışman : Doç. Dr. Selma SÖYÜK

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkemizde kamu ve özel kaynaklardan sağlanmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının büyük oranda sağlık hizmeti finansmanını özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır. Ülkemizde 1990’lı yılların başında özel sağlık sigortacılığı faaliyete geçmiştir. Faaliyete geçmelerinde; sosyal sağlık sigortalarının kalitesinin ve hızının yetersiz olması, bireylerin özel sağlık kuruluşundan hizmet almak istediklerinde tedavi giderlerinin maliyetli olması gibi başlıca faktörler yer almaktadır. Bu anlamda özel sağlık sigortaları bireylere, özel sağlık kuruluşlarından alacağı sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmekte ve kişiler arası risk paylaşımında bulunarak, bireye ihtiyacı olduğu zaman, ihtiyacı kadarı ile pastadan pay almasını sağlamaktadır. Fakat ülkemizde özel sağlık sigortasına talebin dünya ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça düşük olmasından kaynaklı bu çalışmanın amacı; özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu/geleceği konusunda sigorta yöneticilerinin görüşleri alınarak yapılması gerekenlerin tespitine katkı sağlamaktır. Bu bağlamda yapılan literatür taramasında özel sağlık sigortası ile ilgili yürütülmüş araştırmaların ülkemiz için oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Çalışmamız bu yönüyle alan yazına önemli katkılar sunacaktır. Ayrıca çalışma kapsamında elde edilen bulguların hem bu alanda politika yapıcılara hem de akademik alanda çalışma yapacak özel sağlık sigortası sektörünün mevcut durumunu ifade etmesiyle yol gösterici olacaktır.

Çalışmamız beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın araştırma kısmı yüz yüze ve online derinlemesine görüşme tekniği ile yapılmıştır. Çalışma sonucunda, önemli problemlerin başında hızlı değişen ekonomik koşulların varlığı ve bu durumun doğurmuş olduğu sonuçların yanında özel sağlık sigortacılığına verilen öncelikte bireylerin maddi güçlerinin yanında farkındalıkları ve bilinç seviyelerinin de önemli olduğuna ulaşılmıştır.

Eylül 2022 , 176 sayfa.

Anahtar kelimeler: | Sigortacılık, Sosyal Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası |

ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]

[PRIVATE HEALTH INSURANCE IN TURKEY; A STUDY REGARDING THE OPINIONS OF INSURANCE MANAGERS ON THE FUTURE OF HEALTH INSURANCE]

[Esma ÇAĞLAYAN]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Health Management

Health Of Management

[Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Selma SÖYÜK]

Financing of health services is provided by public and private sources in our country. Private health insurances constitute the majority of health service financing of private health institutions. In our country, private health insurance started to operate in the early 1990s. In their operation; there are main factors such as insufficient quality and speed of social health insurances and the cost of treatment costs when individuals want to receive services from a private health institution. In this sense, private health insurances reduce the cost of health services to be received from private health institutions and provide individuals with a share of the pie when they need it by sharing interpersonal risks. However, the aim of this study is that the demand for private health insurance in our country is quite low compared to the countries of the world; to contribute to the determination of what needs to be done by taking the opinions of insurance managers about the current situation / future of private health insurance. In this context, in the literature review, it was seen that the searches conducted on private health insurance were quite limited for our country. In this respect, our study will make significant contributions to the field literature. In addition, the findings obtained within the scope of the study will be guiding both to policy makers in this field and to the current situation of the private health insurance sector that will work in the academic field.

Our study consists of five parts. The research part of the study was carried out with face-to-face and online in-depth interview technique. As a result of the study, it was reached that the existence of fast-changing economic conditions at the beginning of the important problems and the consequences of this situation as well as the awareness and awareness levels of individuals were important as well as their financial power in the priority given to private health insurance.

September 2022, [176] pages.

Keywords: | Insurance, Social Health Insurance, Private Health Insurance |

1.GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık, toplumların gelişimi ve ilerlemesi için büyük öneme sahiptir. Sağlık kendine has özelliğinden dolayı ertelenemez ve ikame edilemez niteliktedir. Bu doğrultuda bireylerin, ruhen ve fiziken tam iyilik halinde olduğu sürece kendisine, topluma ve ülkeye önemli katkıları olacaktır. Böylece bireylerin tam bir iyilik halinde olmaları ileriye güvenle bakmalarını sağlayayıp, tüketim ve yatırım kararlarını da pozitif yönde etkileyecektir. Bu bağlamda sağlığın korunması, geliştirilmesi, tedavi ve rehabilite edilmesi için bazı sağlık harcamaları ortaya çıkmaktadır.

Sağlık harcamaları ülkemizde ve tüm dünyada sürekli artış eğilimdedir. Bu harcamaları finanse etme konusunda sağlık sigortacılığı önemli bir konumdadır. Ülkemizde 2011 yılında sağlık harcamaları 68,6 milyar TL iken 2020 yılında 249,9 milyar TL'ye yükselmiştir. Özel sigorta şirketleri bu harcamada %2,6'lık paya sahipken Sosyal Güvenlik Kurumu'nun payı ise %51,0'dır. Bu bağlamda ülkemizde özel sağlık sigortacılığına talep düşük kalmakta ve sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği için özel sağlık sigortacılığı önem arz etmektedir.

Ülkemizde ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası kullanılmasıyla birlikte özel sağlık sigortaları da tercih edilmektedir. Özellikle giderek yaygınlaşan, devlet desteği olması ve daha uygun maliyetli olmasından kaynaklı tamamlayıcı sağlık sigortası da bireyler ve kurumlar tarafından tercih edilmektedir. Özel sağlık sigortalarının tercih edilme sebebi daha çok bireyler açısından; daha kaliteli, hızlı, etkin ve en son teknoloji ile sağlık hizmeti almak, kurumlar açısından ise; çalışanlarını motive etmek, kurumlarına prestij sağlamak gibi faktörler yer almaktadır.

Sosyal sağlık sigortaları teminat olarak geniş kapsamlı olsa da bazen bireylerin istediği doktora ya da sağlık hizmetine erişmesi devlet hastaneleri ile sağlanamaya bilmektedir. Tam gün yasası ile devlette hizmet veren birçok iyi ve başarılı doktor özel sektöre geçmiş bulunmaktadır. Bu nedenle de özel sağlık sigortası yaptırmak, istenilen doktorlara ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda bireylere kolaylık sağlamaktadır. Sağlık pahalı bir hizmettir ve bu ürünü daha kaliteli ve daha konforlu bir şekilde almak istendiğinde özel sağlık sigortası yaptırmak en mantıklı ve akılcı yoldur. Sigortanın mantığı yardımlaşmadır, özel sağlık sigortası havuzuna dahil olmaktır.

Ülkemiz, sağlık gibi çok önemli ve hassas bir konuda sektörde daha önde olabilmesi ve elindeki imkanları daha etkin ve verimli kullanabilmesi ile sektörde önemli yol kat edecektir. Birçok gelişmiş ülkeye kıyasla ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim ve kaynakların kullanımı çok daha kolay sağlanabilmektedir. Özel sağlık sigortası sistemimizin de bu bilinçte geliştirilip yaygınlaştırılması ile ülkemiz sağlık alanında çok daha iyi bir konuma gelebilecektir.

Çalışmamızın amacı, özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu/geleceği konusunda sigorta yöneticilerinin görüşlerini alarak yapılması gerekenlerin tespitine katkıda bulunmaktır. Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının geleceği konusunda yönetici görüşlerinin alındığı bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır:

İlk Bölümde; Sağlık sigortacılığı kavramına değinilmiş, sağlık sigortası türleri ile sağlık hizmetleri arzında ve talebinde özel sağlık sigortasının önemi, Türkiye’de ve Dünya’da sağlık sigortası konuları incelenmiştir

İkinci Bölümde; Araştırmanın amacı, önemi, evreni, örnekleme, veri toplama yöntemi ve sınırlılıkları ile zorlukları incelenmiştir

Üçüncü Bölümde; Özel sağlık sigortası şirketlerinde çalışan yöneticiler ile görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde;

- Özel sağlık sigortası talebinin göreceli olarak düşük olması
- Türkiye’de sosyal sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğinde özel sağlık sigortasının rolü
- Türkiye’de özel sağlık sigortasının gelişimini etkileyen teorik faktörlerin neler olduğu gibi bazı problemlerin cevapları aranmıştır.

Dördüncü Bölümde; Araştırmanın bulguları literatürdeki diğer çalışmalarla ve elde edilen sonuçlarla tartışılmıştır

Beşinci Bölümde ise; Araştırmanın sonucu incelenmiş ve önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmamızın sonucunda katılımcılar; özel sağlık sigortacılığı sektöründeki en önemli problem olarak hızla değişen ekonomik koşullar nedeniyle yüksek fiyattan üretilen poliçeler olduğunu vurgulayıp, ayrıca bireylerin hala yeterli düzeyde özel sağlık sigortası sahibi olma konusundaki bilinçlerinin yeterince gelişmiş olmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşmasında önünde engel olarak; ekonomik kriz ortamı, bireylerin gelir düzeyleri, farkındalık seviyeleri, eğitim seviyeleri ve devlet teşvikinin azlığı olduğunu belirtmişlerdir.

2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ

Sağlık sigortası tanımından önce sağlık ve sigorta kavramlarını tanımlamak daha doğru olacaktır. Sağlık yaşamın temeli ve her kişinin ana ihtiyacıdır. Kişi için sağlık yoksa diğer hizmet ve malların bir değeri yoktur (Witter, 2002). Sağlık birçok faktörden dolayı ya da doğrudan etkilenmektedir. Bu nedenle de sağlığı tanımlamak ve anlamak güç olan terimler arasındadır ve çeşitli tanımları yapılmaktadır. Sağlık Hayran’a (Hayran, 1997) göre; neredeyse her yerde “*hasta olmama*” manasında, hastalık terimi ile ilgili, negatif bir durum yansıtacak biçimde tanımlanmıştır. Genel bir tanım ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2.maddesinde “*yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir*” (T.C.Resmi Gazete, 1961) şeklinde yapılmıştır.

Sağlık soyut bir kavram olup, çeşitli kuruluş ve bilim dallarında farklı tanımları bulunmaktadır. Ancak en detaylı ve genel tanım 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş yasasında sağlık; “*sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali*” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2022). Ayrıca sağlık, sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasal alanlardaki, özetle insanlığın tüm tarihsel mirasındaki birikimlerle içeriği ve kapsamı farklılaşan ve gelişen bir terimdir (Onaran ve Ahmed, 2020).

Sigorta kavramı, bireylerin yaşadığı sürece tesadüfi karşılaşılabilecekleri zarar ve maddi kayıplara neden olan durumlardan kendini korumak amacıyla öncesinde almak istediği tedbir gereksiniminden ortaya çıkmıştır. (Demirci ve Astar, 2011) Risklere karşı bireyin güvenlik ihtiyacı hissetmesinin bir sonucudur. Birey yaşamı boyu, kendini tehdit eden risklere karşı koruma zorunluluğu duyacağından, benzer türden riskin tehdidi içinde olan bireyler bir araya gelerek doğabilecek hasarlara birlikte karşı koyarak zararı bu şekilde paylaşmış olacaklardır (Yılmaztürk, 2008).

Türkiye Sigortalar Birliği (TSB) tanımına göre de sigorta, benzer çeşit riskle karşı karşıya olan bireylerin, belirli bir miktar para ödemesi aracılığıyla biriken miktarın, sadece o riskin oluşması sonucu fiilen zarar görenlerin zararını karşılamada kullanıldığı, bir risk transfer sistemidir. Bu sistem aracılığıyla kişiler, maruz kaldıkları risklerin sebep olabileceği, parayla ölçülebilen zararlarını, oldukça düşük meblağlarda ödemiş oldukları primler vasıtasıyla bölüşmektedirler. Sigortanın ana amacı, zararı ekonomik bakımdan değersiz bir hale dönüştürmektir. Bireyler yalnız ödeyemeyecekleri miktarları bir organizasyon vasıtasıyla

aralarında bölüşmektedirler. Bu organizasyon, “sigorta şirketi”, “sigorta ettiren” ve “bir sigorta sözleşmesi” den oluşmaktadır (TSB, 2020).

Sağlık Sigortası isminden anlaşılacağı gibi sağlığı garantiye alan düzenlerle alakalı olmayıp, hastalık kavramı ile alakalıdır. Sağlık Sigortası, hastalık diye adlandırılan olay meydana geldiğinde bu durumun yok edilmesi ve sağlığın tekrardan kazanılması için gerekli maddi harcamaları yüklenmek gayesi olan bir sigorta çeşididir. Kısaca Sağlık Sigortası: Sağlık problemleri ile alakalı tedavi ve tetkik masraflarını karşılayan sigorta çeşididir. Bütün sağlık masraflarını limitler şeklinde sigorta dahiline alır. Gayesi, ileride yaşanabilecek sağlık problemlerinin maddi felakete neden olmasını engellemektir (Levitt ve ark., 1999).

2.1.1. Sağlık Sigortası Tanımı, Önemi ve Amaçları

Sigorta, güvencenin kişilerden toplanan sigorta primi isimli peşin ödemeler karşılığında ve teorik olarak bu bedelin karşılığı olan önceden hazırlanmış hizmet paketi ile limitli biçimde verilen bir başka şeklidir (Onaran ve Ahmed, 2020). Sağlık sigortaları bireylerin, uzun ve kısa süreli tedavilerle, tıbbi yardım, tedaviye bağlı ilaç giderleri, ameliyat gibi sağlık giderlerini üstlenen bir sigorta türüdür (İnce, 2014).

Sağlık hizmeti, bireylere ne zaman gerekli olacağı belli olmadığından ve öngörülemediğinden ne kadar ne zaman ihtiyaç duyulacağı belli olmayan bir durumdur. Bireylerin ya da kurumların belki çok uzun zamanda biriktirdiği finansmanını bir anda bitirebilir (Çelik, 2016). Bu sebeptir ki sağlık sigortaları, bireyler ve kurumlar için özellikle mali açıdan yıkım yaşamamaları adına büyük bir öneme sahiptir.

Sağlık sigortasının amacı risk paylaşımı yaparak bireylere sağlıklarıyla ilgili karşılaştığı zararı üstlenebilir duruma getirmektir. Böylece bireyler sağlıklarıyla ilgili herhangi bir zararla karşılaştığında, bu durumu daha rahat atlatabileceklerdir. Çünkü kişi başına düşen hasarın şiddeti böylelikle azalmış olacaktır (Yılmaztürk, 2008).

Sağlık Sigortası Tanımı ve Önemi

Çağımızda bireyler için sağlıklı bir yaşam sürdürmek önemli hale gelmeye başlamıştır. Bir ülkenin hem üretim hem gelir seviyesinin yüksek olabilmesi için nüfusunu sağlıklı bireylerin oluşturması büyük önem taşımaktadır (Ekinci, 2019). Bu sebeple bir ülkenin ekonomik gelişmişlik ve refah düzeyini belirleyen en önemli göstergelerden biri sağlıktır. Bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlığını sürdürebilmesi amacıyla devletten sağlığın korunması, hastalıkların teşhisi, tedavisi, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yeterli

olanakları beklemleri kişilerin hakları arasındadır. Bu nedenle sağlığın korunması ve tedavi edilmesi amacıyla uygulanan sağlık sigortası, ülke politikalarının ana kriterlerinden biri olarak yer almaktadır (Keskin, 2019).

İnsanları hayatları boyunca tehdit eden hastalık, hem kişilerin yaşam kalitesinin ve gelirlerinin azalmasına hem de hastalıktan kurtulmak için harcama yapmalarına neden olmuştur. Bireyler ise hastalık sebebiyle ortaya çıkan bu tür ekonomik zararları engellemek için sağlık sigortasını oluşturmuşlardır (Orhaner, 2014).

Yıldırım ve arkadaşlarına göre (Yıldırım ve ark., 2012) sağlık sigortası, sigortalının bakmak zorunda olduğu yakınlarının hastalık ya da kaza neticesinde ihtiyaç duyacağı hizmetleri poliçe şartlarına ya da sosyal sigorta şartlarına göre karşılamaktadır. Sağlık sigortası, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmasına bakılmaksızın sağlık hizmeti talebini poliçe şartları çerçevesinde karşılamaktadır.

Sağlık sigortasının yeri sigortacılık sektöründe önemlidir. Sigortalının, sigortalı olduğu süre içerisinde bir kaza nedeniyle yaralanması ya da hastalanması durumunda tedavisi için poliçede yazan meblağlara kadar karşılayan bir sigorta türüdür (Orhaner, 2014).

Sağlık sektörü, özellikle finansman bakımından diğer sektörlerden farklı özelliğe sahiptir. Bunlardan en önemlisi ise risk, doğrusu “belirsizlik” özelliğidir. Bireyler ve aileler, sigorta poliçesi süresi boyunca olumsuz bir olay meydana gelme ihtimaline karşı, fayda elde etmek için belirli bir miktar prim ödeyerek risklerden kaçınmak için genellikle sigorta satın almaktadırlar. Sağlık sigortası, tıbbi bakımın mali yükünün birçok insan arasında dağıtılması için riskleri bir havuzda toplama yöntemidir. Bazı sigortalı bireyler hastalanacak veya yaralanacak ve önemli tıbbi masraflara maruz kalacaktır. Fakat birçok insan, nispeten sağlıklı kalacak, bu nedenle cüzi bir miktar tıbbi masrafa maruz kalacak veya hiç tıbbi masrafı olmayacak. Sağlık sigortası, masrafları primleriyle ödeyen sigortalıların sağlık giderlerini bir havuzda toplar. Özünde, para sağlıklı kalanlardan hasta veya yaralı olanlara kaydırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması ve ertelenemez olması gibi özellikleri sağlık sigortasının gerekçelerini oluşturarak, küresel anlamda öneminin yaygınlaşmasını sağlamıştır (Austin ve Hungerford, 2009).

Mohammadi, Raissi, Barooni, Ferdosii ve Nuhi (Mohammadi ve ark., 2014), “*sağlık sigortasının yapısıyla ve finansal sistemiyle sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olduğu bilinmektedir*” şeklinde sağlık sigortasının önemini vurgulamıştır. Sağlık sigortası, bireylerin

sağlıklarını kaybetmeden korunmasında ve de sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğunda ulaşmasında kolaylık sağlamaktadır. Aynı zamanda sigortalının karşılaşılabileceği hastalık halinde acil yardım, doktor, ilaç ve buna bağlı tedavi masraflarını kişinin ekonomik durumunu çok fazla sarsmadan ödeyebilmesine olanak tanımaktadır (Mohammadi ve ark., 2014).

Sağlık sigortası ülkede sosyal dayanışmanın bir işaretidir. İnsanların kaza ve hastalık gibi zor zamanlarla karşılaştıklarında birbirine yardım etme gereksiniminden ortaya çıkmıştır ve doğabilecek masraflara ait bütün riskleri kapsamaktadır. Başlangıçta, insanların küçük birikimlerle katkı yaparak mali güçlerini birleştirdiği, ilerleyen zamanda oluşan finans pastasından bu risklerin neden olduğu mali zararların karşılandığı sistematik bir şekle dönüşmüş ve topluma mal olmuştur (Gökmen, 2015).

Sağlık Sigortası Amaçları

Sağlıktaki sürdürülebilirliğin yüksek olabilmesi için bazı yapılandırmalar gereklidir. Sağlık anlayışının gücünün yükseldiği dönemde birçok araç ön plana çıkmaktadır. Bu araçlardan en önemlisi sağlık sigortasıdır. Burada dikkat edilmesi gereken sağlık sigortasının herkese ulaştırılabilecek bir araç haline dönüştürülmesidir. Ülkeden ülkeye sağlık sigortası uygulanış olarak değişiklik göstermektedir. Fakat amaç ortaktır; sigortanın kapsamındaki güvencenin, alt gelir kesimini dahil edecek şekilde topluma yayılmasını sağlamaktır (Onaran ve Ahmed, 2020).

Sağlık sigortası, hastalık halinde sigortalının sağlığını geri kazanması için zorunlu olan tedavi giderlerini, belirli şart ve limitler içerisinde karşılayan sigorta çeşididir. Amacı, ileride olabilecek sağlık problemlerinin mali yıkıma dönüşmesini engellemektir (Tapan, 2008).

Sağlık sigortası; bireylerin sağlıklarını bozacak risklerle karşılaşmaları ve sağlıklarının korunması halinde oluşan sağlık giderlerinin finansmanını sağlayan, tercihe göre yaptırılan sigorta çeşididir. Sigortacı ve sigortalı arasında yapılan sözleşme gereği sigortacı, sözleşme zamanı boyunca, sözleşmede tahmini hastalıkların bazılarının oluşması halinde veya kaza sonucu yaralanmalarda gerekli ödemeyi karşılamaktadır. Sağlık sigortasının gayesi; bireylerin hastalanmalarını önlemek, hastalanma veya iş göremezlik ya da sakat kalma sebebiyle maddi güçleri azalmışsa maddi güçlerini arttırmak, sağlıklarının bozulması durumunda sağlık giderlerini karşılamaktır (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortası özetle, bireyi hastalık sebebiyle karşı karşıya kalacağı maddi zararlara karşı koruyan, önceden ödenen primlerle ve belli miktarda riskin paylaşılmasına dayanan

sigorta sistemidir. Sağlık sigortalarının gayesi temel olarak kaza sebebi oluşmayan tüm hastalıkların tedavileri için yapılan masrafların karşılanması olmakla birlikte kaza sonucu oluşan yaralanma gibi durumlarda tedaviler için harcanan giderlerin karşılanmasını da kapsar (Güven, 1995).

2.2. SAĞLIK SİGORTASI TÜRLERİ

Sağlık sigortaları, sağlık sistemlerinin önemli finansman mekanizmalarından biridir. Temelde sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olarak iki başlık altında incelenmektedir. Ülkeler tercih ettikleri sağlık sistemleri ile gerek sosyal sağlık sigortası gerekse özel sağlık sigortalarının kapsamı ve etkinliğini belirlemektedirler (Keskin, 2019).

2.2.1.Sosyal Sağlık Sigortası

Kanuni olarak ilk defa 1883 senesinde, Bismarck tarafından Almanya’da geliştirilmiştir. Bu sistemde fona katılım mecburidir ve katılımın finansmanı işverenlerden ve işçiden alınan mecburi katkılardan sağlanmaktadır (Özgen ve Uğurluoğlu, 2008).

Devletin sağlık sektöründeki sosyal tasalarını somut bir biçimde yansıtmayı, işçilerin ve ailelerinin isteklerini cevaplamayı nedeni ile mecburi sağlık sigortasının kabul edilirliliği hızla artmıştır. Almanya’nın ardından 1910 senesinde İngiltere, 1921 senesinde de Fransa sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010).

Sosyal sigorta metoduyla topluma sağlık güvencesi sunmak, yalnızca kimi ülkelerle kısıtlı olmak üzere ve lakin çok yakın sürede olası olmuştur. Avrupa’da; İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa ise 2000 senesinde bütün topluma %100 oranında sosyal sağlık güvencesi uygulamaları sağlanabilmiştir (Saltman ve ark., 2004).

Sosyal Sağlık Sigortası; kişiye yönelik koruyucu tedavi edici, kişilerin ihtiyaçları olabilecek ve geliştirici bütün sağlık hizmetlerinin prim karşılığında verileceğini içeren devlet güvencesidir (Sargutan, 2005). Bir diğer ifade ile sosyal sigorta, sosyo-ekonomik, mesleki ve fizyolojik risklerden ötürü kazancı ve geliri düşmüş olan bireylerin yaşama ve geçinme gereksinimlerini karşılayan, devlet teminatına dayalı bir sigorta çeşididir (Orhaner, 2013).

Sosyal güvenlik tekniklerinin en yaygın kullanılabilecek olanı ve gelişmiş olanı olan sosyal sigortalar, bir toplumda çalışanların karşılaşılabilecekleri belli sayıda sosyal riskleri, mecburi olarak işçi ve işverenlerin de katılmasıyla devlet aracılığıyla kurulup örgütlenen fakat özerk

yönetilen bir kurum tarafından karşılanmasına yönelik bir sigorta tekniğidir (Tuncay ve Ekmekçi, 2012). Sosyo-ekonomik, fizyolojik ve mesleki risklerden kaynaklı geliri ve kazancı devamlı ya da geçici olarak kesilmiş veya azalmış olan bireylerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan devlet güvencesine dayalı zorunlu sistemdir. Bu sigorta tekniği, kamu hukuku karakterli, baskın olarak zorunluluk esasına dayanan, çalışan nüfusun çoğunluğunu gelir elde etme yeteneğinin kaybı, ölüm ve işsizlik durumlarına karşı koruyan, kendine has bir sigortadır (Sözer, 2001).

Sosyal sigorta, insanların hayatlarını değiştirmiştir. Sosyal sigortalar programları ile işte yaralanma sonucu gelir kaybı yaşayanlara destek, hastalık, işsizlik ve ölüm olaylarında ise bireyin korunması düzenlemelerini getirmiştir (Peto ve Katro, 2010). Sosyal sigorta sisteminde sigortalıların belirli ödeme yapmaları gerekmektedir. Sosyal sigorta sistemi bir ülkenin gelir dağılımına etkileri vardır (He ve Sato, 2013).

Günümüzde uygulanan sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin ideolojik, sosyal, ekonomik ve kurumsal yapılarından kaynaklanan çeşitliliklerden kaynaklı da teknik özellik ve işleyiş açısından çeşitli ülkelerde çeşitli uygulama şekilleri oluşmuştur. Bu sistemin bazı ana özelliklerini şu şekilde sıralanabilir (İstanbuluoğlu ve ark., 2010):

1. Üyelik zorunludur
2. İşverenler ve çalışanlar prim öderler
3. İlk başta işveren ve işçi katkıları ile başlamış ilerleyen zamanda devlet de finansmana katılmıştır
4. Belirlenen primler çoğunlukla işverenle işçi arasında paylaştırılmaktadır
5. Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır
6. Ödenecek primler bireyin geliri ile orantılıdır ve faydalanacağı sağlık hizmetini etkilemez
7. Sosyal sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı güderken bazılarında tek gaye yeterli finansmanı sağlayabilmektir
8. Üyelerin sağlık kurumunu seçme şansı vardır ve böylece sağlık sunucuları içinde rekabet sağlanmaya çalışılmaktadır

Sistem; dayanışma temelli olması, primlerin kişilerin gelirleriyle orantılı olması, hizmetten faydalanmanın ihtiyaca göre olması, istikrarlı ve düzenli bir finansman şekli olması,

bağımsız denetim ve yönetime izin vermesi, maliyetlerin düşük seviyelerde tutulması gibi birçok olumlu yöne sahip olmasına rağmen; primlerin bordrolara yansıtılması, idari karmaşıklığın olması, maliyetlerin yüksekliği ve maliyet kontrol sorunları gibi de olumsuz yönleri sahiptir (Normand ve Cichon, 1994).

2.2.2.Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortasını sigortalıların sigortalı olduğu süre boyunca hastalanmaları veya yaralanmaları halinde tedavi masraflarını poliçede belirlenen koşullara göre ödendiği bir sigorta çeşidi olarak tanımlanabilmektedir. Kişilerin yaşamları süresince karşılaşılabilecekleri ekonomik ve sosyal zarar durumlarından korunmak amacıyla önlem alma yollarından kaynaklı özel sigorta terimi gelişmiştir (Uzun S. , 2015).

Kâr gayeli bir finansman çeşidi olan özel sağlık sigortası, çeşitli ülkelerde farklı rollere sahiptir. DSÖ'nün ayrımına göre (2004), özel sağlık sigortası beş farklı role sahiptir: baskın/ dominant (dominant), zorunlu (compulsory), ikame edici (substitutive), tamamlayıcı (complementary), ilave edici (supplementary) (Özgen ve Uğurluoğlu, 2008).

Özel sağlık sigortası, bireylerin özel çıkarlarının farklı risklere karşı teminat altına alınması için özgür iradeleriyle oluşturdukları bir risk teminatıdır (Onaran ve Ahmed, 2020). Özel sağlık sigortası kişilerin tedavi, tıbbi yardım ve ilaç giderlerine karşı teminat veren sigorta branşıdır. Sigorta şirketlerinin tıbbi danışmanlarının onayı olmak kaydıyla, sigortalının, ameliyat, uzun veya kısa süreli tedaviler, ameliyat ya da tedaviye bağlı ilaç harcamaları gibi bütün giderlerini, azami limitlerle tam veya muafiyet olarak karşılanmaktadır. Sigorta kuruluşlarının uygulamalarında çeşitlilikler olmasıyla birlikte, aralıklı olarak yapılan sağlık taramaları, herhangi bir tıbbi sebebi olmaksızın ve buna benzer harcamalar, genel olarak teminat dışı tutulmaktadır (Daşcı, 2018).

Özel sağlık sigortasının literatürdeki en önemli olumlu tarafı; kıt olan kamu kaynaklarının geliri düşük seviyeli, dezavantajlı ve özel sigortaya erişemeyecek aileler için kullanılmasına olanak verebilmesidir. Bunu, gelir seviyesi göreceli olarak daha yüksek olan kişilerin özel sağlık sigortasını tercih etmeleri onaylanarak sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının kâr amacı ile yenilikleri ve teknolojiyi desteklemesi, tüketicilerin tercihini arttırmasını sağlamaktadır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010).

Özel sağlık sigortasının en büyük dezavantajlı tarafı prim miktarının belirlenmesinde yaşanan problemler ve yardım paketlerinin oluşturulmasında karşılaşılan problemlerdir. Hasta

olan bireylerin özel sağlık sigortasını yaptıramamalarının sebebi fiyatlarının fazla olmasıdır. Özel sağlık sigortasının içeriği ve ödenecek prim miktarı, sigorta satın alacak bireyin demografik özellikleri mühim faktörlerdir. Hasta olma sıklığı, yaralanma oranlarına göre prim miktarı tespit edilmektedir. Özel sağlık sigortaları kâr amacı güden kurumlar olduğundan çoğunlukla risk grubu yüksek olarak isimlendirilen ve bu grupta olan sakat, kronik hastalığı olan, yaşlı olan vb. bireyleri sigortalamaktan uzak durmaktadırlar (Tıraş, 2013).

Özel sağlık sigortalarının gayesi, bireylerin sigorta başlangıç zamanından sonra oluşabilecek riskleri kapsam içine almaktır. Bireylerin sigorta başlangıç zamanından önce geçirmiş olduğu bazı hastalıklar varsa bu hastalıklar kapsam hariç bırakılmaktadır. Şunu vurgulamak gerekirse riskin oluşması halinde sigortanın görevi, sigortalının sigortalanmadan önceki durumuna döndürülmesidir. Özel sağlık sigortası hiçbir zaman zenginleştirme gayesi taşımamaktadır. Kişiler bazı şikâyet ve rahatsızlıklarını sigorta kurumuna bildirmekte, bu sağlık bildiriminde belirtilen ve büyük risk getirmediği düşünülen kimi olan hastalıklar için hiçbir sınırlayıcı şart belirtilmemekte, risk olacağı tahmin edilen kimi hastalıklar için, hastalığın tedavisinin sigorta kurumuna mal olacak maddi ağırlığa göre, klasik prime ilave olarak ekstra prim talep edilmektedir (Yıldız, 2012, s. 16).

Sağlık hizmetlerinin finansman çeşitlerinden olan özel sağlık sigortası günümüzde giderek yaygınlaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin dışında, Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler özel sağlık sigortacılığına önem vermektedirler (Thorpe ve ark., 2011). Birçok ülkede gönüllülüğe dayalı olarak uygulanırken kimi ülkelerde (ABD, İsviçre) mecburi, kimi ülkelerde ise (Almanya, Belçika, Hollanda) kamu sağlık güvencesi programları aracılığıyla sunulan olanaklardan tamamen veya kısmen teminat harici olan kişiler için ikame edici olarak kullanılırlar (Özgen ve Uğurluoğlu, 2008).

Özel sağlık sigortacılığı modelinde, bireyler gönüllü olarak bu sisteme katılmaktadırlar ve toplanan primler sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde kullanılmaktadır. Bireylerde var olan sağlık risklerine göre primler belirlenmektedir. Özel sağlık sigortaları, genel olarak devlet tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortasının sağlamış olduğu teminatlara ek çeşitli hizmetler ve bireylerin seçtikleri ve sosyal sigorta tarafından sözleşmesi olmayan sağlık kurumlarında tedavi imkanları sağlamak, sosyal sigortaların teminat dışı bıraktığı bölümleri güvence altına almak gibi amaçlara hizmet edebilmektedir. Bu sistem özellikle 1990'lı yıllardan beri çoğalmaya başlamış olup, ayrıca özel sektör kurumlarının grup sigortaları uygulaması ile kapsamını büyötmüştür (Uğur, 2004).

Özel sağlık sigortacılığında en fazla tercih edilen, primlerin kişisel riske göre belirlenip, primlerin bu duruma göre hesaplanmasıdır. Primlerin işverenler aracılığıyla karşılandığı uygulamalarda prim hesaplamaları çoğunlukla grup riskine göre, yani o iş yerinde çalışan grubun ortalama riskine göre karar verilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Özel sigortalar içinde yer alan sağlık sigortalarının prim üretimlerinin yükselmesinin sebepleri olarak; sağlık harcamalarının ülkelerin gelişmişlik seviyesi ile kıyaslanması, ilerleyen teknoloji ile birlikte sağlık hizmet arzındaki maliyet artışları, ortalama artan yaşam süresi ülkelerin sağlık harcamalarında yükselişe neden olmaktadır (Koçkaya ve ark., 2016). Bu yükselişler durumunda özel sağlık sigortaları sisteminin düzenlenmesi ile ilgili pek çok yasal hazırlıklar yapılmıştır. Bu hazırlıklardan biri de özel sağlık sigortası poliçe miktarlarının vergisel indirim ve muafiyetlerine ilişkindir (Karaman, 2018).

Tahmin edilemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını engellemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye çeşitli nitelikler göstermekle beraber sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır. Ayrıca daha özel hissederek hizmet almak isteyenlere, isteklerine yanıt veren bir sistemdir (Yıldız, 2012).

Hayat standartlarının ve nüfus sayısının yükselmesi, ilerleyen tıp teknolojisi ve tıbbi bakım maliyetlerinin yükselişi, devletin karşıladığı maddi ağırlığı özel sağlık sigortaları ile bölüşmelerini zorunlu kılmıştır. AB’nde nerdeyse tüm ülkelerde, özel piyasanın sağlık hakkında daha çok göreve sahip olmasını sağlayıcı sistemler yürütülmekte ve yeni reform önlemleri alınmaktadır. Kimi ülkelerde ise, devlet sigortasını ikame etmekte ve toplumun bir bölümünün başlangıç tedavi teminatlarını yüklenmektedir (Lister, 2008).

Primlerin hesaplanma biçimleri bakımından, bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre kararlaştırılan özel sağlık sigortaları bulunmaktadır. Mevki bakımından sigorta firmaları, kâr amacı güden ve gütmeyen olarak çeşitlilik göstermektedir (Kaya, 2008).

Özel sağlık sigortası sözleşmeleri, sigorta firmalarının üretim bölümlerine ve sigorta yaptıranın tüzel veya gerçek birey olma haline göre bireysel ve kurumsal olarak iki çeşit olarak ele alınmaktadır:

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortaları: Bireyin kendisinin sigorta satın alma kararını verdiği, primini alan kişinin kendisinin karşıladığı, kendisinin ya da aile fertlerinin de yer alabildiği küçük çaplı sigorta poliçeleridir. Bireysel sigortalarda klasik sigorta ürünleri ve bunların prim tarifeleri uygulanmaktadır. Bireysel sigortalarda karşılanan teminatların içeriği, hariç durumları

ve uygulama esasları sigorta firmaları tarafından kararlaştırılmakta ve bireysel tüketicilerin seçimine bırakılmaktadır.

Kurumsal (Grup) Sağlık Sigortaları: Çalıştırmanın çalışanlarını veya çalışanları ile beraber onların aile fertlerini özel sigortaladığı, sigorta priminin şirket aracılığıyla karşılandığı, şirketteki çalışanların otomatik olarak kapsandığı sigorta sözleşmeleridir. Bu sözleşmelerde çalıştırıcı, sigorta yaptıran pozisyonundadır. Poliçelerin türleri ve kapsamı, çalıştırıcı tarafından istenmektedir. Sigortaya başlangıç, bireysel poliçelere göre daha kolaydır. Şirketteki sigortalanan birey sayısının fazlalığı ve sigorta priminin yüksekliği, sigorta kurumları arasındaki rekabeti yükselten bir faktör olarak bilinmektedir (Şenalp, 2008).

Kamu tarafından karşılanan zorunlu sağlık sigortasının dışında ek bir alternatif olarak var olan gönüllü özel sağlık sigortaları ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı sağlık sigortası olmak üzere üç farklı şekilde uygulanmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2004).

İkame Edici Sağlık Sigortası

Zorunlu kamu sigortalarının alternatifi olarak, ikame edici özel sağlık sigortaları vardır. Bu sigorta, mecburi kamu sigortaları teminat dışında olan kişiler ile mecburi kamu sigortaları teminatından ayrılma hakkı olan sigortalılar tarafından seçilebilmektedir. Almanya ve Hollanda'da geliri belirli bir seviyenin üzerinde olan sigortalılar, mecburi kamu sisteminden isteğe bağlı olarak çıkma hakkına sahiptirler ve bu tarz bir seçime sahip olan sigortalılar, çoğunlukla özel sağlık sigortalarını tercih etmektedirler (Mossialos ve Dixon, 2002).

Destekleyici Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerine ulaşımı hızlandıran ve kamu sağlık sigortası sisteminin kapsamadığı sağlık hizmetlerini içine alarak tüketim seçeneklerini arttıran özel sağlık sigortası türüdür (Thomson ve Mossialos, 2004). Destekleyici sağlık sigortasında ana gaye, sağlık hizmetlerinde kaliteyi yükseltmekten çok sigortalı bireyin seçenek şansını arttırmak ve daha kaliteli otelcilik hizmetine erişimini sağlamaktır (Uzun, 2015). İspanya, Yunanistan ve İtalya başta olmak üzere pek çok Avrupa ülkesinde tercih edilmektedir (Gülay ve Attila, 2021).

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası; kamu sağlık sigortası aracılığıyla teminat haricinde tutulan ya da teminat kapsamında olduğu durumda dahi ekstra ücret ödenmesini icap ettiren sağlık hizmetlerinin masraflarını muayyen kriterler ve limitler etrafında ödeyen bir özel sağlık sigortası çeşididir (Erkek ve Erkek, 2012). Bir başka ifadeyle, sosyal sağlık sigortasının

tamamen ya da kısmen tazmin edemediği sağlık hizmetlerinde bireyin karşılaması gereken ek ücret tutarları tamamlayıcı sigortalar vasıtasıyla karşılanmaktadır (Tajika ve Kikuchi, 2012). Tamamlayıcı özel sağlık sigortası çoğunlukla; mecburi kamu sigortası haricinde olan hizmetlerin tümü ya da bir bölümü için, mecburi sistem aracılığıyla sadece bir miktarı karşılanan hizmetler için ve sağlık hizmetlerine erişimi hızlandırmak için kullanılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002).

Tamamlayıcı sağlık sigortaları ABD, Hollanda ve Almanya başta olmak üzere, dünya çoğunluğunda pek çok ülkede çoğunluk olarak kullanılmaktadır. Avrupa'nın pek çok ülkesinde özel sağlık sigortaları çoğunluk olarak tamamlayıcı sağlık sigortası biçiminde kullanılmakta ve kamu sağlık sigortasının ödemediği sağlık hizmetlerinin masraflarını teminat içine almaktadır (Lister, 2008).

Tamamlayıcı sağlık sigortası primleri çoğunlukla gelirle ilişkilendirilmekte ve riskle orantılı olarak bir topluluk ya da grup temeline göre belirlenmektedir. Topluluk ya da grup ilişkili primlerin hesaplanmasında tanımlanmış grubun ya da topluluğun ortalama riski baz alınmaktadır. Riskle ilgili primler, bireyin gelecekteki sağlık/hastalık riski değerlerine dayanmakta ve bu sebeple bir ya da birden fazla risk faktörüne göre çeşitlilik göstermektedir. Bu metot primlerin uygulamaya konmasında kullanılmakta ve risk oranlarında kullanılan değişkenler maliyetleri ve ulaşımı etkileyebilmektedir (Thomson ve Mossialos, 2004).

Yüksek oranda ulaşılabilirlik, tamamlayıcı sağlık sigortasının en önemli özelliklerinden birisidir. Özel sağlık sigortalarında katılım paylarının nispeten yüksek olması, geliri düşük kişilerin sağlık hizmetine olan ulaşımını düşürmekte ve bu durumdan kaynaklı olarak da sağlık hizmetleri adil ve eşit olmayan bir biçimde uygulanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının bilinirlik seviyesi yükseldikçe ve geliri düşük kişilerin bu sigortayı satın alması basitleştikçe bu farklılık zamanla yok olmaktadır. Bu sigortanın bir diğer mühim niteliği ise, sağlık hizmeti kullanımına talebin artmasıdır. İlaç ve tedavi giderlerinin paylaşımı kişileri maliyetler hususunda daha farkında yapacaktır (Tajika ve Kikuchi, 2012).

Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri, bireysel poliçeler ve grup poliçeleri olarak ikiye ayrılmakta olup grup poliçeleri sigorta şirketleri için ön planda tutulmaktadır. Bu durumun sebebi, grup poliçelerinin çoğunlukla birim başına daha az maliyetle daha yüksek hacimli iş sağlaması, daha genç, sağlıklı ve homojen bir grubu kapsamasıdır. Grup poliçelerinde, primler

grupla ilişkili olarak belirlenirken, bireysel poliçelerde primler daha çok riske göre uyarlanmakta ve bu nedenle fiyatları daha yüksek olmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2004).

Tamamlayıcı sağlık sigortası kullanılan ülkelerin önünde ABD, Almanya ve Hollanda gelmektedir. Avrupa'daki özel sağlık sigortalarının birçoğu tamamlayıcı sağlık sigortası biçimindedir ve kamu piyasası tarafından hariç tutulan (*ya da tamamen dahil edilmeyen*) hizmetleri kapsar. Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan Dünya Sağlık Raporu 2000'de, sağlık fonlarını cepten ödemelerde, sağlık riskine değil de gelire bağlı olan (*vergilendirmeye ya da sigortaya dayanan*) ön ödeme biçimlerine kaydırılması için tamamlayıcı sağlık sigortası güzel bir örnek olarak gösterilmektedir (Lister, 2008).

2.2.3. Sosyal Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar

Özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortalarını tamamlayıcı nitelikte faaliyet göstermektedirler. Özel sağlık sigortalarının sosyal sağlık sigortalarından başlıca ayırıcı farkları şu şekilde sıralanabilir (Orhaner, 2014);

- Sosyal sağlık sigortalarında sigortalı-sigortacı ilişkisinin temelini, Kanun oluştururken, özel sağlık sigortalarında sigortalı/sigorta ettiren ile sigortacı arasında gerçekleştirilen sigorta sözleşmesi oluşturmaktadır
- Sosyal sağlık sigortasından faydalanabilmek için sigortalının belli bir statü kazanmış olması (işçi, memur, vb.) gerekmektedir. Bireyin özel sağlık sigortasına sahip olabilmesi için iradesini kullanması yeterlidir, belli bir statü kazanmasına gerek yoktur. Herkese açıktır
- Sosyal sağlık sigortası mecburi özelliğe sahip olup, sigortacıyı seçme sigorta sözleşmesinin içeriğini belirleme gibi bir durum söz konusu olmamaktadır. Özel sağlık sigortalarında, sigorta ettiren, istediği sigortacıyı seçerek sigorta sözleşmesini yapar, sigortacı ile birlikte sözleşmenin içeriğini belirlemektedir
- Sosyal sağlık sigortasında primler sorumlu kurumca belirlenmekte ve aynı şartları taşıyan bireylerden özdeş prim toplanmaktadır. Fakat özel sağlık sigortalarında prim ve güvence kapsamı sigortalı ya da sigorta ettirenin tercihiyle göre tespit edilmektedir
- Sosyal sağlık hizmetini devlet vermektedir bu nedenle sosyal sağlık sigortalarında devlet sigortacı rolünde iken özel sağlık sigortalarında sigortacı, özel sigorta firmalarıdır

- Sosyal sağlık sigortalarında amaç halk sağlığını korumak, iyileştirmek ve ihtiyaç olduğunda tedavisini yapmaktır. Özel sağlık sigortasında ise kişisel menfaatler önemlidir, özel sağlık sigortası şirketlerinin gayesi kar sağlamaktır
- Sosyal sağlık sigortasında sigorta süresi devamlıdır, sigorta sözleşmesinin yenilenmesi gibi bir durum bahis mevzusu olmamaktadır. Özel sağlık sigortalarında ise süre çoğunlukla bir senedir
- Özel sağlık sigortalarında prim; enflasyon oranı, teminat kapsamı, muafiyet ve indirimler gibi nedenlerden her sene farklılaşırken sosyal sağlık sigortasında prim oranı genellikle değişmez, sadece gelir toplamına göre farklılaşmaktadır
- Özel sağlık sigortalarında, kişinin doktor ve tedavi tercihi yapma şansı varken sosyal sağlık sigortalarında bu olanaklar bulunmamaktadır
- Sağlık teminatı için, sosyal sağlık sigortası kıymetlidir. Bireyler bakımından maliyeti az ama faydalanılan hizmet alanı büyüktür. Özel sağlık sigortalarında ise talep, kısa süreli ve yüksek maliyetli olduğundan hizmet alanı daha dar olmaktadır
- Özel sağlık sigortasında 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ile 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu, sigorta hukuku hükümleri geçerli iken sosyal sağlık sigortasında 5510 sayılı Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası hükümleri geçerli olmaktadır

Tablo 1’de sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasının bazı kriterlere göre özet olarak karşılaştırması yapılmıştır (Orhaner, 2014).

Tablo 1.Sosyal Sigorta ve Özel Sigortanın Bazı Kriterlere Göre Karşılaştırılması

<i>Karşılaştırma Kriteri</i>	<i>Sosyal Sağlık Sigortası</i>	<i>Özel Sağlık Sigortası</i>
<i>1.Sigorta ilişkisinin kaynağı</i>	Kanun	Sigorta Sözleşmesi
<i>2.Sigortadan yararlanma nedeni</i>	Belli bir statü kazanılması (Memur, işçi, esnaf, çiftçi, vb.) gerekir	Hiçbir statü gerekmez
<i>3.Sigortanın zorunlu olup olmaması</i>	Zorunlu	İsteğe bağlı
<i>4.Prim tespiti</i>	Bireylerin özel durumlarına ve tercihlerine göre değil	Sigorta ettirenin isteğine bağlı
<i>5.Risklerin gerçekleşme olasılığı</i>	Tayin etmek zordur	Aktüer yardımları ile sosyal sağlık sigortasına göre kolay
<i>6.Sigorta hizmetini veren (sigortacı)</i>	Devlet	Özel sigorta şirketleri
<i>7.Sigortada gözetilen çıkar</i>	Kamu çıkarı	Bireysel çıkar (özel çıkar)
<i>8.Sigorta süresi</i>	Devamlı	Belirli (3 gün, 1 ay, 1 yıl vb.) genellikle bir yıl

9.Sigortanın düzenlendiği hukuk dalı	Kamu hukuku	Özel hukuk
10.Sigortasının amacı	Kamu hizmeti	Karlılık

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINDA VE TALEBİNDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ ÖNEMİ

Sağlık, toplumun tümü ile ilgili olduğu için sağlık piyasası geniş bir pazardır. Sağlık piyasasında çalışan işgücünün fazlalığı, kullanılan araç-gereçler, teknoloji, bina, ilaç, tıbbi cihazlar, vb. ekonomide üretim ve gelir yükselişi yaratan faktörlerdir. Bir ülkede bireylerin, ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı kişiler olarak iştiraklerini sağlamak gayesiyle devletin mecburi olarak sağlık hizmetlerini sunması, yatırımların yükselmesine sebep olurken, yaptığı sağlık masrafları sektörde talebin bu nedenle üretimin yükselişine sebep olmaktadır. Bilindiği gibi her yatırım yükselişi, üretim ya da üretim kapasitesinin artışı, istihdamın artışı ve bu nedenle gelirin yükselmesi demektir. Dolayısıyla sağlık piyasasında sağlık hizmetinin arzı ve sağlık hizmetleri üretimi sebebiyle sektörde mal ve hizmetlere olan talep yükselişi ekonomide pozitif tesir oluşturmaktadır. İstenen bir sağlık sisteminde maliyet, kalite ve erişim olmak üzere üç temel faktör rol almaktadır. Başka bir deyişle istenen bir sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin giderleri düşük düzeyde sabitlenmeli, bireylere verilen sağlık hizmetleri kaliteli olmalı ve sağlık hizmetlerine ulaşım kısıtlı olmamalıdır. Bilhassa sağlık hizmeti sunan kuruluşların masraflarının düzenli bir biçimde ödenebilmesi için finansmanının hangi kaynaklardan ve ne şekilde ödeneceği mühim bir konu olmaktadır (Orhaner, 2014).

Sigorta, kaynaklarda “*ahlaki tehlike*” olarak tanımlanan ve sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerinde değişme yaratan temayüle sebep olmaktadır. Ahlaki tehlikenin talep üzerindeki tesiri iki biçimde gerçekleşmektedir. İlki, sağlık sigortasına sahip olan kişilerde sağlığın zayıflamasına sebep olacak faktörleri önemsememe veya koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmama gibi davranış çeşitlilikleri oluşmaktadır. Ahlaki tehlikenin talep üzerinde yarattığı sonraki tesir, sigortanın sağlık hizmetleri fiyatını düşürdüğü için meydana gelmektedir. Bu halde kişi, sigortası yokken almayacağı sağlık hizmetlerini sigortalandıktan sonra alma meylinde olmaktadır (Besley, 1989).

Sağlık hizmetlerinde arzı oluşturan tarafı ağırlıklı olarak hastaneler, bu arza karşı talepte bulunan bireyleri ise hastalar olarak belirtirsek, sağlık hizmetleri sektöründe arz talep dengesini belirleyici faktör hastanelerin davranış ve tutumlarıdır. Fakat arzın oluşmasına sadece

hastaneler neden olmamaktadır. İlaç firmaları ve tıbbi malzeme üreticileri ve gibi hizmet sağlayıcıları da mühim bir yer tutmaktadır. Bütün bu faktörleri arzı oluşturan gruba alırsak, talep oluşturan grup olarak, hastaları ve hastalara finansal kaynak sağlayan kamu veya özel sigorta sistemini göstermek gerekmektedir (Cihangiroğlu, 2019).

Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık pazarında bireyler satın alacakları mal ve hizmetlerin ölçü ve kalitesini tahmin edemezler. Sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldır ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı ödemeler net değildir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına sebep olmaktadır (Ak ve Sevin, 2000). Sağlık hizmetlerinin bu özelliği sebebi ile de maddi gücü elverişli olan bireyler, karşılaşılabilecekleri mali yıkım çekincesiyle kendilerini ve yakınlarını korumak adına özel sağlık sigortaları aracılığı ile sağlık hizmetlerini almaktadırlar.

2.3.1.Sağlık Hizmetleri Arzında Özel Sağlık Sigortası

Bir ekonomi terimi olan arz, satılmak üzere üretilen mal veya hizmetin miktarını ifade eder (Tıraş, 2013). Sağlık hizmetlerinin arzı bu anlamda sağlık ekonomisinin üretim yönünü gösterir. Arz sürecinde sağlık hizmetleri için ayrılan kaynak, üretimin neye mal olduğu, piyasa, diğer kâr amacı olmayan sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar ve sağlık hizmetlerinin ne şekilde finanse edildiği ise arzın ne şekilde gerçekleşeceğini belirlemektedir (Hussein, 2019).

Sağlık hizmetleri arzının tespit edilmesinde idareler, hükümetler ve aldıkları kararlar önemlidir. Bir ülkenin sağlık sisteminin tüm mesuliyeti hükümetin sorumluluğundadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri sektöründe oluşan fiyat, yasa ve yönetmeliklerle sabitlenmiş bir fiyat kontrol sistemine sahiptir. Sağlık hizmetleri sektöründe yer alabilmek için belirli kriterlere sahip olmak, belli kurumlardan izin almak ve sorumlu kurum ve kuruluşlar tarafından tayin edilen fiyat tarifelerine intibak etmek gibi mecburiyetler sektöre girişi güçleştirmektedir. Sağlık hizmetleri sektöründe aynı konuda pek çok çeşitlilik olabilmektedir. Özdeş hususta verilen sağlık hizmetlerinde; ilk hekim olmak üzere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik metotlar gibi faktörler nedeniyle mühim çeşitlilikler meydana gelmektedir (Tokalaş, 2006).

Standart özel mallar için, arzda oluşan bir artış, daha düşük bir talep hacmine ve düşük bir fiyata sebep olurken, sağlık mal ve hizmetleri arzında oluşan bir artış, daha yüksek bir fiyata rağmen, özel bir talebin oluşmasına sebep olabilir. Örneğin, robotik sistemlerle yapılan beyin ameliyatı gibi bir işlemi fiyatı yüksek olduğu halde toplumun bazı kesimleri tarafından tercih

edilebilmektedir (Dağlı, 2006). Çünkü her ne kadar maliyet artmışta olsa, tıpta gelişen bir teknoloji bir taraftan sağlık hizmetinin sunumunu kolaylaştırırken bir yandan hizmetin daha etkin ve verimli olmasını sağlamaktadır (Tokalaş, 2006). Bireyler de daha kaliteli ve son teknoloji sağlık hizmeti alabilmek adına cepten yapacağı harcamalar yerine özel sağlık sigortalarına başvuru yapmaları düşünülmektedir. Özel sağlık sigortalarına ödenen primler havuzda biriktiğinden mali açıdan bireyleri daha az yoracak hem de istedikleri tedaviyi ve hekimi seçebileceklerdir. Böylece özel sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri de gelişen teknolojiyi yakından takip edip, kişilere en etkili tanı ve tedavi yöntemini sunmaya çalışacaklardır. Sağlık hizmetleri arzında, özel sağlık sigortacılığının özellikle mali anlamda büyük önem taşıdığını söylemek doğru olacaktır.

Özel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine talebi arttırmakta ve talep fiyat esnekliğini azaltmaktadır. Özel sağlık sigortasına sahip olanların sağlık hizmetlerine talebi arttığı gibi sağlık harcamaları da artmakta, bu nedenle sağlık hizmetleri arzı da artış göstermektedir (Orhaner, 2014).

2.3.2.Sağlık Hizmetleri Talebinde Özel Sağlık Sigortası

İktisadi bir terim olan talep, bireyin sahip olduğu satın alma gücüyle ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talep, sağlık hizmetlerinden yararlanacakların sağlığı nasıl algıladıklarına yani sağlığa yüklenen değere ve ihtiyaç duyulan hizmetin erişilebilir olmasına bağlıdır. Hepsinden önce bağımlılıklar ve yaşam şekli kimi bireyler için riskleri yükseltse de hasta olmak bireysel bir seçim olmamaktadır. Hasta olan bireyin ise sağlığına tekrar kavuşmak için göze alabilecekleri düşünülürse sağlık hizmetlerinin marjinalitesini tanımlanmasının zorluğu daha kolay anlaşılmaktadır (Manavkat, 2018).

İktisatçılar, sağlık hizmetleri ya da diğer mal ve hizmetlerin talebinden bahsettiklerinde “*ödeme gücü*” kavramından söz etmektedirler. Sağlık hizmetleri talebi, ihtiyaç ya da istekle karşılanmamaktadır. Bu özelliği sebebiyle sağlık talebi “*zorunlu talep*” olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetleri talebi incelenirken, sağlık hizmetlerine olan kaynaklarla birlikte bu alana tahsis edilen kaynakların büyümesinde etkili faktörler birlikte incelenmektedir (Mutlu ve Işık, 2012).

Sağlık hizmetleri talebi, “*bireyin belirli bir sağlık problemi ortaya çıktığında, sağlık hizmeti satın alması ve bundan fayda sağlaması*” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine tüketicilerin daha doğrusu hastaların gösterdiği talep sadece tedaviye özgü değil, bazı

durumlarda bilgi ve destek amaçlı olarak da sağlık hizmetleri talep etmektedirler. Sağlık hizmetleri talebi kısmen tüketicilerin isteklerinin bir yansıması, kısmen de sonucu olan bir eylemdir. Birey sağlık hizmeti talep ederken buradaki en kritik amacı, sağlık hizmeti ihtiyacına göre faydasını en yüksek düzeye çıkarmaktır (Mills ve Gilson, 1988).

Sağlık hizmetlerine olan talepte; üzerinde durulan ihtiyaç, istek ve talep kavramları ekonomik olarak çeşitli özelliklere sahiptir. İktisatta herhangi bir isteğin talep olarak kabul edilmesi bu isteğin satın alma gücüyle desteklenmesine bağlıdır. Ancak ekonomik olarak kabul edilen bu anlayış, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda uygulanmaya bilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç doğrudan satın alma gücüyle değil, hastalığa olan bireysel eğilim, eğitim, sosyal kültür ve bilgi seviyesiyle de yakından ilişkilidir. Bu nedenle ihtiyaçlar talep doğrultusunda tanımlanmalıdır (Manavkat, 2018).

Sağlık hizmetleri, diğer sektörlerdeki mal ve hizmetlerin tersine klasik değildir ve kişiler genellikle satın aldıkları hizmetin nitelikleri üzerine az ya da yanlış malumata sahiptirler (Ak ve Sevin, 2000). Sağlık hizmetlerinde bireyin talebine hekim karar vermektedir. Sağlık hizmetlerine mahsus ihtiyacın tanısı, şiddeti ve tedavi biçimi, tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojik olanaklar içeriğinde doktorlar doğrultusunda belirlenmektedir (Demir ve Tanyıldızı, 2017). Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın öngörülemesiz olması ya da başka bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinin düzensiz talep özelliğine sahip olması, talebin ani olarak ortaya çıkması, ertelenemez olması ve maliyetinin belirsiz olması, bu harcamaları etkilemektedir. Bu anlamda, sağlık hizmetlerinin finansman metodu kişilerin talebini tespit edebilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve ihtiyaç halinde katlanılacak maliyetin ön görülemez oluşu, sağlık piyasasında sigorta kurumlarının oluşunu beraberinde getirmekte ve sağlık sigortası sahipliği cepten yapılacak ödemeleri düşürmek aracılığıyla sağlık hizmetlerine yönelik talebi yükseltici tarafta tesir yapmaktadır (Henderson, 2005). Diğer bir ifadeyle, sağlık finansman yönetiminde, sağlık sigortası sahipliği kişilerin karşılaştığı fiyatları azaltarak sağlık hizmetlerine olan talebi yükseltmekte ve kişileri sağlık hizmetleri fiyatlarına göreceli olarak daha az hassas duruma getirmektedir (Feldstein, 1997).

Devletin sosyal güvenlik kurumlarının ve özel sağlık sigortalarının sağlık hizmetlerine ulaşmada yaratmış olduğu olanaklar sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına sebep olmaktadır (Öztürk ve Uçan, 2017). Özel sağlık sigortasına sahip olanlar sağlıkla ilgili problem yaşadıklarında sağlık hizmetlerine talepte bulunmaktadırlar. Ayrıca bireyin geliri fazlaysa sağlık hizmetlerine talebi artabilir. Sağlık hizmet sunumundan bireylerin memnun kalması,

sağlık hizmetlerine rahat ulaşım ve fiyat, sağlık hizmetlerinde talebin yükselmesine sebep olacaktır. Bireylerin sağlık konusunda ihmalcı halleri, bazı hastalıkları kader olarak görmesi, bilgi eksikliği vb. gibi sebepler, sağlık hizmetleri talebinin az olmasına sebep olabilir. Ek olarak, bir ülkedeki şehirleşme seviyesi, okur-yazarlık oranı, ulaşım olanakları, uzman sağlık personelinin miktarı ve sağlıkla ilgili bireylerin vukuf seviyesi, vb. gibi faktörler sağlık hizmet talebinin tespit edilmesinde kritik etkenlerdir (Orhaner, 2014).

Özel sağlık sigortasına duyulan talep, ülkelerin kişi başı gelir düzeyi ve gelişmişlikleriyle yakından ilişkili olduğundan, kamunun sigorta havuzunu oluşturamadığı durumlarda piyasa mekanizmasına dayalı işleyen sistemde sağlık hizmetlerine erişim toplumun yoksul kesimleri açısından aksayabilmektedir. Fakat diğer taraftan, özel sağlık sigortaları, ülkede iyi işleyen sosyal güvenlik altyapısını destekleyerek sağlık hizmetleri kullanımının etkisini arttırabilir ve refah seviyesinde iyileşme yaratabilir. Örneğin bazı gelişmiş ülkelerde (ABD), nüfusun önemli bir kısmı için özel sigortalar esas sağlık finansman şirketiye, kimi ülkelerde kamu sistemi ile beraber tamamlayıcı bir görev üzerine almaktadır (Fransa). Diğer bir deyişle, böyle bir finansman sisteminde özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse edemediği kısmı için kaynak sağlamaktadır (Manavkat, 2018). Özel sağlık sigortası ile birlikte bireyler, sağlık hizmetlerinden daha yüksek şartlarda hizmet talep etmesi durumunda karşılaşılan ek ücretler, cepten ödeme aracılığıyla finanse etmek yerine, özel sigorta sistemi vasıtasıyla ve riskini diğer bireylerle bölüşerek karşılama imkanına sahip olmaktadırlar (Gökmen, 2015). Böylelikle özel sağlık sigortasına sahip olan bireyler, özel sağlık sigortası aracılığı ile sağlık hizmeti talebinde artışa neden olabileceği söylenebilmektedir. Örneğin kişinin özel sağlık sigortası olmasa sadece sosyal sağlık sigortası olsa, basit bir karın ağrısı için devlet kurumundan randevu alıp sıraya girip muayene olmak istemeyebilecektir fakat özel sağlık sigortası olduğu için bunu kullanmak isteyip, anlaşmalı kurumlarından birine gidip sağlık hizmetini daha rahat ve konforlu bir şekilde almak isteyecektir. Bu durum, sağlık hizmetleri talebinde özel sağlık sigortacılığının önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

2.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTASI

Cemiyetler sağlık hizmetleri sahasında devamlı bir inceleme içinde ilerleme ve varyasyon süreci yaşamaktadır. Esasında bu inceleme o cemiyetin eskiden deneyimlediklerinden ve çevresiyle dizgelerinden yani tarihsel sürecinden almaktadır (Umut Beylik, 2015). Bu anlamda Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihsel ilerleyişi gözden

geçirilirken, Osmanlı İmparatorluğu'na kadar uzanan bir dönemi içine alan düzenlemeleri ve uygulamaları dikkate almak gerekmektedir. Bu sebeple, Türkiye'de sağlık sigortacılığının tarihi Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunun ardındaki dönemler göz önünde bulundurularak araştırılmaktadır. Bu anlamda, sağlık sigortasının tarihsel ilerleyişi sosyal güvenlik sisteminden ve uygulamalarından ayrı değildir. Bu bakımdan, Türkiye'de sağlık sigortacılığının ilerleyişi, sosyal güvenlik sisteminin ilerleyişine ve özel sağlık sigortacılığına bağlı olarak incelenmektedir (Yıldırım ve ark., 2012).

Türkiye'de sağlık sigortası, sigorta yaptıran bireyin karşılaşılabileceği hastalık veya kaza sonucu gereken muayene, ilaç, tedavi, fizik tedavi, ayaktan ve yatarak tedavilerini karşılayan Hazine Müsteşarlığı'nca genel şartları onaylı sekiz sigorta branşından biridir (Civan, 2010). Bireyler sağlık sigortasını kamu aracılığıyla veya kamunun yanında isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortaları ile ödeyebilmektedirler. Diğer bir ifadeyle sağlık sigortaları, hem devletin bireylere sağladığı sağlık hizmetlerinden kaynaklı toplumca karşılanabileceği gibi hem de isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortası ile primleri bireyler tarafından ya da işverenleri aracılığıyla tazmin edilerek de karşılanabilmektedir (Keskin, 2019).

2.4.1. Türkiye'de Sağlık Finansmanı ve Sigorta Sistemi

Kamu iktisadında kritik bir konumu olan sağlık harcamalarının finansmanı, özellikleri ile üretimi ile ilgili problemler, ülkelerin yürürlükte olan “*Sosyal Güvenlik Sistemi*” dahilinde değerlendirilmektedir. Sosyal güvenlik terimi; bazen “*sigorta*” bazen de “*yardım ve dayanışma*” ilkesine göre tabir edildiğinde hizmet finansmanı ve sunumu ülkelerin siyasi, sosyal ve ekonomik yapıları, yaş piramidi ya da dış olayların tesiriyle biçimlenmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının finansman kaynakları; vergiler, kamu- özel sağlık sigortalarının havuzda biriktirdiği primler, özel kesim sağlık hizmetleri için doğrudan yapılan ödemeler ile yardım ve bağışlardan oluşmaktadır (Armağan, 2008).

Türkiye sağlık sisteminde 2000'li yıllara kadar ciddi problemler yaşanmıştır. Özellikle kaynakların eşit dağıtımı ve sağlık hizmetlerine ulaşımında ve kapasite kullanımında yaşanan önemli sorunlar sebebiyle toplumun her kesimi sağlık hizmetlerinden tam yararlanamamıştır (Adıgüzel ve Özkan, 2013). Bu tarz hizmet engellerini çözmek amacıyla önce sağlıkta finansman problemi olmak üzere yönetim ve organizasyonda yapılacak değişiklikleri sağlayacak ama sürdürülebilir bir sağlık finansmanı sağlayacak insan odaklı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) geliştirilmiştir (Sülkü, 2011). Bilhassa sağlık harcamalarını düzenleyerek, hizmetin hakkaniyetli ve adil bir şekilde ülkenin her köşesine problemsiz ulaştırmak, uzlaşmacı,

gönüllülük esasına dayalı ve yerinden yönetimi benimseyen bir politika SDP'nin ana gayeleri arasında yer almaktadır (Güvercin ve ark., 2016).

Türkiye sağlık sistemi, 2003 senesinden itibaren köklü bir değişim süreci geçirmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında kapsamlı değişiklikler olmuştur. 5502 sayılı kanun sağlık finansmanında Sosyal Güvenlik reformunun başlangıcı olmuş ve tüm sigorta şirketleri tekrardan düzenlenerek aynı yapıda birleştirilmiştir. Arkasından 5510 sayılı kanun ile tüm nüfus sosyal güvenlik kapsamına alınmış böylece sağlık hizmetlerine ulaşımındaki ve finansmandaki oransızlıkların önlenmesi amaçlanmıştır (Özer ve ark., 2015).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak ülkemizde genellikle sosyal sigorta şekli tercih edilmektedir ve genel sağlık sigortası (GSS) olarak ifade edilen bu şekil, SGK vasıtasıyla idare edilmektedir. Türkiye’de 2012 senesinden beri mecburi GSS uygulaması başlanmış ve sağlık sisteminin finansmanında kapsamlı farklılıklar meydana gelmiştir. Sistem, finansman ile sağlık üretiminin birbirinden tamamen ayrıştığı, hizmet satın alınması anlayışına dayanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014). GSS; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve aktif memurlar ile onların bağımlıları; asgari ücretin üçte birinden daha az aylık geliri olan bireyleri; devletten aylık maaş alan özel grupları (olimpiyat madalyası kazananlar, savaş gazileri gibi) mültecileri; kendi ülkesinde sosyal sigortalar kapsamında olmayan yabancıları; işsizlik sigortasından yararlanan bireyleri; daha önceki sosyal güvenlik yasalarının kapsadığı tüm nüfusu kapsamaktadır. GSS’nin dahil etmediği bireyler ise; askerlik hizmetinde olan er ve erbaşlar, kendi ülkesinde sosyal sigorta dahilinde olan yabancılar, Türkiye’de kendi hesabına çalışan ve yurt dışında ikamet edenlerden o ülkenin sosyal güvenlik mevzuatına dahil olanlar, turistler ya da kısa süreli ziyaretçiler, yasadışı tutuklular ve göçmenlerdir (T.C. Resmi Gazete, 2006).

2.4.2. Türkiye’de Sosyal Sigorta Yapısı ve Uygulaması

Sosyal güvenlik terimi, kişilerin karşılaşılabilecekleri ve hayatları için riskli olabilecek durumlara karşı bir teminat arayışından ortaya çıkmıştır. Bu vaati vermesi muhtemel baş ve mühim kuruluş devlettir (Erbay, 2005). Sosyal güvenlik, insanların geliri önemsenmeyip toplum huzuruna ve refahına zarar veren sosyal tehlikelerin verdiği hasarlardan “*insan hakkı*” ve temel olarak da “*devlet görevi*” olarak primli veya primsiz sistemlerin kullanılması, bireylerin sosyal risklerin hasarlarından kurtarılma teminatıdır. Bu bağlamda sosyal güvenlik hakkı, Anayasamızın 60’ıncı maddesindeki “*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet*

bu güvenliği sağlayacak gerekli önlemleri alır ve teşkilatı kurar” karar ile alenen ortaya koyulmuştur (SGK, 2022).

Sosyal güvenlik hususunda belirlenen politika ve sistemlerin ulusal ve uluslararası seviyedeki ilerlemesinde Birleşmiş Milletler tarafından 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen “*İnsan Hakları Evrensel Bildirisi*”nin mühim bir görevi vardır. Bildirinin 25.maddesi sosyal güvenlik teriminin anlam ve fonksiyonlarını netliğe kavuşturmaktadır. Buna göre, “*Her kişinin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve refahını temin edecek bir yaşam seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarında iradesi dışında yoksunluk yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır*” ibaresine yer verilmiştir (Avşar, 2010).

Türkiye’de ilk defa kamu sağlık planları, 1921 tarihinde “*151 Sayılı Ereğli Havza-i Fahriyesi Maden Amelesi’nin Hukukuna Mütealilik Kanun*” ile kurulmuştur. 1949 senesinde çıkartılan 5434 sayılı Emekli Sandığı (ES) Kanunu ile o zamana kadar karışık durumda olan ve emekli memurlara sosyal güvence sağlayan kanun ve sandıklar toplanarak, emekli olan memurların sağlık güvencesi muntazam bir sosyal güvenlik mevzuatına çevrilmiştir. Ardından kanuna paralel olarak yine 1945 senesinde, 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. 1950 senesinde mevcut emeklilik hükümleri ve sandıkları yok edilmiş ve çalışanlardan ve çalıştıranlardan prim alınması ilkesine dayalı 5434 sayılı T.C Emekli Sandığı Kanunu yürürlüğe girmiştir (Balkanlı, 2017). Sonrasında 04.01.1959 gün ve 5502 sayılı “*Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu*” ile sağlanan yardımlar büyütülmüş ve bütün toplumu kapsaması zamanla mecburi duruma getirilmiştir. İşçi mevkiinde çalışanlara dair sigorta kollarına ait birçok kanunlara dağılmış olan düzenlemeler, 1964 senesinde 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda birleştirilmiştir. 1971 senesinde 1479 sayılı “*Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu*” ile BAĞ-KUR’un kurulması, bazı kısıtlamalarla da olsa bağımsız çalışanları en başta uzun vadeli sigortaya erişirmiştir. SSK gibi BAĞ-KUR’un kapsamı da giderek büyümüştür. 1977 senesinde 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasıyla mahalle ve köy muhtarları BAĞ-KUR kapsamına tabi tutulmuştur. 1979 senesinde 2229 sayılı Kanun ile herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan Türk vatandaşlarıyla ev kadınlarına BAĞ-KUR kapsamında tercihe göre sigortalı olma hakkı verilmiştir. 1984 senesinde 2926 sayılı Kanun ile tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların sosyal güvenlikleri sağlanmış olup, BAĞ-KUR sigortalıları 1985 senesinde kabul edilen 3235 sayılı Kanun ile aşamalı bir şekilde sağlık güvencesine erişmiştir. 1999 senesinden beri bu

Kanun'a tabi sigortalılara da sağlık yardımı takdim edilmeye başlanmıştır. Her üç sosyal güvenlik kurumu ve aktif çalışan memurlar için belirlenen sağlık güvencesi, sosyal güvenliğin nüfusun bütün vatandaşlarını kapsam içine alma amacına uygun olarak, belli şartlarda ve bazı değişikliklerle de olsa, sigortalıların bakmakla mükellef oldukları aile fertlerine de onların adına herhangi bir prim veya katkı ödenmeden sağlanmaktadır. Ülkemizde sigortacılık prensibi ile sağlık yardımı sunan SSK, ES ve BAĞ-KUR'un kapsamını büyüten kanunlara karşın, sigortacılık aracılığıyla bütün topluma sağlık teminatı sağlamaları olası değildir. Üç kurum farklı kural ve ölçülere sahiptir. Bu çeşitli kural ve ölçüler; hizmete hak kazanma şartları, bakmakla mükellef olunan aile fertleri, sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi ve prim oranları gibi konularda gözlenmektedir (Güvercin, 2004).

Sosyal güvenliğin kimi esas prensiplerini saptayan ve Türkiye'de en başta sosyal sigortaların kurulmasını tahmin eden 3008 sayılı İş Kanunu 1936 senesinde çıkarılmıştır. 1945 senesinde çıkarılan İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile İşçi Sigortaları Kurumu ortaya çıkmıştır. Farklı zamanlarda kurulan ve düzensiz bir görünüme sahip sosyal sigorta dalları, tek bir kurumda toplanması, 1965 senesinde yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın kurulması ile gerçekleşmiştir. Fakat bu Kanun ile bütün çalışanlara sağlık güvencesi temin edilememiştir (Demir, 2006).

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde 1990'lı senelerden beri ortaya çıkan finansman sorunu gözleri sosyal güvenlik sistemine çekmiştir. Sosyal güvenlik sistemi, kişisel ve toplumsal yaşam kalitesini arttırmaya çalışmış ancak yeterli kaynak bulunamayışı sistemin yetersiz kalmasına neden olmuştur. Pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ortalama yaşın yükselmesi, nüfus artış oranının azalması, yaşlı nüfusun yükselmesine, eğitilmiş ve genç etkin toplumun azalmasına sebep olmaktadır. Aile kuruluşlarındaki farklılaşma; boşanma ve tek ebeveynli ailelerin artması ailelere yönelik masrafları yükseltmektedir. Enflasyon, sosyal güvenlik prim gelirlerinin reel değerlerini azaltmış fakat sosyal güvenlik kuruluşlarının harcamalarını yükseltmiştir. Bir diğer yandan işsizlik oranının fazla olması diğer bir ifadeyle işgücü arzının fazlalığı, kayıt dışı çalışanların sosyal güvenlik kapsamına alınmasını zorlaştırmış, işsizlik sigortası ödemelerini arttırmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminde politik faktörler de finansman probleminin yükselmesine sebep olmaktadır. Politikacıların, kısa zamanlı amaçlara yönelmeleri, emeklilik şartlarının basitleştirilmesi yolunda alınan kararlar ve fonların negatif faiz karşılığı kamu bankalarında ve devlet tahvillerinde değerlendirilmesi,

sosyal güvenlik sisteminde finansman problemini arttırmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları arasında kural ve ölçü değişikliği, aynı hedefe yönelik olarak kurulmalarına karşın aralarında koordinasyon ve iş birliğinin olmayışı, siyasi müdahalelere açık olmaları, özerk bir yapıya sahip olmamaları da finansman probleminin yükselmesine sebep olmaktadır (Akgeyik ve ark., 2007).

Günümüzde sağlık sektörü her geçen gün gelişen ve büyüyen bir sektör olma özelliğini korumaktadır. Sağlık sigortası bilinci ülkemizde benimsenemediği için uzun yıllar gelişim gösterememiştir. Fakat bu durum 2000'li yılların başından beri değişmeye başlamıştır. Piyasayı daha ileriye götürecek yenilik çalışmaları ve yapılan düzenlemeler farklılaşmayı başlatmıştır. Sağlık sigorta piyasasının ekonominin genişlemesi ve ilerlemesi üzerindeki tesiri zamanla görülebilmektedir (Gökmen, 2015).

Sağlık sigortası alanında yapılan çalışmalar, 2006 senesinde kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile son olmuştur. Kanunun gayesi; sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası açısından bireyleri teminat altına almak; bu sigortalardan faydalanacak bireyleri ve sağlanacak hakları, bu haklardan faydalanma koşulları ile finansman ve karşılanma metotlarını belirlemek, sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir (Orhaner, 2014).

Hem sosyal güvenlik konusunda hem de sağlık finansmanı konusunda başlıca dönüşümleri ardından getiren kanun, bugüne kadar yapılan sosyal güvenlik rejimlerini tek çatı altında birleştirmiş, ilk defa mecburi devlet desteğini ve bütün toplumu mecburi sağlık sigortası kapsamı altına alan GSS sistemini oluşturmuştur. Sistemin idari yapılanması ise 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ile gerçekleştirilmiştir (Orhaner, 2006). GSS'nin kapsamına (işçi, kamu görevlisi, bağımsız) çalışanlar ayrıca sosyal koruma (sosyal yardım, sosyal hizmet, sosyal tazmin ve sosyal teşvik) kapsamına alınanlar ve (sosyal sigortalı olmaya, sosyal korumanın da dışında kalan) varsıllar girmektedir. Sözü edilen tüm kişiler öngörülen konumda olduklarında zorunlu olarak sağlık korumasına alınmaktadırlar (T.C.Resmi Gazete, 2008).

Sosyal güvenlik sisteminde prim toplama temeli üzerine faaliyet gösteren sosyal sigorta kuruluşları 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında toplanmış ve sosyal sigortalar, uzun ve kısa vadeli sigorta branşlarını kapsayacak biçimde yapılandırılmıştır. Kısa vadeli sigorta branşları; iş kazası ve meslek hastalıkları, analık

ve hastalık branşlarını kapsamaktadır. Uzun vadeli sigorta branşları ise malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası branşlarını kapsamına almaktadır (Orhaner, 2014).

Ülkemizdeki sosyal güvenliğin genel hatları sosyal devlet bakış açısıyla beraber sigortacılık temeline dayanmaktadır. Sigortalılara verilecek sigorta yardımlarının hangi durumlarda ve ölçüde verileceği önceden tayin edilmiş olup, uzun ve kısa vadeli sigorta branşlarında hizmet verilmektedir. Sosyal güvenlik sistemi, sosyal devletin gereği, özel sigortacılıktan ayrı olarak birebir fayda/maliyet dengesi düşünülmeden kurulmuştur. Bu durum sosyo-ekonomik ve demografik değişimlerin sebep olduğu bütün tehlikelerin sistem aracılığıyla taşınmasına sebep olmaktadır. Sigorta sistemimizin finansmanı toplanan primler aracılığıyla sağlanmakta olup, aktif sigortalılardan toplanan primler, bütün sigortalıların ödemelerini karşılamak üzere kullanılmaktadır. Bu tür finansman, dağıtım aracı olarak isimlendirilmekte ve nesiller arası paylaşım esasına dayanmaktadır. Türkiye'nin geleceğini şekillendiren bir çalışma olan Sosyal Güvenlik Reformu ile vatandaşların istikballeri ile ilgili kaygıları azalmakta, sisteme duydukları güven ve bağlılık yükselmeye başlamaktadır. Kurumun yeni yapısı ve uygulamalarıyla alışlagelmiş kamu bürokrasisi tarzını bırakmış, sosyal güvenlik konusunda bütün paydaşlarının ihtiyaç ve beklentilerine öncelik veren, bürokrasiden uzak, iş ve işlemlerini yasalara ve kalite şartlarına uygun, adil, verimli ve hızlı bir biçimde hizmet sunma adımıyla mühim adımlar atmaktadır (SGK, 2016).

Ayrıca sosyal sağlık sigortaları vesilesiyle geliri düşük çalışanlar ile geliri yüksek çalışanlar aynı miktarda sağlık hizmetlerinden faydalanabilecektir. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitlik ve hakkaniyetin sağlanması adına son derece önemlidir. Sosyal sigortalarda ödenen primler, belli hizmetlerden yararlanılmasını sağlamakta olup bireyin ödediği primler; bireyleri ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri sosyal sigortanın kapsamında bulunan rizikolara karşı korumaktadır (Uğur, 2004).

2.4.3. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Yapısı ve Uygulaması

Türkiye’de Cumhuriyet dönemi ile beraber sosyal sağlık anlayışının benimsenmesi ve uygulamaların bu doğrultuda düzenlenmesi, özel sağlık sigortacılığının ülkemizde diğer Avrupa ülkeleri veya ABD’ye göre daha yavaş ilerlemesine sebep olmuştur (Güdük, 2019). Özel sağlık hizmet sürecinde ilk adım, 1938 yılında Anadolu Sigorta’nın gemi kurtarma hizmetlerinde oluşturduğu hastalık sigorta teminatı ile başlamaktadır. Ancak bugünkü anlamda ilk sağlık sigortası ürünü, 1976 yılında Başak Sigorta, Ziraat Bankası’nda hesabı olan kişilere gündelik tazminat dahilinde grup sağlık sigortası uygulamıştır. Bu dönemde Şark Sigorta A.Ş.,

Batı Sigorta A.Ş., Halk Sigorta A.Ş., Anadolu Sigorta A.Ş., Genel Sigorta A.Ş. ve Oyak Sigorta A.Ş. farklı kesimlere yönelik değişik teminat kapsamlarında ferdi ve grup sigorta ürünleri meydana getirmiştir (Tunç ve Kiyak, 2015). 1982 yılına kadar kaza tazminatına hariç gösterilen sağlık sigortaları, 12.01.1990 tarih ve 90-55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ayrı bir branş olarak tesis edilmiş ve bu karar 11.02.1990 tarih ve 20430 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanarak hayat sigortası adı altında farklı bir branş olarak belirtilmiştir (MEB, 2011). 1991 senesinden sonra yeni sigorta kuruluşlarına da izin verilerek hayat ve zorunlu sigorta tarifeleri haricindeki tüm tarifeler serbest bırakılmıştır. 1994 senesinde ise, sağlık sigortacılığında; sigorta, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruma genel anlamda provizyon veren aracı kuruluşlar eklenmiştir. Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili düzenlemeleri de içine alan, Türk Ticaret Kanunu taslağı 2005 senesinde TBMM’ye sunuldu. Düzenlemeyle, "*hastalık*" branşının adı "*sağlık*" olarak değiştirildi. Aynı zamanda 2006 senesinde, Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Özel Sağlık Sigortacılığı yasa tasarısını bir seneden de kısa zamanda hazırlamıştır (Yavuz, 2018).

Ekonomide genişletilen politikaların tesiri ile sigorta piyasasının kuruluş problemlerinin ülke meclisine gelmesi, arkasından 1987 senesinde Sigorta Murakabe Kanunu’nun tekrar düzenlenmesi özel sağlık sigortacılığının ilerlemesinde mühim görev almıştır. Bu düzenleme, sigortacılık piyasasının sert yapısını yumuşatarak yeni firmaların sektöre girebilmesini sağlamıştır (Şenalp, 2008). Cumhuriyetin ilanından sonra kurulan “1923 Sigortacılık Kulübü” 1975 senesinde “Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği” olarak görevine devam etmiştir. Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı, kurumların çalışanlarına prim ödediği grup uygulamaları ise 1983 senesinde başlamış ve 1988 senesinde kişisel olarak da sigortalanma başlamıştır (Yıldırım ve ark., 2012).

10 Ekim 1990 tarihinden beri yürürlükte olan sağlık sigortası genel şartlarına göre; sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00’da başlar ve öğlen 12.00’da sona erer. Sağlık sigortası genel şartları Madde 9’a göre; *rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükârda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur. Sigorta ettiren/sigortalı söz konusu ihbarda kazanın ya da hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun olası sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle mesuldür. Kaza veya*

hastalık ardından derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken tedbirlerin alınması şarttır. Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur. Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır. Sağlık sigortası genel şartlarına göre teminat harici olan durumlar aşağıda yer almaktadır:

- a) Harp veya harp özelliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali hariç, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak durumlarda bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her çeşit saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri engellemek ve tesirlerini azaltmak gayesiyle yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu oluşan biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler sebebiyle oluşacak tüm zararlar.
- g) Sigortalının intihara meyli sebebiyle oluşabilecek hastalık veya yaralanma durumları ile,
- h) Polişe özel koşullarında düzenlenecek sair teminat harici durumlar.

Sağlık sigortası genel şartlarında mühim olan bir bölüm de “*Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller*” dir. Bu maddeye göre; *aksine sözleşme yoksa aşağıdaki durumlar sebebiyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:*

- a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.
- b) 2 ‘nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı *Terörle Mücadele Kanunu*’nda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları engellemek ve

tesirlerini düşürmek gayesiyle yetkili organlar aracılığıyla yapılan müdahaleler (TSB, 1990).

Türkiye’de özel sağlık sigortaları 23 Ekim 2013’te Resmî Gazete ’de yayınlanan *Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliği*’ne göre düzenlenmektedir (T.C.Resmi Gazete, 2013). 23 Ekim 2013’de yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile bilgilendirme ve teklif, sözleşme türleri, ömür boyu yenileme garantisi, katılım sertifikası, plan değişikliği ve geçiş işlemleri, sözleşme iptali, sigorta süresinin sona ermesinden sonraki tedavilere ilişkin genel hükümler ile özel sağlık sigortası tarifiesi, sağlık konularında uzman kişi çalıştırma zorunluluğu ve aktüerya raporu, hizmet satın alma, sağlık bilgileri ve bilgilerin gizliliği, özel sağlık sigortalarında çalışma esasları ile tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünlerine ilişkin diğer hükümler belirlenmiştir (T.C.Resmi Gazete, 2013).

Küçük bir alana sahip olan ilk özel sağlık sigortası uygulamaları, zaman içinde sosyal güvenlik kurumları aracılığıyla sunulan sağlık hizmetinin yetersiz kalması, istenen hızda hizmete ulaşamama, sunulan hizmetin kalitesinin düşük olması gibi sebeplerle talep edilen bir ürün haline dönüşmüştür. Kamunun sunduğu sağlık hizmetinden memnun olmayan ve cepten ödeme yaparak özel sağlık hizmeti alan bir kesimin olması ve ilave bir sağlık finansmanı için ihtiyacın belirmesi, sigorta şirketlerinin özel sağlık sigorta poliçeleri oluşturmaya sebep olmuştur. 1990’lı yıllarda özellikle yabancı sermayeli şirketler, özel sağlık sigortasını çalışan memnuniyetini artırma ve örgütsel sadakati artırmanın bir yolu olarak kullanmışlardır (Orhan, 2015). Yabancı sermayeli firmaların çalışanlarına gösterdikleri bu özeni gören bireyler, yerli sermayeli işverenlerinden de bu özeni görmek istemişlerdir. Özel sağlık kuruluşlarının adeti ve yaygınlığı da özel sağlık sigortasının ilerleyişine paralellik göstermiştir. Sigorta firmaları sağlık sigortalılarına daha çabuk ve güzel hizmet verebilmek adına, özel sağlık kurumlarında provizyon işlemlerini basitleştirmek gayesiyle yeni metotlar geliştirmiştir. Örneğin; *pos cihazı vasıtasıyla provizyon, internet üzerinden provizyon, sesli yanıt sistemi, hastane ofislerinde personel çalıştırmak* provizyon sürecini iyileştirmek için geliştirilen metotlardır. Kimi özel sağlık kurumlarının, sağlık sigortalı sayısı çok olan sigorta firmalarına ofis tahsis etmeye başlaması neticesinde, bu ofislerde sigorta firmalarının ya da tedarikçi firmaların personeli çalışmaya başlamış, bundan kaynaklı sigortalıların provizyon işlemleri ile yakından ilgilenilerek, müşteri memnuniyeti arttırılmıştır (Pamir, 2010).

Ülkemizde özel sağlık sigortası yaptıran bireyler, GSS’den ayrılma gibi bir seçenekleri olmadığı için hem zorunlu kamusal sağlık sigortasına hem de özel sigorta şirketine prim

ödemek durumunda kalmaktadırlar. Bu çifte prim ödeme, özel sağlık sigortasının kişilere maliyetini yükseltmektedir (Özsarı, 2018). Özel sağlık sigortasına katılım bu nedenle bir miktar önlenebilmektedir (İnce, 2014). Ayrıca özel sağlık piyasasında sağlık maliyetlerinin kamuya göre daha fazla olması ve halkın gelirinin düşüklüğü gibi faktörler de özel sağlık sistemine olan talebi negatif yönde etkilemektedir. Sağlık piyasası bireyin talebine göre değil, doktorun talebine göre biçimlenen bir piyasa olduğu için hastalar ancak yüksek maliyetler ile karşılaştığında özel sağlık sigortasının önemi anlamaktadır ve bu ihtiyaçların karşılanmasında özel sağlık sigortası tercih edilmektedir (Engiz, 1997).

Özel sağlık sigortası kişilerin isteğe bağlı olarak sigorta firmalarından belirli prim karşılığı, olası hastalık risklerini teminat altına almak için aldıkları sigorta çeşididir. Sağlık sigortaları bir senelik olarak düzenlenir. Poliçe teminatı, sözleşmede aksine hüküm yok ise sağlık sigortası genel şartlarında belirtildiği gibi öğlen saat 12.00 da başlayıp, öğlen saat 12.00 da bitmektedir. Özel sağlık sigortalarını pek çok açıdan kategorize edebiliriz. Örneğin alım biçimine göre; bireysel ve grup sağlık, teminat yapısına göre; sadece yatarak tedavi teminatlı ya da yatarak+ayakta tedavi teminatlı, çeşidine göre; özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası, yurt dışı seyahat sağlık sigortası, acil sağlık sigortası poliçeleri olarak kategorize edilebilir (Balkanlı, 2017).

Özel sağlık sigortası yaptıracak bireyler, sosyal sağlık sigortasından farklı olarak sigorta şirketine geçmişteki ve mevcut sağlık problemleri yazılı olarak bildirmekte ve bildirdikleri mühim hastalıklar poliçede kapsam hariç bırakılmakta ve bu hastalıklara ait giderler karşılanmamaktadır. Bunun haricinde doğal afet, terör, savaş, uyuşturucu kullanımı, bireyin kendine bilerek ve isteyerek zarar vermesi gibi hallerde de özel sağlık sigortası kapsamı haricinde kalmaktadır. Oysa sosyal sağlık sigortasında, kısa da olsa prim ödeyen bireylerin neredeyse tüm hastalıkları ile ilgili giderleri sigorta başlangıç tarihine bakılmaksızın devlet tarafından karşılanmaktadır (Orhan, 2015).

Özel sağlık sigortaları yatarak veya yatarak + ayakta tedavi teminatlı olarak satın alınabilmektedir. Yatarak tedavi teminatı ana teminattır. Bu nedenle sigortalılar yatarak tedavi teminatlı poliçeleri ya da yatarak + ayakta tedavi teminatlı poliçeleri satın alabilirler. Yalnızca ayakta tedavi alma seçenekleri bulunmamaktadır. Her sigorta şirketinin kendine has (genel şartlara aykırı olmamak üzere) bireysel sağlık sigortaları için teminat plan ve koşulları bulunmaktadır. Poliçeler sigorta şirketlerinin anlaşmalı olduğu sağlık kurumlarında geçerli olduğu gibi, anlaşmasız olduğu sağlık kurumlarında da belli ödeme oranları ile

kullanılabilmektedir. Limitsiz olan teminatlar için; anlaşmasız kurum/doktor ödemeleri belli oran ve limit dâhilinde karşılanmaktadır. Bu tutarlar için şirketler TTB (Türk Tabipler Birliği) birim fiyatları üzerinden ödeme şartlarını belirtmektedirler (Balkanlı, 2017).

Özel sağlık sigortası sözleşmelerinin sigorta yaptıranın tüzel veya gerçek kişi olma haline göre bireysel ve kurumsal sağlık sigortası olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır. Bireysel sağlık sigortası kaza, hastalık ve buna benzer durumlarda oluşacak giderlerin karşılanmasına yönelik, bireylere özel olarak hazırlanmış sağlık sigortasıdır (Açıkol, 2019). Adından da anlaşılacağı üzere bireysel sağlık sigortasında tek bir kişinin sigortalanırken, grup sağlık sigortasında işletmelerin çalışanları ya da üyeleri için toplu bir şekilde sağlık sigortası yaptırması söz konusudur (Tunç ve Kiyak, 2015). Bireysel poliçeler, bireyin kendi menfaati ve/veya bir başka bireyin menfaati için düzenlenebilmektedirler. Bireysel poliçeler, istek doğrultusunda eş ve istisna yok ise 24 yaşa kadar çocukları da dahil edecek şekilde aile poliçesine dönüşebilmektedir. Grup poliçesi yaş, riskli hastalık durumu gibi bazı kıstaslar göz önüne alınarak en az on bireyin poliçe başlangıç tarihi itibari ve poliçede yer alması şartı ile düzenlenebilmektedir (Süzel, 2018).

Özel sağlık sigortasında genel sağlık sigortasından ayrı olarak aile bireyleri için haricen prim hesaplanmakta ve risk bazlı primlendirme uygulanmaktadır. Özel sigorta firmaları kâr amaçlı firmalar olarak yaşlı ve sağlıksız bireyleri sigortalamaktan kaçınmaktadır. Hatta riskli buldukları bireyleri sigortalamama kararı alabilmektedirler. Genellikle bireysel poliçelerde ilk defa sağlık sigortası yaptıracak bireyler için bir üst yaş sınırı belirlemişlerdir. Kişiler bu üst yaş sınırı üzerinde ise sigorta yaptırma taleplerine pozitif cevap vermeyip, bu bireyleri sigorta kapsamına almamaktadır. Fakat sigortaya girmek için bir alt yaş limiti bulunmamaktadır (Tıraş, 2013).

Kurumsal/grup poliçelerde, primleri personeline sağlık sigortası yaptıran kurum tarafından ödendiği sigortaya katılımın mecburi olduğu durumlarda çoğunlukla sigorta şirketleri bir üst yaş sınırı uygulamazlar; çünkü bu şirketlerde 60-65 yaşın üzerinde olup çalışan kişiler şirketin sahipleri veya üst düzey yönetici oldukları için sigorta şirketleri üst yaş sınırı getirmeden bu kişileri kurumsal poliçe kapsamında sigortalamak mecburiyetinde kalırlar (Pamir, 2010).

Ülkemizde sağlık sigorta poliçesini gönüllü olarak gerçek bireyler yalnız başlarına veya aile fertleri ile satın alabilmektedirler. Üstelik, yine gönüllü olarak şirketler çalışanlarını

ve/veya aile fertlerini sağlık sigortası dahilinde sigortalamaktadırlar. Zorunlu olduğu için kendileri ve çalışanları için sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen gerçek ya da tüzel kişiler sağlık sigortası poliçesi için sigorta firmalarına ikinci kez gönüllü olarak prim ödeyerek ekstra bir gidere katlanmaktadırlar (Pamir, 2010).

Grup sigorta poliçesi, hayat ve sağlık sigortaları için oluşturulmuş bir sigorta poliçesi türüdür. Grup sigorta poliçesi ile en az on beş kişi, sadece bir tek sigorta poliçesi ile sigortalanmış olmaktadır. Grup sağlık sigortası, talep ve ihtiyaçlar yönünde hazırlanmakta ve ardında mühim üstünlükler sağlamaktadır. Günümüzde belirli bir işyerinde çalışanlar, belli bir meslek kuruluşunun üyeleri, özellikle hizmet sektöründe faaliyet gösteren işletmelerde çalışanlar, pek çok kez yöneticilerinin girişimiyle grup sigorta poliçesinin hayat ve sağlık güvencesinden yararlanmaktadırlar. Sigorta poliçesi, kurum adına tek bir sözleşme olarak düzenlediğinden maliyetler hem sigortacı hem de sigortalılar bakımından azdır. Sigortadan faydalanacaklar ya ismen belirtilmekte ya da isim belirtilmeden o kuruluştaki çalışan herkes, sigorta güvencesinden yararlandırılmaktadır. Primler ya şirket tarafından karşılanmakta ya da grupta bulunan sigortalılar arasında paylaştırılmaktadır. İşletmeler şirkete bağlılığı yükseltmek için çoğunlukla primleri kendileri ödemektedirler. Grup sigorta poliçesinde, işverenler, sigorta ettiren olup sigortacının da muhatabıdırlar (Orhaner, 2014).

Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmaktadır. Ayakta ve yatarak teminatları kapsayan bu teminatlara istendiğinde; doğum, diş veya gözlük gibi ek teminatlar verilebilmektedir (İnce, 2014). Ayakta tedavi kapsamında; reçeteli ilaç, hekim muayene, röntgen, tahlil, ileri tanı ve fizik tedavi gibi hizmetler verilirken, yatarak tedavi; suni uzuv, ameliyat, yoğun bakım, hastane yatışı ve ambulans gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Kaza ve acil haller haricinde birçok hastalığa kurum bazlı farklılaşmakla birlikte çoğunlukla 12 ay bekleme süresi uygulanmaktadır (Zengin, 2015).

Ücretli veya beyana bağlı mükellefler, Gelir Vergisi Kanunu’na göre özel sağlık sigortası prim ödemelerini vergi matrahından düşebilmektedir. Bu durum özel sağlık sigortasının mühim niteliklerinden birini oluşturmaktadır (T.C.Resmi Gazete, 1961).

2.4.4.Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yapısı ve Uygulaması

Kamu sağlık sigortası sistemlerinin genel olarak bireylerin karşılaştığı bütün sağlık risklerini karşılaması mümkün değildir. Bir diğer ifadeyle, kamu sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ile en uygun koşullar içerisinde bir fark oluşmaktadır. Bu fark,

karşılanmayan ya da bireylerin istekleri karşısında yetersiz kalan durumlarda sağlık hizmetlerini alan birey tarafından doğrudan cepten harcama yapılması ya da gönüllü özel sağlık sigortası kullanılması aracılığıyla karşılanmaktadır (Çelik ve ark., 2004). Bu bağlamda da bireyler özel sağlık sigortasının bir ürünü olan tamamlayıcı sağlık sigortasını seçebilmektedirler.

Bireylerin sağlık masraflarına katılımı, temelden genel sağlık sigortasının sağlıklı ve sürdürülebilir bir finansman yapısı içerisinde çalışmasında hayati öneme sahiptir. Aslında, sağlık giderlerine, neredeyse bütün dünya ülkelerinde bireylerin katılımı bulunmaktadır. Bu katılım, sosyal güvencenin hiç kapsam içine almadığı harcamalarda olabildiği gibi, kapsam içinde olan sağlık masraflarında da olabilmektedir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008). Bu anlamda, ayakta tedavi kapsamındaki sağlık hizmetlerinin mühim bir bölümü sosyal güvence aracılığıyla belirli teminat yüzdeleri ve yıllık limitler ile verilmektedir. Özel sağlık sigortaları ile bu teminat yüzdelerini tamamlama ve yıllık limitleri yükseltme imkânı verilecektir. Bunun da en sağlıklı ve dünya çoğunluğunda kabul edilen metodu “*tamamlayıcı sağlık sigortası*” şeklidir (Yıldırım, 2012).

Türk Sanayicileri ve İş adamları Derneği (TÜSİAD)’ın 2004 yılında yayınladığı “*Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri Raporu*” adlı basın bülteninde; özel sağlık sigortalarının rolü için aşağıdaki iki madde öneri olarak sunulmuştur (Özsarı, 2018):

- İsteğe bağlı özel sigortalar; ek olanaklar sağlayabilir, Genel Sağlık Sigortasının maliyet paylaşımı düzenlemelerini (*muafiyetler, katkı payları ve paralel sigorta gibi*) karşılayabilir ve Genel Sağlık Sigortası teminat paketi kapsamında olmayan teminatları kapsayabilirler fakat kamu teminat paketinin içinde yer alan teminatları sunmamalıdır
- Genel Sağlık Sigortasının, bütün nüfusu kapsayacağı sürece kadar geçen bir başlangıç döneminin arkasından, isteyenlerin sistemden ayrılabilmelerine ve ana sigortaları olarak özel sigorta yaptırmalarına olanak tanıyan bir seçeneğin de düşünülmesini önerilmektedir. Böylece, halen hem kamu hem de özel sigortası olanların aynı teminatlar için mükerrer prim ödemeleri örneğinde olduğu gibi, bu kişilerin Genel Sağlık Sigortası primi ödemeleri gerekmeyecektir

Ardından 2006-2008 seneleri arasında SGK ile Türkiye Sigorta Birliği, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ortak Çalışma Grubu kurarak 2008 ve 2012 senelerinde “*Sigorta Tutum ve Davranış Araştırmaları*”nı yaptırmıştır. 2008, 2015 ve 2017’de ülke genelinde bireylere yapılan anket çalışmalarında “*Devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesi yanında onu tamamlayan özel sağlık sigortasına da sahip olmalıyım*” ifadesine katılımcıların yıllara göre sırasıyla %56, %61 ve %66’sının olumlu cevap verdiği, bu görüşe katılmayanların ise katılımcıların %25, %11 ve %10 olduğu bulunmuştur (Özsarı, 2018).

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında kullanılan sağlık hizmetlerinin yeterli seviyede memnuniyete ulaşmaması, sağlık sektöründe bir yeniliğin yapılmasına sebep olmuştur. Meydana gelen bu farklılıklar sebebiyle devletin isteklerinin mevcut finansal kaynaklarla karşılanmaması sonucu bu sistem devamlılık konusunda bazı problemler ortaya çıkmıştır. Bu nedenle sağlık sektöründe yapılmak istenilen çeşitlilik ve farklılıklar sonucu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) şekli oluşmuştur (Şahin, 2018). Sosyal sağlık sigortası uygulamasını yürüten TSS, gerçekleşen bu finansal yükü kısmen de olsa üzerine almaktadır. TSS’nin sunmuş olduğu yararlar, kamu sağlık sigortasının kapsamından fazlaca etkilenmektedir. TSS, özel sağlık sigortasının bir çeşididir. Genel sağlık sigortası (GSS) teminat paketleri içerisine dahil olmayan veya teminat paketine dahil olup ancak kısmen karşılanan pozisyonlarda kişinin cepten ödeme yapması gereken ya da daha üst standartlarda hizmet almak istediği durumlarda ortaya çıkan bir sigorta çeşididir. Kısacası TSS, kurum tarafından kapsama alınmayan veya kapsama alındığı durumda ek ücret ödemesi gereken sağlık hizmetlerinin bu sigorta vasıtasıyla kapsam altına alınmasını ifade etmektedir (Önder ve ark., 2016). Bu sigortaya ilk kez 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 98. Maddesinde bahsedilmiştir. Bu sigortanın tanımı, kapsamı ve uygulaması 28.06.2012 tarihli genelgede SGK tarafından ortaya koyulmuştur.

SGK genelgesinden sonra, 23 Ekim 2013 tarihinde 28800 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’nde tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin temel hüküm ve esaslar belirlenmiştir. Yönetmeliğin 18. Maddesinde tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin detaylar açıklanmıştır (Pala, 2014).

Tamamlayıcı sağlık sigortaları, genel sağlık sigortasının üstündeki finansal yükü hafifletmek, harcama baskısını dengelemek ve GSS’nin uygulama esnekliğini artırmak gayesiyle uygulanmaktadır (Varoğlu, 2013). Tamamlayıcı sağlık sigortası hizmeti, sosyal güvenlik kurumunun anlaşmalı olduğu özel sağlık hizmet sunucularında devlet katılım payı

dışındaki farkları kapsam içine almaktadır. Ancak genel sağlık sigortasının kapsamı haricinde olan hizmetler ve özel oda gibi lüks istekler tamamlayıcı sağlık sigortasının da kapsamı haricinde bırakılmaktadır (Orhan, 2015).

İlaç teminatı, tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarında sağlanamamaktadır. Fakat doğum teminatı ilave teminat olarak verilebilmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası ülkemizde daha çok genel sağlık sigortasını destekleyici nitelikte kullanılmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamında olsa dahi hizmetlerin özel sağlık kuruluşlarından alınmasını sağlayan bir sigorta çeşididir. Genel sağlık sigortası dahilindeki sağlık hizmet sunucularında ödenmesi mecburi olan katılım payını, özel hastanede alacağınız tamamlayıcı sağlık sigortası hizmeti için de ödemek mecburidir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının buradaki görevi, benzer sağlık hizmetini daha az sıra bekleyerek ve daha kaliteli koşullarda almanız karşılığında özel sağlık sunucusunun talep ettiği fark ücretini finanse etmektir (Ay, 2017).

Türkiye’de GSS ile yaşanan değişim bütün toplumu dahil edecek sosyal sağlık güvencesini içermekle beraber özel sağlık hizmetlerine katılım göstermesiyle de hizmet talebine yönelik maliyet yükselişlerini birlikte getirmiştir. Yeniden yapılanma ile birlikte GSS ile bağlantılı olan TSS kişilerin özel sağlık hizmeti talebine karşı oluşan ek maliyet yükünü karşılama hedefi taşımaktadır. Böylece kamu ve özel piyasa arasında hem sağlık hizmetlerinin finansmanı hem de sağlık hizmet sunumu ile bir bağ oluşmuştur (İnce, 2014).

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasıyla, sağlık hizmetlerinden faydalanan bireyler, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendilerinin ödemek zorunda olduğu tutarı gerekse yatarak tedavide sağlanan koşulların iyileştirilmesi için vermeleri gereken farkı, tamamlayıcı sağlık sigortası vasıtasıyla riski diğer bireylerle paylaşarak karşılama imkanına sahip olmaktadır (Çelik ve ark., 2004).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının sağladığı yararlar, kamu sağlık sigortasının kapsamından büyük oranda etkilenmektedir. Geri ödeme oranları, ülkeden ülkeye ve ülkelerdeki çeşitli sigorta poliçesi alternatiflerine göre farklılık göstermektedir (Varoğlu, 2013).

TSS, hem özel hizmet almak isteyen kişiler için daha az maliyetli bir sigorta olması hem kamudan oluşan maliyet açığını düşürücü tesiri hem de özel sağlık kuruluşları için nefes anlamına geldiğinden bütün taraflarca olumlu karşılanmaktadır (Serdar ve ark., 2021). Aynı anda özel sağlık sigortacılığında sigortalı birey sayısı ve prim üretiminde de yüksek oranda artış gözlenmektedir. 2021 yıl sonu itibariyle Türkiye’de TSS’ye sahip toplam 2.594.785 civarı

sigortalı kişi mevcuttur. TSS kapsadığı hizmetler açısından; yatarak tedavi, ayakta tedavi, hekim muayenesi, reçeteli ilaçların temini, fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, doğum ek teminatı ve benzeri pek çok sağlık hizmetini karşılamaktadır. Ancak TSS’den yararlanan kişi sayısı hala istenilen düzeye ulaşmamıştır.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının ülkemizde uygulanabilirliği üzerine 2005 yılından itibaren araştırmalar ve çalışmalar yapılmıştır. Bu bağlamda; Türkiye Sigorta Birliği, zel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği iş birliğinde raporlar üretilmiş, Tamamlayıcı Sigorta İhtisas Komitesi kurularak mevzuat taslağı oluşturmuştur. Ancak 2004-2009 yılları arasında görev yapan bu Komitenin hazırladığı taslak çalışmaları o yıllarda yrrlēē girememiştir (zsarı, 2018).

TSS poliçeleri, kişilerin tercihlerine göre şekillenebilmekte, içerikleri ve kapsamaları daralıp genişleyebilmektedir. Bununla beraber, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun (5510 sayılı Kanun) 98 inci maddesinin ikinci fıkrasında; *“Bu Kanun gereēince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz.”* hükmü gereēince bu Kanunun 68. maddesinde belirtilen katılım paylarının bireyler tarafından ödenmesi zorunludur (Güdük, 2019).

Tamamlayıcı sağlık sigortası için fizibilite çalışmaları 1990’lı yıllarda başlamış olmasına rağmen hayata geçirilmesi 28.06.2012 tarihinde SGK tarafından yayımlanan 2012/25 sayılı *“Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları”* başlıklı Genelge ve 23 Ekim 2013’de zel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’n yrrlēē girmesi ile başlamıştır (zsarı, 2018). Bu düzenleme sayesinde, sigortalıların özel hastanelerde SGK’nın demiş olduğu tutarların üzerinde karşılaştıkları ek maliyetleri cepten ödemek yerine sigorta firmalarına devredebilmelerinin n açılmıştır. Sigortalının hizmet aldığı sağlık kurumunun, SGK ve sigortalının poliçesini almış olduğu sigorta firması ile anlaşmasının bulunması halinde, SGK’nın karşılamış olduğu tutarın haricinde kalan tutarlar, poliçede belirlenen limitlere kadar anlaşmalı sağlık kurumuna ödenebilecek seviyeye gelebilmiştir (zer, 2015).

Tamamlayıcı sağlık sigortası ile üyeler sağlık hizmeti alırlarken, bilhassa özel hastanelerde, genel sağlık sigortasının ödemediği fark ücretini cepten ödemek mecburiyetinde kalmayacaklardır. Özel sigorta firmaları üyelerin arasındaki riski paylaşarak ve topladıkları primlerle ekonomiye kaynak yaratmaktadırlar (Yıldırım, 2012).

Özetleyecek olursak, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; SGK tarafından teminat kapsamına alınmayan, kapsama alındığı durumda kısmen karşılanan, sigortalı tarafından ek ücret ödemesi yapılan, ya da kişilerin daha yüksek koşullarda sağlık hizmeti istediği zamanlarda devreye giren özel sağlık sigortası çeşididir. Ülkemizde ağırlıklı olarak 2000’li yılların başlarından itibaren tartışılmaya ve uygulanmaya başlamıştır. Bu sigorta çeşidi hukuki zeminde ilk olarak 5510 sayılı Kanunun 98. Maddesinde kendine yer bulmuştur. Tamamlayıcı sağlık sigortası sayesinde özel sağlık sunucularında hizmet alan bireyler, SGK’nın karşılamış olduğu tutarları kuruma, oluşan fark ücretini ise sigorta firmasına aktarabilmektedir. Sigorta firması ile sağlık kurumu arasında yapılan anlaşma neticesinde, kurumun karşıladığı tutarın haricindeki ücret, anlaşma düzeyine göre SUT fiyatları üzerinden karşılanmaktadır. Böylece sigortalı ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinde hizmet koşullarını düzeltirken, cepten yapılan ödemeleri de engellemektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri genel olarak bir yıllık düzenlenmektedir. Ayakta ve yatarak tedavi teminat limitleri sigorta şirketlerine göre çeşitlilikler gösterebilmektedir. Ayakta tedavi teminatları için limit değil belirli bir vaka sayısı söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmet sunucularına belirli bir başvuru sayısı limiti bulunmaktadır. Sigortalılar, poliçe kapsamında özel sağlık hizmet sunucularına müracaatlarda genellikle bir üst limit uygulanmaktadır. Yatarak tedavi teminatları genellikle limitsiz şekilde sunulmaktadır. Poliçe özel şartları sigorta şirketlerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Bekleme süreleri bazı sigorta şirketlerinde uygulanmamaktadır. Poliçe kullanımı, ek teminat söz konusu değilse Türkiye sınırları içerisinde geçerli olmaktadır. Sigorta teminatı anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerli olduğundan dolayı, tazminat ödemelerinde elden hasar ödenmesi söz konusu değildir (Özer ve ark., 2014).

2.4.5. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortasının Gelişimini Etkileyen Teorik Faktörler

Sağlık sigortacılığı stratejik düşünmeyi gerektirir. Sağlıkta stratejik düşünerek yönetim için; genel gaye, kurumunu ya da örgütünü etrafında uygun bir yere konumlandırmaktır. Özellikle gayeleri; diğer kurumların oluşturduğu bilgi akışını sıralamak ve sınıflamak, örgütü etkileyecek mevcut mühim konuları tespit etmek, örgütün değerleri, vizyonu, misyonu, amaçları, stratejisi ve içsel analizi için organize bilgi sağlamak, örgüt çoğunluğunda stratejik düşünmeyi özendirme. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak çevresel faktörlere örnek olarak: Genel ekonomik kriz, sağlık hizmetlerinde geri ödeme politikaları, kişilerin sağlık hizmetleri konusundaki davranış, beklenti ve tutumu, nüfusun yaşlanması, sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımınıdır (Başol, 2015).

Bütün dünyada özellikle 1970'li yıllardan itibaren nüfus yapısının değişmesi, doğuştan yaşam beklentisinin artması ve nüfusun giderek yaşlanması, kişilerin eğitim seviyelerinin ve gelirlerinin yükselmesiyle beklentilerinin ve ihtiyaçlarının farklılaşması, tıbbi teknoloji alanındaki gelişmelere bağlı olarak maliyetlerin artması, sağlığın çok yönlü ve geniş çaplı bir alan olması sosyal refah devleti anlayışıyla birlikte ülkelerin sağlık hizmetleri sunumu ve dolayısıyla harcama miktarları üzerinde önemli bir baskıyla yüzleşmeleri sonucunu doğurmuştur. Ülkeler, sağlık harcamalarını karşılayabilecekleri bir seviyede sabitlemek ve maddi sürdürülebilirliklerini karşılamak gayesiyle prim oranlarının ve/veya vergilerin arttırılması, verilen sağlık hizmetleri kapsamının daraltılması, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, fiyat tarifelerinin azaltılması, özel sigorta piyasasından yararlanılması gibi çeşitli vasıtalarla gereksinim duyulmaktadır (Çelik ve ark., 2003).

Özel sağlık sigortası sektörü, ülkelerin sağlık alanındaki masraflarını risk ve maliyet bölüşümü aracılığıyla dengeleyerek kamu üstünde oluşan mali baskıyı azaltan, sağlık hizmetleri sunumunda kapasite kullanımını arttırarak maliyet avantajı sağlayan, daha büyük bir yelpazede doktor ve hastane tercih etme özgürlüğünün verilmesiyle bireylerin memnuniyet seviyelerini yükselten, kamu sağlık sigortasının verdiği sağlık hizmetleri ile en uygun koşullar arasında oluşan farkı karşılayan esnek bir vasıta olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri, çok sayıda bireye belli miktarda ve tanımlanmış risklere karşı asgari teminat sunduğundan daha çoğunu tarafların tercihine göre özel sigorta sektöründen sağlanması, hem sosyal sigorta kuruluşlarının yükünü hafifleterek sosyal güvenlik sistemini rahatlatmakta hem de sigortalıların istenen kalite ve seviyede hizmetten faydalanmalarını sağlamaktadır. Özel sağlık sigortası çeşitleri içinde olan tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması da özellikle Avrupa ülkelerinin, sosyal güvenlik felsefesinin gereklerine karşıt düşünmeden sosyal güvenlik sistemlerini rahatlatmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamak gayesiyle başvurdukları tedbirlerden birisidir (Varoğlu, 2013).

Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ekonomik krizler sağlık harcaması kapasitesine bir sınırlılık getirmiştir (Yılmaztürk , 2013). Türkiye'de 2013 senesinde yürürlüğe giren 6428 sayılı kanun kamu özel iş birliği modeli ile tesis yaptırılması, hizmet alınması ve yenilenmesi gibi etkinlikleri içermektedir (Erol ve Özdemir, 2018). Kamu Özel İş birliği, bazen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) veya Şehir Hastaneleri sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin tesirli adımlarındandır. KÖO devletin bir özel şirket grubuyla uzun süreli (49 yıla kadar) sözleşmeye dayanan bir hizmet ve yatırım şeklidir. KÖO kamu kaynaklarına özel pazarın sağlıkta

piyasalaşma sürecinin en mühim basamaklarındadır ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlama metotlarından birisi olmaktadır (Orhaner ve Çilhoroz, 2020).

Ülkemiz için birincil finansman metodu olarak özel sağlık sigortası sistemi kullanılmamasına ve büyük bir kitleye sahip olmamasıyla beraber mühim mktesebatları bulunmaktadır. Yeterli yasal düzenlemeler, bu sektörde kalifiye insan kaynağının bulunması ve tamamlayıcı sağlık sigortası sisteminin uygulanabilmesi özel sağlık sigortacılığının mühim güçlü yanları olarak sayılabilmektedir. Tüketicilerin SS alanında ehil seviyede malumata sahip olmaması, giderlerin yüksek, talebin az ve hane halkı gelir seviyesinin az olması mühim eksiklikler olarak sayılabilmektedir. Toplumun yaşlanması, kronik hastalıkların yükselmesi, kaliteli özel sağlık sunucularının varlığı ve seçilmesi özel sağlık sigortacılığı bakımından fırsat olarak bakılabilir. GSS'nin mühim bir kapsayıcılığının olması, rakipler ve ekonomik durum mühim tehditler olarak sıralanabilmektedir (Sevim ve Nal, 2021).

2.4.6. Türkiye'de zel Sağlık Sigortası ile İlgili Veriler

Türkiye Sigorta Birliği verilerine göre TSS ve SS sigortalı sayıları aşağıda yer almaktadır:

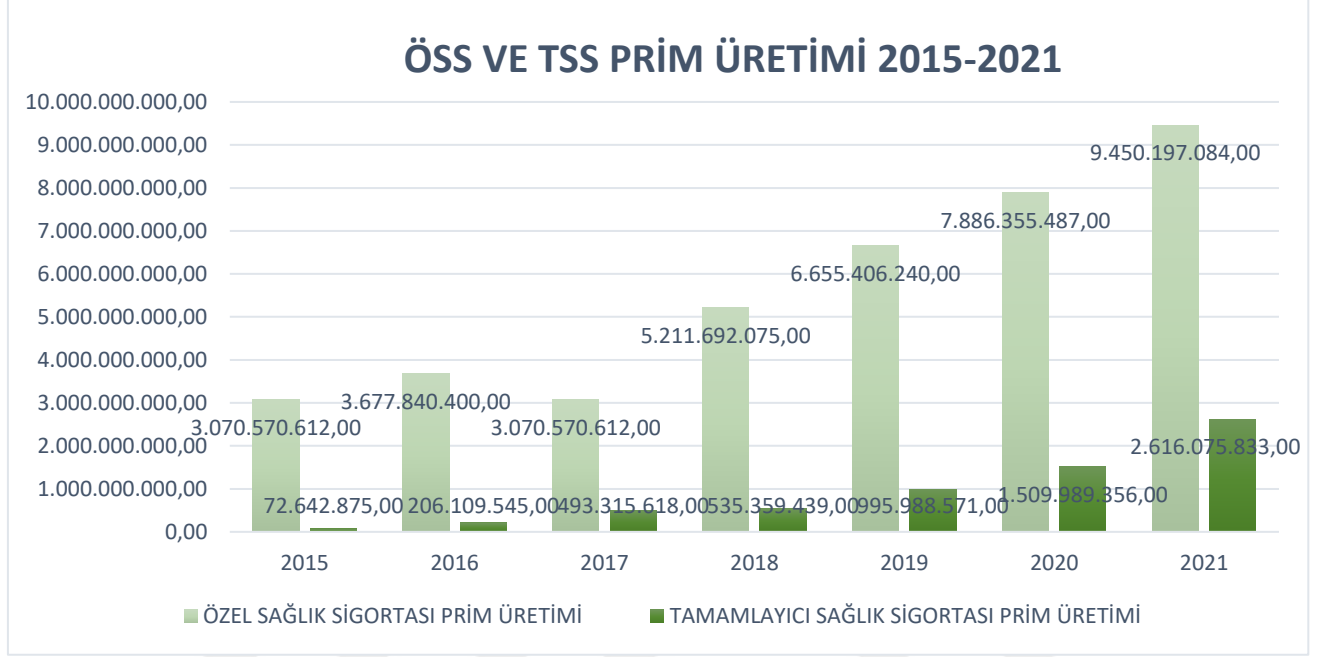
Tablo 2. SS ve TSS Prim retimi ve Sigortalı Sayıları

SS VE TSS PRİM ÜRETİMİ VE SİGORTALI SAYILARI				
YILLAR	ÖZEL SAğLIK SİGORTASI		TAMAMLAYICI SAğLIK SİGORTASI	
	PRİM ÜRETİMİ	SİGORTALI ADETLERİ	PRİM ÜRETİMİ	SİGORTALI ADETLERİ
2015	3.070.570.612,00	2.146.744	72.642.875,00	134.383
2016	3.677.840.400,00	2.273.215	206.109.545,00	404.975
2017	3.070.570.612,00	2.026.458	493.315.618,00	676.124
2018	5.211.692.075,00	2.223.758	535.359.439,00	920.073
2019	6.655.406.240,00	2.350.278	995.988.571,00	1.354.318
2020	7.886.355.487,00	2.292.315	1.509.989.356,00	1.581.773
2021	9.450.197.084,00	2.540.238	2.616.075.833,00	2.594.785

Tablo 2'ye göre 2015-2021 yılları arası, son yedi yılda özel sağlık sigortalı sayısı %1,18 artarken, tamamlayıcı sağlık sigortalı sayısı ise %19,30 artmıştır. Bu veride önemli olan nokta, TSS sayıları önemli ölçüde artarken, SS sayısında da çok az da olsa artışın devam ediyor olmasıdır. Ülkemizde SS kişi sayısının da yüksek oranlarda artması için SS'na teşvik amaçlı politikalar yapılmalı ve çalışmalar başlatılmalıdır.

TSS'nin prim üretimi açısından henüz ÖSS'nin oldukça arkasında olduğu Şekil 1'de yer almaktadır:

Şekil 1. ÖSS ve TSS Prim Ücreti (TSB, 2022)

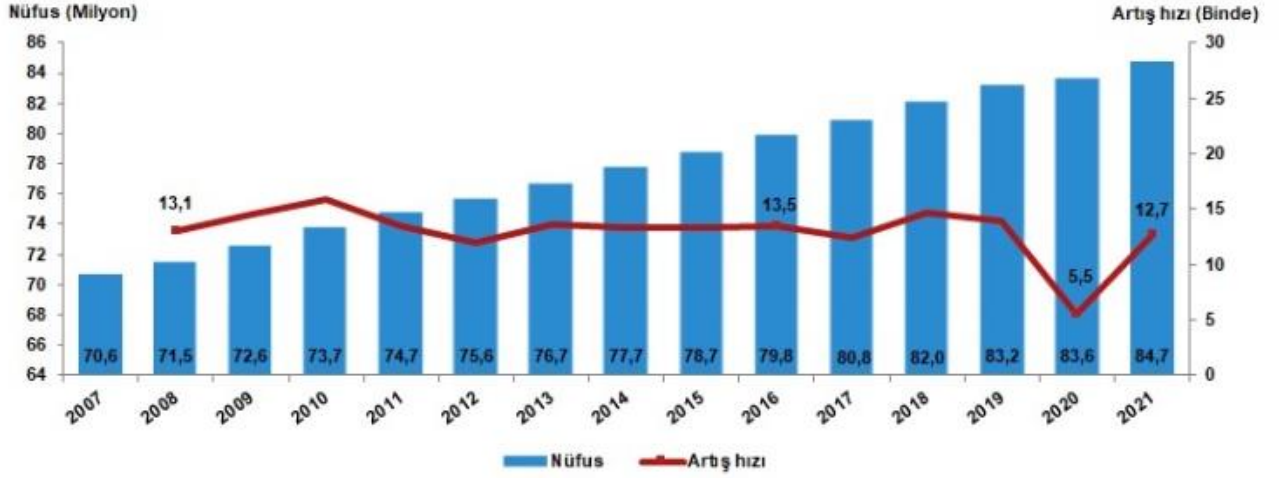


ÖSS ve TSS sigortalı sayıları, prim üretimleri ve büyüme trendleri birlikte ele alındığında anlaşılabileceği üzere; TSS sigortalı sayıları ve prim üretimleri ÖSS'ye göre daha hızlı büyümekle birlikte, 2021 yılı itibarıyla toplam özel sağlık sigortası prim üretiminin %78'ini, toplam sigortalı sayısının ise %49,46'sını ÖSS oluşturmaktadır. Bu durum özel sigortacılığa ilişkin politika geliştirilirken, TSS ve ÖSS'nin birlikte ele alınması ve her iki sigorta türünün de hitap ettiği kesime göre devamlılığını sürdürmesi gerektiğinin somut bir göstergesidir. Ayrıca sağlık sigortalarında Şekil 1'de de görüldüğü üzere 2020 yılı itibarıyla prim üretimlerindeki artış, 2021 yılında da devam etmektedir. 2021 yıl sonunda bir önceki yıla göre %30 seviyelerinde bir artış olduğu görülmektedir.

Türkiye'de ikamet eden nüfus, Şekil 2'de görüldüğü üzere 31 Aralık 2021 tarihi itibarıyla bir önceki yıla göre 1 milyon 65 bin 911 kişi artarak 84 milyon 680 bin 273 kişiye ulaşmıştır. (TÜİK, 2022).

Şekil 2. Nüfus ve Yıllık Nüfus Artış Hızı (TÜİK, 2022).

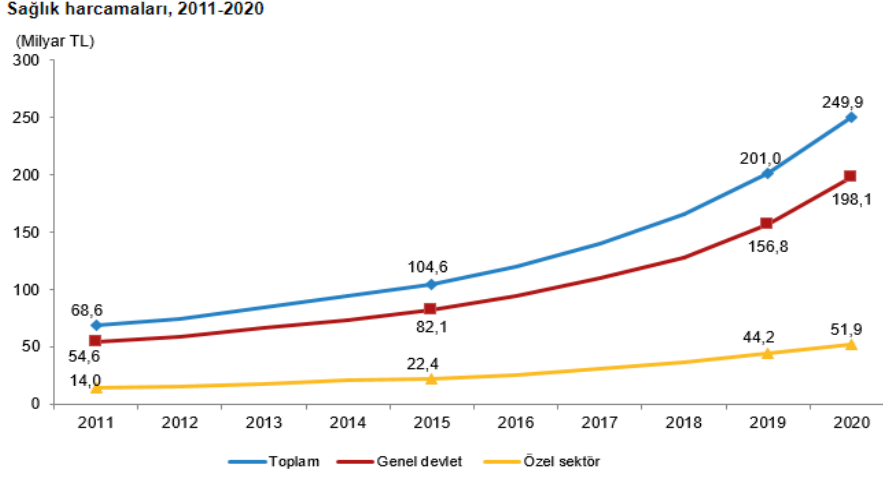
Nüfus ve yıllık nüfus artış hızı, 2007-2021



Ülkemizde 2021 yılında toplam nüfusa oranla özel sağlık sigortalı birey sayısının oranı %6,06'dır. Bu oran OECD ülkelerine göre çok düşük kalmaktadır. Bu oranın yükseltilebilmesi için bireylerin özel sağlık sigortası yaptıрма bilinç seviyelerinin artması, gelir seviyelerinin yükselmesi gibi faktörlerle birlikte, ülkemizin de bu konu hakkında bireylere teşvik edici uygulamalar başlatması gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerin en önemli göstergelerinden biri olan sağlık hizmeti finansman kaynaklarından özel sağlık sigortacılığı, bireylerin farkındalıklarının, eğitim seviyelerinin, gelirlerinin yüksek olması, devlet desteğinin yüksek olması gibi faktörlerden dolayı iyi seviyelerdedir.

Toplam sağlık harcaması Şekil 3'te görüldüğü üzere, 2020 yılında bir önceki yıla göre %24,3 artarak 249 milyar 932 milyon TL'ye yükseldi. Genel devlet sağlık harcaması %26,3 artarak 198 milyar 62 milyon TL'ye ulaştı. Özel sektör sağlık harcaması ise %17,3'lük bir artış oranı ile 51 milyar 869 milyon TL olarak tahmin edilmiştir.

Şekil 3. Sağlık Harcamaları 2011-2020 (TÜİK, 2021).



Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı Tablo 3'te görüldüğü gibi 2020 yılında %79,2, özel sektör sağlık harcamasının ise %20,8 olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında, 2020 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu %51,0, merkezi devlet %27,6, hane halkları %16,0, Sigorta şirketleri %2,6, hane halkına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmeler %2,1, mahalli idareler %0,7'lik bir paya sahip olmuştur.

Tablo 3. Genel Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcamaları 2019-2020 (TÜİK, 2021).

(Milyon TL)

	2019	Pay(%)	2020	Pay(%)
Toplam sağlık harcaması	201 031	100,0	249 932	100,0
Genel devlet	156 819	78,0	198 062	79,2
Merkezi devlet	51 492	25,6	68 927	27,6
Mahalli idareler	1 373	0,7	1 632	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	103 954	51,7	127 504	51,0
Özel sektör	44 212	22,0	51 869	20,8
Hanehalkları	33 626	16,7	40 105	16,0
Sigorta şirketleri	5 801	2,9	6 458	2,6
Diğer (1)	4 785	2,4	5 306	2,1

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(1) "Diğer" sağlık harcamaları, hanehalklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Cari sağlık harcaması 2020 yılında bir önceki yıla göre %23,8 artarak 233 milyar 62 milyon TL'ye yükseldi. Sağlık harcamaları kapsamındaki yatırımlar %31,9 artarak 16 milyar 870 milyon TL'ye ulaşmıştır.

Toplam sağlık harcamasının Tablo 4'e göre sağlık hizmeti sunucularına göre dağılımı incelendiğinde, ilk üç sıra 2020 yılında da değişmemiştir. Sağlık hizmetleri ve ürünleri satın almak için başvurulmuş sağlık kurumları içerisinde en büyük payı 2020 yılında %49,4 ile hastaneler oluşturmaktadır. Hastaneleri sırasıyla %25,2 ile perakende satış ve diğler tıbbi malzeme sunanlar ve %10,3 ile ayakta bakım sunanlar izlemektedir.

Tablo 4. Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (2019-2020) (TÜİK, 2021)

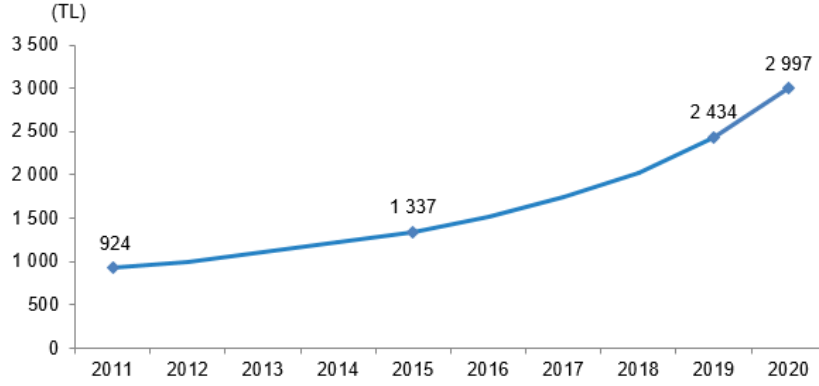
	(Milyon TL)			
	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	201 031	100,0	249 932	100,0
Cari sağlık harcaması	188 237	93,6	233 062	93,3
Hastaneler	97 446	48,5	123 397	49,4
Evde hemşirelik bakımı	1	0,0	1	0,0
Ayakta bakım sunanlar	23 971	11,9	25 664	10,3
Perakende satış ve diğler tıbbi malzeme sunanlar	51 992	25,8	63 053	25,2
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	8 884	4,4	13 055	5,2
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	949	0,5	1 166	0,5
Sınıflandırılmayan diğler kategori	5 065	2,5	6 726	2,7
Yatırım	12 794	6,4	16 870	6,7

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir

Şekil 4'te görüldüğü üzere kişi başına sağlık harcaması 2019 yılında 2 bin 434 TL iken, 2020 yılında %23,1 aratarak 2 bin 997 TL'ye yükselmiştir. Bunun nedeni olarak tüm dünyada etkisini süren pandemi süreci ve buna bağlı olarak ülkede yaşanan enflasyon olduğu söylenebilir.

Şekil 4. Kişi Başı Sağlık Harcaması (2011-2020) (TÜİK, 2021).

Kişi başına sağlık harcaması, 2011-2020



Tablo 5’te görüldüğü üzere toplam sağlık harcamasının GSYH’ye oranı 2019 senesinde %4,7 iken, 2020 senesinde %5,0 olmuştur. Cari sağlık harcamasının GSYH’ye oranı ise 2019 senesinde %4,4 iken, 2020 senesinde %4,6 olarak gerçekleşmiştir.

Hane hakları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması 2020 senesinde bir önceki yıla göre %19,3 artarak 40 milyar 105 milyon TL’ye ulaşmıştır. Hane halkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 senesinde %16,0 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2021).

Tablo 5. Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler (2019-2020) (TÜİK, 2021).

	2019	2020
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	201 031	249 932
Kişi başına sağlık harcaması (TL)	2 434	2 997
Toplam sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı (%)	4,7	5,0
Cari sağlık harcamasının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı (%)	4,4	4,6
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	78,0	79,2
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	22,0	20,8
Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	16,7	16,0
2019 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir.		

Tablo 6’da görüldüğü üzere ÖSS sigortalı sayısının 2020 yılından 2021 yılına değişim oranı %10,8 iken bu oran TSS sigortalı sayısındaki artış %64 oranında artmış. ÖSS sigortasına göre çok yüksek oranda arttığı görülmektedir. Bunun sebebi olarak yine COVID-19 salgını ile kişilerin biraz daha farkındalığının artmış olma ihtimali ile uygun fiyatlı olduğundan TSS poliçelerine yöneldiği söylenebilir. Grup sigortalı poliçelerde ise yine TSS grup poliçeli sigortalı sayıları 2020 yılından 2021 yılına %48,7 oranında bir değişim olduğu ve bireysel sigortalı TSS bireysel poliçeli sayıları %74,6 oranında bir yüksek bir değişim göstermiştir.

Tablo 6. ÖSS-TSS 2020-2021 Sigortalı Sayıları Değişim Oranları (TSB, 2022).

	2021 Aralık Sonu	2020 Aralık Sonu	Değişim 2021/2020
ÖSS Sigortalı Sayısı	2.540.238	2.292.315	10,8%
TSS Sigortalı Sayısı	2.594.785	1.581.773	64,0%

	Grup Sigortalı		
	2021 Aralık Sonu	2020 Aralık Sonu	Değişim 2021/2020
ÖSS Sigortalı Sayısı	1.422.362	1.293.154	10,0%
TSS Sigortalı Sayısı	1.212.744	815.517	48,7%

	Bireysel Sigortalı		
	2021 Aralık Sonu	2020 Aralık Sonu	Değişim 2021/2020
ÖSS Sigortalı Sayısı	1.117.876	1.012.163	10,4%
TSS Sigortalı Sayısı	1.382.041	791.362	74,6%

2.5. DÜNYADA SAĞLIK SİGORTASI

Sağlık alanında uluslararası iş birliği yapma gereksinimi ilk defa Avrupa kıtasında 19. Yüzyıl başında kolera salgınları sebebiyle doğmuştur. Paris’te 23 Temmuz 1851’de yapılan 1.Uluslararası Sağlık Konferansına on iki ülke katılım göstermiş ve müzakereler sonucunda 137 maddelik bir *Uluslararası Sağlık Yönetmeliği* yayımlanmıştır. On dokuzuncu yüzyıl sonuna kadar toplam on iki kez yapılan bu konferanslarda başlıca değinilen konular; Avrupa’yı kolera, veba gibi bulaşıcı hastalıklara karşı korumak ve bu hastalıklar nedeniyle ulaşım ve ticarete olan handikapları yok etmektir (Orhaner, 2014).

Günümüz çağında bir yaşam ve kaza sigortası ise ancak kapitalizmin toplumca kabul görmesi ve bilim insanların olasılık ve aktüeryal hesaplar konusunda yeni kuramlar geliştirmeleri ile olanak bulmuştur (Morton, 1984). Fransa’da tam anlamda ilk yaşam sigorta Şirketi *Compaigne d’Assurance Generales sur la Vie* 1819’da; Almanya’da ise *Deutsche Lebcnversicherung Gesellschaft* adı ile 1828’de kurulmuştur. Japonya’da ilk yaşam sigortası

şirketi olan *Meiji Life Assurance* 1868'de faaliyete geçmiştir. ABD sigorta uygulaması ile ilgili ilk bilgiler *American Weekly Mercury* dergisinin 1721 yılında yayınlanan bir örneğinde yer alan bir sigorta reklamıdır. Bunun haricinde ilk yaşam sigortası sayılabilecek uygulama 1794 yılında kurulan ve dinsel yönü ağır basan *Presbyterian Minsters Fund*'dur. Tek gayesi sigortacılık olan İlk şirket ise 1812'de kurulan *The Pennsylvania Company For The Insurance on Lives and Granting Annuities* 'dir (Black ve Skipper, 2000).

Dünyada sigorta piyasasının geliştiği bölgeler, endüstrileşmiş ülkelerdir. Özellikle Batı Avrupa ülkeleri, Kuzey Amerika ülkeleri ile Japonya ve yeni endüstrileşmiş Asya ülkelerinde sigortacılığın gelişmiş olduğu ülkelere örnek gösterilebilmektedir. Bu sebeple bir ülkenin endüstrileşmiş/gelişmiş ekonomiye sahip olması sigorta sektörünün de gelişmiş olması demektir. Ekonomik anlamda gelişmiş ülkelerde yaşam süresi yükselmiştir. Sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamı büyürken ekonomik olarak sigortalıya yapılan ödemeler, yaşam süresinin uzaması ve sigortalının işsizlik, emeklilik, sağlık konusunda beklentilerinin artması sebebiyle düşük kalmıştır. Bu durumdan kaynaklı sosyal güvencenin haricinde bir güvenceye sahip olmak nedeniyle sağlık sigortaları önem kazanmıştır. Özel sigortalar, bireysel gönüllülük ve karşılıklı sözleşme temeline dayanarak sosyal sigortalarla sağlanan güvencenin haricinde bir güvenceye ulaşma olanağı vermektedir. Bunun için kişi başına düşen gelirin artması gerekir. Gelişmiş ekonomilerde ülkenin milli geliri arttığı gibi kişi başına gelir de artmıştır. Ekonomik yönden gelişmiş ülkelerde kişi başına gelirin yüksekliği yanında eğitim seviyesinin yüksek olması ve artan sigorta bilinci sebebiyle sağlık sigortalarına talep artmıştır (Orhaner, 2013).

2.5.1.Sağlık Sigortası Uygulamalarına Dünyadan Örnekler

Ülkemizde henüz olmasa da dünyanın bütün gelişmiş ekonomilerinde lokomotif rol alan sigortacılık sektörünün, sanayileşmekte olan ekonomilerinin en dinamik piyasalardan biri olduğu bilinmektedir. Günümüzün gelişmiş ülkeleri yüksek kalkınmışlık seviyelerine, başka faktörlerin yanında önemli miktarda sigortacılık etkinlikleri sonucu toplanan büyük çaplı birikimlerle ulaşmışlardır. Gelir düzeyi düşük olan ülkelerin ekonomilerinde ağırlığı hissedilmeyen sigorta piyasası, ülkenin gelir düzeyi yükseldikçe ekonomik kalkınma içerisinde önem kazanmaya başlamaktadır. Ekonominin gelişmişlik düzeyi yükseldikçe sigortacılığın yaygınlaşacağı, sigorta terimi toplumda yerleştikçe ekonomik gelişmenin hız kazanacağı genel bir kural olarak kabul edilmektedir (Avşar, 2010).

Özel sağlık sigortası, Batı Avrupa sağlık sistemlerinde üç ayrı fonksiyona hizmet etmektedir. Birincisi zorunlu sosyal sağlık sigortası düzenlemelerine bir alternatiftir. Bazı

ülkelerde (Hollanda), belirli nüfus zorunlu sosyal sigorta kapsamına girmeyen gruplar özel pazarda sigorta aramayı tercih edebilmektedir. Diğer ülkelerde (Almanya), sigortalı kişiler, gelirleri yükseldiğinde özel sağlık sigortasına katılmak ve sosyal sağlık sigortasında kalmak arasında bir tercihe sahip olmaktadır. İkinci fonksiyon, örneğin sosyal sigorta kapsamına girmeyen hizmetler için teminat sağlayarak yasal sigortayı tamamlamaktır. Bazı ülkelerde (Belçika, Fransa), sigortalı kişiler ek sigorta yaptırmaktadırlar. Özel sağlık sigortasının üçüncü fonksiyonu, sigortalı olduğu tamamlayıcı teminat olarak adlandırılabilir kısmı sağlamaktadır. Kişiler mevcut sosyal programlara katılmak zorunda oldukları halde ek özel sigorta satın almaktadırlar. Bu form daha çok, kamu sektörüne paralel olarak ayrı, özel olarak finanse edilen bir sisteme sahip olan vergi ile finanse edilen ülkelerde bulunmaktadır (Wasem ve ark.,2004).

Sigortacılık piyasasının bilhassa gelişmiş batı ülkelerindeki yeri, yatırım ve kalkınmaya sağladığı büyük ölçekli kaynaklar, yaşam şartlarını arttırıcı tesiri, biriktirdiği uzun vadeli fonları diğer zayıf ve gelişmekte olan ekonomilere borç olarak kullandırma mekanizması, piyasayı değişik pek çok konuda yarar sağlayan bir duruma itmiştir. Gelişmiş ülkelerde sigorta firmaları sermaye piyasalarının en güçlü kurumsal yatırımcılarından biri olarak etkinlik göstermektedir. Sigortacılığın gelişmiş olduğu ülkelerde sigorta piyasası ülke ekonomisinde kalkınma gücü sağlayarak ulusal gelişmeyi motive etmekte, mühim bir tasarruf yatırımı yaratmak suretiyle, sosyo-ekonomik zararları düşürmekte, vergiye kaynak oluşturmakta, genel refah seviyesini arttırmakta ve uluslararası ekonomik ilişkilerle ticareti yükseltmektedir (Avşar, 2010).

Almanya'nın ardından İngiltere 1910 senesinde, Fransa 1921 senesinde de sağlık sigortası uygulamaları başlatmıştır (Aviva Ron, 1990). Sosyal sigorta yoluyla tüm halka sağlık güvencesi sunmak, yalnızca kimi ülkelerle kısıtlı olmak üzere ve fakat çok yakın tarihte olabilmektedir. Avrupa'da; 1996 senesinde İsviçre, 1998 senesinde Belçika, 2000 senesinde ise Fransa bütün topluma %100 oranında sağlık güvencesi teminatı verilmiştir (Richard B. Saltman, 2004). OECD ülkelerinde devlet sigortası ile özel sağlık sigortası arasında dengede önemli farklar bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası birçok defa devlet sigortasına tamamlayıcı bir özellik göstermektedir. Kimi ülkelerde ise devlet sigortası yerine geçmekte ve nüfusun bir bölümünün ilk tedavi teminatlarını karşılamaktadır. Japonya, Kanada, Fransa, Avusturya ve bir dereceye kadar Danimarka'da nüfusun büyük bir kısmı özel sigortayı tamamlayıcı bir sigorta olarak tercih etmektedir (Atlı, 2002). Bu bağlamda birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin

üye olduğu OECD’de yer alan bazı ülkelerin sağlık sigortası uygulamaları hakkında bilgi verilecektir.

2.5.1.1. Amerika Birleşik Devleti’nde Sağlık Sigortası Uygulamaları

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), eyalet sistemine sahip federal bir cumhuriyettir. Her eyaletin kendi başkentine sahip olduğu ABD, 50 eyaletten oluşur ve başkenti *Washington, D.C.* ‘dir. ABD’de sağlık sistemi, yaşlılar, engelliler, yoksullar, kamu çalışanları için sağlık sigortası sağlamaktadır. Bunların finansmanı ise işverenler, devlet ve bireysel fonlar vasıtası ile sağlanmaktadır (Keskin, 2019).

ABD sağlık sistemi; yaşlılara verilen hizmetler açısından ulusal sağlık sigortası şekline, gazi ve gazi çocuklarına sunulan sağlık hizmeti açısından Beveridge şekline, çalışanlara sağlanan sağlık hizmetleri açısından Bismark şekline ve %9,1’inin sağlık sigortası sahibi olmamasından kaynaklı da cepten ödeme şekliyle benzerlikler yer almaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sisteminin sahip olduğu esas niteliklerden birisi, hizmet alanlara pek çok alternatifi sağlayabilmesidir. ABD’de hastalar, özel sigortalardan, özel sağlık organizasyonlarına kadar çok büyük bir çerçevede, kendilerine uygun olan hizmeti, hastaneyi ya da doktoru tercih edebilmektedirler. Bu noktada önemli olan husus sistemin genellikle “*özel*” (kâr amaçlı ya da değil) nitelikteki yapılanmalarla işletildiğidir. Bu bağlamda da hizmet, onu alabilecek güce sahip olanlara verilebilmektedir. Özel sağlık sigortası en hızlı şekilde 1950’ler ve 1960’ların başında büyümüştür; Medicare ve Medicaid’in yürürlüğe girmesinin ardından 1960’ların sonlarında kamu parogramları ilerlemiştir. Bu dönem boyunca, devlet ve yerel yönetim tarafından ödenen pay, hayırseverlik ve sanayi tarafından doğrudan hizmetler aracılığıyla ödenen küçük pay ile hemen hemen aynı kalmıştır. 1970’lerin ortalarından bu yana nispi paylar oldukça sabit kalmıştır. En büyük orandan hükümet sorumlu, yaklaşık %40,2; özel sigorta yaklaşık %27; ve yaklaşık 1/3 tüketici doğrudan ödemeleri oluşturmaktadır. Özel Sağlık sigortası, Medicare ve Medicaid, üç hedef nüfusun sağlık ihtiyaçlarına yönelik tipik Amerikan segmentli yaklaşımını temsil etmektedir; istihdam edilen orta sınıf, yaşlılar ve fakirler. Gelir seviyesi bu tip organizasyonlara erişmekte zorlananlara yönelik belirlenen “*devlet desteği*” ise arzu edilen seviyeye ulaşmamıştır (Blanpain, 1982).

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan dört temel grup vardır. Bunlar şöyle sıralanabilir (Kılıç, 1994):

- Kâr amaçlı özel sigorta şirketleri
- Blue cross (mavi haç) ve blue shield (mavi kalkan)
- Bağımsız sigorta planları (sağlık organizasyonları için)
- Kamu sigortaları (Medicare/Medicaid)

Özel sağlık sigortası sektörü üç geniş kategoriye ayrılmaktadır; sigorta şirketleri, Mavi Haç ve Mavi Kalkan ve bağımsızlar. Kâr amacı gütmeyen Mavi kalkanlar sahada ilk olmasına rağmen, sigorta şirketleri kısa sürede kayıta onları geçmiştir ve o zamandan beri çoğunluk konumunu korumuştur. 1979'da sigorta şirketleri hastane, tıp ve hastanelerin yaklaşık yarısını oluşturuyordu. Öte yandan, Medicare ve Medicaid geri ödemelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerine karşı ayrımcılık yapmaya devam etmiştir. Amaçları, özellikle önleme ve danışmanlık. Bu aynı zamanda çoğu özel sağlık sigortası için de geçerlidir (Blanpain, 1982).

Medicare (Tıbbi Bakım Sigortası); ABD'de, 65 yaş ve üstündeki tüm bireyler gelir düzeyine ya da zenginlik durumuna bakılmadan mecburi Medicare dahiline alınır. Medicare A ve B olarak iki farklı ödeme planı içerir. Medicare-A, hastane harcamalarını öderken, Medicare-B, hemşirelik ve doktor bakımlarını, ayaktan tedavileri ve laboratuvar masraflarını ödemektedir. Medicare hizmetlerinin en önemli kötülüğü harcamaların tümünü karşılamamasıdır. Bu sebeple Medicareli bireylerin genellikle bir ikinci sigortası vardır.

Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası); Senelik gelir seviyesi belirli bir miktarın altında kalan bireyler veya aileler Medicaid dahiline alınmaktadır. Federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin finansmanı genel vergilerle yapılmaktadır. Bu sebeple Medicare gibi Medicaid de her eyalette yürürlüktedir. Ancak limit olarak kabul edilen senelik gelir seviyesi tespitleri ve Medicaid masraflarının kapsamı eyaletten eyalete değişmektedir. Medicaid ödemeleri de aynı Medicare de olduğu gibi sınırlamalarla ve kesintilerle doludur. Hastaneler ve doktorlar da bu sebeple Medicaid hastalarını tedavi etmeyi tercih etmemektedirler (Kılıç, 1994).

Ülkedeki hastaneler şu biçimde ayrılır: kâr gayeli-özel, kâr gayesi olmayan-özel, üniversite, emekli (emekli askerler) ve askeri (askerler ve aileleri) hastaneler. Az sayıda emekli hastanesi ve kent hastanesi haricinde devlet hastanesi azdır (Fowler, 1994).

Sistem tarafından sunulan bütün hizmetlerin kalitesini yükselten mühim bir unsur, çokça hukukçunun bulunması ve etkin bir, yanlış bir uygulama (malpraktis) ve tedavi takibi. Bir doktor, hastası ile kurduğu mesleki ilişki sonucunda yararlı olamazsa ya da sorumsuz bir tedavi yaparsa dava edilebilir ve eğer devamlı ve mühim bir ihmalkarlık var ise lisansını kaybedebilir.

Bu “yanlış uygulama” sisteminin varlığı şüphesiz ki, çokça hukukçunun varlığına, hasta ve ailesinin şikâyet istekli olması ile ilgilidir (bilhassa hasta ile doktor arasındaki ilişki zayıfsa yakınmaya fazla gönüllüler.) (Fowler, 1994).

Geçmişten günümüze ABD sağlık reformları ana başlıkları şu şekilde özetlenebilir (Kırılmaz ve ark., 2017):

- 1965 senesinde sağlık hizmetlerine tüm halkın erişebilmesi için Medicaid ve Medicare programları yapılmıştır.
- 1979 senesinde HHS kurulmuş ve merkezde proje yöneten çalışmaları ise alt birimlere bırakan bir yapı biçimini almıştır.
- 1983 senesinde Medicare programında önemli değişiklikler yapılmıştır, hastaneler için geri ödeme sistemi olarak DRG onaylanmıştır.
- 1997 Dengelenmiş Bütçe Yasası ile Medicare programına eklemeler yapılmış ayrıca ABD Çocuk Sağlık Sigortası Hükümet Programı devreye koyulmuştur.
- 1999 senesinde imzalanan *The Ticket to Work and Work Incentives Improvement (Çalışma Yaşamına Giriş ve Çalışma Teşvikinin Geliştirilmesi)* yasası ile milyonlarca engelli ABD vatandaşı, Medicaid ve Medicare dahilinden çıkartılma kaygısı olmaksızın iş gücüne katılma hakkı kazanmıştır. Yasa aynı zamanda, engelli bireyler için istihdam hizmetleri sistemini modernize etmeyi amaçlamıştır.
- 2001 senesinde Sağlık Bakımı Finansmanı İdaresinin yerine, Medicare ve Medicaid Merkezi kurulmuştur.

ABD sağlık sisteminin en mühim reformu olarak kabul edilen *Affordable Care Act (ACA)* 2010 yılında yasalaşmıştır. Özel sağlık sigortası piyasası 2011’den itibaren Uygun Fiyatlı Bakım Yasası (ACA) kapsamında çok değişmiştir. ACA ile sağlık sigortaları konusunda mühim düzenlemeler yapılmıştır. ACA tüm halkın mecburi sağlık sigortası dahilinde olması, Medicaid programının eyaletlerde büyütülmesi ve az gelirli kişilerin sigortalanması amaçlanmaktadır. İlaveten sağlık sigortacılığında çekişmenin yolu açılmıştır. ACA ile sağlık sigortalarını sınırlayıcı birtakım düzenlemeler de yapılmış, sigortaların birtakım yanlışlar ve uygulama yanlışları sebebiyle sigortalıyı sigorta kapsam hariç bırakması engellenmiştir. Bundan başka Medicare dahilindeki kişilerin esas engelleyici hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesi olanağı verilmiştir. 2015 senesinde doktorlara hasta muayene ve girişimsel işlem sayılarına göre değil, ürettikleri kaliteye göre ödeme yapılmasını sağlayacak bir ödeme sistemi çalışılmaya başlanmıştır. Böylelikle daha üst kalitede hizmet veren hekimlerin daha alt

kalitede hizmet sunan hekimlerden fazla ödeme sağlayabilmelerine olanak sağlamıştır (Kırılmaz ve ark., 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık sigortası sistemi başlangıcında büyük ölçüde sosyal bir girişim olarak benimsenmiştir. Blue Cross ve Blue Shield gibi kâr amacı gütmeyen sigorta şirketleri ve Kaiser Permanente Sağlık Planı, bir topluluktaki herkes için aynı primi tahsil etmiş, böylece genç ve sağlıklı, yaşlı ve hastaları sübvansiyon etmiştir. Hastaneler de hastane kaynaklarını en iyi şekilde kullanan hastalara ücretleri tam olarak tahsis etmeyerek çapraz sübvansiyonda rol oynamıştır. Birçok doktor, hasta yoksullara daha düşük ücretlerle veya tamamen ücretsiz bakım sağlayarak örtülü sosyal sigortaya da katkıda bulunmuştur. Bu sosyal sigorta sistemi, özel sağlık sigortası şirketleri piyasaya girdiğinde ve toplum çapında prim kullanımından ayrılan politikalar oluşturduğunda aşınmaya başlamıştır. Sigorta için aktüeryal yaklaşım kullanılmış ve sağlık hizmetlerini daha az kullanması beklenen gruplar için daha düşük primler almışlardır. Sonunda, standart, topluluk çapında primler neredeyse ortadan kalkmıştır. Bugün, çoğu büyük işveren ve birçok orta ölçekli olanlar kendi kendine sigortalıdır; sadece idari hizmetler için şirketler sigorta ile sözleşme yapmaktadırlar. Yönetilen bakım sözleşmeleri, hastanelerin ve doktorların, hastaların çapraz sübvansiyonu yoluyla yeniden dağıtım araçları olarak hareket etme yeteneklerini azaltarak veya ortadan kaldırarak sosyal sigortayı da aşındırmaktadır (Fuchs, 2015).

2014 yılında, kişilerin veya küçük grupların sağlık sigortası planları satın alması ve satın alma sürecini kolaylaştırması için bir platform sağlamak üzere ACA Sağlık Sigortası Değişim Pazarı tanıtılmıştır. Her yıl yaklaşık 11.4 milyon Amerikalı, Marketplace'ten sigorta kapsamına girmektedir. Piyasada tek bir temel plan sağladıkları sürece tüm sigortacılar piyasaya katılabilmektedir. Pazaryeri açılışının ardından risk seçimi probleminin azaltılması ve primlerin istikrara kavuşturulması, ACA ayrıca risk ayarlaması, reasürans ve risk koridorları Risk ayarlaması, kayıtlı kişilerin tıbbi harcamalarını tahmin etmek ve bir eyalet yılı içinde düşük riskli sigortacılardan yüksek riskli sigortacılara geçişi tahmin etmek için HHS-HCC risk puanını kullanan kalıcı bir programdır. Reasürans programı, kayıtlı kişilerin fiili (daha doğrusu tahmin edilenden daha fazla) maliyet sınırını aşmaktadır. Risk koridoru, düşük fiili hasarlı poliçelerden fon toplamakta ve yüksek fiili tazminatlı poliçelere aktarmaktadır (Douven ve ark., 22).

Tıbbi borç ABD'de çok yaygın olarak görülmektedir. Tıbbi borç, bir kişinin hemen ödeyemediği tıbbi faturalarla suçlanması durumunda oluşmaktadır. 2017'de ABD'li ailelerin

yaklaşık %19'u tıbbi borç yüküne sahiptir. Ayrıca, ailelerin 2017 yılında reşit olmayan çocuğu olan ailelerin %24,7'sinin tıbbi borcu varken, küçük çocuğu olmayan ailelerin %16,5'inin tıbbi borcu olduğundan. Ayrıca sigortasız olmak çok tehlikeli olabilmektedir, 25 ile 64 yaş arasındaki sigortasız ABD sakinlerinin sigortalı meslektaşlarına göre %25 daha erken ölme olasılıkları daha yüksektir. Dahası, 2010 yılında yaklaşık 26.100 Amerikalı, sağlık sigortası olmadığı için ölmüştür. Ayrıca, sigortaya sahip olmak, bir kişinin potansiyel olarak hayat kurtarıcı bir sağlık muayenesinden geçme olasılığını %10'dan %36'ya kadar artırmaktadır (Riley, 2022).

ABD'de kişi başı sağlık harcaması en fazla olan ülkedir. Sosyal güvenlik sistemleri eyaletlere göre çeşitlilik göstermektedir. Devletin sağladığı sağlık teminatı dar ve nicelik bakımından yeterli olmamaktadır. Bu sebeple özel sağlık sigortaları bir gereksinim olarak görülmektedir. Toplumun %74'ü devlet sigortasına, tamamlayıcı ya da her şeyi içine alan özel sağlık sigortasına sahip olmaktadır.

2.5.1.2. İsviçre'de Sağlık Sigortası Uygulamaları

İsviçre'de GSS mecburi bir sigortadır ve hem İsviçre hem de farklı uyruklular için mecburi olduğundan İsviçre'de çalışan ve yaşayan nüfusun yaklaşık bütününe içine almaktadır. Mecburi GSS yaptırması icap edenler ve müstesnaları İsviçre Federasyonu Toplumsal Sağlık Federal Bürosu karar verir. GSS, bu anlamda özel lisansa sahip sigorta firmaları aracılığıyla sağlanır ve kişiler ülkede neredeyse 60 farklı sigorta firmasından seçtiğinden ürün satın alabilmektedirler (FOPH, 2022).

Mecburi GSS, genel anlamda ülkedeki kişilerin ana sağlık gereksinimlerini sağlamaktadır. Normalde mecburi sağlık sigortası bir hekim aracılığıyla yapılan bütün işlemleri ve tedavileri teminat içine almaktadır. Bir hekim hastayı tedavi etmeden ya da muayene etmeden sigortalıyı, yapacağı tıbbi usullerin teminat kapsamında olup olmadığı hakkında aydınlatılır. Mecburi GSS'nin teminatları ve sigortalıların faydalanabileceği hizmet ve yararlar, İsviçre Konfederasyonu Federal Toplum Sağlığı Ofisi (FOPH) aracılığıyla, 2017 tarihinden itibaren şu biçimde özetlenmiştir (Orlu, 2018):

Mecburi GSS hastanelerin genel bakım odalarında, hastanede yatarak tedavileri, hastane odalarında olmak üzere teminat içine alınmaktadır. Bu sigorta dahilinde anlaşmalı olan hastaneler içinden sigortalı arzu ettiği hastaneyi tercih etmekte serbesttir fakat İsviçre'nin federal yapısından kaynaklı, sigortalı tabi olduğu kantonun içinde yer alan anlaşmalı hastaneleri tercih etmelidir. Tabi olduğu kantonun anlaşmalı hastanesi haricindeki bir hastanede tedavi

olmayı tercih eden sigortalının tedavi ve hastanede kalış masrafları, tabi olduğu kantondaki anlaşmalı hastanedeki denk tedavi ve kalış için doğacak olan giderlere kadar karşılanır. Bundan ortaya çıkan ilave giderler, özel ya da yarı özel bir hastane koğuşunda kalınmasından dolayı ilave giderler ya sigortalı aracılığıyla karşılanır veya tamamlayıcı sigorta sahibi ise o sigorta aracılığıyla ödenir, mecburi GSS dahilinde ödenmez. Fakat sigortalının tabi olduğu kantonun anlaşmalı olmadığı bir hastanede, özel tedavi gereksinimi ya da acil müdahale gereksinimi gibi tıbbi zorunluluklardan kaynaklı tedavi alınması gerekiyorsa o hastanenin genel bakım odalarındaki tedavi ve kalış giderlerinin tümü mecburi sağlık sigortası dahilinde ödenir.

Mecburi ve tercihe bağlı sağlık sigortalarını temin eden ve bundan kaynaklı sağlık giderlerini ödeyen özel firmaların da oluşturduğu birlikler vardır. Bu nedenle bu birlikler, sigorta firmalarının menfaatlerini gözetmek ve sağlık hizmet sunucuları ile anlaşmaları yapmak için etkinlik gösterirler. Mecburi GSS satan özel firmaların sigortalılarda riske göre ayırım yapmadığı ve sigortacılık etkinliklerinde kâr marjı olmamaları göz önünde bulundurulduğunda, sağlanan yarar ve hizmetler ile sağlık piyasası arasındaki anlaşmalar, tarife-fiyat politikalarında söz sahibi olmaları, bu düzenin sürdürülebilirliği bakımından çok büyük ehemmiyet taşımaktadır.

Sigorta firmaları ve sağlık hizmeti sunucularının birlikte kurdukları kuruluşlar da bulunmaktadır. Bu kurumların hem yataklı hastane hem de ambulans servislerinin ulusal tarife çerçevelerini geliştirmekle yasal olarak sorumludurlar. Sigorta firmaları ile servis sunucuları arasındaki servis sunma anlaşmaları, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlayan koşulları da kapsamalıdır. Bu talimatları yapabilmek adına üç ortaklaşa kurum teessüs edilmiştir. TARMED Suisse, hastaneler ve doktorlar aracılığıyla verilen ambulans sağlık hizmetlerinin ulusal liste yapısını ilerletmek ve yenilemek ile mükellef olan bir firmadır ve hem sigorta firmaları hem de hizmet sunucuları aynı söz söyleme hakkına sahiptir. SwissDRG SA, hastane ödeme sistemlerinin ilerletilmesinden ve yenilenmesinden sorumlu olan firmadır. Sigorta firmaları, kantonlar ve hizmet sunucuları ortaklarını oluşturmaktadır. ANQ, hastane ve medikal kliniklerdeki kalitenin yükseltilmesi gayesiyle kurulmuş, hastane temsilcileri, kanton temsilcileri ve hizmet sunucusu temsilcilerinden oluşan bir birliktir. Üyelerinden bilgileri biriktirerek tedavi ve hizmet kalitesini ne şekilde yükseltileceği hakkında çalışma yapmaktadır (Orlu, 2018).

Zorunlu sağlık sigortası (MHI) sistemleri, herkes için uygun bir fiyata yeterli bakıma erişimi garanti etmeyi amaçlamaktadır. Bu sağlık sisteminde verimliliği ve yeniliği teşvik

ederken, yönetilen bir rekabet sektörü yapısıyla başarmaktadır. Bununla beraber sigortanın mecburi özelliği, ödeme gücü ele alınmadığı durumda düşük gelirli bireyler üzerinde daha yüksek bir mali yük anlamına gelmektedir. MHI sistemleri, satın alınabilirlik ve hakkaniyet üzerinde değişen etkilere sahip olan, gelir dayanışması sorununu çözmek için çeşitli stratejilerle meşgul olmaktadır. Bunlar prim oranı kısıtlamaları gibi dolaylı çapraz sübvansiyonları veya düşük gelirli haneleri sigorta primlerinin bir bölümü veya tamamı için tazmin eden açık sübvansiyonları içermektedir. Nüfus yaşlanması sebebiyle İsviçre’de kronik hastalık ve çoklu hastalık oranları yükselmektedir. Kronik rahatsızlığı olan bireylerin ortalama olarak daha yüksek sağlık hizmeti talepleri olmaktadır ve farklı bir sağlık sigortası talep edebilmektedirler (Vaidya, 2021).

Hizmetlerin fiyat listeleri senelik olarak belirlenir ve Federal Meclis tarafından onaylanması mecburi olan ulusal ücret şemasında belirtilir. Tayin edilen uç değerlere göre hizmetlerin fiyatlarının tespit edilmesi gayesiyle mecburi sağlık sigortaları ile kantonal seviyede, diğer sigorta çeşitleri için federal seviyede müzakereler yapılır. Federal seviyede müzakereler İsviçre Hastaneler Birliği veya farklı sigorta firmaları ile meslek örgütleri arasındadır. Kantonal seviyede ise her bir kanton içinde müzakereler ya örgütsel ya da bireysel olarak hizmeti sunanlar ile yine örgütsel ya da bireysel olarak hizmeti satın alan sigorta firmaları içerisinde yapılır. Fakat müzakerelerin sonuçlarının kantonal hükümet tarafından kabul edilmesi icap etmektedir. Taraflar içinde anlaşmazlık olduğunda ücretleri kantonal hükümet saptar. Kantonal hükümetin onayına federal seviyede karşı çıkılabilir. Eğer bir hizmet kanton bölgesinde verilmiyorsa fiyat hizmeti veren kanton tarafından kararlaştırılır.

Federal Hükümet her dört yılda bir mecburi sağlık sigortası primleri için devlet desteği miktarını tayin etmektedir. Federal sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma faaliyetleri için de senelik olarak bütçe tayin edilmektedir. Kantonal parlamento da senelik olarak primlere, sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetlerine ve özel, kamusal kantonal hastanelere paylaştıracakları devlet desteği miktarını tayin etmektedir. Sağlık hizmeti verenler genellikle hastaların direk ödemeleri ya da sigorta firmaları ile karşılanmaktadır. Vergilerden karşılanan federal, kantonal ya da belediye destekleri hastanelerin, yaşlı, fiziksel ya da mental engelli bireylerin ayaktan veya yatarak bakımları mecburi sağlık sigortası için prim desteğini sağlamaktadır. Geri ödeme kapsamında olan hizmetler sağlık sigorta yasasınca kararlaştırılmıştır (Sönmez, 2007).

2.5.1.3. *Almanya’da Sağlık Sigortası Uygulamaları*

Almanya sağlık sisteminde, karar verme yetkileri geleneksel olarak ulusal (federal) ve eyalet (arazi) düzeyleri arasında paylaşılmaktadır ve çoğu yetki kendi kendini yöneten organlara devredilmektedir. 2009 yılından bu zamana kadar, tüm vatandaşlar ve daimî ikamet edenler için, yasal veya özel sağlık sigortası yoluyla sağlık sigortası zorunludur. Sağlık hizmeti sunum sisteminin önemli bir özelliği, halk sağlığı hizmetleri, ayakta tedavi ve hastane (yatan hasta) bakımı arasındaki net kurumsal ayrımın belirgin olmasıdır. Bu durum gün geçtikçe değişimin önünde bir engel olarak algılanmakta ve bu sebeple ayakta tedavi gören doktorlar ve hastaneler arasındaki iş birliğini geliştirmek gayesiyle entegre bakıma yönelik hükümler getirilmektedir (Busse ve Blümel, 2014).

Almanya’da ikamet edenlerin çoğu kamu sağlık sigortası olmak zorundadır. Bununla birlikte, bazı meslekler ve yüksek gelirli bireyler, kamu veya özel sağlık sigortası seçebilmektedirler. Bireylerin özel sağlık sigortası satın almalarına izin verilen gelir eşiği zamanla değişmektedir. Özel sigorta yaptıranlar kamu sisteminden ayrılmaktadırlar; yani kamu tarafından finanse edilen yardımlar için uygun değildirler ve finansmana doğrudan katkıda bulunmamaktadırlar. Bireyin özel sigortadan kamu sigortasına geçmesi gereken birkaç durum vardır. Örneğin, yıllık brüt gelir, zorunlu kamu sağlık sigortası gelir eşiğinin düzenli olarak altına düşerse, kamu kaydı zorunlu olmaktadır. Bu büyük ölçüde işten çıkarılan özel sigortalı kişiler için de geçerli olmaktadır. Son beş yıl özel sigortalı olan işsizlerin özel sistemde kalmalarına izin verilmektedir. Ancak kişi bunu yaparsa, gelecekte hiçbir kamu planına katılmalarına izin verilmemektedir (Grunow ve Nuscheler, 2013).

Almanya’da nüfusun yaklaşık %90’ı sosyal sağlık sigortası (SHI), yaklaşık %10’u özel sağlık sigortası (PHI) tarafından sigortalıdır. Genel sağlık sigortası ne olursa olsun gelire bağlıdır. Özel sağlık sigortası primleri, sosyal sağlık sigortası aksine büyük ölçüde sağlık durumuna bağlıdır. Özel sağlık sigortası şirketleri, yasal sağlık sigortasının tersine, devlet sübvansiyonu olmadan çalışmak zorundadır (Hajek ve ark., 2020).

Almanya’da sağlık sigortası yasalarla sıkı bir şekilde düzenlenmektedir. Sosyal Kanun Kitabı V, uygunluk kriterleri de dahil olmak üzere yasal sağlık sigortasının tüm yönlerini düzenlemektedir. Özel sağlık sigortasını doğrudan düzenlemese bile reform yapılacak mevzuatlarla ilgili değişiklikler genellikle özel sağlık sigortasını etkilemektedir. Ayrıca özel sağlık sigortası genel olarak sigorta sektörüne veya özel olarak özel sağlık sigortası uygulanan çeşitli kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmektedir. Özel sağlık sigortasının mali denetimi,

Maliye Bakanlığı'na bağılı bir kuruluş olan Federal Mali Hizmetler Denetleme Dairesi tarafından yürütölmektedir (Roman-Urrestarazu ve ark., 2018).

Normal emeklilik yaşımda yapılan artış, üç merkezi öge ile tanımlanabilen dört majör emekli aylığı reformunun sonucunda yüksek emeklilik yaşı, önemli kesintiler ve özel emeklilik fonlarındaki vergilerin gelmesi olarak tarif edilebilir. 2007 yılında en son emeklilik reformuyla birlikte, emeklilik yaşı 65'ten 67'e kademeli bir biçimde artış yapılmıştır (Fehr ve ark., 2012).

Almanya sosyal güvenlik reformlarının tarihsel süreci incelendiğinde, nüfusun yaşlanmasıyla oluşan sağlık sigortası açıklarını azaltmaya yönelik önlemler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte, diğer ölkelerdeki reform çalışmalarında olduğu gibi emeklilik yaşının yükseltilmesi onaylanmıştır (Öztuna, 2013).

Özel sağlık sigortası üç farklı işlevi yerine getirmektedir. Birincisi, sosyal sağlık düzenlemelerine bir alternatiftir. Almanya'da bazı kişilerin özel sağlık sigortasına katılmak ile sosyal sağlık sigortasında kalmak arasında seçim yapmalarına izin verilmektedir. İkinci işlev, temel sağlık sigortasını desteklemek, sosyal sigorta kapsamına girmeyen hizmetler için teminat sağlamak veya katkı payları ve müşterek sigortanın mali risklerini kapsamaktır. Üçüncü işlevi, bireylerin mevcut kamu planlarına katılmak zorundayken bile ek özel sigorta satın aldıkları tamamlayıcı veya çift teminat olarak adlandırılabilcek olguyu sağlamaktır. Özel sağlık sigortası riskle ilgili primler talep etmektedir. Bireyler bireysel riske göre prim öderler; sağlık riski yüksek olan kişiler (tipik olarak yaşlılar, hastalar ve kronik hastalar) yüksek prim ödemektedirler; sağlık riski düşük olan kişiler (genellikle genç ve sağlıklı olanlar) düşük prim ödemektedirler. Bu sebeple özel sağlık sigortası ne risk dayanışmasını ne de gelir dayanışmasını sağlamaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortasında aile bireylerinin her birinin ayrı ayrı sigortalanması gerekmektedir ve sosyal sağlık sigortasında olmadığı gibi kadınlar erkeklere göre daha yüksek prim ödemektedirler. (Greb,2007).

2.5.1.4. Belçika'da Sağlık Sigortası Uygulamaları

Belçika sağlık sistemi, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde şekillenmiştir. Büyük Britanya'daki gelişmelerden ilham alan hükümet, dayanışmayı örgütlemeyi ve işsizliğe, uzun süreli hastalık nedeniyle gelir kaybına veya emeklilik durumunda tıbbi bakım harcamalarına karşı güvence için gelirin yeniden dağılımını düzenlemeye çalışmıştır. Böylece oldukça hırslı bir sosyal güvenlik programı başlatılmış ve sonunda tüm nüfus hastalık sigortası, işsizlik ödeneği, aile ödeneği, emeklilik ödeneği, malullük ödeneği almaya hak kazanmıştır. Ayrıca

maaşlar, ücretler ve gelir ikameleri, geçim maliyeti ayarlamasına tabi olmuştur (Blanpain, 1982).

Belçika’da sosyal risk koruma yasası 21 Temmuz 1844’te ortaya çıkmıştır ve denizcilerin emeklilik sigortası olmasını gerektirmiştir. İşçiler aylık taksitlerin ödenmesi aracılığıyla, emekliliklerini ve hastalık durumunda ekonomik korunmalarını garanti altına almak için bir gönüllü sigorta sistemi örgütlemişlerdir. Bu sigortalar 1851 yılında Belçika devleti tarafından tanınmaktadır. Hastalar Belçika’da doktoru ve hastaneyi özgürce seçebilmektedirler. Hizmet portföyü geniş yelpazelidir. Yeni hizmetlerin tanıtılması veya bunların hariç tutulması ve ayrıca geri ödeme yüzdesi hükümet ile şirketler arasında yılda iki kez müzakere edilmektedir (Sanchez-Sagrado,2017).

Belçika sağlık sistemi sosyal sigorta ilkesine dayanmaktadır. Zengin ve fakir, sağlıklı ve hasta insanlar arasındaki dayanışma ile ve hiçbir risk seçimi olmadan karakterize edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, doktorlar için tedavi özgürlüğü, doktorlar için seçim özgürlüğü sağlamaktadır. Hastalar ve hizmet başına ücret ödemelerine dayalı ücret tarifesi bulunmaktadır. Neredeyse tüm nüfus (>%99) çok geniş bir sosyal yardım paketi kapsamındadır. Zorunlu sağlık sigortasının kapsadığı hizmetler ulusal mevzuatta tanımlanmıştır. Finansman, artan oranlı doğrudan vergilendirmeye, gelirle ilgili orantılı sosyal güvenlik katkılarına ve mal ve hizmetlerin tüketimiyle ilgili alternatif finansmana bağlıdır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %20’si hastalar tarafından resmi ek ödemeler, ek ödemeler ve geri ödemesiz olarak karşılanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası, kâr amacı gütmeyen altı özel hastalık fonu dernekleri ve bir kamu ulusal dernek hastalık fonu tarafından organize edilmektedir. Hastalık fonlarının başlıca sorumlulukları, sağlık hizmeti yardımlarını geri ödemek ve üyelerini Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (NIHDI-RIZIV-INAMI) 1995’den beri, sigortalı üyelerinin harcamaları için Belçika hastalık fonları mali açıdan daha sorumlu hale getirilmiştir. Özel kâr amaçlı sağlık sigorta şirketleri sağlık sigortası piyasasında zorunlu olmayanların sadece küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, bağımsız ayakta bakım uzmanları, bağımsız eczacılar, hastaneler ve özel tesisler tarafından sağlanmaktadır (Gerkens ve Merkur,2010).

Belçika'daki özel sağlık sigortası (PHI), yasal sağlık sigortasının dışında kalan veya yalnızca kısmen kapsanan sağlık hizmetlerini kapsayan, temel olarak tamamlayıcı sigortadır. Özel tamamlayıcı sağlık sigortası sektörü, cepten yapılan ödemelerdeki artışa paralel olarak son yirmi yılda büyük ölçüde gelişmiştir. Ürünler esasen hastaların genellikle yüksek kullanıcı

cretleri ile karşı karşıya kaldığı hastanede kalışlarına odaklanmıştır. Sektör bölünmüş durumdadır, ticari temelde PHI sunan sigorta şirketleri ile karşılıklı sağlık fonları arasında dayanışmayı yasal sağlık sigortası kapsamının ötesine taşımanın bir yolu olarak tamamlayıcı hizmetler organize etmektir (ki bu sigortaları da yönetirler). İkincisinden kaynaklanan artan rekabet nedeniyle sigorta şirketlerinin rekabet etmeye çalışırken karşılaştıkları mali zorluklarla birleştğinde, eşit olmayan pazar siyasi tartışmanın merkezi haline gelmiştir. Aynı zamanda, primlerdeki keskin ve ani artışlar, sigortalıyı risk seçimine ve hariç tutmaya karşı daha iyi korumak için daha fazla düzenlemeye doğru itmektedir (Thomson ve Mossialos, 2009).

Ağırlıklı olarak tamamlayıcı sağlık sigortası pazarında, hastalık fonları kâr amacı güden özel sigorta şirketleriyle rekabet etmektedir. Riske dayalı özel sigortacılar sadece gönüllü sağlık sigortası alanında faaliyet gösterirler ve küçük bir pazar payı, ancak bu yasal sigorta olarak istikrarlı bir şekilde artmıştır, kapsama alanı ise giderek azalmıştır. Belçika'daki işverenler, özel sağlık sigortasını maaş paketlerine yan hak olarak giderek daha fazla dahil etmektedirler. 2003 yılında, Belçikalıların yaklaşık %66'sı ek özel sağlık sigortasına sahip olmuştur (4,3 milyonu kâr amaçlı sigorta şirketleri tarafından ve 2,3 milyonu hastalık fonları tarafından karşılandı). Ancak bu pazar boşluklarından ayrı olarak, özel sigortanın yasal sisteme gerçek bir tehdit oluşturmaları pek olası değildir. Zorunlu sağlık bakımında kapsanan yardım paketi çok büyük ve neredeyse tüm gerekli bakımı kapsamaktadır (Corens, 2007).

Belçika'daki PHI, yasal sağlık kapsamında olmayan hizmetler için her iki kapsamı birleştirir kullanıcı ücretleri için sigorta ve kapsam. Bir yandan, bu cepten demeler, yasal olarak geri ödenen hizmetler için yasal olarak sabit hasta katkı payları (yüzde veya sabit oran) olan resmi ek ödemeleri içerir. Öte yandan, demeler şunları da içerebilir:(yarı) zel bir odada kalma veya tıbbi müdahalelerde özel malzemelerin kullanımı ile ilgili özel gereksinimler için sağlayıcılar tarafından normal kullanıcı ücretlerine ek olarak alınan ekstra ödemelerdir. Doktorlar ayrıca aşığıdaki durumlarda ek ücret talep etme hakkına sahiptir: yasal sağlık sigortası düzeyinde toplu olarak kararlaştırılan resmi tarifelere uymazlar veya hastaları özel bir odada tedavi ederlerse. Hastanelerdeki ek ücretler, üzerinde anlaşmaya varılan tarifenin (zellikle Brüksel'de) %100' ile %300' arasında değişebilir. Bu takviyeler genellikle iddia edilen yapısal sorunları telafi etmenin bir yolu olarak görülmektedir. Hastane bakımının yetersiz finanse edilmesi, tüm hastaneler buna aynı şekilde atıfta bulunmasa bile hatta bazı hastaneler, ek ücret almak için hastaların özel sigortaları olup olmadığını kabul sırasında kontrol etme eğilimindedir (Thomson ve Mossialos, 2009).

2.5.1.5. Hollanda'da Sağlık Sigortası Uygulamaları

Özel sağlık sigortası (PHI), nüfusun üçte biri için temel sağlık sigortasının tek kaynağıdır. Hollanda nüfusu belirli bir gelir seviyesinin üzerinde kazanmaktadır. Sosyal sigorta (sınırlı kamu vergiye dayalı finansman) ile birlikte nüfusun çoğunluğu için sağlık sigortasının ana kaynağıdır. Sosyal sigortalılar ayrıca ek özel sağlık sigortası satın almaktadırlar. Tüm vatandaşlar, kronik hastalar için uzun süreli bakım ve bakım kapsamı sistemine hak kazanmaktadır. Böylece Hollanda'da sağlık finansmanının kaynağı sağlık riski kategorisine, hastalık tipine ve gelir düzeyine göre belirlenir. Yüksek riskli bireylerin ve belirli bir düzeyin altında gelir elde eden kişilerin daha pahalı uzun süreli bakım ve kapsamının maliyetini, sosyal veya kamu sigortasına veya daha geniş bir havuz tarafından sübvans edilen PHI'ya tahsis eden kararlar alınmıştır (Tapay ve Colombo, 2004).

Hollanda'da 2006 sağlık sigortası reformundan önce, sağlık sigortası sistemi dört bölümden oluşmaktaydı. Bu parçalardan ikisi uzun süreli bakım sigortası ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası neredeyse değişmeden kalmıştır. Ancak, eski sosyal sağlık sigortası planı (Hollandaca kısaltması: ZFW) ve eski alternatif özel sağlık sigortası planı (PHI) ortadan kalkmıştır. Reformun bir sonucu olarak, yeni bir evrensel “özel” sosyal sağlık sigortası planı (ZVW) kurulmuştur (Greb ve ark., 2007).

2006'daki büyük bir reformdan bu yana, Hollanda'daki sağlık sistemi, yönetilen rekabet ilkelerine dayanmaktadır. Ana fikir, düzenleyici kısıtlamalar dahilinde rekabet eden özel sağlık sigortacılarının, kayıtlı bireyler adına sağlık hizmetlerinin sağduyulu alıcıları olarak hareket etmeleridir. Sigortacılar arasındaki rekabet, sigortacılarına en iyi fiyat, kalite ve hizmetle hizmet vermeleri için teşvikler sağladığı için sistemin önemli bir unsurudur. Rekabet, sağlık sigortası zorunlu olan tüketicilerin, her takvim yılının sonunda 'geçiş sezonu' sabit, yıllık 6 haftalık bir süre boyunca sigortacı ve/veya sağlık planından geçiş yapmakta özgür olmaları gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, temel sağlık hizmetlerine evrensel eşit erişimi garanti etmek için rekabet de sıkı bir şekilde düzenlenmiştir. Sigortacılar, yasal olarak tanımlanmış kapsamlı bir standart fayda paketi sunmak, topluluk derecelendirmesi uygulamak (yani tüm kayıtlı kişiler için aynı sağlık planı için aynı primi almak) ve geçiş sezonu boyunca (açık kayıt) tüm başvuru sahiplerini kabul etmekle yükümlüdür. 2020'de Hollanda nüfusunun %83'ü ek sigorta satın almıştır. Tüm sağlık sigortaları hem temel hem de ek sigorta sunmakta ve insanlar neredeyse her zaman aynı sigortacıdan her iki sigorta türünü de satın almaktadır. Topluluk tarafından derecelendirilen primler ve açık kayıt ile rekabetçi sosyal sağlık sigortası

piyasalarında önemli bir zorluk, sigortacıların risk seçimi için teşviklerini en aza indirmektir. Örneğin sigortacılar, finansal açıdan çekici olmayan hastalar için en önemli olan belirli sağlayıcılarla sözleşme yapmaktan kaçınabilir. Risk seçimine karşı koymak için ayrıntılı bir risk eşitleme sistemi geliştirilmiştir. Bu sistem, yaş, cinsiyet, bölge, gelir kaynağı ve önceki yıllarda sağlık bakımına yapılan harcama gibi sağlık bakım maliyetlerini tahmin etmek için birden fazla özellik kullanılmaktadır. Hollanda risk eşitleme sistemi genellikle dünyadaki en karmaşık sistemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, sürekli iyileştirmelere rağmen, kanıtlar hala bir sigorta şirketi için kârlı veya kârsız olan tüketici segmentleri olduğunu göstermektedir. Örneğin, kronik hastaların yetersiz tazmin edildiği bilinirken, gönüllü olarak muafiyeti tercih eden kişiler risk eşitleme şeması tarafından fazla tazmin edilir. Bu nedenle, sağlık sigortacılarının belirli tüketici segmentlerini çekmek veya ilgilerini çekmek için pazarlama araçlarını kullanmaları karlı olabilmektedir (Stolper ve ark.,2022).

PHI, Hollanda'da çeşitli roller oynamaktadır. Nüfusun önemli bir bölümünün, yaklaşık %31'inin birincil, asıl kapsam için PHI'ya güvendiği çok az OECD ülkesi arasındadır. Bu nüfus kesimi, kamu veya sosyal sigorta sistemi kapsamına girmeye uygun değildir. Nüfusun geri kalan kısmı zorunlu ulusal sağlık kapsamındadır. Sigorta fonları ("hastalık fonları") (*ZFW, Ziekenfondswet* Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası), nüfusun çok önemsiz bir kısmı sigortasız kalmaktadır. Ayrıca, neredeyse tamamı (2000'de yaklaşık %93'ü) sosyal sigortalı nüfus bir tür özel ek teminat satın alır. Bu tür ek teminatlar genellikle bir hastalık fonuna bağlı bir sigorta şirketinden satın alınmaktadır. Ayrıca, uzun süreli bakım hizmetleri ve kronik hastalar için belirli bakım (*AWBZ*) için ayrı bir evrensel zorunlu koruma fonu bulunmaktadır (Tapay ve Colombo, 2004).

Yeni özel sağlık sigortası planı özel firmalar tarafından yürütülse de yeni genel sağlık sigortası sisteminin düzenlenmesi esasen sosyaldır. Tüm sağlık sigortalıları, tüm başvuru sahiplerini kabul etmekle yükümlüdür; prim oranı kısıtlamaları, risk dereceli primlere izin vermemektedir. Farklı riskler için sigortacılar, sağlık temelli bir risk ayarlama sistemi ile tazmin edilmektedir. Yeni sağlık sigortası planı, Hollanda'nın tüm sakinleri için zorunludur, ancak sağlık sigortası yaptırmayan bireyleri aramak için herhangi bir kontrol mekanizması bulunmamaktadır. Tüm sağlık sigortalıları bir standart hizmeti sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, tüm sağlık sigortalıları için aynı olan gelire bağlı bir prim belirlemektedir (yıllık 30.015 Euro'luk bir gelir tavanına kadar yüzde 6,5). Bu gelire bağlı prim, sağlık sigortalılarının tüm harcamalarının yüzde 50'sini karşılamayı amaçlamaktadır. İstihdama dayalı, gelire bağlı

primler merkezi bir fondur ve işverenler tarafından ödenmektedir. Vergi makamları, diğer tüm gelir kategorileri için gelire bağlı primleri belirlemektedir (sermaye, serbest meslek, vb.) merkezi fona da ödenmektedir. Bireysel sağlık sigortacıları, merkezi fondan riske göre ayarlanmış kişi başına ödeme almaktadırlar (Greb ve ark., 2007).

Hollanda'da hükümet kötü riskler için erişim ve uygun fiyatlı primler sağlamak gayesiyle alternatif özel sağlık sigortasını oldukça kapsamlı bir şekilde düzenlemektedir. Özel sağlık sigortacılarının standart sözleşmeler sunmasını şart koşturma ve piyasa faaliyetlerini başka şekillerde de düzenlemektedir. Hastalık fonu sigortası için uygun olmayan yüksek gelirli sakinlerin çoğu, özel sağlık sigortası şirketlerinden biriyle özel sağlık sigortası almayı tercih etmektedir. Özel sağlık sigortaları da yasal olarak bağımsız kuruluşlardır. Primler veya teminatlarla ilgili herhangi bir devlet düzenlemesi yoktur. Özel sağlık sigortacıları önceden var olan koşulları kapsam dışında tutabilmektedir, standart bir paket bulunmamaktadır (Wasem ve ark., 2004).

Hollanda'da çoğu tüketicinin ek ve temel sigortaları aynı sigortacıdadır ve çoğu sigortacı temel ve tamamlayıcı sigortayı görünüşte birleşik bir paket olarak sunmaktadır. Sonuç olarak ek sigorta, yüksek riskli bireylerin temel sağlık sigortası için başka bir sigortacıya geçmesine engel olabilmektedir (Van de Ven ve ark., 2013).

2.5.1.6. İngiltere'de Sağlık Sigortası Uygulamaları

İngiltere'deki sağlık hizmetleri temel olarak kamu kaynaklarından, özellikle genel vergilendirme ve NIC'lerden finanse edilmektedir. Bununla birlikte, bazı bakım hizmetleri özel olarak finanse edilmektedir: çoğu ücretsiz sağlansa da NHS hizmetleri için kullanıcı ücretleri tarafından, OTC ilaçları ve tıbbi cihazlar gibi öğeler için bireyler tarafından doğrudan ödemeler veya tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için bireyler tarafından doğrudan ödemeler yoluyla. NHS, özel sektör veya gönüllü sektör sağlayıcıları. İngiliz İktisatçı William Beveridge, günümüz sisteminin esaslarını hazırladığı raporla atmıştır (Boyle, 2011).

Birleşik Krallık vatandaşlarının yüzde 15'inden fazlası ya tam özel sağlık sigortasına ya da kısmi özel sağlık sigortasına sahiptir. Ulusal Sağlık Hizmetini (NHS) kullanmalarına ek olarak sağlık sigortasına sahiptirler. Yetişkin nüfusun yüzde 41'i hayat sigortasına sahiptir; aksine, yüzde 68'i ise hayat sigortasına sahip değildir (Karlson ve ark., 2012).

İngiltere'de sağlık hizmetleri kullanım noktasında büyük ölçüde ücretsizdir. 1948'de kurulan NHS, İngiltere'de "sıradan ikamet eden" herkese koruyucu tıp, birinci basamak ve

hastane hizmetleri sunmaktadır. Nüfusun yüzde 12'sinden fazlası esas olarak özel sektörde akut seçmeli bakıma erişim sağlayan PMI kapsamındadır. Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin sorumluluğu, parlamentoya karşı sorumlu olan Sağlık Bakanı'na aittir. Departmanı Sağlık, NHS, halk sağlığı, yetişkin sosyal bakımı ve diğer ilgili alanlarda politika belirlemekten sorumlu merkezi hükümet organıdır. Bakanlığın ana rolü, hükümeti İngiltere'deki nüfusun sağlığını iyileştirmede desteklemek; genel sağlık politikası ve stratejisini belirlemenin yanı sıra mevzuat ve düzenlemelerle ilgilenmektir. Bazı bakım hizmetleri PMI aracılığıyla özel olarak finanse edilmektedir – bazı kullanıcı ücretleri, maliyet paylaşımı ve NHS ve özel sağlayıcılar tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için doğrudan ödemeler (Boyle, 2011).

Özel sağlık sigortası veya gönüllü sağlık sigortası (VHI), bireyler veya işverenler tarafından çalışanları için satın alınabilmektedir. Yaklaşık olarak iki milyon kişi işveren tarafından ödenen özel sağlık sigortası kapsamındadır ve bir milyon kişi bağımsız olarak satın alınan poliçeler kapsamındadır. Özel sağlık sigortası kapsamındaki kişiler kamu sisteminden çıkamazlar ve özel sağlık sigortası genellikle NHS tarafından sunulmayan birkaç seçkin hizmeti finanse etmek veya NHS kapsamındaki hizmetlere daha hızlı erişmek için kullanılmaktadır. VHI'nin kapsamı ve kullanımı ağırlıklı olarak Londra ve İngiltere'nin Güney Doğu'sunda yoğunlaşmış, Birleşik Krallık'ın toplam VHI harcamasının neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Sigorta şirketleri, teminat kapsamına, sabit fiyatlı veya fazla ücretli poliçe gibi ürün seçeneklerine, sigortacının üstlendiği riskin niteliği ve derecesine ve ilgili yükleme ücretine göre prim almaktadır. İhtiyati Düzenleme Kurumu, mali kurumları düzenler ve mali konularda özel sigorta şirketlerinin genel düzenleyicisidir. İhtiyati Düzenleme Kurumu'nun başarısız sigortacılara yaklaşımı üzerinde mümkün olduğu kadar az etkiye sahip olacak şekilde başarısız olmalarına izin vermektir. Sigortalı Mali Davranış Otoritesi, ilgili piyasaların iyi işlemesini ve tüketicilere adil davranılmasını sağlayarak tüketicileri korumaya çalışmaktadır. Uzun bekleme sürelerine maruz kalan veya NHS'de rutin olarak mevcut olmayan bakım hizmetlerine başvuran bireyler, alternatif, özel sağlık sektöründe, cepten ödemeler veya ek özel sağlık sigortası yoluyla bakım aramaktadır. Genel vergilendirme yoluyla toplanan kamu finansmanı, Birleşik Krallık'ta sağlık için birincil finansman kaynağı olarak yer almaktadır. En büyük üç gelirin yaklaşık üçte ikisini oluşturan vergiler, gelir vergisi, ulusal sigorta primleri ve katma değer vergileridir. Birleşik Krallık, 2021'de, 2022/2023'ten itibaren uygulanacak bir sağlık ve sosyal vergi açıklamıştır. Ulusal sigorta primlerinde %1,25'lik bir artışla finanse edilecektir. İngiltere'de, bu düzenlemenin özellikleri şu anda yasal reform önerileri şeklindedir. Kamu finansmanının yanı

sıra özel kaynaklar da sağlık hizmetleri için finansman, çoğunlukla özel tıbbi kurumların bir kombinasyonundan gelmektedir (Anderson ve ark.,2022).

PMI, ya bireyler (ve bağımlılar için teminat içerebilir) ya da gruplar tarafından, genellikle işverenler tarafından, çalışanlara yönelik sosyal yardım paketlerinin bir parçası olarak satın alınabilmektedir. Çoğu işveren sigortası, sigorta şirketleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Bununla birlikte, 1990'ların başından beri, üçüncü taraf yöneticiler tarafından yönetilen kendi kendini sigortalayan tıbbi programların sayısında bir büyüme olmuştur, 1992 ile 2006 yılları arasında toplam işveren sigortası pazarının %2,5'inden %18,2'sine yükselmiştir. PMI'da mevcut olan verilerin çoğu, bir bütün olarak Birleşik Krallık'a atıfta bulunmaktadır. İçinde Birleşik Krallık'ta, bireysel sigorta 2007'de (poliçe sayısına göre) pazarın sadece %25'ini temsil etmekteydi. Bir dizi teminat mevcut olup bireysel sigorta için sözleşmeler yıllık bazda yenilenebilmektedir. İşveren tarafından satın alınan poliçelerde, işveren primin tamamını ödeyebilmekte veya çalışanlardan katkı payı istenebilmektedir. Sigorta, çalışanların bakmakla yükümlü olduğu kişileri de kapsayacak şekilde genişletilebilmekte ve sözleşmeler aylık, altı aylık veya yıllık olarak yenilenme eğilimindedir. PMI, “*sigorta başladıktan sonra başlayan ve yaygın olarak akut durumlar olarak bilinen durumlar için özel tıbbi tedavi masrafları*” için teminat sağlamaktadır. Çoğu sigortacı, akut, tedaviye hızla yanıt vermesi muhtemel bir durum olarak tanımlamaktadır. Uzun süreli kronik durumlar ve kanserler için teminat sağlanabilse de standart ürün genellikle bunları kapsamamaktadır. Bu nedenle, PMI, NHS tarafından sunulan kapsamlı teminattan daha dar kapsamlı bakımı finanse etmektedir (Boyle, 2011).

2.5.1.7. Fransa’da Sağlık Sigortası Uygulamaları

Sağlık hizmetlerine evrensel erişimin siyasi ve kurumsal hayata sağlam bir şekilde yerleştiği olgun Avrupa refah devletidir. Hizmet dağıtımı, tanınmış bir kuruluş tarafından resmi olarak uzman doktor tarafından onaylanmış, ihtiyaca dayalı olarak ilerlemektedir. Zorunlu sağlık sigortası büyük bir siyasi organ tarafından kurulmuştur. İlk olarak Fransız sosyal sağlık sigortası 1920’lerin sonlarında kurulmuştur. Kurumsal düzeyde Bismark yasalaştırılmıştır. Genel olarak tüm sağlık sistemleri arasında ABD ve İsviçre’den hemen sonra en pahalı olan ülkelerdendir (Steffen, 2010).

Fransa’da kamu sağlık sigortası, 1945’te kurulan sosyal güvenlik sisteminin bir bölümüdür. *Assurances Sociales* tarafından sağlanan kapsama üzerine inşa edilen yeni program, 1930’da kurulan yasal yollarla test edilmiş bir programdır. *Assurances Sociales*,

belirli bir düzeyin altında maaşlı çalışanların katılımını gerektiren Bismark modeline dayanmaktadır (Buchmueller ve Couffinal, 2004).

Sağlık harcamalarının çoğunu kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası (NHI) ile Fransa'da özel sağlık sigortası gönüllü bir sigorta planı olarak gelişmiştir. NHI tarafından tamamen geri ödenmeyen hizmetleri kapsayacak şekilde tamamlayıcı bir mantıkla çalışmaktadır. Bu sebeple İspanya, İtalya veya Birleşik Krallık gibi diğer Avrupa ülkelerinde bulunabilen ek sağlık sigortasından farklıdır. Buna karşılık, ek sağlık sigortası çoğunlukla “*daha geniş bir hizmet sağlayıcı seçeneği, tedaviye daha hızlı erişim veya hastanede daha iyi bir konaklama*” garantisini vermektedir. Ek sağlık sigortası da sağlık harcamalarının oldukça küçük bir bölümünü karşılama eğilimindedir (Benoit ve Coron, 2019).

Yakın zamana kadar, Fransa'da bir endüstri olarak Özel Sağlık Sigortası (PHI), çoğunlukla demokratik, kar amacı gütmeyen kuruluşlardan (*mutuelles de santé* veya karşılıklı çıkar dernekleri) oluşmaktadır. Karşılıklı fayda toplumu, üyeleri tarafından seçilen bir yönetim kurulu ile yönetilen kâr gyesi olmayan bir şirkettir; müştereken bağlı olan herkes oy kullanabilmekte veya derneğin başkanlığına seçilebilmektedir. NHI sisteminden önce oluşturulan karşılıklı yardım dernekleri, kuruluşundan sonra 1947 *Loi Morice* tarafından sürdürülmüştür ve bu da onlara yasal sağlık sistemi içindeki tedaviler ve hizmetler için katkı paylarında rol oynamalarını garanti etmiştir. O tarihten beri, devlet tarafından çeşitli vergi kredileri ve teşviklerle gelişimleri teşvik edilmiştir (LegiFrance, 1947).

Fransa'nın evrensel bir kamu sağlık sigortası sistemine sahip karşın, temin ettiği teminat noksan ve Fransız toplumunun büyük bir kısmı özel tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir. Bu özel teminat, sağlık harcamalarının %12' sini oluşturmaktadır. OECD ülkeleri arasında, özel sigorta tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin payı yalnızca özel sigortanın baskın kapsama kaynağı olduğu ABD'de ve özel sigortanın %36'sı için birincil ödeyiciyi temsil ettiği Hollanda'da daha yüksektir. Fransa'nın özel sigorta deneyimi de özel sağlık sigortasının rolünün çok sayıda politika sorununun merkezinde yer aldığı diğer ülkelere göre önemlidir (Buchmueller ve Couffinal, 2004).

Fransa'da özel sağlık sigortasının sınırlı bir zorunlu sağlık sigortasının sadece “tamamlayıcısı” olarak hareket eden misyon, bu yan piyasada tekel olarak verilen eski yatırım fonlarının varlık nedenini korumak için sadece kısmi geri ödeme ile başlamıştır. Avrupa Birliği'nin bankacılık ve sigorta genel pazarında serbest rekabeti dayatmasından bu yana, ticari

şirketler Fransa'daki tamamlayıcı sağlık sigortası pazarına erişebilmiştir. Fakat bu sektör, harcamaların geri ödenemez kısmıyla sınırlı kalır ve geleneksel kâr amacı gütmeyen karşılıklı yarar fonları, yüksek seviyede kamu güvenine sahiptir ve ticari sağlık sigortacılarını şiddetli rekabetle karşı karşıya getirmektedir. Fransa'da tamamlayıcı özel sağlık sigortası tüm nüfusa yayılmıştır (Steffen, 2010).

Fransa'nın yüksek özel sigorta kapsamı oranı, kısmen tarihsel faktörler ve kısmen de işveren sponsorluğundaki sigorta kapsamının tercihli vergi muamelesi ile açıklanmaktadır. İşveren sağlama oranının yüksek olması sebebiyle tüm sözleşmelerin kabaca yarısı elde edilir iş yeri aracılığıyla kapsam, faaliyet ve endüstri sınıflandırmasına göre değişiklik gösterme eğilimindedir. Tarihsel olarak, kapsama alanı da gelirle pozitif olarak ilişkilidir. 2000 yılında, Fransız hükümeti yeni bir program olan, düşük gelirli bireyler için kamu tarafından finanse edilen tamamlayıcı kapsam için genişletilmiş Kuvertür Maladie Universelle'yi (CMU) tanıtmıştır (Buchmueller ve Couffinhal, 2004).

Diğer ülkelerden farklı olarak, Fransa'da özel sigorta, kamu sektörü kuyruklarını atlamak veya seçkin sağlayıcılara erişim için kullanılmamaktadır. Bunun yerine, kamu sisteminin gerektirdiği katkı paylarının geri ödenmesini ve kamu sistemi tarafından yetersiz bir şekilde kapsanan tıbbi mal ve hizmetlerin, özellikle diş ve optik bakımının kapsamının geri ödenmesini sağlamaktadır. Önemli araştırmalar, özel sigortanın cepten yapılan masrafları azaltarak (ve bazı durumlarda ortadan kaldırarak) tıbbi bakım kullanımını önemli ölçüde arttırdığını göstermektedir (Buchmueller ve Couffinhal, 2004). Ek olarak özel sağlık sigortasına erişim gelire ve sosyal sınıfa göre değiştiğinden, özel sağlık sigortasına erişim sorunları Fransa'da yaygın görülmektedir. Fransız sistemi ayrıca yabancılara, gençlere karşı ayrımcılık yapıyor gibi görünmektedir. 20-24 yaş arası ve 70 yaş üzerindeki bireyleri özel sağlık sigortası kapsamına alması düşük bir ihtimaldir (Wasem, ve ark., 2004).

Özel tamamlayıcı sağlık sigortası üç tür kuruluş tarafından sağlanmaktadır. Mutuelles, toplam pazarın yaklaşık %60'ını temsil etmektedir. Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve özel sigorta şirketleri (hem kâr amaçlı hem de kâr amacı gütmeyen taşıyıcılar dahil) kalan %40'ı paylaşmıştır. Üç tür organizasyon farklı düzenlemeler ve farklı felsefeler altında faaliyet göstermektedir. Mutuelles, primlerin ve sözleşme hükümlerinin abone riskine değişmeme eğiliminde olduğu anlamına gelen dayanışma kavramına vurgu yapmaktadır. Özel sigorta şirketleri, ABD'de tipik olandan daha az olsa da risk derecelendirmesinden daha fazla yararlanmaktadır. Son yıllarda, düzenleyici muameleleri, Avrupa Birliği düzenlemelerinin

gerektirdiği şekilde yakınsamıştır. Bu yakınsama farklı taşıyıcı türleri arasındaki rekabeti arttırması ve belki de özel sağlık sigortasının doğasını değiştirmesi muhtemel olmaktadır (Buchmueller ve Couffinhal, 2004).

Fransa’da özel sağlık sigortasının bakımının finansmanına katkısı oldukça önemlidir. CMU dikkate alındığında, nüfusun %90’ından fazlası bir tür ek sigorta kapsamındadır. Özel sigorta, Fransa’daki toplam sağlık harcamalarının %12’sinden fazlasını oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortasına olan bu bağımlılık, tarihsel olarak, Mutuelles’in önceden var olan rolüyle, kamu sağlık sigortası değil, aynı zamanda bakıma yönelik kamu finansmanının zaman içinde sürekli aşınması nedeniyle açıklanmaktadır (Buchmueller ve Couffinhal, 2004).

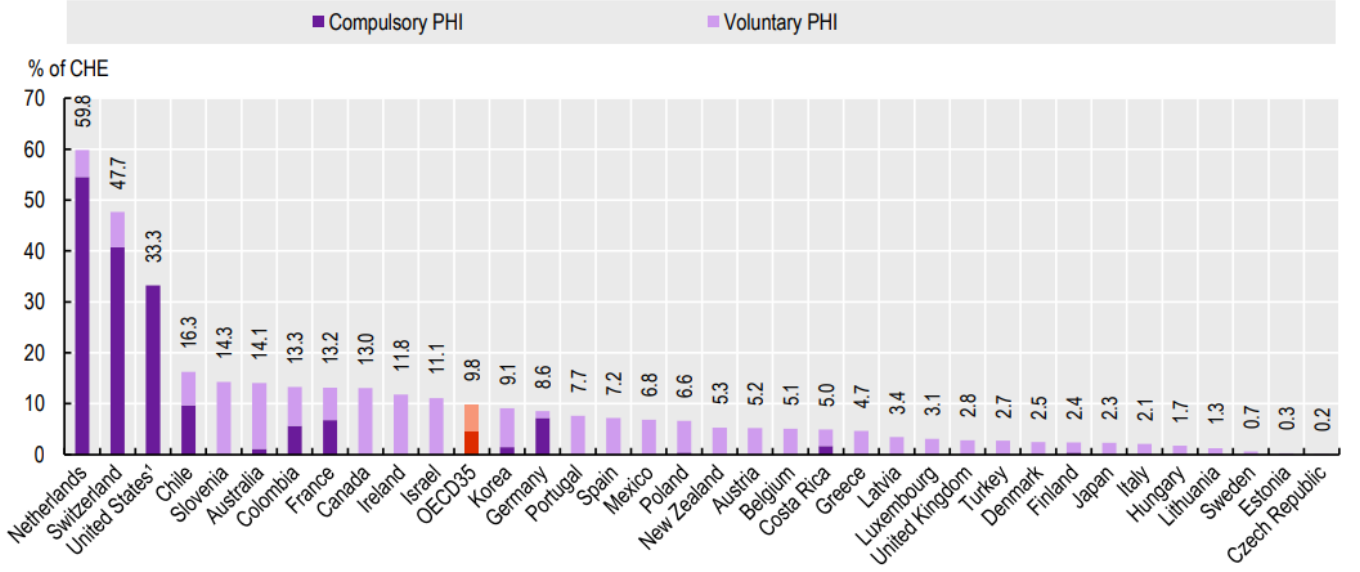
2.5.2. Dünyada Sağlık Sigortası ile İlgili Veriler

Sigortacılığın gelişmesi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Sigorta sektörünün gelişmesini ortaya koyan veriler; dünya prim üretiminden alınan pay, primlerin Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya (GSYH) oranı ve kişi başına prim üretimidir (Orhaner, 2013).

Devlet planları, sosyal sağlık sigortası ve cepten ödemelerden sonra, özel sağlık sigortası birçok OECD ülkesinde önemli bir sağlık finansmanı kaynağıdır. Ortalama olarak, OECD genelinde tüm sağlık harcamalarının %10’unu finanse ediyor, fakat bu ortalama ülkeler arası önemli farklılıklar gösteriyor. Özel sağlık sigortası, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki tüm sağlık harcamalarının üçte birini, İsviçre’de yaklaşık yarısı ve Hollanda’da yaklaşık %60’ını oluşturmaktadır (Şekil 5). Öte yandan, OECD ülkelerinin yaklaşık yarısında sağlık harcamalarının %5’ini veya daha azını oluşturuyor. Bu önemli farklılıklar, özel sağlık sigortasının ülkelerde farklı roller üstlenmesiyle açıklanabilir:

- Birçok ülkede, hükümet veya sosyal sağlık sigortası planları, asgari bir dizi sağlık hizmetini kapsayan bir kamu yararı gözeterek finanse eder, ancak yarım düzine OECD ülkesinde özel sağlık sigortası, bütün nüfusun veya nüfusun büyük bir bölümünün sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlayan birincil mekanizma haline gelir.
- Özel sağlık sigortası ayrıca aşağıdakileri sağlayarak ikincil bir rol üstlenebilir: kamu yararı paketine dahil olmayan hizmetler için ek teminat (örneğin İsrail veya Kanada’da); kamu yararı paketine dahil hizmetleri kullanmak için gereken ortak ödemeleri kapsayan tamamlayıcı teminat (örneğin Fransa, Slovenya); veya daha hızlı erişim elde etmek veya sağlayıcı seçimini arttırmak için kamu yararı paketine dahil olmayan sağlayıcılar tarafından sunulan hizmetler için mükerrer kapsama.

Şekil 5. Cari Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Özel Sağlık Harcamaları (2019)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2021, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

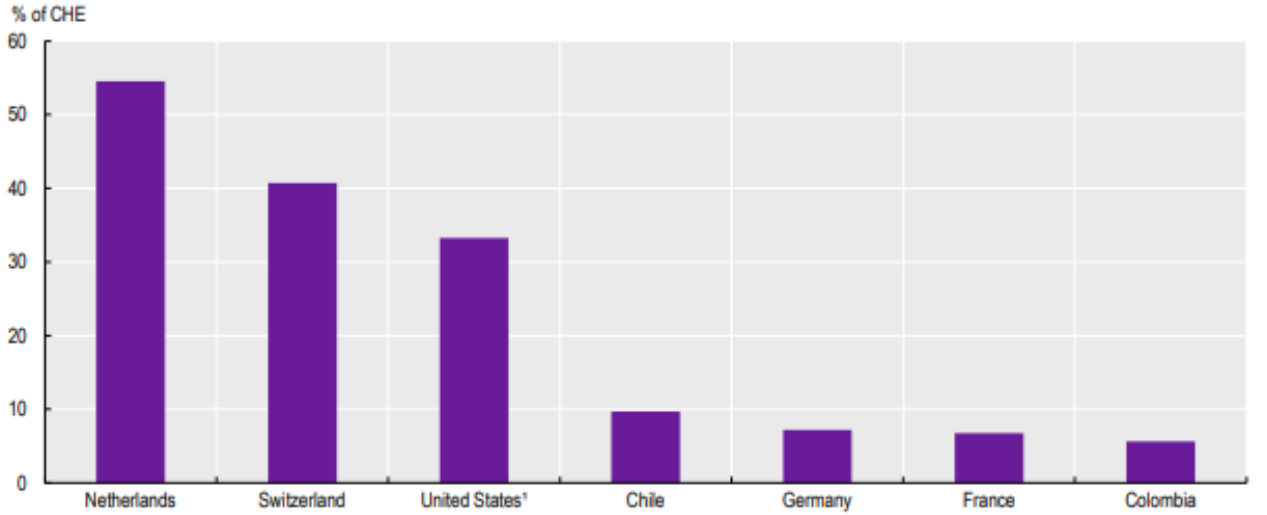
Not: Toplam özel sağlık sigortası harcamaları, mecburi özel sağlık sigortası planları ile gönüllü özel sağlık sigortası planları tarafından yapılan harcamaların toplamı olarak tanımlanmaktadır. CHE, cari sağlık harcaması anlamına gelir.

Özel sağlık sigortası tarafından yapılan harcamalar zorunlu ve gönüllü olarak ayırt edilemez. Uygun Fiyatlı Bakım Yasası'nın bir parçası olarak 2014 sağlık sigortası satın almak için bireysel yetkinin getirilmesinden bu yana, çoğunluk zorunlu olarak kabul edilmektedir.

Sağlık finansmanı açısından, özel sağlık sigortası zorunlu ve isteğe bağlı olarak ayırt edilebilir. Zorunlu özel sağlık sigortası sadece yaklaşık yarım düzine OECD ülkesinde önemli bir rol oynamaktadır ve hemen hemen tüm durumlarda, birincil teminat sağladığı durumları ifade eder (Şekil 6). Hollanda'da "Sağlık Sigortası Yasası" (ZVW) kapsamında faaliyet gösteren özel sigorta şirketlerinin harcamaları, toplam sağlık harcamalarının %55'ini temsil etmektedir. İsviçre'de, "Sağlık Sigortasına İlişkin Federal Kanun" (KVG), tüm nüfus için özel sağlık sigortası kapsamı satın alınmasını zorunlu kılar ve zorunlu özel kaza ve meslek hastalıkları sigortası ile birlikte toplam sağlık harcamalarının %40'ını oluşturur. 2014'ten bu yana, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Uygun Fiyatlı Bakım Yasası, tüm bireylerin ve ailelerin (bazı istisnalar dışında) minimum miktarda sağlık sigortasına sahip olmasını şart koşturmaktadır. İçinde Almanya ve Şili'de, sosyal sağlık sigortasından vazgeçen kişiler, asgari bir

hizmet için özel sağlık sigortası kapsamına girmekle yükümlüdür. Nüfusun yaklaşık %10-18'ini kapsayan bu programlar kapsamında yapılan harcamalar, bu iki ülkedeki tüm sağlık harcamalarının %7-10'unu oluşturmaktadır. Fransa'da, 2016 yılında yapılan yasal değişiklikler, özel sektördeki işverenlerin karşılıklı sağlık sigortaları, ihtiyat kurumları veya özel sigorta şirketleri aracılığıyla tamamlayıcı sigorta sunmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır. Bireyler tarafından doğrudan abone olunan diğer gönüllü tamamlayıcı sigorta türleri, Fransa'da başka bir %6'lık paya sahiptir. Özel bir durum, zorunlu özel sağlık sigortası harcamalarının özel sigorta şirketlerinin trafik veya iş kazalarından kaynaklanan tıbbi masrafları karşılama yükümlülüklerini ifade ettiği Kolombiya'daki durumdur.

Şekil 6. Özel Zorunlu Sağlık Sigortası Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (2019)



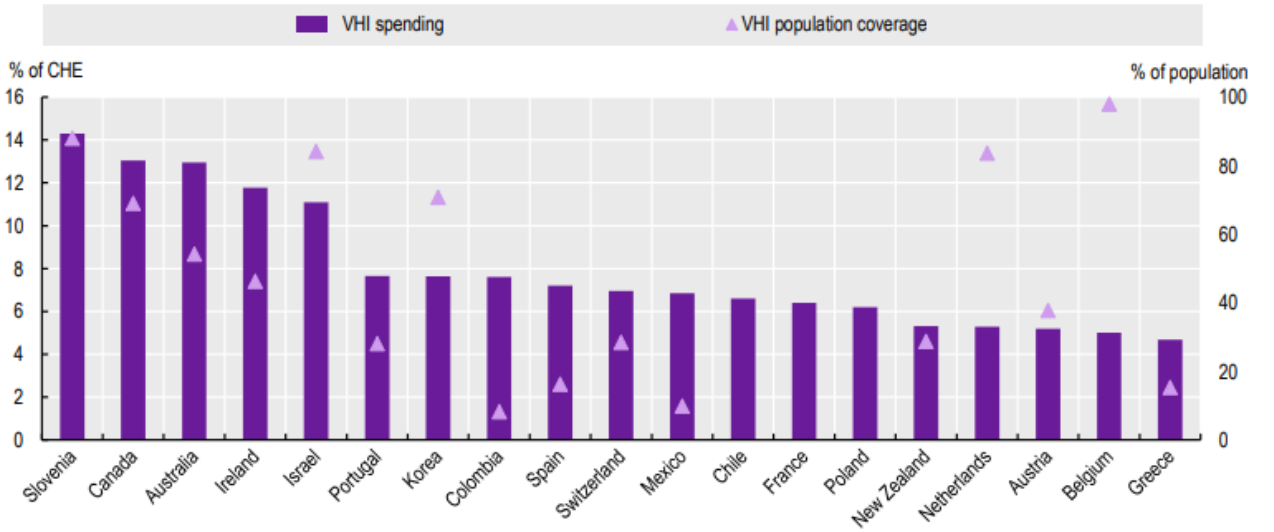
Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2021, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

Not: Yalnızca zorunlu özel sağlık sigortası harcamalarının cari sağlık harcamalarının %5'ini veya daha fazlasını oluşturduğu ülkeler gösterilmektedir.

Gönüllü özel sağlık sigortasının oynadığı rol farklıdır ve kapsanan hizmetlerin kapsamı genellikle zorunlu sağlık sigortasından daha sınırlı olmaktadır. Finansman açısından bakıldığında, yine de önemli olabilmektedir. Slovenya, Kanada, Avustralya, İrlanda ve İsrail'de gönüllü özel harcamalar sağlık sigortası, genel sağlık harcamasının %11-14'ünü temsil etmektedir (Şekil 7) ve nüfusun önemli bir kısmı, Slovenya'da on kişiden dokuzu ve Slovenya'da yediye yakın bu tür bir sigorta kapsamına sahiptir. Gönüllü özel sağlık sigortası için nüfus kapsamı da İsrail, Hollanda ve Belçika'da çok yüksektir.

Slovenya’da gönüllü özel sağlık sigortası esas olarak sosyal sağlık sigortasına yapılan katkı paylarını finanse etmektedir. Kanada’da gönüllü özel sağlık sigortası, özellikle ilaçlara odaklanan ek teminat sağlar. Avustralya ve İrlanda’da gönüllü sigorta esas olarak mükerrerdir ve kamu veya özel hastanelerde tedavi veya teşhise daha hızlı erişim sağlamak için kullanılır. İsviçre ve Hollanda’daki özel sağlık sigortası harcamalarının çoğu zorunlu birincil sigorta sözleşmeleriyle bağlantılıyken, gönüllü sağlık sigortası ihmal edilebilir düzeyde değildir ve bu ülkelerdeki toplam sağlık harcamalarının %5-7’sini finanse etmektedir.

Şekil 7. Özel Gönüllü Sağlık Sigortası Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı ve VHI Kapsamına Giren Nüfusun Payı (2019)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2021, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

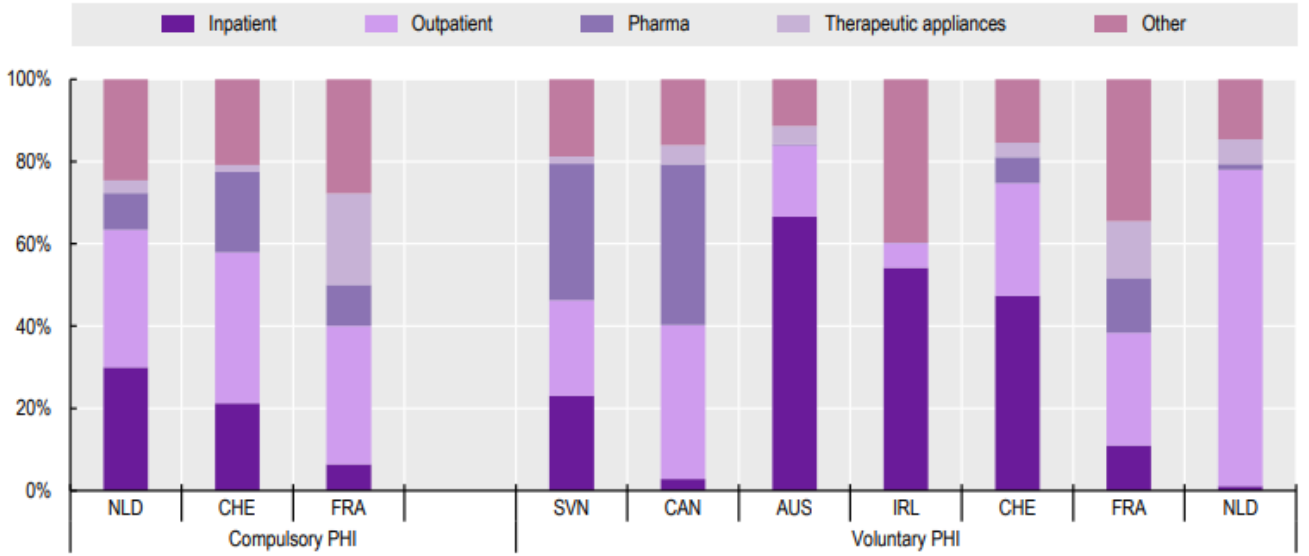
Not: Yalnızca gönüllü özel sağlık sigortası harcamalarının mevcut sağlık harcamalarının %5’ini veya daha fazlasını oluşturduğu ülkeler gösterilmektedir. Nüfus kapsamına ilişkin veriler tüm ülkeler için mevcut değildir. Sol ekseninde gönüllü harcamalarının payı görüntülenmektedir. Sağ ekseninde nüfus kapsama payı gösterilmektedir.

Özel sağlık sigortası tarafından finanse edilen sağlık ürünleri ve hizmetlerinin türü (örn. ayakta tedavi, yatan hasta bakımı, uzun süreli bakım, farmasötik terapötik cihazlar) sağlık sistemi özelliklerindeki farklılıkları yansıtacak şekilde zorunlu ve gönüllü planlar arasında farklılık gösterir (Şekil 8). Hollanda ve İsviçre’deki zorunlu özel sigorta planlarına bakıldığında, zorunlu birincil sigorta ve sağlık hizmetlerinden yararlanma modellerinin kapsamını yansıtan harcamaların dağılımı benzerdir. Fransa’da ise, zorunlu özel sağlık sigortası esas olarak sosyal sağlık sigortasına yapılan katkı paylarını geri öder ve böylece kamu maliyet düzenlemelerini yansıtır. Sonuç olarak, Fransa, Hollanda veya İsviçre’den çok daha düşük

zorunlu özel sağlık sigortası harcaması ve gözlük veya işitme cihazı gibi terapötik cihazlar için çok daha yüksek harcama göstermektedir.

Hollanda ve İsviçre'deki zorunlu özel sağlık sigortasının harcama yapısı, bu ülkelerdeki gönüllü özel sağlık sigortasından çok farklıdır. Hollanda'da gönüllü özel sağlık sigortasına, esas olarak diş bakımı ve rehabilitasyon bakımı için ayakta tedavi harcamaları hakimken, İsviçre'de yatan hasta bakımı baskındır. Fransa'da hem zorunlu hem de gönüllü özel sağlık sigortası tamamlayıcı olduğundan, finanse edilen sağlık hizmeti türü, iki özel sigorta türü arasında çok az farklılık gösterir. Önemli gönüllü özel sağlık sigortası programlarına sahip ülkelere bakıldığında, ilaç harcamaları Kanada ve Slovenya örneğinde harcamaların çoğunu oluştururken, Avustralya ve İrlanda örneğinde yatan hasta harcamaları baskındır. Yine bu varyasyon, özel sigortanın ülkeler arasında oynadığı rollerdeki farklılıkları yansıtmaktadır.

Şekil 8. Hizmet Türüne Göre Özel Sağlık Sigortası Harcamalarının Bileşimi



Not: Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamaları içindeki payına göre büyükten küçüğe sıralanan ülkeler, zorunlu ve gönüllü özel sağlık sigortası.

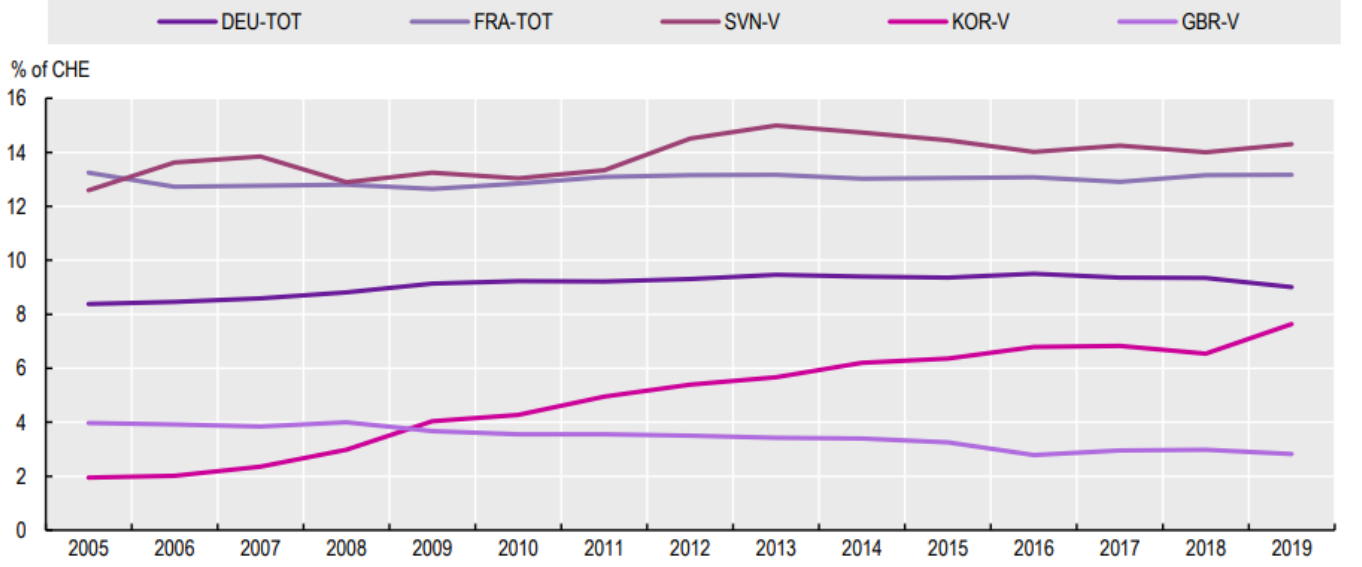
Genel olarak, özel sağlık sigortası tarafından yapılan harcamalar, toplam sağlık harcamalarından biraz daha büyük bir oranda büyümüştür 2005 yılından bu yana. 2019 yılına gelindiğinde özel sağlık sigortasının cari sağlık harcamaları içindeki payı %9,8'e yükselmişti. OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak, 2005'te yaklaşık %8'e yükseldi. Bu gelişmenin bir kısmı şu şekilde olabilir: sağlık hizmetlerinin finanse edilme şeklini değiştiren mevzuat veya reformlarla açıklanmaktadır. Hollanda'da önemli bir sağlık finansman reformu, mevcut sosyal

sağlık sigortası sisteminin yerini zorunlu sigorta sistemine dayalı bir sistemle değiştirmiştir 2006 yılında özel sağlık sigortası. Diğer ülkelerde toplam özel sağlık sigortasının payı ise harcamalar büyük ölçüde değişmeden kalmış, zorunlu ve gönüllü özel sektör arasındaki denge sigorta değişmiştir (Şekil 9). Almanya’da özel sağlık sigortası kapsamına alınması belirli nüfus grupları için 2009 yılında zorunlu hale getirildi (daha önce gönüllüydü). Fransa’da gönüllü 2016 yılında özel sektördeki çoğu çalışan için tamamlayıcı teminat için özel sigorta zorunlu hale getirildi.

Gönüllü sağlık sigortası harcamalarındaki değişime odaklanmak, birkaç ilginç eğilimin altını çizmektedir (Şekil 5). Kore’de, tamamlayıcı ve tamamlayıcı özel sigortanın artan popülaritesi (2019’da on Koreliden yedisinden fazlası bu tür sigorta kapsamına sahipti) harcama payının 2005’te %1,9’dan 2019’da %7,6’ya istikrarlı bir şekilde arttığını göstermektedir. Slovenya’da da güçlü bir şekilde büyüyerek 2019’da %88’e ulaştı. Bununla birlikte, karşılık gelen harcama payı 2005’te %12,6’dan 2019’da %14,3’e yalnızca biraz artmıştır. Öte yandan Birleşik Krallık ’ta, sağlık harcamalarının oranı özel sağlık sigortası 2005’te %4’ten 2019’da %2,8’e düşerek, mükerrer sigortalı nüfusun payındaki düşüşü yansıtmaktadır (2019’da yaklaşık 10’da bir). Uzun vadede özel sağlık sigortası harcamalarındaki kademeli artışa rağmen, 2020 için ön veriler, COVID-19 için yeterli tedavi kapasitesini güvence altına almak için özel tedavi ertelendiği için bazı ülkelerde özel sağlık sigortası harcamalarında düşüş olduğunu göstermektedir. Hastalar ve sağlık hizmeti sunumundaki diğer kısıtlamalar nedeniyle ya da sadece daha az insanın enfeksiyon korkusuyla bakım aradığı gerçeğini yansıtmaktadır.

Şili’de zorunlu özel sağlık sigortası harcamalarının 2020’de reel olarak %9 düşmesi beklenmektedir. Slovenya’da gönüllü özel sağlık sigortası harcamaları 2020’de durağanlaşırken, Hollanda’da %8 ve Birleşik Krallık ’ta %28 azalmıştır (Mueller & Morgan, 2022).

Şekil 9. Mevcut Sağlık Harcamalarının Payı Olarak Özel Sağlık Sigortası Harcamaları (2015-2019)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2021, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

Not: Fransa ve Almanya için veriler, zorunlu ve gönüllü özel sağlık sigortası (toplam özel sağlık sigortası harcaması) toplamını ifade eder. Kore, Slovenya ve Birleşik Krallık için veriler yalnızca gönüllü özel sağlık sigortasına aittir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde özel sağlık sigorta yöneticilerinin ülkemizdeki özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu/ geleceği ve özel sağlık sigortacılığını geliştirmek için neler yapılması gerektiği ile ilgili görüşleri ele alınmıştır.

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Ülkemizde 1990 yılında faaliyete geçen özel sağlık sigorta talebinin dünya ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmamızda özel sağlık sigortasının mevcut durumu/geleceği ve özel sağlık sigortacılığını geliştirmek için neler yapılması gerektiğinin ortaya konması amaçlanmıştır. Literatür taraması sırasında özel sağlık sigortası ile ilgili kaynak sayısının ülkemiz için oldukça az olduğu görülmüştür. Çalışmamız bu konudaki ilklerden birini oluşturacaktır. Ayrıca çalışmamızın daha sonraki çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Çalışmamız nitel araştırmanın veri toplama tekniklerinden biri olan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme, çalışılan konuyu tüm hatları ile ele alan, daha çok açık uçlu soruların yer aldığı ve ayrıntılı yanıtların alınmasına olanak tanıyan, yüz yüze, birebir görüşülerek bilgi toplanmasına imkân veren bir veri toplama tekniğidir (Tekin,2006).

3.2.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni, Türkiye Sigortalar Birliği'ne bağlı sağlık sigortası (TSS+ÖSS) hizmeti veren 40 özel sağlık sigortası şirketidir. Araştırma planlanırken tüm özel sağlık sigortası hizmeti veren şirketlere ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak COVID-19 salgını nedeni ile ve bazı şirketlerin kurumsal politikalarını mazeret olarak göstermeleri sebebi ile araştırma kapsamına 12 özel sağlık sigortası şirketinin yöneticisi katılabilmektedir.

3.3.ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmada derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmalarda görüşme tekniği, ayrıntılı ve derinlemesine bilgi sağlaması gibi avantajlarından dolayı çalışmamızda bu yöntem tercih edilmiştir (Karahana ve ark., 2022). Araştırma için literatür doğrultusunda bir görüşme formu hazırlanmıştır. Form hazırlanırken sağlık sigortacılığı dersi anlatan öğretim üyelerinden de destek alınmıştır. Form iki bölüm olup, demografik veriler dışında 12 sorudan oluşmuştur. Görüşmeler açık uçlu yapılandırılmamış soru formu ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler Zoom üzerinden görüntülü olarak yapılmıştır. Online görüşme yapma sebebimiz COVID-19 nedeni ile kişilerin yüz yüze görüşme yapmaktan çekinmeleridir. Zoom bağlantısı görüntülü olduğundan dolayı etkileşim farkının olmayacağı düşünülmüştür. Sadece bir yönetici ile Zoom bağlantısı sorunu ve yüz yüze görüşmeye vakti olmadığını belirtmesi sebebiyle telefonda görüşme sağlanabilmektedir.

Belirlenen amaç doğrultusunda; özel sağlık sigortacılığının geleceği konusunda yöneticilerin görüşleri alınarak özel sağlık sigortası talebinin düşük olması nedenleri irdelenmiş ve özel sağlık sigortası ile ilgili yaşanan problemler tespit edilmeye çalışılmıştır.

Yorumlar yazılırken sigorta şirketlerinin ismi kullanılmayarak X1, X2, X3,.. şeklinde, her sigorta şirketi yöneticisine katılımcı denmiş (K1, K2, K3, K4,..) ve her birinin kendi

ifadeleri ile görüşme çözümlenmiştir. Görüşme sırasında katılımcıların verdikleri cevaplardaki kişi ve kurumların isimleri de formüle edilerek belirtilmiştir.

Analiz yapılırken, tablolardaki sorulara verilen cevaplar sınıflandırılarak temalara ayrılmıştır. Aynı ve benzer cevabı verenler tek grupta değerlendirilmiş, farklı cevaplar bireysel olarak değerlendirilmiştir. Böylece farklılıklar tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.4.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE ZORLUKLARI

Araştırma zaman, erişim ve COVID-19 salgını kısıtlarından dolayı Zoom üzerinden yapılmıştır. Görüşme yapılamayan sigorta şirketlerinden mülakat için randevu alınamamıştır ya da kurumsal politikaları gereği çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışma sadece randevu alınabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden sigorta şirketi yöneticileri ile sınırlı kalmıştır.

3.5.ARAŞTIRMANIN SORULARI

Derinlemesine görüşme sorularının ilk bölümünde demografik veriler ve özel sigorta yöneticilerinin kurum poliçeli sayıları, prim üretimleri ve özel-tamamlayıcı sağlık sigortalı kişi sayıları bilgilerini içeren sorular yer almaktadır.

DEMOGRAFİK BİLGİLER

- Cinsiyetiniz
- Yaşınız
- Kurumdaki göreviniz
- Eğitim durumunuz
- Mesleğiniz?
- Meslekte kaçınıcı yılınız?
- Kaç yıldır bulunduğunuz pozisyonunda çalışmaktasınız?
- Kurumunuzda kaç yıldır özel sağlık sigortası hizmeti veriliyor?
- Kurum sigortalı sayınız?
- *Ayakta
- *Yatarak
- *Bireysel/Kurumsal poliçe/kişi sayısı/prim üretimi
- *Özel Sağlık Sigortası/Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Derinlemesine görüşme sorularının ikinci bölümünde ise; özel sağlık sigortası talebinin göreceli olarak düşük olması, Türkiye’de sosyal sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğinde özel sağlık sigortasının rolü ve Türkiye’de özel sağlık sigortasının gelişimini etkileyen teorik faktörlerin ne olduğu ile ilgili 12 soru yer almaktadır.

Soru 1: Sizce Türkiye’de neden özel sağlık sigortası yaptırır?

Soru 2: Şu anda özel sağlık sigortacılığı sektöründe en önemli sorun sizce nedir?

Soru 3: Özel sağlık sigortasında devletin rolü nedir?

Soru 4: Özel sağlık sigortasına devlet teşviki nasıl olmalıdır?

Soru 5: Özel sağlık sigortası şirketlerinin başarı faktörleri (kriterleri) nelerdir?

Soru 6: Özel sağlık sigortası sektöründe penetrasyon seviyesi daha nasıl arttırılabilir? konu hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? Seviyenin yükseltilmesi için neler yapılabilir?

Soru 7: Özel sağlık sigortası talebinde bölgelere göre farklılıklar var mı? Varsa bu durumu hangi etkenlere bağlıyorsunuz?

Soru 8: Ülkemizde en çok tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırılıyor. Bu konu hakkındaki düşünceleriniz ve gelecekte durum ne olacak?

Soru 9: Gelecek planları için hizmet satın alanların görüşleri alınıyor mu? Hangi yöntemlerle alınıyor?

Soru 10: Tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası çelişiyor mu? Bu konuda ne yapmak gerekir? Bu konu hakkındaki düşünceleriniz ve gelecekte durum ne olacak?

Soru 11: Sizce özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinde ne gibi faktörler rol alacak? Şirketler ne gibi hazırlıklar ve stratejik planlar yapmalı?

Soru 12: Toplam nüfusa oranla özel sağlık sigortasına sahip birey sayısı en fazla olan ülke Fransa’dır. Bizim bu seviyede olabilmemiz için ne gibi çalışmalar yapmamız gerekir? Bizi bu süreçte neler engelliyor?

4.BULGULAR

Sağlık sigortacılığının geleceğine yönelik yapılmış olan bu çalışmada 12 kişi ile yapılan derinlemesine mülakat sonucunda katılımcıların verdikleri cevaplar belirli temalara ayrılmış ve temaların alt başlıkları üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Oluşturulan temalar **Talep Düşüklüğü, Sürdürülebilirlik ve Gelişim Faktörleri** olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda ulaşılan bulgular aşağıda yer almaktadır.

Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Tablo 7. Demografik Bilgiler

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Meslek	Meslekteki Yılı
K1	Kadın	42	Lisans	Kimya Mezunlu	12
K2	Kadın	38	Yüksek Lisans	Hemşire	13
K3	Erkek	45	Lisans	İşletme Mezunlu	20
K4	Kadın	47	Yüksek Lisans	Bankacılık ve Sigortacılık	24
K5	Kadın	47	Lisans	Hekim	20
K6	Kadın	55	Yüksek Lisans	Mühendis	33
K7	Kadın	44	Lisans	Sigortacılık	22
K8	Erkek	53	Lisans	İşletme	22
K9	Kadın	38	Lisans	Sağlık Yönetimi	13
K10	Kadın	34	Yüksek Lisans	Hemşire	11
K11	Kadın	43	Lisans	Hemşire	22
K12	Erkek	42	Yüksek Lisans	Hemşire	25

Tablo 7’de araştırmaya katılım gösteren farklı sigorta şirketlerinde çalışan 12 katılımcıya ait demografik bilgiler yer almaktadır. Buna göre, katılımcıların 3’ü erkek 9’u kadındır, yaş dağılımı olarak en küçük 34, en büyük 55 olup, katılımcıların mezuniyet durumları incelendiğinde, 7 katılımcının lisans, 5 katılımcının yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Mesleklerine baktığımızda ise, 4 katılımcının hemşire, 2 katılımcının işletmeci, 2 katılımcının

sigortacı, 2'sinin hekim, bir kimyacı ve bir katılımcının da sağlık yöneticisi olduğu görülmüştür. Meslekte geçirdikleri sürenin ise 11-33 yıl aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Kurumdaki Görev-Bulunduğu Pozisyondaki Yılı

Katılımcı	Kurumdaki Görev	Bulunduğu Pozisyondaki Yılı	Çalıştığı Kurumda Kaç Yıldır Özel Sağlık Sigortası Hizmeti Verildiği
K1	Anlaşmalı Kurumlar Müdürü	25	20
K2	Sağlık Anlaşmalı Kurumlar Müdür Yardımcısı	4	20-25
K3	Üretim ve Sağlık Tazminat Müdürü	10	20
K4	Tazminat, Provizyon ve Anlaşmalı Kurumlar Müdürü	2	2
K5	Tazminat ve Anlaşmalı Kurumlar Müdürü	13	13
K6	Sağlıkla ilgili satış hariç tüm süreçlerden sorumlu Grup Müdürü	10	30
K7	Sağlık Tazminat Müdür Yardımcısı	3	20
K8	Genel Müdür Yardımcısı	10	8
K9	Anlaşmalı Kurumlar Müdürü	2	2
K10	Sağlık Sigortası Uzmanı	3	3
K11	Anlaşmalı Kurumlar Müdürü	1	47
K12	Sağlık Anlaşmalı Kurumlar ve Vaka Yönetimi Müdür Yardımcısı	5	30

Tablo 8’da araştırmaya katılanların kurumdaki mevcut görevleri ve bu görevdeki çalışma süreleri görülmektedir. Buna göre, katılımcıların 3’ü Anlaşmalı Kurumlar Müdürü, 2’si Tazminat, Provizyon ve Anlaşmalı Kurumlar Müdürü, biri Sağlık Anlaşmalı Kurumlar Müdür

Yardımcısı, biri Üretim ve Sağlık Tazminat Müdürü, biri Sağlıkla ilgili satış hariç tüm süreçlerden sorumlu Grup Müdürü, biri Sağlık Tazminat Müdür Yardımcısı, biri Genel Müdür Yardımcısı, biri Sağlık Sigortası Uzmanı, biri Sağlık Anlaşmalı Kurumlar ve Vaka Yönetimi Müdür Yardımcısı şeklinde olup mevcut pozisyonlarında çalışma süreleri bir yıl ile 25 yıl arasında değişkenlik göstermektedir.

Araştırmaya katılım gösteren her bir katılımcı farklı sigorta şirketlerinde aktif görev alan kişilerden oluşmaktadır. Ayrıca katılımcılara çalıştıkları sigorta şirketinde kaç yıldır özel sağlık sigortası hizmeti sağlandığına dair soru yöneltilmiş olup; katılımcılardan K11'in en uzun süre olarak 47 yıldır özel sağlık sigortası hizmeti sunan bir şirkette çalıştığı, en az ise K4 ve K9'un 2 yıldır özel sağlık sigortası hizmeti sunan bir şirkette çalıştığı bilgisi edinilmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların çalıştıkları sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, bireysel poliçe sayısı, grup/kurumsal poliçe sayısı ve toplam sigortalı kişi sayıları aşağıda sunulan tabloda verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Görev Yaptıkları Sigorta Şirketlerine Ait Veriler

Kurumlar	TSS Sayısı	ÖSS Sayısı	Bireysel Poliçe Sayısı	Grup-Kurumsal Poliçe Sayısı	Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı	Prim Üretimi (1.02.2022-28.02.2022)
X1	411.312	59.851	TSS:252.798 ÖSS:39.083	TSS:158.514 ÖSS:20.768	471.163	₺165.327.968
X2	16.115	33.122	TSS:11.820 ÖSS:3.260	TSS:4.295 ÖSS:29.862	49.237	₺141.916.760
X3	44.813	42.626	TSS:34.534 ÖSS:36.823	TSS:10.279 ÖSS:5.803	87.439	₺77.563.597
X4	232.429	127.286	TSS:100.909 ÖSS:51.176	TSS:131.430 ÖSS:76.110	359.715	₺159.683.032
X5	2.661	5.091	TSS:2.661 ÖSS:4.808	TSS:- ÖSS:283	7.752	₺29.466.021
X6	24.039	2.687	TSS:10.784 ÖSS:2.034	TSS:13.255 ÖSS:653	26.726	₺7.885.641
X7	144.736	228.813	TSS:30.926 ÖSS:70.135	TSS:113.810 ÖSS:158.678	373.549	₺303.087.886
X8	15.182	0	TSS:10.785 ÖSS:-	TSS:4.397 ÖSS:-	15.182	₺7.965.773

X9	24.499	11.713	TSS:13.700 ÖSS:193	TSS:10.799 ÖSS:11.520	36.212	₺25.017.047
X10	392.992	589.688	TSS:76.796 ÖSS:112.347	TSS:316.196 ÖSS:477.341	982.680	₺1.529.932.366
X11	196.606	163.594	TSS:166.491 ÖSS:129.080	TSS:30.115 ÖSS:34.514	360.200	₺201.892.046
X12	141.569	2713	TSS:116.236 ÖSS:2.060	TSS:25.333 ÖSS:653	144.282	₺116.522.109

Kaynak: TSB. ORG.TR

Katılımcılardan sigorta şirketleri ile ilgili bazı veriler istenmiştir. Onların cevapları ve TSB verileri doğrultusunda Tablo 9 hazırlanmıştır. Tablodan da anlaşılacağı üzere, en fazla sigortalı bireye sahip şirketin X10, daha sonrasında ise X1 sigortanın olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra bir aylık zaman diliminde en fazla prim üretiminde bulunan şirketin X10, en az ise X6 Sigorta olduğu görülmektedir.

4.1.TALEP DÜŞÜKLÜĞÜ TEMASI

Bu tema altında katılımcıların özel sağlık sigortacılığı sektöründe gördükleri en önemli sorun, özel sağlık sigortası talebinde bölgesel farklılığın etkisi, Türkiye’de yaygın bir biçimde yaptırılan tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki düşünceleri ve tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortasının çelişip çelişmediğine dair sorular sorulmuştur. Bu alt başlıklara verilen cevapların dağılımı aşağıda yer almaktadır (Tablo 10):

Tablo 10. Özel Sağlık Sigortası Uygulamasında Yaşanan Talep Düşüklüğüne İlişkin Görüşler

Tema	Alt Temalar	Cevaplar	Frekans(n)
Talep Düşüklüğü	Sorunlar	Ekonomik Koşulların Getirdiği Maliyet Problemleri	8
		Sağlık Hizmetlerinin Pahalı Olması	1
		Farkındalık	1
		Tekelleşme Sorunu	1
		Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	1
		Maliyetlerin Sigorta Şirketlerine Eşit Dağıtılmaması	1

	Fiyatlandırma İçin Ortak Kodların Eksikliği	1
Bölgesel Farklılık Nedenleri	Coğrafi Konum	1
	Yaşam Standartları ve Genel Alışkanlıklar	1
	Gelir Düzeyi	5
	Nüfus	1
	Sosyo-Kültürel Bakış Açısı	2
	Anadolu'da Şehir Hastanelerinin Varlığı	1
	Anadolu'da Özel Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kısıtlı Olması	5
	Bilinirlik	1
	Farkındalık	2
	Eğitim Düzeyi	1
	Anadolu'da Sağlık Hizmetlerine Ulaşımın Yoğunluğun Olmaması	1
	Anlaşılabilir Hastane Bulma	1
	Artış var ve sürdürülemez	3
	Artış var ve sürdürülebilir	7
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	Kısa vadede artış yok	1
	Geleceği Belirsiz	1
	Çelişmiyor	10
	Çelişiyor	2

Katılımcıların mevcut durumda özel sağlık sigortacılığı sektöründe en önemli soruna ilişkin görüşleri sorunlar alt temasında verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (8 katılımcı) ekonomik koşulların getirdiği maliyet problemlerinin varlığına dikkat çekmiştir. Ekonomik koşulların getirdiği maliyet problemlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin pahalı olması, bireylerin farkındalığının yeterince gelişmemiş olması, sigortacılık sektöründe büyük

şirketlerin tekelleşmesi sorunu, yine tekelleşmeyle de bağlantılı olarak da maliyetlerin sigorta şirketlerine eşit olarak dağıtılmaması, tamamlayıcı sağlık sigortasına olan yönelim ve fiyatlandırma için her sigorta şirketinde ortak kodların eksikliği katılımcıların değerlendirdikleri sorunlar arasındadır.

Bireylerin özel sağlık sigortası talebinde bulunma taleplerinde bölgesel farklılıkların olup olmadığı ve farklılık varsa olan farklılıkların etkenlerinin neler olduğuna ilişkin katılımcıların tümü farklılık olduğunu belirtmiş olup gelir düzeyinin ve Anadolu’da özel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasının belirleyici olduğu görülmektedir. Yine bölgesel olarak bireylerin sosyo-kültürel bakış açıları ve farkındalık düzeyleri önemli etkenler arasındadır.

Türkiye’de mevcut durumda tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygın olmasının, gelecekteki tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının durumu, tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortasının çelişip çelişmediğine dair yöneltilen soruya ilişkin katılımcıların cevapları tamamlayıcı sağlık sigortası alt temasında verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (10 katılımcı) özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının çelişmediğini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireylerin sayısında artışın olduğunu ve bunun sürdürülebilir bir uygulama olduğunu (7 katılımcı), artışın olduğunu ancak sürdürülebilir bir uygulama olmadığını (3 katılımcı), kısa vade de artış olmadığını (1 katılımcı), geleceğinin belirsiz olduğunu ise (1 katılımcı) ifade etmiştir.

Katılımcılara özel sağlık sigortacılığı sektöründe gördükleri en önemli probleme dair soru yöneltilmiştir.

Ekonomik Koşulların Getirdiği Maliyet Problemleri

“Bence şu son yılı eğer dikkate alırsak ülkemizdeki yüksek enflasyonun yarattığı ekonomik koşulların etkisiyle anlaşmaların, hastanelerin sürdürülebilir olmaktan çıkmış olması.” K1

“Bence şu anda en büyük sorun dönemin en önemli sorunu ekonomik kriz. Bu hem hastanelere yansıyan ekonomik kriz hem her şeyin ciddi anlamda fiyatlarının artması. Bu haliyle her şeyin fiyatı arttıkça hastane fiyatları artıyor. Hastane fiyatları arttığı zaman poliçenin fiyatları artıyor... Fiyatları arttıkça ya da her şeyin maliyeti arttıkça poliçe primlerine de yansıyor ve bu noktada bence en önemli sorun şu an her şeyde olduğu gibi ekonomik kriz, ekonomik dalgalanmalar, ekonomik kriz.” K2

“Yani, 2022 Şubat olarak düşündüğümüzde ekonominin durumu. Çünkü dövizlerin bu kadar oynak olması sebebiyle dışa bağımlı olduğumuz tüm tıbbi cihazlarda, ilaçlarda, tıbbi malzemelerde maalesef fiyatlarla belirleniyor. Maliyetler artıyor. Maliyetler artınca özel sağlık sigortasının zaten enflasyon bazında bir maliyet artışı var. Bir de tıbbi enflasyonla ilgili durum var. Burada da maliyetleri arttırıyor... Zaten bütçesi daralmış bir kişinin bunu ödemesi iyice zorlaşıyor.” K5

“Fiyat politikası diye düşünüyorum şu anda. Çünkü pandemi ile aslında insanlar birçok gelir düzeyinden feragat etmek zorunda kaldılar. Ve doğal olarak bu süreç sigorta sektörünü de çok net bir şekilde etkiledi, her duruma yansıdı, poliçe primlerine de yansıdı.”. K7

“Ülkemizin ekonomik durumu. Özel sağlık sigortası yaptırmak dediğiniz şey siz çok gençsiniz sizin gibi bir insan için bile kapsamlı bir özel sağlık sigortası yaptırmak 4000 -5000 lira primler ortaya çıkarmıştır. Çok genç olmanıza rağmen. Düşünün birde aile olduğunuzu işte eşiniz ve siz söz konusu olduğunda bu rakam 10.000 lira düzeyine çıkardı. Maliyet, tamamıyla maliyetle ilgili bir şeyden bahsediyoruz. Daha detaylı kapsamlı bir poliçe olsun dediğiniz zaman rakamlar çok daha yükseliyor. O da maalesef sağlık alanında çok fazla yurt dışına bağımlı olmamızdan kaynaklanan bir şey. Yani hastanelerde bulunan tüm cihazlar, her şeyin yurt dışından ithal ürünler olması bu maliyeti en çok arttıran konulardan biri. Sağlık pahalı bir sektör. Maalesef sağlık sigortaları pahalı.” K8

“Primler, primlendiremiyoruz ürünleri. Çünkü hastaneler enflasyondaki artış, TTB kat sayısındaki artış sadece özel sağlık sigortası ile ilgili konuşuyorsak, Türk Tabipler Birliği kat sayısındaki artışları da artık idare edemiyoruz. Yani dengeleyemiyoruz, primi yükseltiyoruz hasar prim oranlarına göre. Ama bu sefer insanların ürüne erişimi azalıyor. En önemli sorun şu andaki enflasyon nedeniyle ürünlerin fiyatları aslında.” K10

Katılımcıların büyük çoğunluğu özel sağlık sigortacılığı uygulamasında ekonomik koşulların getirdiği maliyet problemleri ne işaret etmektedir. Ekonomik kriz ile birlikte sunulan hizmetlerin fiyatlarının arttığına, tıbbi cihaz vs. alımında dışa olan bağımlılığın daha görünür

hale geldiğine, kişilerin ekonomik kriz kaynaklı sağlık harcamalarından feragat etmek zorunda kaldıklarına ve tüm bunların özel sağlık sigortacılığı sektöründe problemler oluşturduğunu göstermektedir.

En önemli sorun tabi ki maliyetler şu an. SUT'ta meydana gelen artışlar, medikal enflasyonunun ve TTB nin HUV'un artışları, yani sağıktaki enflasyon, dolayısıyla bizim primlerimizi etkiliyor. En önemli şey maliyet, ikincisi bilinirlik tabi ki... Türkiye'nin nüfusu 80 milyona yakın ama biz daha yeni yeni 4 buçuk milyonlara ulaşabildik... Bir kasko gibi bir trafik gibi sağlık sigortasının da bir ihtiyaç olduğu bilincinin aslında tüm halka yayılması gerekiyor. Benim bilinirlikten kastım aslında, sağlık sigortalarının da aracımıza verdiğimiz değer kadar sağığıımıza verdiğimiz değeri göstermesini bekliyoruz aslında.” K4

Ekonomik koşulların getirmiş olduğu maliyet problemlerinin yanı sıra bireylerin farkındalık düzeylerinin de düşüklüğünün bir sorun olduğunu K4 ifade etmektedir.

Tekelleşme Sorunu

“Birincisi dediğim gibi fiyatları tahmin edemiyor olmak... Birinci sorun ekonomik belirsizlik, ya bu her alanda var. Sağlık sigortacılığı için de var... İkincisi ise sağlık sigortacılığında zincir hastanelerin tekelleşme sorunu. Zincir hastaneler tekelleşir, tekelleşme rekabeti azaltır. Rekabet azalınca da bu tek başına olmanın getirdiği rahatlıkla istediği fiyatları koyabilir. Bu aynı şey TSS için de var... Şimdi tekelleşmenin hastane bacağında olduğu gibi sigorta şirketi bacağında da tekelleşme var. Şimdi A gibi büyük bir sigorta şirketi Y gibi büyük bir banka ile birleşince çok çok çok büyük bir şirket oluyor. Böyle olduğu zaman hastanelerin verdiği indirim oranları, büyük sigorta şirketlerine büyük oluyor. Küçük sigorta şirketlerine küçük indirimler veriyor. Böyle olunca da küçük şirket daha az indirim aldığı için daha çok maliyetle bu hizmeti verebiliyor.” K6

Büyük şirketlerin sektörde belirleyici olduğu ve büyük şirketlerin hastanelerden yüksek indirimlerden kaynaklı olarak tekelleşmenin olduğu ve bu tekelleşmenin küçük şirketlerin maliyetlerinin artmasına sebep olduğu yine özel sağlık sigortacılığı sektöründe önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Pahalı Olması

“Şu anda özel sağlık sigortacılığı sektöründe en önemli sorun bence sağlık hizmetinin pahalı olması.” K3

Günümüzde her şeyin fiyatının arttığı gibi özel sağlık sigortacılığı sektöründe de sağlık hizmetlerinin pahalı olması sorun teşkil etmektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Şu an en büyük sorunlardan bir tanesi tamamlayıcı sağlık sigortası. Bu tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili hastaneler ile özel sağlık sigortaları çok ciddi savaşlar veriyor. Hastaneler çok yüksek rakamlarda anlaşmak istiyorlar. Tamamlayıcı sağlık sigortası da özel sağlık sigortasına göre daha ucuza satılan bir poliçe. Dolayısıyla da onu kompanse etmesi bekleniyor. Yani orada bir sigortalıya satışın eğer ki hastane ile anlaşmalı tutarının çok çok üzerinde kalırsa özetle ve kabaca söylersek orada çok ciddi sıkıntılara neden oluyor. Hastaneler şu anda işte atıyorum, bir şey nasıl derler şimdi TSS’de limitli biliyoruz genel olarak. Limitli muayene sayısı var tamamlayıcı sağlık sigortasında adam 10 kez muayene olma hakkı var ve orada az çok 10 kez muayene olduğunda ne kadar kullanım olduğunda ne kadar orada kullanım oranı TL olarak ne kadar olacağını az çok onların hesaplamaları yapılarak poliçe fiyatlandırmaları çıkıyor. Orada da hastaneler şu anda da işte şu anki işte asgari ücretin artışı, gelen zamlar otomatik olarak sağlık sektörünü de çok etkiledi. Sağlık sektöründe de her hastane şu an istisnasız hep zam yapmak istiyorlar.”K9

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması noktasında hastaneler ve özel sağlık sigortaları arasında ciddi problem olduğunu ve hastanelerin çok yüksek rakamlarda anlaşma yapmak istediklerini, gelen zamların sektörü etkilediğini, tamamlayıcı sağlık sigortası alan bir kişinin kabaca hesaplananın dışında hastanede anlaşma tutarının üzerinde kalması halinde problemler meydana geldiği ifade edilmektedir.

Maliyetlerin Sigorta Şirketlerine Eşit Dağıtılmaması

“Maliyetlerin sigorta şirketlerine eşit dağıtılmaması, kurumlar tarafındaki maliyetleri söylüyorum. Ne kadar pastadaki payınız büyükse katlandığınız maliyet daha da az oluyor. Rekabetçi bir şey yok. Burada bir piyasa yok

maalesef. Onun dışında hâlâ, hani nasıl birkaç bilinçli kesim olsa da özel sigortaların pastadaki payı büyümediği için ulaşılabirlik sorunu hala var. Yani pastadaki payın hala istediğimiz seviyeye gelmemesi diyebiliriz. Genel kapasitelerine göre hala çok küçüğüz.” K11

Her sigorta şirketinin toplam üzerindeki sahip olduğu pay ile maliyetlerinin ters orantılı olduğu, pay büyük ise maliyetin aynı oranda düşük olduğu bunun da sektörde sorun yarattığı vurgulanmaktadır.

Fiyatlandırma İçin Ortak Kodların Bulunmaması

“Mesela hemogram örnek veriyorum kan sayımı mesela kan sayımı için evrensel bir kod yok. Yani herkesin ayrı listeleri var ayrı bir fiyat baremi var işte maliyet tarafındaki sorunlar ortada. Mesela biz bugün oto tarafında, mesela oto sigortacılığında da orada işte malzeme kullanıyor, araba kaza yapıyor, radyatörü değişiyor mesela. Ama mesela oto tarafından hangi araca, hangi radyatörün kullanılacağı, uluslararası olarak belli hepsinin bir tanımı var, bir kod numarası var, seri numarası var mesela bugün işte arabayı aracınıza bir parça alacağınız zaman işte marka modeli söylüyorsunuz ya istediğin parçayı alamıyorsunuz. Marka modeli söylüyorsunuz. Adam o marka modele uygun parçayı sana veriyor.” K12

Her sigorta şirketinin verilen hizmet için farklı fiyat skalasının olduğu ve bu farklılığın maliyet açısından sigorta şirketlerine sorun yarattığı ifade edilmektedir.

Bireylerin özel sağlık sigortası talebinde bulunma tercihlerinde bölgelere göre farklılıklar olup olmadığı varsa mevcut farklılıklarının etkenlerinin ne olduğuna dair katılımcılara soru yöneltilmiştir.

Coğrafi Konum, Ekonomik Koşullar, Yaşam Standartları ve Genel Alışkanlıklar

“Farklılıklar var. Çünkü o bölgenin yaşama koşulları, standartları işte dinamikleri bizim için önemli bir etken. Her poliçeye, her bölgeye farklı poliçe türleri sunulabiliyor ve bazıları daha aktif olabiliyor. Bu da dediğimiz gibi işte bölgenin coğrafi konumu, yaşam standartları, ekonomik koşulları ve genel

alışkanlıkları etkili olabiliyor. Bizlerde ne yapıyoruz ona göre poliçe üretiyoruz ya da buna göre üretilmiş poliçeleri daha aktif orada satabiliyoruz.” K1

Bireylerin tercihlerinde farklılıkların olduğu ve bu farklılıkların bulundukları coğrafi konumları, ekonomik olarak ne koşul içerisinde oldukları ve ayrıca bireylerin yaşam standartlarının, genel alışkanlıklarının etkili olduğu ifade edilmektedir.

Nüfus, Anadolu’da Şehir Hastanelerinin Varlığı, Anadolu’da Özel Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kısıtlı Olması ve Anadolu’da Sağlık Hizmetlerine Ulaşımın Yoğunluğun Olmaması

Tabi ki yani bence özellikle bölgelere göre bir etken var. En önemli mesela İstanbul böyle İstanbul, Ankara büyük şehirlerde hem sayıca dokusunun fazla olmasından da kaynaklanıyor. Aynı zamanda nüfusun fazlalığına göre ücretsiz hizmet alabilecekleri hastanelerin kapasitesinin buralarda yetersiz olması nedeniyle aynı zamanda insanların sosyokültürel, sosyoekonomik durumları bu noktalarda biraz daha farklı. Yani Anadolu’daki bir insanın yaklaşımı ile hastaneye yaklaşım ile büyük şehirlerdeki kişilerin yaklaşımları biraz daha farklı oluyor. Bu noktada da bence büyük şehirlerde çok ciddi bir talep artışı var ve Anadolu’da bir de şehir hastanelerinin ben bu sayıyı etkilediğini düşünüyorum. Anadolu’da şehir hastanesi var ve bir de özel hastane var. Oradaki özel hastane şehir hastanesi kadar kaliteli değil... Anadolu’da da özellikle şehir hastanesi varsa şehir hastanesi birçok özel hastanelerden kalite olarak daha üst segmentte ve ihtiyaç duymuyorlar bu noktada ihtiyaç duyulmuyor. O bölgelerde sayı olarak talep daha az. K2

Şöyle farklılıklar oluyor. Almış olduğunuz sağlık poliçesini kullanırken farklılıklar oluyor. Mesela İç Anadolu’da özel hastaneye erişme şansınız çok maalesef olmuyor bazı yerlerde özellikle ilçelerde, ki çok hani orada almış olduğunuz sağlık hizmeti poliçesi de çok fazla kullanamayacaksınız gibi böyle farklılıklar da çıkıyor ortaya.” K3

“Bölgelere göre farklılıklar var. Anadolu’da çok fazla hastanenin olmaması özel hastanenin hele ki bazı şehirlerde hiç yok. Orada parası olan insan da ben buradayım. Hastane yok ki burada diye, almıyor... Bölgelerde hastanelerin daha az olması, devlet hastanelerinin üniversitelere gidebiliyor olmaları, nüfus

yoğunluğu da tabi oralarda az. Ama bir de kültürel özellikler nedeniyle İstanbul'dan, Ankara'dan İzmir'den çok daha farklı. Zaten beklentileri de farklı. Onlar hemen bir şey görmek istiyor. Bu sene kullanmadıysa poliçe iptal oluyor. Çok şükür sağlıklıyım bu sene. Kullanmadım ihtiyacım yokmuş benim diyor. Algi bu.” K5

Var tabi ki yani yaşanan bölge itibariyle işte oradaki kullanım araçları itibariyle, gelir düzeyi itibariyle öyle söyleyeyim. Poliçelerin tipleri işte teminatları değişebiliyor. Bu batıya geldikçe farklı istekler, istekler artabiliyor, işte doğuda daha farklı talepleri olabiliyor bireylerin. Teminatlar açısından bunlar olabiliyor ya da işte hastane kullanımları açısından. Şimdi tabi ben sağlık tarafından baktığım için. Doğuda daha çok özel hastane batıdakine göre çok yoğun değil. Ve doğal olarak kullanım aslında daha çok devlet hastaneleri ile alakalı bir durum söz konusu olabiliyor. Ufak tefek birtakım şeyler olabiliyor. O yüzden doğu illerinde TSS mantığında poliçeleşme daha fazla oluyor aslında. Ama bu batıya doğru geldiğinde bütçe ile beraber işte ÖSS ya da TSS diye ayrılabilir. Teminatlar dediğim gibi tamamen kişilerin kendi durumlarıyla alakalı. Değişebiliyor, değişkenlik gösterebiliyor ama batıya yaklaştıkça dediğim gibi poliçenin tipi değişiyor. Doğuda daha çok tercih edilen aslında bir SGK destekli poliçe oluyor. K7

“Var bölgelere göre farklılıklar, örneğin size bahsetmiş olduğum bu sigortalıların büyük, çok büyük çoğunluğu büyük şehirlerde yaşayan özellikle İstanbul, Ankara, İzmir gibi şehirlerde yaşayan insanlardan oluşuyor. Anadolu'ya doğru gittiğiniz takdirde yani küçük yerlere doğru gittiğiniz süreçte sigortalı sayısı azalıyor. Çünkü şöyle düşünün, insanların ihtiyaçları ile doğru orantılı yani bir kasaba düşünün, köy düşünün. Oradaki herhangi bir insanın zaten aile, sağlık ocağı dediğimiz işte bu yerlerdeki doktoru zaten adam her gün görüyor, kahvede çay içiyor onunla. Akşam yemek yerken karşılaşıyor.” K8

Tabi ki var. Böyle Türkiye haritasını düşündüğün zaman özel sağlık sigortası talebi belli başlı yerlerde var. Çünkü özel sağlık sigortasına erişimin kullanılacak hastane türlerinin daha çoğu İstanbul, Ege, Akdeniz'de daha çok bir yoğunluk görüyorsun ama bunun yanı sıra Doğu Anadolu, Orta Anadolu da özel sağlık sigortasına talep az. Yani şöyle diyebiliriz, hani sosyal sınıf

farklılıkları nedeniyle bölgeler arasındaki tabi ki farklılıklar var. Çünkü insanların maddi durumu ve erişimi önem arz ediyor.”K10

Bölgelere göre farklılıklarımız oluyor. Bizim bölgelere göre ürünlerde indirimlerimiz var. Farklı prim maliyet çalışılıyor. Bu da yine o bölgedeki çalıştığımız hastane, kurum maliyetlerine bağlı aslında gelişen bir süreç. Metropoldeki İstanbul, Ankara, İzmir fiyatlandırma modeli nerdeyse aynıken daha periferdeki hastanelerdeki maliyetlerimiz daha da düşebiliyor. Bu da eşittir bölgelerde bir fiyat farkına gidilebiliyor. Uygulamada bir farkımız yok. Değerlendirmede bir farkımız yok.”K11

Ya bölgeler bölgesel farklılıklar var. Mesela ben İzmir’i farklı görüyorum. İstanbul’a göre. Ankara’yı farklı görüyorum, Ankara’da biraz daha kamu hastanesine gitme eğilimi var ve aslında baktığımda mesela Ankara ya da işte A da hastane açtı. B de hastane açtı C de hastane açtı ama mesela İstanbul’daki gibi bir fiyat politikası uygulayamadılar orada. Çünkü oradaki insanların beklentileri daha düşük, daha mütevazı. Mesela İzmir’de daha çok böyle olaylar hekim odaklı gider. Mesela muayenehane hekimliği çoktur orada. Yani onlar genelde hekime giderler. Bizde İstanbul da öyle değil. Yani özellikle özel sağlık sigortalı açısından.” K12

Nüfusun bireylerin tercihlerinde önemli bir etken olduğu, nüfus yoğunluğunun ücretsiz alınabilecek hizmetlerde yoğunluk oluşturması sebebiyle bireylerin özel sağlık sigortasına yöneldikleri ancak Anadolu’da bireylerin şehir hastanelerini tercih ettiklerini, ihtiyaçlarını karşıladıklarını ve özel sağlık hizmeti almaya gerek duymadıkları ifade edilmektedir.

Farkındalık, Eğitim Düzeyi ve Gelir Düzeyi

“Büyük şehirlerde ekonomik güç olarak baktığınızda, kültürel seviye olarak baktığınızda, bilinci daha yüksek olan sağlık sigortası almaya daha istekli olan bir kitle ile karşı karşıyasınız. Çünkü bireysel poliçe cepten ödediğiniz kendi cebinden çıktığı için isteğe bağlı oluyor. Yani kendi tercih ediyor ve kendi ya da önerildiğinde ya da zaten dağıtım kanalı ona ulaştığında daha anlaşılabilir olabiliyor. Ama kırsal bölgelerde ise tabi ki bu oran daha düşük. Orada biraz hatır gönül ilişkisi ile alınabiliyor acente kanalıyla. Ama büyük şehirlerde daha

yüksek diyebilirim özellikle. Hem bilinirlik hem bilinç hem de gelir düzeyiyle alakalı.” K4

“Olmaz olur mu? Elbette var. En çok satılan yer büyük iller İstanbul’la başlıyor. İstanbul sonra işte Ankara. Bunun birinci nedeni o illerdeki özel hastane sayısı ile ilintili. Çünkü orada özel hastane yoksa kimse ihtiyaç duymuyor. Devlet hastanesi var ya da şehir hastanesi veya çok küçük hastaneler varsa aldığı farklar devletin ödediği SGK’nın ödediği, senin üzerine çok az farklarla hizmet alabiliyorsa ve orada da hala kaliteli doktorlar varsa o hastanelerde ki küçük illerde öyle oluyor. Hastanelerle ilgili sağlık kurumları ile ilgili özel sağlık kurumlarının az olduğu yerlerde sağlık sigortası daha az satılıyor... Bilinç tabi ki var. Eğitim düzeyi tabi ki var. Yani büyükşehirler, metropollerin görgü ve bilgileri farklı, küçük illerin farklı.” K6

Bireylerin eğitim seviyeleri ile özel sağlık sigortasına ihtiyaç duymaya ilişkin sahip oldukları farkındalıkların bölgesel farklılıkların ortaya çıkmasında bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anlaşmalı Hastane Bulma

“Yani tabi farklı gösteriyor. Yani şöyle hastaneye göre bir kere farklılık gösteriyor. Şimdi bir kere daha böyle kırsal kesimde anlaşmalı hastane bulmak daha zorlaşıyor. Ya da işte o fiyat kısmında pazarlık kısmında farklılaşıyor, sigortalı açısından talepte bilmem çok farklılık göstermiyor aslında. Hani bölgesel olarak bir sigortalının talebi aynı aslında bir kere anlaşmalı kurum bulmak. Mesela şu anda az önce uğraştım. Lüleburgaz’da bizim anlaşmalı kurum yok şu anda Lüleburgaz’da hiç yok ve sigortalılar orada var ve sigortalılar şu an mağdur oluyor ve orada sadece anlaşmalı kurum istiyorlar. Bölgeye göre değil bölgelere göre şöyle zorluk oluyor. İstanbul’da alternatif daha çok ama Şanlıurfa’da ya da bir Ağrı da ya da Niğde’de mesela anlaşmalı kurumumuz yok, bulmakta zorlanıyoruz. Bodrumda anlaşmalı kurum yok, zorlanıyoruz. İl küçüldükçe dolayısıyla hastane sayısı da azalıyor ve bu da anlaşma yapmayı zorlaştırıyor”. K9

Bireylerin tercih sebeplerinde bireysel faktörlerin dışında bölgesel anlamda özel sağlık sigortası hizmetinin sağlandığı bir sağlık kuruluşunun eksikliği de bölgesel farklılıkların ortaya çıkmasını etkilemektedir.

Türkiye’de yoğun bir şekilde tercih edilen tamamlayıcı sağlık sigortası ve bu uygulamanın geleceği hakkındaki düşünceleri katılımcılara sorulmuştur.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Etmede Artış var ve Sürdürülemez

“Ben sürdürülebilir olarak görmüyorum. Büyük bir ivme var. Evet, büyük bir ivme ile büyüyorlar, büyüyor TSS. Ama artık sürdürülebilirlik açısından özellikle kurumlar tarafında artık zor günler geçiriyoruz. Önceden bu yapının içerisine girmek dâhil olmak isteyen birçok kurum varken şimdi yapının içerisindeki kurumlar bunun dışına çıkmak istiyorlar ve hizmet vermek istemiyorlar. Hizmet kalitesi düştü. Fiyatlar düştüğü için otomatikman düştü. Dolayısıyla özel sağlık sigortası TSS’ye doğru daha ne kadar devam eder bilemiyorum. Ama ilerleyen dönemlerde TSS fiyatları da artık ÖSS fiyatlarıyla aynı noktaya ulaşacak gibi görünüyor. Öyle olunca da TSS’nin çok fazla bir amacı ya da bir mantığı kalmayacak gibi düşünüyorum. Ya da ismi değiştirilecek artık. TSS değil de farklı bir şey olacak.” K1

“Özel sağlık doydu. Onu bir kaymak tabakaya satıyorsunuz. Kaymak tabaka çok fazla değişmiyor. Para el değiştiriyor ama bu siyasi bir şey yani bir zamanlar azınlıklar, bilmem neler çok zengindiler. Onlar ticaretin içindeydi. Şimdi onlar bitti. Daha çok siyasi gücü olanlar zengin. Dolayısıyla bu zenginlerle bu zenginler değişti. Bu zenginler hala duruyor veya birçoğu öldüler veya eskisi kadar zengin değiller. Bunlar poliçelerini küçültmeye başladılar. Kendi gözlemim. Yani o kaymak tabaka artık çok kaymak değil, daha alt kaymakta. Bu tabaka ise zenginleşmeye başladı ama çok bilinçli değiller. Bunlar yavaş, çok bilinçli olmadıkları için bunlar tamamlayıcı alıyor. Parası var ama ÖSS almak aklına gelmiyor. En çok TSS satılmasının nedeni fiyatlarının uygun olmasıydı ve yeni zenginleşen kesimin de bu ürüne uygun hastaneleri kullanmasıydı çok olmasının nedeni. ÖSS de doymuştu. Bu nedenle TSS daha fazla. Riski söyledim. Önlem alınmazsa bu şekilde devam edecek yani devlet kendi payını arttırmazsa, özel hastanelerin bu kadar fütursuzca büyümesine izin vermeye devam ederse

kendini sağlık sekt6r6nden çekerse ki b6yle g6z6k6yor. O zaman TSS değil artık b6t6n sağlık 6zelleşmiş olacak. Devlet çok az katkı yapıyor olacak. B6yle olunca insanlar belki tamamlayıcı bile alamayacak yani, bilemiyorum. Daha k66k hastanelere y6nelmeye başlayacaklar. TSS yine en çok satılan 6r6n olacak buna rağmen ama fiyatları pahalı olacak. Çok daha fakir olan insanlar alamayacak. Poliçe de alamayacaklar zaten sağlığa da ulaşamayacaklar. Devlet bu kadar kendini çekerse çok fakir insanlar sağlığa ulaşamayacak. Yani kalacak 6yle. Hastalanacak, 6lecek, nane limon kaynatacak kanserse de nane limonla iyileşmeyecek 6lecek. B6yle g6z6k6yor benim g6zlemim. Pesimist olmaya gerek yok realist bir g6zlem. 6yle g6z6k6yor buradan.”K6

“şimdi ř6yle oluyor, insanlar gidiyorlar, ucuz diye tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırıyorlar. Bug6n bir s6r6 doktor, tamamlayıcı sağlık sigortası hastasının başından savıyor. Benim hastanem olsa hani bırak anlaşma yapmayı, TSS’yi kapıdan içeri sokmam. 6nk6 ř6yle d6ř6n. Kamu zaten senin elinde istediğin serbestliği vermiş, istediğin farkı alabiliyorsun nakit alabiliyorsun, fatura da kesmiyorsun. şimdi ben yaşım ilerledikçe şunu g6rd6m, hani ticarette en kıymetli para faturasız gelen para yani senden 1000 lira faturalı alacağıma 600 lira faturasız alayım benim için daha evlâ. şimdi sen kapıdan gelen hastaların istediğin farkı alabiliyorsun. Birde şu serbestliğe de sahipsin, yani sen d6r6st bir insan da olabilirsin bug6n ne bileyim 100 liraya muayene yaparken belki yarın gerçekten 100 liraya muayene yapamaz hale gelebilirsin. Ve hastanenin sahibi sen olduğuna g6re bug6nden itibaren muayene 6creti 150 lira kardeşim diyebilirsin ama bir sigorta şirketiyle anlaştığında bu 6zg6rl6đ6n elinden gidiyor. Ve şu oluyor, bizim ortalama vadelerimiz 45 g6n ila 60 g6n. şimdi sen oradan nakit hem de faturasız alabileceğin parayı. Birde şimdi b6yle 45 g6n 60 g6n de alıyorsun.” K12

6zel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının fiyatlarının birbirine çok yaklaşacağını, bu y6zden tamamlayıcı sağlık sigortası almanın mantıklı olmaktan çıkacağını, ayrıca bireylerin daha uygun fiyatlı diye tercih ettikleri tamamlayıcı sağlık sigortası ile hastanelerden hizmet almanın zorlaşacağı ifade edilmektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Etmede Artış Var ve Sürdürülebilir

“Yani özel sağlık sigortasına göre tamamlayıcı sağlık sigortası fiyat bakımından baktığımızda ciddi anlamda bir uçurum fark var arasında. Bu nedenle daha ulaşılabilir bir sigorta olduğu için tamamlayıcı sağlık sigortası daha çok insan tarafından tercih ediliyor ve kullanılıyor fiyatlandırma olarak. Çünkü özel sağlık sigortasında sadece yatarak tedavide bir poliçeye verdiğiniz ücretle, tamamlayıcı sağlık sigortasında ayakta tedavi teminatına bir poliçeye verdiğiniz ücret hemen hemen hemen aynı veya daha alt seviyede olabilir. Daha ulaşılabilir ve şey fiyat olarak bir kere herkesin ortalama düzeydeki birçok insanın alabileceği seviyede ve bu ivme bu noktada artıyor.” K2

“Tamamlayıcı sağlık sigortası biraz daha orta segmente ve altına hitap ediyor. Yani neden daha fazla alınıyor? Çünkü primi daha düşük olduğu için bir kere sosyal güvenlik sistemini tamamlıyor. Dolayısıyla özel sağlık sigortasından biraz daha ucuz oluyor. Dolayısıyla hedef kitleniz yüksek segment değil orta segment ve altı oluyor. Ben bu sayının artarak devam etmesini bekliyorum tabi ki hepimizin beklediği gibi. Devlet teşvikiyle şirketlerin sigortalı adaylarının bunun bir ihtiyaç olduğunu kabul etmesiyle. Çünkü bugünün, bugün belki ihtiyacım olmayabilir benim ama benim yarın başıma ne geleceğini bilmiyorum. Nasıl bir durumla karşı karşıya kalacağımı bilmiyorum, finanse edebilir miyim bilmiyorum. Dolayısıyla bir finansöre ihtiyacım var aslında. Çünkü muayenenizi bir şekilde olursunuz, Devlet hastanesine de gidersiniz. Özel hastaneye de giderek ortalama bir tutarda ödemenizi yaparak muayenenizi olup tetkiklerinizi yaptırabilirsiniz ama büyük bir operasyonla ya da tedaviyle ya da Yoğun Bakım yatışı ile karşılaştığınızda maalesef bunu karşılayabilmek için evinizi arabanızı satmanız gerekebilir ama herkesin bir evi, arabası olmayabilir. Dolayısıyla gerçekten bunu karşılayabilecek sizin yılda ödediğiniz cüzi bir primle riskinizi devredebildiğiniz bir sigorta şirketine ihtiyacınız oluyor. Dolayısıyla bu bilinci ve belki reklamlarla, yani bir dönem devlet de bu ömür boyu yenileme garantisi ile ilgili, bununla ilgili sosyal medyada çok fazla konu yapmıştı. Biraz daha sağlık sigortalarının da ön plana çıkarabilmesi için birazcık Türkiye Sigortalar Birliği'nin, Hazine ve Sağlık Bakanlığı'nın bu konularda belki reklam

kampanyaları yaparak bilinci arttırıcı faaliyetler düzenlenmesi mümkün olabilir.” K4

“Bu ekonomide yani bu ortalama kazancı düşünürsek tabi ki tamamlayıcı sağlık sigortası daha fazla yapılabilir. Yapılsın o da güzel. Çok iyi hastanelerde var gerçekten. O yüzden gelecekte bir süre daha tamamlayıcı sağlık devam edecek.” K5

“Aslında en başında da söylediğim gibi, yani tamamlayıcı yaptırılıyor çünkü bir kere ulaşılabilmesi daha kolay. Çünkü bir ÖSS priminden daha az prim ödeyerek aslında alıyor sigortalı bu poliçeyi. Günün sonunda benim fikrim herkesin SGK kaydı olan herkesin bir sağlık poliçesi olacak diye düşünüyorum. Hastane hizmetinin bir kısmı bu firmalara döndüğünde aslında hastanedeki hizmet kalitesi artacak. Belki uzun süreçte gerçekleşecek şeyler. Hani böyle bugünden yarına değil belki ama özel sigortayı aldığı anda hasta bütün bu hizmeti veren tüm kurumların devlet ya da özel tüm kurumlara eşit ağırlıkla dağıldığında aslında herkes aynı seviyede hizmet vermeye başlayacak. Ve bu da ülkemiz açısından faydalı bir şey olacak.” K7

“Yani tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırılmasının tek sebebi tamamen maddi farklılık. Birçok kurum mesela sağlık sigortası yaptıran Türkiye’nin önde gelen kurumları bile poliçelerini hibrit poliçeye çevirdiler. Hibrit ne demek? Hem özel sağlık sigortası gibi hem tamamlayıcı sağlık sigortası gibi çalışıyor poliçe. Gidilen kurumun kişinin gittiği kurumda da eğer tamamlayıcı sağlık sigortası geçerliyse poliçe tamamlayıcı sağlık sigortasına dönüşüyor. Yok, orada tamamlayıcı sağlık sigortası geçerli değilse özel sağlık sigortasına dönüşüyor. Bunun bir tane sebebi var. Satın almayı gerçekleştiren kurum açısından maliyeti düşürmek, binlerce kişiyi çalıştırıyor ve o binlerce kişi içinde bir sağlık sigortası satın alınıyor. İnsanlar, özel sağlık sigortasını bireysel olarak baktığımız zaman da özel sağlık sigortasına erişmek zorlaştıkça mali olarak ister istemez tamamlayıcı sağlık sigortasına da dönüşüyorlar. Yıllardır bu işin içerisindeyim. Ben yıllardır sattığım birçok insanın arasında bazıları da yıllar geçtikçe yaşları da ilerledikçe özel sağlık sigortasından tamamlayıcı sağlık sigortasına geçiş yapanlar karşımıza çıkıyor mesela. Çünkü artık özel sağlık sigortası ödeyemeyecek haliyle. Rakam çok yükseldi çünkü.” K8

“Gelecekteki durumuyla ilgili şöyle yani bir şey söylemek artık çok zorlaştı. Ya ileride ne olur bilemiyorum, ileride hani ileriye dönük bir fikir söylemek gerekirse bence herkesin bir gün tamamlayıcı sağlık sigortası olacak gibi gözüküyor. Geçen gün televizyonda bir şeyler izledim pardon sosyal medyada TSS nedir? Diye soruyorlar insanlara ve insanların birçoğu artık TSS’nin ne olduğunu biliyor. Pandemi ile birlikte bilinirlik arttı, bence gelecek durumu sigortalı sayısı artacak ve tamamen tamamlayıcı üzerinden artacak bu sigortalı sayısı çünkü daha uygun primler.” K10

“TSS sigortalı sayısı hala çok düşük özel sigortaya göre. Şu an tamamlayıcı sigorta, herkesin gözünde çözüm ürünü gibi gözüküyor. Özellikle bu teşvik, prim teşviki, vergi teşviki devlet tarafından eğer böyle teşvik alırsa bireysel ya da gruplardan ziyade kurumsal grup müşterileri için bence buradaki süreç değişebilir ve ivme yukarı doğru da çıkabilir diye düşünüyorum. Sonuçta geleceği olan bir ürün ama ne kadar yakın gelecekte ona bir şey söyleyemeyeceğim.”K11

Katılımcıların büyük çoğunluğu (7 katılımcı) tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etmede artış olduğunu ve içinde bulunulan ekonomik koşullarda göz önüne alındığında bu uygulamanın sürdürülebilir olduğunu işaret etmektedir.

Geleceği Belirsiz

“Ya şöyle, evet, daha çok tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırılıyor. Çünkü özel sağlık sigortası göre daha uygun fiyatlı. Aslında herkes istiyor yani özel sağlık sigortası yaptırmak herkes ister. Ama tamamlayıcı sağlık sigortası daha ucuz primleri tamamlayıcı 1500’e yaptırıyorsun, ötekini örnek veriyorum, rakamlar doğru değil 3500 liraya yaptırıyorsun yani ya da daha fazla yaptırıyor. Gelecekteki durumları ne olur valla bu gidişle tamamlayıcı sağlık sigortaları iptal bile olabilir çünkü hastanelerde çok ciddi sıkıntılar var. Hani şu anda kimse geleceği bence tahmin edemiyor. Ama artık hastaneler tamamlayıcı sağlık sigortası ile anlaşma yapmaktan kaçınıyorlar, istemiyorlar. Özel sağlık sigortası ile anlaşma yapmak istiyorlar. TSS istemiyorlar. O yüzden gelecekte ne olur? Allah bilir tabi ama her şey olabilir ama iptal bile olabilir. Yani böyle bir şey olması birazcık ütöpik bir şey bir anda şap diye de kesilmez herhalde ama ya

fiyatlar çok artar ya buna göre fiyatlar artınca otomatik olarak oradaki bu sefer kişiler der yani ben bu fiyata poliçe alacaksam hiç hastane artırmak isteyecek. Dolayısıyla poliçenin fiyatı da artacak. Bu fiyata poliçe alacaksam hastaneyi kaç kere kullanacağım bile belli değil aa yaptırmam deyip çevirebilir yani. Bu artış var ya, o devletten zaten alacak o parayı. Devletten parayı alacak artış alacak ama sigorta şirketinden alma diye bir şey yaptık. İşte kabul eden var, etmeyen var. Yani muamma bence ne olacağı ilerde. Yani zaten şu anki dünyada neyi, ne zaman çok böyle ileriye dönük konuşma çok kolay değil pandemi patladı, pandemide ne kadar değişti hayatımızda? Her şey hayatımızda değişti.”

K9

Katılımcı bütçe açısından özel sağlık sigortasına göre tamamlayıcı sağlık sigortasının daha uygun olduğunu ancak hastanelerin tamamlayıcı sağlık sigortası ile anlaşma yapmak istemediklerini ifade etmiştir.

Kısa Vadede Artış Yok

“Tamamlayıcı sağlık sigortasına hani çıkış ana nedeni aslında özel sağlık sigortasına göre daha hesaplı olmasıydı. İki bin liraya özel sigorta alırken bin liraya tamamlayıcı sağlık sigortası insanlar alabiliyordu. Burada devletin de katkısı vardı öncelikle kişi hastaneye gittiği zaman öncelikle SGK’sını kullanıyordu daha sonra hastanelerde geri kalan farkı sigorta şirketlerine fatura ediyorlardı. Bu bir dönem güzel gitti ama şu anda hani piyasa, fiyatlar tamamlayıcı sağlık sigortasının da fiyatlarını şu anda yükseltmiş durumda. Hemen hemen ÖSS’ye yakın bir duruma geldi nerdeyse ben öyle diyebilirim tamamlayıcı sağlık sigortası fiyat konusunda. Gelecekteki durumuna bakılırsa hani ben bu modellemede kısa vadede çok bir şey görmüyorum, umut görmüyorum. Fiyatlar, sağlık giderleri, sağlık hizmetlerinin yüksek olması maalesef tamamlayıcı sağlık sigortası mantığına ters. Bu mantıkta böyle olduğu müddetçe hani kısa vadede maalesef çok bir atılım göremiyorum.” K3

Katılımcı tamamlayıcı sağlık sigortasının umut vadeden bir uygulama olmadığını ve bu sebepten dolayı kısa vadede artış olacağını düşünmediğini ifade etmiştir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası çelişip çelişmediğine ilişkin ve eğer ki çelişiyorsa bu konuda nelerin yapılması gerektiğine dair katılımcılara soru yöneltilmiştir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası elişmiyor

“Aslında çelişiyor diyemem. Özel sağlık sigortasının belirlemiş olduğu ereve belli tamamlayıcı belirlemiş olduğu çerçevede belli. Tamamlayıcı nedir? SGK'nin ödediklerinin tamamlayıcısı SGK ne ödüyorsa onu ödüyorsunuz. Verilen hizmet sayısı belli. Kalite de tabi ona göre düşük kalması bekleniyor ve öyle de olmalı bence. Buradaki tek çelişen nokta şu, özel hastanelerde rekabet edebilmek için ÖSS hastalarına verdikleri hizmeti TSS hastalarını da vermeye çalışıyorlar. Evet, orada çelişiyor çünkü ÖSS hastasından alınan primle TSS hastasından alınan prim aynı değil ve TSS hastasından alınan primle ne yazık ki o hastanenin verdiği hizmetlerin karşılanabiliyor olması mümkün değil. Bu ayrımın yapılıyor olması lazım.”K1

“Yani aslına bakarsanız çelişiyor mu? Çelişen bir tarağı yok bence. İki de farklı bir ürün. Yani çelişme durumu söz konusu değil. Sadece birisinin odağında SGK var, diğerinin odağında öyle bir şey yok. Poliçe özel şartları hemen hemen zaten aynı noktada gidiyor. Çok belirgin farklılıklar yok aralarında ödenen ödenmeyen şeyler kapsamında. Sadece aralarındaki en önemli fark, birisinde SGK odaklı bir durum söz konusu SGK ödemiyorsa söylemiyor ama özel sağlık sigortasında SGK odaklılık söz konusu olmadığı için SGK'nın ödemediği bir şeyde ödeme şansınız var. Onun dışında yani çelişiyor mu diyebileceğimiz bir şey yok. Zaten birbirinden bağımsız 2 ürün söz konusu.”K2

“Tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası bence çelişmiyor. İki de birbirini tamamlayan ürünler diye düşünebiliriz. Ama arasında farklılıklar var. Özel sağlık sigortasında daha çok istediğiniz doktor, istediğiniz hastaneyi seçme şansınız daha çok hani elişmekten çok farklılıklar çıkıyor ortaya öyle bakabiliriz. Tamamlayıcı sağlık sigortasından az önce de bahsetmiştim, bu durumda SGK anlaşması olan hastane ve doktorlar tercih etmek zorunda poliçeyi alan kişi bu sıkıntısı var mesela tercih etti hastane tamam SGK anlaşması var ama ameliyat olacağı ya da tedavi olacağı doktorunun SGK

kaşesi yoksa burada poliçeyi kullanamıyor. Bunun gibi farklılıklar çıkıyor ortaya. Birde ürün anlamında özel sağlık sigortaları teminatları daha geniştir tamamlayıcı sağlık sigortasının teminatları biraz daha dardır.”K3

“Aslında çelişmiyor. Neden çelişmiyor? Çünkü aslında ikisi de aynı amaca hizmet ediyor. Biri daha düşük maliyetli alınan içeriği biraz daha farklı olan bir sağlık sigortası türü, diğeri biraz daha geniş anlaşmalı sağlık kuruluşlarında da kullanabildiğiniz elden ödeme dediğimiz geri ödeme dediğimiz kendisinin bir muayenehaneye de gidip hizmetini aldıktan sonra faturasını ibraz ederek geri ödeme aldığı bir sistem aslında. Aslında burada sigortalıya bir avantaj sağlıyor. Özel sağlık sigortasını alan bir kitle var tamamlayıcı sağlık sigortasını alan farklı bir kitle var. Kitleyi farklılaştırıyorsunuz aslında yoksa çelişmiyor birbiriyle. Belki özel sağlık sigortası alanların bir kısmı tamamlayıcıya kayabilir ekonomik nedenlerle.” K4

“Yok çelişmiyor. Biri SGK’nın fark ücretleri alabilirsın dediği hastanelerdeki fark ücretini ödemeye gönüllü olmuş, tamamlayıcı sağlık sigortası.”K5

“Aslında ikisi aynı yöne hizmet ediyor. Arada hiçbir fark yok. Sigortacılık tekniği açısından biri muafiyetli poliçe gibi fiyatlandırılıyor. Muafiyet kısmını devlet ödüyor öyle düşün. İkisi aynı yöne bakan aynı şekilde giden biri mali durumu daha iyi olanların kullandığı ve daha lüks hastaneleri kullanabilen diğeri ise mali gücü daha düşük olup devletin ful anlaşması olan hastaneleri kullanabilen bir kesim ikisi aynı yöne bakıyor. Aynı yola doğru gidiyor. Dolayısıyla birbiriyle çelişmiyor.” K6

“Bu poliçeler özel şartı anlamında soruyorsanız çelişmiyor. Yani sağlık poliçeleri, özel şart teminat anlamında aslında paralel ilerliyor. Yani belirli hastalıklar var yani ben tabi ki sağlık olarak baktığım için olaya. Hastalığı poliçede ödememe kararı alınan hastalıklar var. Bu her poliçe için 3 aşığı 5 yukarı aynı. Yani birbiriyle çelişmesi durumunda zaten o zaman birinden vazgeçmek gerekir. Çünkü siz eğer bunlar bunları ödenmez diyorsanız bunlar birbirine paralel seyrediyor. Ya bu özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası bazında da böyledir. Özel sigorta şirketleri bazında da böyledir aslında. Hemen hemen sigorta şirketlerinin ödeme koşulları ve ödediği kalemler,

hastalıklar ya da ödemediği durumlar birbirine benzerdir. O yüzden çelişmesi çok beklenmemeli. Yani en azından benim fikrim bu. Birbirine paralel ilerliyor olmalı.”K7

“Yok, kesinlikle çelişmiyor esasında. Aynı yolda yürüyen 2 farklı ürün gibi düşünün. Sonuçta ulaşmak istediğiniz hedef aynı. Yani ne özel sağlık sigortası bir gün tamamlayıcı sağlık sigortasını yok eder ne de tamamlayıcı sağlık sigortası bir gün özel sağlık sigortasını yok eder. Yani çok büyüdü, çok gelişti, çok iyi bir şey oldu.”K8

“Yani çelişiyor mu derken? Aslında net hepsi, biri TTB üzerinden anlaşma yapıyor. TTB fiyatları daha pahalı, tamamlayıcı sağlık sigortası da SUT üzerinden anlaşma yapılıyor. Onlar biraz daha uygun fiyatlı ama şey oluyor işte o zaman nasıl çelişiyor? Biz TSS anlaşması yapıyoruz diye ucuz yapıyoruz diyoruz ya ama gidiyor kurum 6-7 SUT’a anlaşmak isteyince özel sağlık sigortasının fiyatına geliyor. O zaman da tamamlayıcı sağlık sigortası bir anlamı kalmıyor. Yani ne yapmak gerekir? Ya hiç anlaşma yapmayacaksın o hastaneyle. Ya da fiyatı kırdıracaksın ama böyle şeylerle de karşılaşıyoruz.”K9

“Çelişiyor mu derken bence ikisi tamamen farklı bir ürün. Çelişen noktalar var mı desen yani hizmet alınan bazı hastaneler, SGK’nın geçerli olmadığı bazı hastanelerde hizmet alamıyorlar. Burada bir çelişki olabilir, yani bence başka çelişen bir şey yok. Çünkü özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortası ürününü karşılaştıramayız bence yani ama ikisi arasındaki fark nedir dersem birisi SGK tabanlı çalışıyor, biri TTB tabanlı çalışıyor. Biri daha A Grubu hastanelere hizmet ediyor, biri daha B grubu hastanelere hizmet ediyor.” K10

Katılımcıların büyük çoğunluğu (10 katılımcı) özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortasının çelişmediği, iki uygulamanın çerçevesinin belli olduğunu ve çerçeve de de belirtilen şekilde farklı şekillerde hizmet sağladığını ifade etmiştir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası Çelişiyor

“Normalde ilk çıkış noktasında çelişmiyordu. Tamamen farklı bir yere konuşlanmış bir üründü ve yeniden sıfırdan sektöre gerçekten prim avantajı ile

sektöre hiç giremeyen ya da daha çok periferideki insanları ilgilendiren. Örneğin ben Giresunluyum Giresun'da özel hastaneye gidip özel sigorta yaptırıp kimse gitmez banka kaynaklı devamı olursa gidiyorlar mesela bir bankanın şubesi özel sigorta yaptırıyorsa ona da yaptırmışlardır. Çünkü biliyorum ki oradaki özel hastaneden alınacak farklar çok düşük. Bu düşük fark yaratan kompanse etmek için bulunmaz bir nimetti tamamlayıcı sigorta. O yüzden tamamlayıcı sigorta inanılmaz bir şeyle bakılıyordu çıkış noktası olarak. Ama demin söylediğim gibi artık yıllarca yıllar geçti, istediğimiz seviyeye ulaşmaması, yeni fayda yeni gelen sigortalının bu sefer prim avantajı sebebiyle hastaneye ulaşılabilirlik şeklinde bir değişiklik olmadığı için tamamlayıcı sigorta da hastaneye gidip özel sigortasından hizmet alıyor. O da özel odada yatıyor. O da özel hizmetlerin hepsini bir karşılayabiliyor. O zaman diyor ki özel sağlık üyesi belki 10000 lira ödüyor, o 2000 lira ödüyor. Ne farkımız kaldı o zaman diyerek devir bir anda karıştı. Çelişki burada yapmaya başladı. Bu sefer özel sigortadan kayışlar başladı tamamlayıcı sigortaya. Sadece A plus dediğim büyük zincir hastanelerin X hastanesi gibi hastaneleri kullanan kesimler buradan kaymayı hiç düşünmediler. Onun dışındaki herkesin kafasını karıştıran bir süreç oldu. Hepimiz için aynı şey geçerli. Prim avantajı yarattığımız sürece cebimizden çıkan para aldığımız hizmet değişmezse herkes bu tarafa yön verir diye düşünüyorum. O yüzden bu anlamda çelişmeye başladı.” K11

“Bence biraz çelişiyor, şöyle çelişiyor aslında şimdi biraz bu tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortasını birbirine geçtiği bir dönemdeyiz. Yani birbirine invaze olduğu bir dönemdeyiz. Hibrit diyorlar, karma diyorlar. Özellikle grup tarafından biliyorsun şu anda Türkiye'deki aslında özel sağlık sigortası pastasının herhalde yüzde 70 aslında şirketlerin çalışanlarına yaptırdıkları sigortalardan oluşuyor. Ben mesela şu anda şirketimin yaptırmış olduğu sağlık sigortası var. Bu sigortada şöyle oluyor. Bizim eğer sigortalının gittiği kurumda SGK ile anlaşmalıysa ve o kurumunda TSS ile anlaşması varsa benim özel sağlık sigortası poliçem TSS gibi işliyor A hastanesinde. İşte şu anda 320 lira falan galiba. Muayene ücreti TTB de işte TSS deki muayene anlaşmamı da SUT bazlı yapıyorum o da 180 lira. Şimdi ben A hastanesine gittiğimde. Aslında adama öbür kapıyı açıyorum. Hastanelerde sigorta şirketlerine oradan biraz bozuluyor. Diyor ki, sen özel sağlık sigortası poliçesi satıyorsun, ona göre

adamdan para alıyorsun ama adamı bana TSS gönderiyorsun diye. Şimdi burada sorun var ama işte buradan şöyle bir şey var yani o 320 muayene için yüksek. 180 düşük. Burada ortada bir tek bir yer olması lazım. Şimdi ben aynı poliçenin sahibi. Ben B hastanesine gittiğimde mesela yüzde 20 katılım payı ödeyerek muayene kaç para 700 lira falan işte 140 lirasını ben ödüyorum. Ama A hastanesine gittiğinde poliçeyi TSS çalıştırıyorum. Bu sektörün böyle sorunları var, yani bence. Birbiriyle çelişiyor yani bende bunun aslında tek bir sistem olması lazım işte.”K12

Katılımcılardan özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının çeliştiğini, belli bölgelerde tamamlayıcı sağlık sigortası alan bir kişinin de aynı şekilde özel sağlık sigortasının sağladığı imkânlardan faydalandığını ve farkının kalmadığını, özellikle kurumların çalışanlarına yaptırmış olduğu sigortalarda hangi kuruma giderse o kurumun hangi sigorta türü ile anlaşması varsa o şekilde hizmet aldığını bundan kaynaklı olarak da sigorta çeşitlerinin birbiri içine geçtiği ifade edilmektedir.

4.2.GELİŞİM FAKTÖRLERİ TEMASI

Bu tema altında katılımcılara özel sağlık sigortası yaptıрма nedenleri, sağlık sigortası sisteminde hizmet alan bireylerin görüşlerine ulaşma, özel sağlık sigortası sağlayan şirketlerin başarı kriterleri, özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşmasının önündeki engeller üzerine sorular sorulmuştur. Bu alt başlıklara verilen cevapların dağılımı aşağıda yer almaktadır (Tablo 11):

Tablo 11. Özel Sağlık Sigortası Uygulamasının Gelişimine İlişkin Görüşler

Tema	Alt Tema	Cevaplar	Frekans(n)
Gelişim Faktörleri	Bireylerin Görüşleri	Güvende Hissetme	2
		Özel hastanelerden hizmet alma	3
		Sağlık hizmetlerine hızlı erişim	3
		Maliyetlere Karşı Güven İhtiyacı	3
		Kaliteli Hizmet Alma	2
		Talep Söz Konusu	1
		Olduğunda	

Başarı Faktörleri	Anket ve Yüz Yüze Görüşme	4
	Fikir Alınmamakta	4
	Nps Araması	2
	Sosyal Medya Üzerinden	1
	Müşteri Odaklılık	1
	Reklam	2
	Müşteri Memnuniyeti	3
	Fiyatlama	3
	Düşüklüğü	1
	Güven Sağlama	3
Engeller	Bilinir olmak	1
	Yazılım ve İnovasyon Gücü	1
	Ekonomik Kriz	1
	Rekabet Piyasası	1
	Gelir Düzeyi	4
	Farkındalık	2
	Devlet Teşvikinin Azlığı ve Yüksek Maliyet	2
	Eğitim Seviyesi	2

Yapılan mülakatlar sonucunda katılımcıların bireysel sağlık sigortası yaptırmaya nedenleri, hizmet alırken görüşlerinin alınmasına yönelik yapılan çalışmalara verdikleri cevaplar bireylerin görüşleri alt temasında özel sağlık sigortası hizmeti sunan şirketlerin başarı kriterlerine ilişkin verdikleri cevaplar başarı faktörleri alt temasında, toplam nüfus içerisinde özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sayısının artırılmasının önündeki engellere ilişkin verdikleri cevaplar engeller alt temasında verilmiştir. Bu konudaki cevaplar aşağıda yer almaktadır.

Katılımcıların hizmet alan bireylerin görüşlerinin dikkate alınması ve ne şekilde görüşlerine ulaşıldığına dair ise anket ve yüz yüze görüşme yoluyla, NPS araması şeklinde ve sosyal medya üzerinden hizmet alanların görüşlerine ulaşıldığı ve bu yönde çalışmaların şekillendirildiği yönündendir. Ancak bunun yanı sıra hiçbir şekilde hizmet alanların görüşlerinin önemsenmediği de gelen cevaplar arasındadır.

Katılımcılara özel sağlık sigortası yaptırmaya nedenleri sorulmuştur.

Güvende Hissetme

“Hayatımızı maddi olarak güvence altına almak diyebiliriz. Gelecek kaygısını azaltmak, daha mutlu ve kendine güvence oluşturmuş, güvence sağlamış bir ortamda yaşamak diyebiliriz. Özel sağlık sigortası bence hayatı güvenceye almak için yaptırılır.” K1

K1 isimli katılımcı bireylerin güvende hissetmek istedikleri için özel sağlık sigortası yaptırdıklarını ifade etmektedir.

Özel Hastanelerden Hizmet Alma, Sağlık Hizmetlerine Hızlı Erişim ve Kaliteli Hizmet Alma

“Bence maddi imkânı olan herkesin sağlık sigortası yaptırması gerekir öncelikle bunu söyleyeyim. Türkiye’de de devlet hastanelerinde geçmiş döneme de baktığımızda hastane durumları çok konforlu değiller. Şu an baktığınızda insanların hem hasta olup hem de bu konforu yakalayamamaları iyileşme süreçlerini de olumsuz etkiliyor. Bu nedenle özel sağlık sigortası daha konforlu olduğu için tedavisi de daha kısa sürüyor. İsteddiği doktora erişebiliyor bu bir, ikincisi de artık devlet hastanelerinde veya üniversite hastanelerindeki doktor kadrolarının çoğu özel hastanelere kaymış durumda bu da özel sağlık sigortası yaptırmasının ana nedenlerinden bir tanesi.” K3

“Aslında tabi ki hepimiz ekonomik düzeyimiz doğrultusunda bazı kurumları tercih ediyoruz. Şimdi devletin sosyal güvenlik sisteminin, daha doğrusu tabi ki devlet hastanelerinde kamu sağlık kurumlarında zaten bu hizmeti verdiğini biliyoruz ve veriyorlar da. Fakat hizmetin kalitesinin daha doğrusu kaliteli hizmet dediğim tabi ki doktordan kaynaklı hizmetten bahsetmiyorum. Otelcilik hizmeti diyoruz biz ona aslında. Daha uygun koşullarda hizmet almak isteyen kişiler ve ekonomik durumu da buna uygunsa tabi ki özel sağlık sigortası olarak özel sağlık kuruluşlarından faydalanabiliyorlar.” K4

“Sağlık hizmetlerinin maliyetleri nedeniyle. Evet biz sosyal bir devletiz. Sağlık hizmetleri devlet güvencesi altında fakat her gün gelişen teknoloji ile beraber tüm bunlara devlet hastanelerinin böyle kalabalık bir nüfusa yetebilmesi çok mümkün görünmüyor. “K6

“Neden yaptırılır? Çünkü aslında hizmet kalitesi anlamında daha iyi hizmet alabilmek için yaptırılmalıdır. Sağlığın göz ardı edilemeyeceğini düşünüyorum ben. Ülkemizde de devlet hastanelerinde ya da SGK kapsamında bu hizmetin çok kaliteli alındığını düşünmüyorum. Muhakkak bir dizi özel hastane ihtiyacımız var gibi görünüyor. Daha iyi hizmet alımı adına. Bu nedenle de bir sağlık sigortasına bir özel sağlık sigortasına ihtiyaç var.” K7

“...ilk önce sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım, yani kısa sürede ulaşım. Randevu organizasyonuydu, mesela diyelim ki bir MR için günlerce sıra beklememe, uygun saatlerde, uygun randevu alabiliyorsunuz özel hastanelerden.” K10

“Devlet hastaneleri tabi şu an biraz daha kolay olsa da eskiden devlet ya da üniversite hastanelerine ulaşımın zor olması, randevu bulma konusundaki zorluklar ve ben mesela annem için geçen hafta bir randevu aldım. Kontrol randevusunu almaya çalışıyorum. Bu tür zorluklar. Kişilerin kendilerini özel hissetmesini gerektiren durumlar, daha özel ilgi. Daha ne bilim otelcilik hizmeti iyi olan yerlerde hizmet almak istiyorlar. Artık iyi hekimler özel kurumlara geçmeye başladılar. Bence bunların da etkisi var.” K11

“Kamunun verdiği sağlık hizmetlerinin yetersiz ya da erişimini zor gören kişiler sağlık hizmetlerine daha hızlı, kaliteli, bir şekilde veya nitelikli bir şekilde erişmek için sağlık sigortası yaptırıyorlar benim gördüğüm kadarıyla.” K12

Birbirlerinden bağımsız iki katılımcının (K3, K4, K6, K7, K10, K11 ve K12) da benzer cevaplar verdiği sağlık hizmetlerine hızlı erişim ve kaliteli hizmet almanın bireysel sağlık sigortası yaptırmanın öncelikli nedeni olduğuna dikkat çekmiştir. Katılımcıların genel olarak bireysel sağlık sigortası yaptırma nedenlerine ilişkin verdikleri cevaplar arasında ise dağılım daha çok özel hastanelerden hizmet alabilme, sağlık hizmetlerine hızlı erişim, maliyetlere karşı maddi anlamda hissedilmek istenen güven ihtiyacı ve kaliteli hizmetler alma şeklindedir.

Maliyetlere Karşı Güven İhtiyacı

“Türkiye’de sağlık hizmetlerinden özel sağlık sigortanız yoksa ya devlet hastanesinden faydalanmak durumdasınız ya da gidersiniz özel hastaneye dünya paraları bırakarak ayrılırsınız yani gittiğinizde de özel hastanelere giderseniz de doktor herhangi bir tetkik istediğinde ya da bir işlem yaptıracaksanız da

kafanızda sürekli hesap yapıyor olursunuz. Acaba ben çıkarken ne kadar para bırakacağım buraya diye.” K2

“Ana sebep en büyük sebebi şudur, insanların bir sorunu ortaya çıkar, bir sıkıntı hissederler ve bunun zaten parasını ödeyeceklerini düşündükleri için ilk başlangıçta hemen ya ben bu sağlık sigortası yaptırayım da başıma bir şey gelecek sinyali aldım ben işte doktor arkadaşım da söyledi. O yüzden bir poliçe yaptırayım der ve özel sağlık sigortası yaptırır.” K8

“Bir kere hastaneler çok pahalı, bence özel hastaneye gidebilmek için özel sağlık sigortası yaptırmak gerekiyor. Özel hastane kullanıyorsan kesinlikle özel sağlık sigortan olmalı. Çünkü hastaneye gittiğinde ne ile karşılaşacağını bilemiyorsun dolayısı ile özel sağlık sigortan olursa biraz daha güvencen oluyor. En büyük nedeni bu.” K9

Katılımcı (K2, K8 ve K9), bireylerin özel hastanelerin hizmetlerinden faydalanmak için bireysel sağlık sigortası yaptırdığını, böylelikle alacakları hizmetlere ödeyecekleri ücretlerin belirli olduğunu ve sigorta ile teminat altına aldıklarını vurgulamıştır.

Bireylerin özel sağlık sigortası hizmeti alırken görüşlerinin alınıp alınmadığı, alınıyorsa ne şekilde görüşlerine ulaşıldığına ilişkin soru yöneltilmiştir.

Talep Söz Konusu Olduğunda

“Daha çok ben anlaşmalı kurumlar biriminde olduğum için benim yaptığım bir saha çalışması değil. Evet, bu çalışmalar yapılıyor ama bu çalışmalar daha çok kurumsal verimlilik ve pazarlama tarafında yapılıyor. Bu çalışmalarını yaptıktan sonra aksiyon alınıyor mu? Alınıyor ama karşı tarafın da bununla ilgili eğiliminin olması lazım.” K1

Sigorta talebinde bulunan kişilerin görüşlerinin kurumsal verimlilik ve pazarlama birimi tarafından görüşlerinin alındığını ancak bunun için kişinin talebinin olması gerektiği vurgulanmaktadır.

Anket ve Yüz Yüze Görüşme

Evet, yani bizde şöyle hizmet satın alan müşterilerden alınıyor tabii ki. Biz sürekli olarak anketler yapıyoruz zaten. O da şu şekilde yapılıyor, hizmet satın

alan kişilere her bir hizmeti sonrasında telefonla ulaşıyor... Bu anketle değerlendirme yapılıyor, hizmetlerden aldığı memnuniyet, hangi noktalarda sıkıntı yaşıyor? Sorunu ne? Şeklinde.” K2

“Anketler yapılıyor. Her şirket yapıyor bunu zaten. Anketler yapılıyor hep ne istiyor diye ürün çıkaracaksa, onunla ilgili anket yapıyor hem de mevcut durumundan memnun olup olmadığı bir sıkıntısı var mı diye aramalar yapıyor. Hatta eğer şikâyeti varsa ve düzenli anketler yapılıyor. Herkes öyle kontrol ediyor. Özellikle ürün tasarımlarında ankete çok başvuruluyor.” K5

“Evet, çünkü her şirket belli bir sayıda anket yapıyor. Satın almadan sonra, memnuniyet anketleri yapılıyor. Hem araçlar arasında yapıyor. Hem acentelerinin nabzını tutuyor hem sigortalılara mesela hasar kullanan sigortalılarına soruyor ve anket yapıyor. Hastanelerde anketler yapılıyor veya satın alma bittikten sonra geri aramalarla firmalara veriyor bu görevi ve anket firmalarına.” K6

“Alınıyor tabii ki. Bu şimdi bizim yaptığımız iş bir hizmet. Bir poliçe sattıysak ona karşılık işte provizyonu vermekten tutunda faturasını ödemeye kadar her biri hizmet aslında. Ve bunlar aslında her poliçe yenilemesi dönemlerinde sigorta şirketleri tarafından işte yenilenmiş ya da yenilenmemiş poliçeleri için sorgular yaratılıyor sigorta şirketleri tarafından. İşte bir poliçeyi mesela örnek vereyim, oturuyor Ekim ayı sonundaki yenilenmeyen poliçe listesini çıkarıyor sigorta şirketi. Ve diyor ki, bu kadar sigortalı bu poliçesini yenilememiş, bunun sebebini öğrenmek durumundayız. Sigortalılarla bu görüşmeleri sağlıyor. Eğer hizmet alımından memnun değilse ya da işte bu sebepleri yani bu sorgulama sonucunda çıkan sebeplerin üzerinde aslında konuşuluyor ve onlar için çözümler üretiliyor. Yani işte pirim fazla gelmiş olabilir, provizyon hizmetinden memnun kalmamış olabilir gibi çıkan sebepler şirket içinde tekrar yaşanmamak adına neler yapılabileceği anlamında görüş görüşülüyor. Yapılabilecek bir durum söz konusuysa yapılıyor. Tekrar bağlantı sağlanıyor.” K7

Katılımcılar benzer şekilde anket ve yüz yüze görüşme yoluyla hizmet alanların görüşlerine ulaşıldığını ve verilen hizmetlerin bu yönde şekillendirildiğini ifade etmiştir.

Fikirleri Alınmamakta

“Alınmıyor. Şöyle aslında alınmıyor burada poliçe satışları iki üç kanaldan yapılıyor. Bir tane internet üzerinden bir tanesi sigorta acenteleri üzerinden bir tanesi ya da sigorta şirketi direk kendisiyle yapılır bir de banka kanalıyla satışlar yapılıyor. Bu arada şu satılırken aslında kişilere sorulmuyor işte hani nasıl bir şey istersiniz hani gelecekte nasıl bir poliçe yapılabilir ya da farklı düşünceleriniz var mı?” K3

“Hizmet satın alanların hiçbir şekilde görüşleri alınmıyor açıkça söylemek gerekirse, şu anda sigorta şirketi de biz aracılar da hizmet satın alan da sadece günü kurtarmak üzerine ilerliyoruz. Maalesef ülkemizin geleneksel tarzı gereği, yani hepimiz önce bu yılı bir kurtaralım da önümüzdeki seneyi sonra düşünüyoruz diyor. Elbette sigorta şirketlere büyüklüklerini korumak ve daha da pasta payını arttırmak pastayı büyütmek amaçlı olarak iyi niyetli birtakım girişimlerde bulunuyor, iyi niyetli birtakım yatırımlarda da bulunuyor olabilirler. Ama burada hizmet satın alanların görüşünü almak, herkesin düşündüğü en son şey.” K8

“Ama şey, hani sigortalının bir görüşü alınmıyor, hani sigortalı dersteki atıyorum bireysel bir sigortalı, ben şu şu hastanelerde geçen yıl atıyorum kapsam dışıydı bu yıl dahil etmek istiyorum. Buna göre bir pirim oranı çıkar, ona göre fiyat verin.” K9

“Yani bunu sigortalılardan bahsediyorsun? Ya şöyle aslında çok görüş alındığını söyleyemeyiz ama tabi burada sigorta sektöründe bir acente broker diye bir kavram var. Biliyorsun. Yani burada çok sigortalıların tabi ki alan şirketler var.” K12

Katılımcılardan K3, K8, K9 ve K12 ise görüşlerin alınmadığını, birebir hizmet alanlarla temas kurulmadığına dikkat çekmiştir. Bunun yanı sıra bir katılımcı (K8) hizmet alanların görüşlerinin alınmasının sigorta hizmeti sağlayanların en son düşündüğü şey olduğunu vurgulamıştır.

NPS Araması

“Birincisi poliçe satıldıktan sonra bir hoş geldin araması yapılıyor. Bizim şirketimiz tarafından sigortalıya. Satış sonrası ve sahip olduğu poliçenin bilgilerinin aktarıldığı bir arama yapılıyor. Akabinde aldığı hizmetlerle ilgili eğer sağlık sigortasını kullandıysa NPS araması yapılıyor. Yani sigortalıya 2-3 soruluk böyle çok basit sorular sorarak hizmetle ilgili memnun olup olmadığı herhangi bir sorunla karşılaşp karşılaşmadığına yönelik sorular sorularak anket yapılıyor.” K4

“Şirketimiz bizim özellikle 2 tip müşterimiz var. Hem sigortalılarımız hem satış kanalı acente brokerlarımız olarak. Tabi ki bu görüşler standartta rutinde alınıyor. NPS dediğimiz programla daha çok ölçülebiliyor şirketimizin bu şeyleri, görüşlerini birebir onları dinleyerek.” K11

Katılımcı K4 ve K11 ise bireylerin görüşlerine NPS aramaları ile ulaşıldığını ifade etmektedir.

Sosyal Medya Üzerinden

“Yani gelecekte de mesela gelecek dediğimiz bir yıl sonra nasıl daha iyi hizmet verebiliriz ya da nasıl üretim kapasitesini arttırabiliriz diye pazarlama departmanlarımız yapıyor. Bunu şöyle yapıyorlar, sosyal medya üzerinden anketlerle yapıyorlar.” K10

Katılımcılara özel sağlık sigortası sağlayan şirketlerin başarı kriterlerinin ne olduğuna dair soru yöneltilmiştir.

Müşteri Odaklılık

“Yani bence en önemli başarı kriteri müşteri odaklılık. Yani bir firmada başarı kriterini yakalamak istiyorsanız önce müşteriyi dinlemen gerekiyor. Müşteriyi anlamak gerekiyor. Müşteriye dokunmak gerekiyor. Yani dokunduğun sürece o müşteri yani tabi ki poliçenin primi önemli maddi anlamda birçok insanı etkiler. Fakat primden ziyade bence kişinin kendini değerli hissetmesi, önemli hissetmesi daha önemli. Önce müşteri.” K2

Katılımcı K2 özel sağlık sigortası sağlayan şirketlerin en önemli başarı kriterinin müşteri odaklılık olduğunu, müşterinin fikrinin ve istediğinin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Müşteri Memnuniyeti

“Biz başarı faktörünü ya da amacımıza insanların daha uzun, daha sağlıklı ve daha mutlu yaşamasını sağlayarak daha iyi ve güzel bir dünya yaratmak. Şimdi biz bunu hedef alıyoruz. Bunu kendimize rol modellerimizde buna yönelik hazırlanıyor. Hedeflerimiz, stratejilerimiz, vizyonumuz, misyonumuz da buna göre hazırlanıyor.” K1

“Aslında müşteri deneyimi, yani müşterinin ürünü aldıktan sonraki haritası, deneyimi çok değerli. Dolayısıyla oradaki müşteri memnuniyeti de tabi ki performans göstergelerinin içinde yer almalı.” K4

“Ya bence özel sağlık sigorta sektörlerinin başarı kriterleri yani işte birkaç tane çıktı var. Bunlardan bir tanesi karlılıkta ticari çıktı, bir tanesi müşterim, bir tanesi müşteri memnuniyeti. En önemlisi müşteri memnuniyeti ve bence hizmet seviyesi. Ben üç tane çıktı düşürüm.” K12

Katılımcı K1, K4 ve K12, sigorta şirketlerinin başarı kriterinin müşterinin aldığı hizmetten memnun kalması olması olduğunu vurgulamaktadır.

Fiyatlama Düşüklüğü ve Reklam

“Tabi ki rekabet piyasası da fiyatlandırmayı etkiliyor. Mesela tamamlayıcı sağlık sigortasında ilk zamanlarda çok fazla sağlık sigortası girmemişti bu sektöre ve daha kolay yürütülebilir durumdaydı. Ancak şu an rekabet durumu söz konusu olduğu için hem hastaneler arası rekabet var hem sigortalar arası rekabet var. Bu noktada çok ciddi bir farklılıklar ortaya çıkıyor. Bu ciddi farklılıklar da fiyatlandırmaları çok ama çok ciddi etkiliyor.” K3

“Özel sağlık sigortasında havuzunuz ne kadar büyük olursa hastane indiriminiz o kadar büyük oluyor. Hastane indiriminiz ne kadar büyük olursa maliyetleriniz daha azaldığı için siz gelişim veya sigortalı lehine daha fazla alternatifler sunabiliyorsunuz. Bu havuz meselesi.” K5

“Uygun prime aslında uygun prime müşteri tabi ki. Bir de ürünün içeriği çok önemli. Müşteri ürün içeriğine göre ürünü tercih ediyor. Anlaşmalı olduğunuz hastane kriterleri çok önemli sizin başarınızda. Çünkü hani ne kadar aslında ne kadar bilinirliği olan hastane ile anlaşmanız varsa müşterinin sizi tercih etme şekli o kadar. Yani müşteri sizi o kadar daha böyle kolay tercih ediyor. “K10

Sigorta şirketlerinin çıkarmış oldukları poliçelerinin fiyatlandırmasının düşük olması başarı kriteri olarak ifade edilmektedir.

Güven Sağlama

“Yani ben 20 yıldır çalışıyorum. Aynı şirkette çalışıyorum. Kimi zaman işte zarar ettiğimiz, kimi zaman kar ettiğimiz dönemler vardır. Ama en önemli şeyin güven olduğunu düşünüyorum. Yani bir güven veriyorsa şirket; işte yöneticisi, yetkilisi, personeli. Bu ilişkiyi kurabiliyor, sağlayabiliyorsa aslında günün sonunda başarıyı sağlıyor diye düşünüyorum. “K7

Eğer ki bir sigorta şirketi hizmet sağladığı kitleye güven vererek hizmet almalarının devamlılığını sağlıyorsa başarılı olarak değerlendirilebileceği vurgulanmaktadır.

Bilinir Olmak

“Yaygın alana sahip olmak en önemli başarı kriteri. Her iki alanda da; yaygın satış ağında da yaygın anlaşmalı kurum ağında da. “ K8

“Yaygın olmak ve çok sigortalı olmak özel sağlık sigortasında o bir başarı olarak yani o zaman ne kadar çok sigortalın varsa aslında o kadar güçlüsün demektir. “K9

Katılımcı K8 ve K9 yaygın olmanın ve kitlelerce bilinir olmanın bir başarı kriteri olduğunu ifade etmektedir.

Yazılım ve İnovasyon Gücü

“Burada en önemli faktör yazılım. IT alt yapımızdan geçiyor. Sonra insan faktörü. Eskiden olsa tam tersi söyledim. Önce insan sonra yazılım derdim. Artık dijital çağda maalesef yazılım ya da inovasyonu yüksek olmayan şirketler geride kalıp kaybetmeye mahkûm olacaklar gibi gözüküyor. Dijital yatırım artı inovasyon diyorum ben. “K11

K11 diğerkatılımcıların tersine insan odaklı olmanın dışında sigorta şirketlerinin yazılım alt yapısının ve inovasyon gücünün başarı kriteri olduğunu vurgulamaktadır.

Katılımcılara özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşmasının önündeki engeller üzerine soru yöneltmiştir.

Ekonomik Kriz

“Bence en büyük engelleme ekonomik kriz ve ülkemizdeki yaşanan bu enflasyondaki değişkenlik. Diğer ülkelerde böyle bir değişkenlik söz konusu değil ama bizde bu değişkenlik söz konusu olduğu sürece bu ivmede çok hızlı ilerlenemez diye düşünüyorum.”K1

Katılımcı K1 günümüz ekonomik şartların özel sağlık sigortasının gelişmesinde ve yaygınlaşmasının önünde duran bir engel olduğunu ifade etmektedir.

Rekabet Piyasası

“Tabi ki rekabet piyasası da şeyi etkiliyor, fiyatlandırmayı etkiliyor. Mesela tamamlayıcı sağlık sigortasında ilk zamanlarda çok fazla sağlık sigortası girmemişti bu sektöre ve daha kolay yürütülebilir durumdaydı. Ancak şu an rekabet durumu söz konusu olduğu için hem hastaneler arası rekabet var hem sigortalar arası rekabet var. Bu noktada çok ciddi bir farklılıklar ortaya çıkıyor. Bu ciddi farklılıklar da fiyatlandırmaları çok ama çok ciddi etkiliyor.”K2

Katılımcı K2 rekabet piyasasının özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşmasına engel oluşunu, rekabet piyasasının fiyatlandırma farklılıklarını ortaya koyduğunu ifade etmektedir.

Gelir Düzeyi

“Özellikle yaşınız ilerlediğinde, özel sağlık almak gerçekten zorlaşıyor. Gerçekten büyük paralar. Yani o paralar çok para alınıyor demiyorum, o kadar alınmalı, alınması gerekiyor. Sonuçta maliyetler o kadar yüksek. Yaşla veya risk arttığı için. Ama bütçeyi zorlar. Hele ki emeklilikte mümkün değil, zaten alabilmesi. Bu hepsi gelişmişlikle alakalı.”K5

“Millet yiyecek ekmek bulamıyor. Hani yeri geliyor? Asıl geçim derdinde herkes özel sağlık sigortası düşünmüyor. Onun için refah düzeyi lazım yani herhalde.

Fransa'nın ekonomik düzeyi herhalde bize göre daha iyidir de.. Yani orada ona bakmak lazım. Şimdi asgari ücretle çalışan bir kişi şirketi de adına sağlık sigortası yapmıyorsa kendi ve ailesine yapabilmesi çok zor. Dolayısıyla ekonomik şartların düzelmesi gerekiyor onun için.” K9

“Bizi engelleyen şey sosyo-ekonomik yapımız diyebilirim. Bu engelliyor yani yoksa bence Türkiye aslında çok iyi bir sağlık sistemine sahip, diğer ülkelerin sağlık sistemini incellerseniz eğer, Türkiye’de gerçekten iyi bir sağlık sistemi olduğunu göreceksiniz. Ama dediğim gibi burada daha farklı faktörler var yani. Ekonomimiz daha güçlü olursa, zaten altyapısı çok sağlam olan bir sistemi daha da canlandırmış olacaksınız. Yani bence tamamen sosyoekonomik durum. O düzelince birçok şey düzelecek diyorum.” K10

Katılımcılar (K5, K9 ve K10) bireylerin gelir düzeylerinin sigorta hizmetlerine ulaşabilme durumlarını etkilediğini ve dolayısı ile bu durumun özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşmasını olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır.

Farkındalık

“Sigorta bilincinin oturtulması, marka bilinirliği yani kimler başarılıdır dersek şimdi hiç tanımıyorsunuz. Bazen bana telefon geliyor ve işte X araştırmadan arıyorum diyor mesela. İşte sigorta şirketlerini sorguluyor. Burada ilk aklınıza hangi şirket geliyor dediğinizde televizyonda en çok reklamı dönen şirketlerle geliyor muhtemelen. “K6

“Kişiler bilinçli değil maalesef. Yani şöyle çok bilinçli olduklarını görmüyorum, çok bilerek satın aldıklarını düşünmüyorum ürünlerini sigortalarının. Dolayısıyla çok bilinçli değiller yani. Zaten. Özel sağlık sigortası dediğimde. Aslında Ulus, Bağdat Caddesi ve Etiler, Nişantaşı popülasyonundan bahsediyorum yani bugün ben bireysel den bahsediyorum işte Büyükçekmece de Esenler’de Çekmeköy’de hani parasını kendi verip özel sağlık sigortası sahibi olan kişi sayısı olduğunu çok düşünmüyorum. Birde şöyle oluyor, yani insanlar sağlık sigortası aldıklarında her şeyi ödenecek zannediyorlar. Dolayısıyla da işte ilk tazminatları red olduklarında olduğunda bu gerçeğe yüzleşiyorlar.” K12

Katılımcılardan (K6 ve K12) kişilerin sigorta hizmeti alma konusunda farkındalıklarının özel sağlık sigortasının yaygınlaşmasını etkilediğini vurgulamaktadır.

Devlet Teşvikinin Azlığı ve Yüksek Maliyet

“Hani gelir düzeyi mutlaka çok önemli. Gelir düzeyi artarsa otomatik olarak özel sağlık sigortalı sayısı da artacaktır. Sektör de büyüyecektir. Bu bir önlem. Önemli bir konu. Az önce konuştuğumuz farkındalık ve insanlara ulaşma sağlık sigortacılığının anlatılması bu da çok önemli. İşte sağlık hizmet sunucularının çoğalması işte il ve ilçelerde daha çok hani hastane poliklinik tarzı özellikle hizmet verilecek yerlerin daha yaygınlaştırılması olabilir. Devlet teşviki mutlaka olmalı. Yani fazlasıyla yapılmalı.” K3

“Sektörün biraz devlet tarafından da desteklenmesi ve teşvik uygulamalarının bence BES’te olduğu gibi TSS’de de yapılması gerekiyor. Şu an aslında bütünleşik plan gibi BES ile birlikte sağlık sigortasının da verilmesine yönelik çalışmalar var. Bununla ilgili Hazine Müsteşarlığı zaten gerekli atılımlarda bulundu ama tek başına bu yeterli değil. Yani BES’te olduğu gibi teşviklerin olduğu, işverenin ya da bireysel olarak bu poliçeyi almak isteyen kişilerin de mutlaka teşvikle karşı karşıya kaldığı modeller kurgulanması gerekiyor.” K4

Katılımcılardan (K3 ve K4) özel sağlık sigortası uygulamasında sigortacılık sektörünün devlet tarafından desteklenmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Eğitim Seviyesi

“Tabii ki halkın özel sigorta anlamında bilinçli davranabilmesi için seminerler, eğitimler yapılabilir. Bu halk eğitimlerde yapılabilir. Belki özel sigorta şirketlerinin işte bir araya gelerek yapacağı eğitimler olabilir. Devletin katkı vereceğini birtakım platformlarda yapılabilir. En azından böylelikle bilinirlik artar, sayının da artması beklenebilir.” K7

“Ama bizim ülkemizde çok yoğun bir Allah korusun. Allah, korur gibi inancımız var öyle bir düşüncemiz var. Yani sigorta neymiş diye ve bu yıllar geçtikçe dünya küçüldükçe internet bu kadar geliştikçe ülkemizin her yerine ulaştıkça insanların bir sürü şeyin farkında olmalarını sağlıyor. Ama bu bilincin farklı bir noktaya gelmesi. Yani İstanbul’da yaşayan, Ankara’da yaşayan, İzmir’de yaşayan ya da büyük şehirlerde yaşayan kişilerden farklı olarak eğitim seviyesi ve bu tür şeylerle ilgilenmek açısından. Ayrılan vakit zaman süresi azaldıkça bu insanlar kendilerini Allah’a emanet etmeyi tercih ediyor.” K11

Katılımcılardan (K7 ve K11) bireylerin eğitim seviyelerinin sigorta sahibi olmalarını etkilediğini, eğitim seviyesi ile ilişkili olarak inanç etkisiyle sigorta uygulamasından uzaklaşıldığını tüm bu durumların özel sağlık uygulamasının yaygınlaşmasını olumsuz yönde etkilediğini vurgulamaktadır.

4.3.SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK TEMASI

Bu tema altında katılımcılara özel sağlık sigortasında devletin rolünün ne olduğu ve özel sağlık sigortasında devlet teşvikinin nasıl olması gerektiği, özel sağlık sigortası sektöründe penetrasyon seviyesine şekilde artırılabilceği ve özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinde ne gibi faktörlerin rol aldığını ve şirketlerin ne gibi hazırlıklar ve stratejik planlar yapmaları gerektiği sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevapların dağılımı aşağıda yer almaktadır (Tablo 12):

Tablo 12. Özel Sağlık Sigortası Uygulamasının Sürdürülebilirliğine Dair Görüşler

Tema	Alt Temalar	Cevaplar	Frekans(n)
Sürdürülebilirlik	Devletin Rolü	Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Aktif Rolü Var.	12
		Vergisel Boyutta Çalışmalar	3
		Sağlık Priminde İndirime Gidilmesi	3
		Özel Sağlık Sigortası Sahibi Olmada Doğrudan Devlet Desteği	4
		Özel Sağlık Sigortası Paketlerinde Havuz Modeli	1
		Oluşturulması	

	Kampanya Çalışmaları Yürütülmesi	1
	Sigorta Şirketlerine Hastane, Klinik Açma İzni Verilmesi Reklamlara Faaliyetlerine Ağırlık Verilerek Tanıtım Yapılması	4
	Devletin Teşvikte Bulunması Eğitim Yoluyla Bilinçlendirme Çalışmalarının Yapılması	2
Sürdürülebilirlik Faktörleri	Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Değişikliğe Gidilmesi	1
	Police Maliyetlerinin Doğru Yapılması	5
	Reklam Yoluyla Tanıtımlar Yapılması	2
	Sigorta Kapsamında Sunulan Hizmetlerin Çeşitlendirilmesi	1
	Nesillerin Değişen Alışkanlıklarına Yönelik Çalışma Yapılması	1

Sağlık Kurumları ile	
Sigorta Şirketlerinin	1
İş birliği	
Stratejik Plan	1
Eksikliği	

Katılımcıların özel sağlık sigortasında devletin rolünün ne olduğuna ilişkin sorulan soruda tüm katılımcılar devletin rolünün özel sağlık sigortasında değil tamamlayıcı sağlık sigortasında aktif rol aldığını ifade etmiştir. Özel sağlık sigortasında devlet teşvikinin nasıl olması gerektiğine ilişkin ise devletin vergisel boyutta düzenlemeler yapması, kişilerin ödemiş oldukları sağlık primlerinde indirimle gidilmesi, kişilerin özel sağlık sigortası sahibi olmalarında doğrudan destek sağlanması, özel sağlık sigortası paketlerinde havuz modeli uygulanması, kampanya çalışmalarının düzenlenmesi gerektiği önerilerinde bulunulmuştur.

Özel sağlık sigortası sektöründe penetrasyon seviyesinin ne şekilde arttırılabileceğine ilişkin ise sigorta şirketlerine daha az maliyetle hizmet sağlayabilmeleri adına hastane ve klinik yetkisinin verilmesi, reklam faaliyetlerine ağırlık verilerek tanıtım yapılması, devletin teşvikte bulunucu faaliyetlerinin olması gerektiği ve eğitim yoluyla bireylerin bilinçlendirilmesi gerektiği ön plana çıkmaktadır.

Son olarak özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinde ne gibi faktörlerin rol aldığını ve şirketlerin ne gibi hazırlıklar ve stratejik planlar yapmaları gerektiğine ilişkin tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasında değişikliğe gidilebileceği, sigorta şirketlerinin poliçe maliyetlerini doğru yapması gerektiği, reklam yoluyla tanıtımların yapılması gerektiği, sigorta kapsamında sunulan hizmetlerin çeşitlendirilmesi, nesillerin değişen alışkanlıklarına yönelik sigorta şirketlerince çalışmalar yapılması gerektiği, sağlık kurumları ile sigorta şirketlerinin işbirliği içinde olması gerektiği ön plana çıkmıştır. Katılımcılardan bir tanesi ise sigorta şirketlerinin stratejik plan eksiğinin olduğunu vurgulamıştır.

Özel sağlık sigortası uygulamasında devletin rolünün ne olduğuna dair katılımcılara soru yöneltilmiştir

Devletin Rolü: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

“Şimdi, bizim devlet ne yapıyor özellikle kendi bünyesinde kronik hastalıklar, işte var olan nüfusa yetişmekte de güçleniyor. Sağlık harcamalarını da finanse etmesi gerekiyor. O zaman ne yapıyoruz, özel sigortalar ile tamamlayıcı faaliyet

gösteriyor ve sosyal sigortalar ile birlikte süreci yürütmeye çalışıyoruz. Bence devletin şu andaki rolü özel sigortalar ile birlikte yapmış olduğu tamamlayıcı sigortadaki aktif rolü.” K1

“Özel sağlık sigortasında devletin rolü tamamlayıcı sağlık sigortalarında ortaya çıkıyor daha çok. Özel sağlık sigortasında çok ciddi anlamda bir rolü olduğunu söyleyemeyiz. Ama tamamlayıcı sağlık sigortası tarafından tamamen devletle birlikte iş birliği içerisinde gidiyoruz ve sektör zaten tamamlayıcı sağlık sigortasına doğru kayıyor gibi. Yani segmentimiz bizim daha çok özel sağlık sigortası tarafında tamamlayıcı sağlık sigortalarına doğru kayıyor. Bu noktada da SGK ile iş birliği içerisinde olduğumuz için SGK’yı tamamlayıcı sağlık sigortasını ana konusu SGK olduğu için ve SGK’ya dayalı bir sistem olduğu için bu noktada devletin rolü çok ciddi anlamda var. Böyle yani.”K2

“Şimdi devletin rolü nedir derken devlet aslında destekliyor. Ama tamamlayıcı sağlık sigortasını destekliyor şu an. Ama teşvik anlamında bir şey yok. Tabi ki 2023 kalkınma planına göre tamamlayıcı sağlık sigortasında bir büyüme hedefi var. Ama BES’ te olduğu gibi yani bireysel emeklilikte olduğu gibi bir teşvik olması gerekiyor. Bu sigortalıyı teşvik edebilir. Sigorta şirketlerini teşvik edebilir ve önünü açmak gerekiyor birazda. Sonuçta baktığınızda her sigorta şirketi pastadan daha büyük pay almak ister ve o pastayı büyütmek ister. Ama bu tek başına sigorta şirketlerinin yapacağı bir şey değil. Biraz da devletin teşvikleriyle, o bilinçlendirmenin o bilincin artması gerekiyor. BES’teki gibi yöntemler kullanılabilir diye düşünüyorum. Zaten sektör bunu yıllardır düşünüyor da.”K4

“Sağlık sigortası tamamlayıcı sağlık var. Devletin şu anda hiçbir fonksiyonu yok. Yani özel sağlık sigortası, serbest piyasa fiyatları anlamında da sadece bazı kuralları var sağlık sigortacılığının. Yani özel şartlarını düzenlemek, insanların haklarını korumak ve devamlılığını sağlamak için kurallar kondu ama onların dışında tamamlayıcı sağlık için BES’teki gibi bir teşvik yok. Olursa iyi olur. Bu sayede insanlar daha rahat poliçe alabilirler. ”K5

“Yani ÖSS mantığında bakarsak aslında devletin burada çok büyük bir katkısı yok ama TSS mantığında yani devlet katkılı poliçelerde bakarsak insan yani

karşı tarafta bir daha büyükmüş algısı yaratıyor daha güvenliymiş algısı yaratıyor aslında. Ama bu bir özel sağlık sigortası ise aslında SGK'nın devletin burada herhangi bir etkisi olmadığı için buraya bir katkısı yok ama TSS satarken dediğim gibi önce SGK'nız dediğimiz için ve SGK'dan kalan fark ödemelerinin özel hastanelerdeki fark ödemelerini de kapsama aldığımız için buradaki rolü büyük aslında. Çünkü direk sigortalıyı sağlık poliçelerine yönlendirmiş oluyoruz, aynı zamanda bir SGK kapsamında var olan bir sigortalıyım. Bu anlamda bu tür poliçeler için aslında devletin katkısı büyük.”K7

“Yine bu tamamlayıcı sağlık sigortasıyla hani çıktıktan sonra aslında devletin rolü de ortaya çıktı. SGK kullanılıyor ya orada biliyorsun. Orada SGK kullanımının yapılması işte orada iştirak sigortalıya destek sigorta şirketine destek yüksek. Orada sonuçta işte 100 lira ödeniyorsa özel sağlığa bunlar farazi rakamlar ama işte 100 lira ödeniyorsa. SGK'nın ödediği düşülüyor. Bir SUT kadar işte 30 lirası 70 lira ödiyor gibi oldu yani orada devletin rolü oldu sağlık sigortasında en çok katkı anlamında herhalde.”K9

“Özel sağlık sigortasında bence devletin rolü nedir diye bakarsan yani burada aslında, özel sağlıkta devletin herhangi bir katkısı olduğunu düşünmüyorum ben. Çünkü insanlar kendi ceplerinden prim ödiyorlar. SGK fiyatları vs. de özel sağlık sigortasında geçerli değil. Hastane nasıl özel şirketle anlaşma yapıyorsa onun üstünden ilerliyor. Yani burada, yani tamamlayıcı sağlık sigortası gibi bir teşvik söz konusu değil. Çünkü tamamlayıcı sağlık sigortasında aslında özel sigorta şirketleri olarak aslında kamunun üstündeki yükü birazcık almaya çalışıyoruz. Ama özel sağlık farklı bir gruba hitap ettiği için hani burada yani herhangi bir rolü olduğunu düşünmüyorum ben.”K10.

“Devletin aslında bu konuda çok büyük bize katkısı ya da ekstra bir olumluluk rolü olduğunu söylemek çok doğru değil. Son yıllarda son işte 5-6 yıldır tamamlayıcı sağlık sigortası ile ödemiş olduklarının üzerine kapsayan ve 8810 no'lu kanunla buna izin veren bir politika çıkarabildiği özel sektör tamamlayıcı dediğimiz ürün. Ama burada yeni teşvik edici nasıl bireysel emeklilere teşvik edici bir rolü olsa da bizim tarafta bir rolü yok, o yüzden hani biraz daha devletin bu konuya, bize destek olması gerektiğini düşünüyorum. Ama henüz maalesef bu konuda destek göremiyoruz.”K11

“Ya şöyle son dönemde. Bu konu çok tartışılıyor. Dolayısıyla şöyle bir model tartışılıyor özellikle. Bireysel emeklilik sigortasında biliyorsunuz %25 devlet katkısı var. Sizin ödediğiniz tutarın %25’i kadar da devlet, hatta şu anda son düzenlemelerle bu %30’a çıktı. Benzer bir devlet teşviki şu anda bizim sektörde de tartışılıyor. Yani işte ben eğer özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırsam bir kısmını devletin ödediği bir model tartışılıyor ama burada yani şimdi bu teşvik nasıl olacak, ne kadar olacak yani atılan taş ürkütülen kurbağaya düşecek mi? Açıkçası biraz oralar bence muğlak. İşte devlet teşviki, % 10’ da olsa 30 da olsa açıkçası ben bu sistemin çok başarıya ulaşabileceğini, tabana yayılabileceğini düşünmüyorum.”K12

Katılımcıların büyük çoğunluğu (K1, K2, K4, K5, K7, K9, K10, K11 ve K12) devletin rolünün özel sağlık sigortasında olmadığını, tamamlayıcı sağlık sigortasında rolünün olduğunu ancak bunun yeterli olmadığını vurgulamaktadır.

“Özel sağlık sigortasında devletin rolü çok yok. Ama bir de işte TSS grubu poliçesi var burada biraz daha devlet hani bir poliçe örneği ya da bu TSS’ye yakın bir çalışma açıkladı burada biraz rolü var ama özel sağlık sigortasında rolü yok. Belki prim destekleyici vergi muafiyeti gibi durumlar getirerek işte özel sağlık sigortası yaptıran aile, bireyler, gruplar, özel kişiler, tüzel kişilere buralarda belki destek sağlayabilir, sağlarsa belki biraz daha rol olarak burada artacaktır.”K3

“Devletin rolü aslında Türk halkı olarak baktığımda kötü, çünkü çekiliyor ve özel sektöre bırakıyor sağlık gibi ciddi bir işi. Bırakmaması gerekir ama bırakıyor. Çünkü sürdüremiyor. Fakirleşen bir ülke olduğumuz için, ama bırakıyor. Burada bir şey yapması lazım. Onu da çok fazla yapmıyor. O da nedir? Vergi avantajı, teşvikten bahsetmiyorum. Avantajdan bahsediyorum. Teşvik şeydeki gibi teşvik olsa tabi ne güzel olur. Bireysel emeklilikte olduğu gibi bir teşvik olsa devlette katılsa, iyi olabilir ama burada öyle bir şey demiyorum. Ben onu beklemiyorum bile. Hayal bile etmiyorum. Sadece şunu söylüyorum, ben vergi avantajı diye bir şey var. Sağlık sigortasına ödediğim primleri muhasebeye verdiğimde benim vergi matrahım düşürülüyor, daha az vergi ödüyorum. Böylece beni teşvik ediyor, sağlık sigortası almaya. Devletin rolü hem negatif hem pozitif yönde var. Negatif yöndeki şeyi onlara karışmıyor, buna

karışmıyor. Hiçbir şeye karışmıyor ve sağlığı aslında özelleştiriyor. Bu sağlık sigortacılığını geliştiren bir şey. Çünkü insanlar devlete güvenmiyorsa, gücüne güvenmek zorunda.” K6

K3 ve K6 isimli katılımcılar diğer katılımcıların tersine bireysel emeklilik sistemindeki teşvik yönteminin dışında bireylere özel sağlık sigortası sahip olmalarının vergi avantajı sağlamasının daha teşvik edici olacağını vurgulamaktadır.

“Devlet şöyle ki, tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişimi konusunda destek verdi örneğin. Yani SGK’nın üzerine kapsayan bir poliçe yapılmasıyla ilgili olarak devlet teşvik etti bu konuyu. Ama daha fazlasını yapması gerekiyor. Bence şöyle burada bir sigortacılıkta sağlığı özel sağlık sigortacılığında da tamamlayıcı sağlık sigortacılığında da şey var. Vergi avantajı denen bir kural var. Poliçenizi ödeyeceğiniz şeyleri, makbuzları, çalıştığınız firmanın muhasebesi ile işte veya özel bir işte çalışıyorsanız, tüzel kişilikseniz mali Müşaviriniz ile paylaştığımızda poliçenin karşılığında ödediğiniz primler sizin gelir vergisi matrahınızdan indirim olarak düşebiliyor. Bu da size bir vergi avantajı yaratıyor. Verginize bağlı olarak bu oran değişiyor. Ama bunu insanların anlaması çok kolay olmuyor. Biz bunu uzun yıllardır insanlara söylemiş olmamıza rağmen nasıl yapacaklarını tam olarak bilemiyorlar Firmalardaki sigorta poliçesini işleyecek olan muhasebe bölümü bu konuda biraz insanları zorluyorlar, uğraşmak istemiyorlar gibi şeyler de söz konusu olunca, orda o çok bir anlam ifade etmiyor.” K8

K8 isimli katılımcı ise bireylerin var olan bir olanağı bilmemeleri ve anlamakta zorlanmaları nedeniyle bu olanaktan faydalanamadıklarını ifade etmektedir.

Katılımcılara özel sağlık sigortasına devlet teşvikinin nasıl olması gerektiğine dair soru yöneltilmiştir.

Vergisel Boyutta Düzenlemeler Yoluyla

“Devlet teşviki derken ben buradaki devletin katkılarının şu şekilde olduğunu düşünüyorum. Devlet finansman işleyişi bu vergi teşvikleri, sistemin işleyişi evet etkili fakat yetersiz. Devletin özel sigortalardaki bu teşviklerini işte diğer yaptığı çalışmaları, vergisel boyuta ya da muhasebe açısından olan boyutunu bence

mevzuatlarına göre yeniden görüşüp aktif daha fazla çözümler buluyor olması gerekiyor.” K1

“Devletin rolü dedik. Operasyonel rolü, teşvik rolü ve vergi muafiyet, vergi avantajı olur, bunları sayabiliriz. K6

“Tek ben değil tüm sigortacı arkadaşlarımız aynı şeyi savunuyorlar. Destek vermesi gerekir diye düşünüyoruz. Oranında yükünü azaltacak bu sefer devletin ben ne kadar pastadaki payını büyütebilirim devletinde üzerine düşen yük azalıyor. Onlar da oradaki hemşireler, sağlık çalışanı da hastanedeki tüm paydaşları da daha özgüvenli, daha sağlıklı, daha kolay hizmet sunabilecekler bizim sayemizde. O yüzden o teşvik çok önemli. Prim desteği, yani vergi desteği, teşviki.” K11

Katılımcı K1, K6 ve K11 isimli katılımcılar devletin vergisel anlamda yapacağı düzenlemeler ile vergi desteği sağlamanın özel sağlık sigortasına olan yönelimin artmasına katkı sağlayacağını vurgulamaktadır.

Sağlık Priminde İndirime Gidilmesi

“Yani bence şöyle olmalı. Özel Sağlık sigortası yaptıran kişilerde devlet teşviki şöyle olabilir; biz bir sağlık primi ödüyoruz. Yani herkes bir sağlık primi ödüyor zaten. Standart bir hepimizin bu maaşlarından bu doğrultuda bir ödemeler alınıyor. Bu noktada bence özel sağlık sigortası yaptıran kişilerde burada bir indirim söz konusu olabilir. Ya da şöyle olabilir, o sağlık sigortası primi otomatik olarak alınmaz. Kişiye imkân sunulabilir. Yani normalde çalışırsak biz onu otomatik olarak ödemek zorundayız. Bunu isteğe bağlı yapabilirler. O primle ben özel sağlık sigortası alıp hizmetinde özel sağlık sigortası üzerinden devam ettirebilirim.” K2

“Hani vergilendirme, vergi indirimi BES’te de diğerlerinde de var. Mümkün. Ama prim teşviki işte 50 liranın 20 lirasını ben veriyorum. Kafalarda insanların daha çok teşvik eder ya evet bunu böyle alabilirim, yarısını o ödüyor der ve basit düşünmek gerekiyor. Yani vergiden şu kadar birçok işte özel sağlık sigortasında vergi indirimi alabileceğini bilmiyor. Nasıl yapacağını bilmiyor. Uğraşmak istemiyor vs. En iyisi bence prim teşviki olmalı.” K5

“Valla şu an bizim ülkemizde olabilecek bir şey değil galiba. İşte mesela ne olabilir? Tabi ki olsa çok güzel olur. Ama işte şeyde var ya şimdi mesela bu devlet hastanelerinin gelişmesiyle şehir hastaneleri oldu. Onlar da gerçekten çok güzel oldu. O yüzden hani devlet hastanelerinin biraz daha böyle geliştirdikleri için şimdi o anlamda çok büyük bir teşvik olur mu bilmiyorum ama olsa çok güzel olur. Prim olabilir. Bu SGK priminden belki düşülebilir. Bilemedim, somut olarak nedir ne denir somut bir şey. SGK primi mantıklı olabilir. O zaman herkesin özel sağlık sigortası olur değil mi. Ama işte onu işte o zamanda özel o şey bir şey, yani devletle özel hastanelerin iletişim kurup onların birlikte ortak karar vermesi gereken bir şey. Oradaki prim ne kadar olacak da özel sağlık sigortası kullanacakta, özel hastaneyi tatmin edecek. şu şartlarda zor.” K9

K2, K5 ve K9 isimli katılımcılar devletin bireylerin sağlık primi ödemelerinde indirim e gitmesi ve prim teşviki verilmesi ile özel sağlık sigortası talebini arttıracaağı kanısındadır.

Özel Sağlık Sigortası Sahibi Olmada Doğrudan Devlet Desteği

“Belli bir oranda mesela özel sağlık sigortası 4 kişi bir aile on bin lira tuttu bunun bin lirasını devlet katkı yapabilir ya da bu bin lirayı farklı türde geri poliçe sahiplerine geri dönebilir gibi bu tür maddi anlamda teşvik edici durumlar olabilir.” K3

“şöyle, yani özel sağlık sigortasında mümkün değil ki SUT tarifesi üzerinden işlem yapılsın. Bence şöyle olabilir, kişinin özel sağlık sigortası var ise devlet primlerinde bir miktar kadar yardımcı olursa hem kişiyi teşvik etmiş olur. Yani vatandaşi teşvik etmiş olur. Vatandaş alacağı destekle birlikte özel sağlık sigortası ürününü tercih etmiş olacaktır. Bu tercihle birlikte kamunun üzerindeki yük de azalacaktır. Yani burada bu şekilde bir teşvik yapılabilir hani devlet tarafından.” K10

“Ya şöyle son dönemde. Bu konu çok tartışılıyor. Dolayısıyla şöyle bir model tartışılıyor özellikle. Bireysel emeklilik sigortasında biliyorsunuz %25 devlet katkısı var. Sizin dediğiniz tutarın %25'i kadar da devlet, hatta şu anda son düzenlemelerle bu %30'a ıktı. Benzer bir devlet teşviki şu anda bizim sektörde

de tartışılıyor. Yani işte ben eğer özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırsam bir kısmını devletin ödediği bir model tartışılıyor.” K12

“Aynı bireysel emeklilik sisteminde olduğu gibi bir kısmını devletin ödeyeceği şeyler ortaya çıkarsa, yapılar çıkarsa, özellikle özel sağlık sigortacılığında değil belki ama tamamlayıcı sağlık sigortacılığı söz konusu olduğunda. Bence ciddi katkı sağlanmış olur. Yani tamamlayıcı sağlık sigortasında devlet dese ki sen bu poliçeyi yaptıırırsan % 25’ ini ben ödüyorum senin yerine, sigorta şirketine çok ciddi katkı sağlayacağını düşünüyorum mesela.” K8

K3, K8, K10 ve K12 isimli katılımcılar, bireylerin özel sağlık sigortası sahibi olma kararı vermelerinde sigorta sahibi olacak kişiler üzerinden devletin indirimle giderek destek vermesi yani kısaca devletin özel sağlık sigortası sahibi olmaları noktasında bireyleri doğrudan desteklemesi yönünde fikir beyan etmişlerdir.

Özel Sağlık Sigortası Paketlerinde Havuz Modeli Oluşturulması

“Havuz modelleri konuşuldu geçmişte. Sadece yatarak paketin bir havuz oluşturulması, herkesin aynı fiyatta satması, ek hizmetler dediğimiz ayakta tedavinin eklenmesi halinde primin değişmesi, asistans hizmetleri verilmesi halinde primin değişmesi gibi temel teminat paketi diyelim daha doğrusu. Bu tarz paketler oluşturularak gidilmesi söylendi, gidilebileceği konuşuldu söylendi. Şimdi büyük bir sigorta şirketi olan X sigorta şirketinin kurumlardan aldığı indirim oranı ile Y sigorta şirketinin aldığı indirim oranları, bizim aldığımız indirim oranlarımız farklı. Dolayısıyla aynı paketi aynı fiyata sunma gücümüz maalesef hepimiz için geçerli değil. Dolayısıyla o koşulların önce endekslenmesi ve eşitlenmesi gerekiyor. O zaman üstüne her şirket bir şey koyarak belki farklı şeyler yapabilir ve primi farklılaştırabilir.” K4

K4 isimli katılımcı her sigorta şirketinin verdiği hizmeti farklı fiyatlarla bireylere sunduğunu ve bunun önüne geçilerek tüm sigorta şirketlerini kapsayan havuz modeli oluşturarak aynı hizmetin farklı sigorta şirketlerinden farklı fiyatlarla bireylere ulaştırılmasının önüne geçilmesini ifade etmektedir.

Kampanya Çalışmaları Yürütülmesi

“Yani şu anda TSS mantığına bakarsak? Her yani her SGK ’lı kişiyi özel sağlığa da yönlendirebiliyor durumda olmalı. Yani bu nasıl diyeyim? Bir kampanyayla mı diyebiliriz? Belki işte ödenekler, SUT karşılıkları gibi rakamların durumları itibariyle mi diyebiliriz? Yani destekleyici ya da işte yönlendirici olması bizim için tabi ki çok daha önemli. En basit şöyle düşünüyorum bir tamamlayıcı sağlık sigortası yapıldığında aslında özel sağlık sigortası teklifleri de verilebiliyor olmalı kişilere. Çünkü bu aslında kişinin ne istediği ile alakalı bir durum. Yani karşınızdaki sigortalanacak kişinin istediği, isteğine uygun teklifler çalışılabilirse aslında ulaştığınız her TSS sigortalı da bizim için bir ÖSS sigortalı potansiyeli oluşturuyor. Bu yüzden önemli diye düşünüyorum.” K7

K7 isimli katılımcı devletin özel sağlık sigortası uygulamasında kampanya çalışmaları ile destek sunması gerektiğini ifade etmektedir.

Katılımcılara özel sağlık sigortası sektöründe penetrasyon seviyesinin ne şekilde artırılabilceğine dair soru yöneltilmiştir.

Sağlık Sigortası Şirketlerine Hastane, Klinik Açma İzni Verilmesi

Biz penetrasyona çok önem veriyoruz. Zaten kendi sigorta şirketimiz olarak son dönemde yurt dışında faaliyet gösteren ve yurt dışında birçok ülkede sağlık sigortası hizmeti veren hem sunucularıyla birlikte sigorta anlamında faaliyet veren bir ortaklığımız var. Ortaklıktan ziyade artık biz yurtdışına açılmış bir firmayız. Dolayısıyla kendi çalışmalarımızı ve entegrasyonlarımızı da yurtdışındaki çalışmalarla örtüştürecek seviyelere geçiriyoruz ve kendimizi kriter olarak da onları önemseyip baz alıyoruz. Amacımız da biraz önce söylediğim gibi artık hasta olana müdahale etmek değil, hasta olmadan önce hastalıkları da önlemek ve bununla birlikte sadece sigorta hizmeti değil, sigorta şirketinin kendi sunucuları ile hizmet vermesi gerektiğini düşünüyoruz mesela biz sigorta şirketi olarak bizim artık dış kliniklerimizde olmalı. Bizim artık kendi hastanelerimiz laboratuvar hizmetlerimiz olmalı. Yani satın alma ile yaptığımız yüksek maliyetlerin kendi hastanemizde ya da kendini laboratuvarımızda daha düşük seviyelerde yapıp daha kaliteli hizmet vereceğimiz bir yapıya getirmeye çalışıyoruz. K1

Katılımcı K1, amaçlarının hasta olana müdahale etmekten öte, hasta olmadan önce hastalıkları da önlemek adına çalışma yapılması ve bu noktada, sigorta şirketinin kendi sunucuları ile hizmet vermesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Reklam Faaliyetlerine Ağırlık Verilerek Tanıtımların Arttırılması

“Bence zaten son birkaç yıldır bu seviye artmış durumda olduğunu düşünüyorum ben. Özellikle salgın hastalıkların gelmesiyle beraber yani çok ciddi insanların hastalık ve sağlık algıları daha açılmış durumda. Dolayısıyla yani primler çok ciddi anlamda mesela fiyatlandırma, ekonomik kriz çok ciddi tavana tırmanmış durumda olsa da insanlardaki kullanım sağlık sigortalarına yönelik daha da arttı. Çünkü hem hastane maliyetleri arttığı için hastaneye gittiğinde ödediği ücretin çok yüksek olduğunu fark ediyor hem de hastalıklarla daha fazla yüzgöz olmaya başladıkları için bu salgınla beraber yine de yükselmiş durumda. Nasıl daha nasıl arttırılabilir güvenceye hani bu? Duyurulması sağlanarak yani bu noktada reklam faaliyetleri arttırılabilir.” K2

“Sigortacılık mantığı aslında baktığınızda hani şu anda ülkemizde çokta oturmuş değil aslında. Buna karşı olan insanlar var, bilmeyen insan sayısı belki çok, nerde nasıl kullanacağını ne işe yarayacağını bilemeyen insan sayımızın da fazla olduğunu düşünüyorum. Buradaki farkındalığın mutlaka arttırılması işte özel sağlık sigortacılığının mutlaka tanıtımının yapılması, iletişim araçlarının kullanılması mutlaka şart.” K3

“Reklam diyeceğim ama. Reklamda da çok gerçekçi olmayabiliyor. Bazen hani bu yapılıyor ama bir tane olay çok güzel şeyleri bozabiliyor kişiler açısından. Bilinirliği arttırmak olabilir. Yani ne kadar çok biliniyorsanız bu durum birtakım sebeplerle ortaya çıkan her şey için size ve sizin aslında var olduğunuzu burada hissettiriyor aslında karşı tarafa.” K7

“Ne bileyim işte, bunun promosyonlar dağıtılabilir. Kalem, logolu defterler, ajandalar gibi... Hatta bir yarışma bile düzenlemeyi düşündük. Hastaneler arasında hani ödül olacak sonunda falan gibisinden. Bizim dediğim gibi düşündüğümüz şeyler, kampanyalar, yarışmalar, hediyeler, işte eczane tarafında da çok yaptık bunu. Ipad hediyesi verdik hatta 3 tane eczaneye. Bu tarz şeyler, promosyon ürünleri faydalı olabiliyor. Ne biliyim işte. Bayramda

seyranda belki bir duyuru geçmek falan ve o tarz şeyler etkili olabiliyor. Bunlarda her şey yapılabilir. Yani birazcık beyin fırtınası ile çeşitlendirilebilecek bir şey aslında.” K9

“Bununla ilgili kamu spotu gibi reklamlar yapılabilir. Ancak tabii ki reklam maliyetleri yüksek olduğu için özel sağlık sigortası şirketleri, hani televizyon reklamları aslında insanların ilgisini çekiyor. Hikâye konulu olan. Çok büyük bir sigorta devi X sigorta şirketinin reklamlarını izliyorsunuzdur aslında. Onlar bilinirliğini bu şekilde arttırıyorlar. Ne kadar çok sosyal medya reklamı yaparsanız, ne kadar çok insanlara ulaşabileceğiniz TV reklamları yapabilirseniz bilinirliğinizi o kadar yükseltebilirsiniz. Tabi ki bir de bunun yanı sıra ne kadar kaliteli hizmet verirsен aslında o kadar çok bilinirliğin artar diye düşünüyorum ben.” K10

K2, K3, K7, K9 ve K10 isimli katılımcılar, reklamlar aracılığıyla tanıtımların artırılması gerektiği, reklamların bu konuda önemli olduğunu, promosyonlu uygulamalar ile teşvik edilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Devletin Teşvikleri ile

“Penetrasyon aslında birçok maliyetin azalması ile daha satılabilir, daha düşük maliyette, hap poliçeler yani herkesin alabileceği poliçeler yapıldığında, belki devletin teşvikiyle, devletin sağladığı fayda ile ileride bu bir gün mümkün olursa. Bence devlet teşviki ile ve herkesin yurt dışında da mutlaka araştırma fırsatınız olmuştur bazı ülkelerde hem sosyal güvenlik sistemine tabi oluyorsunuz hem de seçimli olarak şirket seçerek özel sağlık sigortasına da sahip olabiliyorsunuz. Dolayısıyla bu kurgunun devletle koordineli olarak yapılması gerekiyor. Kişi cebinden para ödeyerek ve seçerek özel sağlık sigortasına da sahip olabilir. Ama bugünü bugün bu tabi ki uzun zamandır konuşulan şeyler bunlar ama gelecekteki inşallah bizim biz görür müyüz bilmiyorum ama inşallah görmeyi hedefliyoruz tabi ki.” K4

“Burada şu anda tamamlayıcı sağlık satışları özel sağlığın bir tık daha önüne geçti. Fakat bu tamamen özel sağlık bütçe meselesi, tamamlayıcı sağlık devlet teşviki. Devlet teşviki ile bu noktadan sonra arttırılabilir. Çünkü İstanbul Ankara’da belli bir dolgunlukta zaten insanların alabilecek olanları alıyor. Yani

sosyo- ekonomik olarak rahatladığımızda alan insan sayımız da artıyor. Hani şu anda böyle bir tıkanıklık içindeyken insanlar bu seçeneği düşünemiyor bile. Başıma ne gelirse gelsin diyor yani?” K5

“Bunun için yapılması gereken tek şey dediğim gibi ya devlet bir teşvik sağlayacak, buraya bir destek sağlayacak. Ya da ki bu arada hani çift sigortalı olan bir sürü kişi var. Mesela benim hem şahsi poliçem var hem de şirketimin yaptırdığı poliçe var. O yüzden ya devletin teşviki gerekir onun dışında pek yapılabilecek fazla bir şey yok. Ülkemizin ekonomik olarak refaha ulaşması lazım. Ülkedeki herkes en düşük gelir seviyesindeki kişinin bile satın alabileceği noktalara gelirse bu otomatikman farklı noktalara gidecektir.” K8

“2 tane önemli konu var. Konjenital hastalıklar yani doğuştan gelen hastalıklar ve geçmişten gelen rahatsızlıklar. Yani sigorta biliyorsunuz sigorta başlangıç tarihi itibarıyla ortaya çıkan rahatsızlıkları kapsama alıyor. Ama hepimizin sağlık problemleri var. Ben bugün şimdi sigorta yaptırıyorum işte doktora benim 3 yıldır belim ara ara ağrıyor dediğimde sigortam bunu ödemiyor. Mesela bu sorunun ortadan kalkması lazım. Bütün bunların ortadan kalkması için de maliyet tarafında bir şey yapılması lazım. Dolayısıyla yani maliyet tarafında bir düzeltme yapmadan, maliyeti bir yere oturtmadan bence penetrasyonun artması mümkün değil.” K12

K4, K5, K8 ve K12 isimli katılımcılar ekonominin içinde bulunduğu durum itibarı ile devletin doğrudan teşvikte bulunması gerektiğini ifade etmektedir.

Eğitim Yoluyla Bilinçlendirme Çalışmalarının Yapılması

“Penetrasyon derken artıştan bahsediyoruz değil mi? Bu ürün korkuyla satılan bir ürün. Yani deprem olunca dask satılmaya başlıyor. Ya da işte deprem sigortalarını teminatı oluyor. Bu sigorta ürünleri korkunca satılabilen bir şey. Pandemi de sağlık sigortaları konusunda farkındalığı arttıran bir şey illa büyük olaylar yaşamamız gerekmiyor ama 99 depreminden sonra konut sigortaları, deprem sigortaları vs. biraz arttı. Zaten devlette zorluyor. Yani dask zorunlu bir ürün, tıpkı trafik gibi devlet zorluyor çünkü devlet kendi payını nasıl düşürebilirimi düşünüyor sürekli. Dolayısıyla özel sektörü bu işin içine sokarak

kendi payını da düşürmüş oluyor böylelikle. Demek ki penetrasyonu birincisi korku endişe insanların korkuları ve endişeleri bu ürünün sigorta ürünlerinin satılmasına neden oluyor. Bu da eğitim aslında. Eğitim verilmiyorsa büyük bir vaka yaşayınca biliyor. Eğitim önemli. Yurt dışında Japonya’da, orada burada sigortanın anlamı daha ilkokuldan itibaren anlatılıyor. Biz ise biraz daha son dönemde işte pandemi sonrası deprem sonrası belki spotlarla, kamu spotları ile bir şeyler söylemeye çalışıyoruz. Penetrasyonu artıracak şey, bir sektör adına farkındalık yaratacak şeyler. Korkuyu saymıyorum. Korku ve eğitim birincisi yani eğitimle gerekiyor. Korku gerekiyor maalesef öyle ya biri hastalanacak da alacak ya bir deprem olacak da alacak gibi. Bilinç, eğitim.” K6

“...Bence eğitim seviyesinin arttırılması ve gerçekten özel sigortanın bilincinin olması gerektiği gibi aktarılması gerekiyor. Nasıl oluyor bizde şu anda süreçler, bireysel tarafta nasıl oluyor. Çok daha erken yaşta sisteme dâhil olmak yerine hastalanmaya yakın yaşı ilerledikçe belki de hasta olur muyum? Kendini garantiye alsam mı süreci var ya da gerçekten hiç istemediğimiz vurgulamadığımız bir kesim bizim, arkadan dolanarak poliçe yaptırmaya çalışıyorlar. Hastalandığında başına bir şey geldiğinde ben bunu daha nasıl internet edebilirim diyen bir kesim var. O yüzden eğitim seviyesinin artırılması gerekiyor.” K11

Eğitimin bilinçlendirme çalışmalarında önemli bir yeri olduğu ve küçük yaşlardan itibaren bu bilincin yerleştirilmesi halinde sistemin daha başarılı şekilde işleyeceğine vurgu yapılmaktadır.

Katılımcılara özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinde ne gibi faktörlerin rol aldığını ve şirketlerin ne gibi hazırlıklar ve stratejik planlar yapmaları gerektiği sorulmuştur.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Değişikliğe Gidilmesi

“Yani bence şöyle artık TSS tümüyle bitirilmeli. Bu bitirilmeye yönelik artık belki de artık alternatif ürünler çıkartılıp ya da mevcut ürünün ismi değiştirilerek farklı bir fiyatlandırılmaya gidilmesi gerekecek. Belki bir birlik olup belki de süreci öyle yönetilecek. Ama dediğim gibi yani sigorta şirketleri de bununla ilgili ne yapacağını bilmiyor.” K1

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasında değişikliği gidilerek yeni uygulamalarla sistemin sürdürülebilirliğinin devam edeceği vurgulanmaktadır.

Police Maliyet Analizinin Doğru Yapılması

“Yani sürdürülebilir olmanın en önemli nedeni şey, poliçenin satılabilir olmasına geliyor. Eğer poliçe satılabilir halde tutmazsanız. Sürdürülebilir olamazsınız. Yani bu noktada en bariz örneği de bence zaten özel sağlık sigortalarının sürdürülebilir olmadığından dolayı sayıca azalmasını gösteriyor. En önemli şey pirim için poliçelerin satılabilir düzeyde tutulması ama tabi ki satılabilir düzeyde tutmak için de zarar da etmemek gerekiyor. Burada hasar pirim analizinin doğru yapılması gerekiyor. Fiyatlandırmayı doğru yapmazsanız eğer ne kadar çok sık poliçe satarsanız satın zarar edebilir ve sürdürülebilirliği koruyamayabilirsiniz. Yani bu nedenle maliyet analizinin doğru yapılması gerekiyor.” K2

“Yani. Özel sağlık sigortasında 3 şey var. 1. prim ödemeyenler, 2. pirimi belirleyen sigorta şirketleri ve 3. özel hastaneler şimdi hepsinin bir dengede olması gerekiyor. Prim ödeyenin ödeyebilir bir durumda olması gerekiyor. Pirimi belirleyen de zarar etmeyecek bir yatırım yapabilecek sonuçta o da teknolojisine yatırım yapıyor işte provizyon sistemine yatırım yapıyor ya da bazı şeyleri kapsamı alarak faaliyetlerini artırıyor. Onun doğru belirlenmesi lazım. Bir de özel hastanelerin aslında özel hastanelerin varlıklarını sürdürebilmesi şu anda en kritik nokta. Çünkü özel hastane varlıklarını doğru bütçe ile sürdürülebilirse özel sağlığında maliyetlerini arttırmayacak çok büyük kârlar peşinde koşmadan daha makul mantıklı olacak”. K5

“Şirketler şöyle planlar yapmalı, yani eğer dediğim gibi sattığımız ürün ile eğer gelen tazminat primlerini, tazminat oranlarını dengeleyebilirsek her şey iyi bir şekilde devam edecektir. Tazminat prim oranları ile olan ürün yani hastane tarafındaki fiyatları daha yakından takip ediyoruz, benchmarklar vs. malzeme oranlarını daha iyi takip ediyoruz. Kendimizi nasıl koruma altına alırız sigorta şirketi olarak dersiniz yani biz şöyle koruma altına alabiliriz. Prim ile tazminat prim oranını dengeleyerek koruma altına alabiliriz. Ya da daha küçük paketler sunuyoruz işte sigortalılara. Ne bileyim işte onlu paket yerine dörtlü paket

sunuyoruz. Daha uygun olması açısından, işte kullanımını dengelemek açısından vs gibi. Yani denge çok önemli.” K10

“Şimdi. Bizim şu an fiyatlandırmada ve medikal enflasyon tarafında da baz aldığımız süreç ve referans noktası tam olarak Türk tabipler birliği. Fiyat artışlarını tabipler birliğine göre planlıyoruz... Ama günün sonunda biz TTB zammı bunu açıkladı. Enflasyonu gerçek rakamları yansıtmasa bile açıklanan bir rakam vardı diyor ki, her şeyin bittiğini tam 10 gün sonra yeni rakamlar açıklandı. Bu sene böyle bir sürprizlerle karşılaşınca bizim de yapacak bir şeyimiz kalmıyor. Siz sigortalı olduğunuzu düşünün. Ben sizin poliçenizi Aralık ayında yeniledim. Sonra 2 kere zam geldi TTB'ye. Ben o zaman size Esmâ Hanım dönüp kusura bakmayın poliçe priminiz 1000 TL idi tekrar bir zam daha geldi 1100 TL yapıyorum diyemiyorum. O yüzden bu tür sürprizlerle karşılaşmamak için önceden her türlü paylaşım, ortak karar verilebilmesi ve belirlenen tarihlerde sabit kalması gerektiğini düşünüyorum. Yoksa maalesef yaptığımız hazırlıklarda kurduğumuz planlar da maalesef çöpe gidiyor.” K11

“Ya ben işte çok burada hani şirketlerin ya her şirket kendince bir hazırlık yapıyor ama. Ben şöyle düşünüyorum. Yani bugün banka kanalı olmayan bankadan sigorta satmayan bir sigorta şirketinin ya örnek veriyorum mesela. Ne diyelim mesela küçük sigorta şirketi A sigorta örnek veriyorum işte B sigorta C sigorta işte D sigorta. Bu şirketlerin sağlık sigortacılığından kar etmesi mümkün değil. Mümkün değil ya bunlar nasıl kar ediyorlar biliyor musun işte D sigorta arkasında bir banka var. Mesela bir yasa gelse dese ki kardeşim Bankalar bundan sonra sigorta satamaz dese? Birçok sigorta şirketinin ben kapıya bayrağı diyeceğini düşünüyorum. Dolayısıyla. Yani rekabet fiyatta yaşandığı sürece Biraz zor gibi duruyor. Yani bugün küçük olan A sigorta B sigorta ne stratejik planı yapacak. Nasıl rekabet edecek ki güçlü olan sigorta şirketleri ile.” K12

K2, K5, K10, K11 ve K12 isimli katılımcılar, ekonomik koşulların poliçe maliyetlerini etkilediğini ve sigorta şirketlerinin poliçe maliyetlerini doğru bir biçimde hesaplaması gerektiğini böylelikle sürdürülebilirliğin devamlılığının olacağını ifade etmektedir.

Reklam Yoluyla Tanıtım Yapılması

“Özel sağlık sigortasında şu yapılmalı reklam, tanıtım mutlaka yapılmalı. Ve sağlık sigortacılığının hani burada insanlara kesinlikle iyi anlatılması ve iyi ulaşılması gerekiyor. Burada güvenin mutlaka kazanılması çok önemli. Bu sigortanın nasıl kullanılacağı, poliçenin ne işe yaradığı, hangi durumlarda kullanılabileceği, ne kadar süre ile kullanılabileceği, hani bir insan 30 yaşından başlayıp 40 yaşına 50 yaşına kadar veya işte ömür boyunca bu sigortanın devam edip ettirilebileceği ve bunun ne kadar bir maliyeti çıkacağı sürekli sigortalandığı zaman bunlara önem verilmesi gerekiyor. Dediğim gibi yaygınlaştırılması için de mutlaka iletişim araçlarının kullanılması ve hani bunun iyice anlatılması gerekiyor. İnsanlara farkındalık kazandırılması gerekiyor.” K3

Ya sürdürülebilirlik kolay bir iş değil. O yüzden dediğim gibi en başta güven olmak zorunda ve bu güven sağlanmışsa zaten yaptığınız işlem devam ediyor. Sürdürülebilir olmak için bulunduğunuz yerden taviz vermememiz gerekiyor. Yani sektörde ya da işte piyasada kişilerin aslında işte A şirketi dediğinde kafasındaki fikir değişebilir ama iyi bir yerde olmalı. Bunu eğer bunu tutabiliyorsanız, dinamik tutabiliyorsanız bu duyguyu sürdürülebilir halde oluyorsunuz zaten bu işi. Bunun için sürekli işte kendinizi tanıtmak durumunda kalıyorsunuz. Tekrarlamak durumunda kalıyorsunuz ki buradayız izlenimini, biziz izlenimini kaybetmemek için. Sigorta şirketleri de bu alanda çalışmalar yapıyor aslında sürdürülebilirlik için. Ekipler kuruyor. Kendi içlerinde birtakım çalışmalar yapıyorlar. Yapmıyor değiller. Yani bu sürdürülebilirlik işi biraz uzun vadeli bir iş olduğu için aslında kaybetmeden yola devam edebiliyoruz sağlamamız lazım bu işin. Gün sonunu görebilmek için aslında. Yani. Birtakım kararlar alınabilir ama benim bunları söylemem ne kadar doğrudur, işte prim, Hasar/prim oranı dengesi, pirimdeki artış oranları. Kendini iyi tanıtmak önemli ki devam eden işin ile beraber yeni insanlara da kapıları açabilip, mutlu edebilip, seviyeni koruyabilip ve işin akışını devam ettirebilmeyi sağlayabilesin diye düşünüyorum.” K7

K3 ve K7 isimli katılımcılar, reklamın sürdürülebilirlik için önemli bir argüman olduğunu, reklam yoluyla tanıtım yapılmasının ve bu şekilde hedef kitleye ulaşılarak sürdürülebilirliğin oluşacağını vurgulamaktadır.

Sigorta Kapsamında Sunulan Hizmetlerin Çeşitlendirilmesi

“Sigortalının yanında olan, daha onları koruyan, daha onları destek olan bir model kurgulanacaksa sistemin sıfırdan herkesin bu sistemin içerisinde olduğu bir yapı ile kurgulanabilir ancak. Bu arada her şirketin mutlaka stratejik planları var. Çünkü neden tüm şirketler 5 yıllık strateji planı yapıyorlar. Bu yıldan 5 yılı ön görmek durumundasınız. 5 yıl sonra için neler yapabileceğinizi, bunu ürün çeşitliliği ile yapabilirsiniz. Bunu ürün farklılaştırması ile yapabilirsiniz. Yeni ürünler katabilirsiniz ürün raflarınıza. Biz ben kendi adıma söyleyeyim, bizim şirketimizde sadece tamamlayıcı sağlık sigortası var. Ama bu yıl içerisinde belki seyahat sağlık sigortasında ekliyor olacağız. Yabancı sağlık sigortaları var şu an yurt dışından Türkiye’ye gelen ve burada ikamet izni almak isteyen zorunlu kılınan sağlık sigortaları var. Baktığınızda bunlar çeşitlendiğinde sigortalıya fayda sağlayacak modellere gelindiğinde belki o alım güçleri de uygunsa sigortalıların daha büyük kitlelere ulaşıyor olacak sektör.”

K4

Sigortacılık sektöründe sürdürülebilirliğin farklı alanlarda farklı sigorta uygulamalarının çıkartılması gerektiği ve bireylere farklı alanlarda hizmet sunulması yoluyla sağlanabileceği ifade edilmektedir.

Nesillerin Değişen Alışkanlıklarına Yönelik Çalışmalar Yapılması

“Bir toplumun değişen sosyolojik yani maddi boyutunu bir tarafa bırakıyorum. Sosyolojik ve satın alma biçimlerini inceliyor, incelememiz gerekiyor, inceleniyor. Neden? Çünkü özel sağlık sigortasını eski X kuşağı satın alıyordu 30 yıl önce onlar acente aracılığıyla alıyordu, işte sohbet ediyordu, ona güveniyordu, onun anlattığı şeyi dinliyordu ve poliçe alıyordu. Fakat artık Y ve Z kuşakları internetten de bir sürü şey almaya alıştı ki, bu pandemi döneminde biz de böyle alıştık X kuşağı olarak, biz de her şeyimizi getiriyoruz. A’dan alıyoruz, yok B’den alıyoruz. Kuryeleri çok kullanıyoruz, bilmem ne falan filan. Bunlar eskiden olmayacak şeylerdi. Yani bazı şeyler alınmaz dokunmadan,

konuşmadan. Gözün içine bakmadan alınmaz diye düşündüğümüz şeylerin alındığını görmeye başladık. O yüzden web sayfalarımız olmalı, oyunlarla birtakım şeyleri anlatıyor olmalıyız. Çünkü okumayı da sevmiyor Y ve Z kuşağı. Belki görsellerle bir şeyler anlatmalıyız. Ben bir yönetici olarak X kuşağıyım. Bana eğitim veriyor şirket Y ve Z kuşağının nasıl yöneteceksin? Çünkü onlar başka bir şey, yani sizler başka bir şeysiniz. Bizim alıştığımız bir şey değilsiniz. Farklı yönetim, farklı yönetiliyorsunuz, farklı düşünüyorsunuz, farklı davranıyorsunuz. Dolayısıyla satın alma biçimleriniz de farklı. Biz eğer size ayak uyduramazsak artık satın almayı sizin nesil yaptığı için dedeler ve babalar artık emekli olduğu için satın almaları siz yapıyorsunuz. Onların adına da belki siz yapıyorsunuz. Dolayısıyla size hitap etmemiz gerekiyor. Yani satış kaynaklarımızı değiştirmemiz lazım artık internetten satmamız lazım belki sizlere ne bileyim cepten ulaşmamız lazım. Demek ki satın alma biçimleri değişiyor. Bizim ayak uydurmamız lazım.” K6

Geçmişten günümüze kuşakların farklı alışkanlıkları söz konusu olmaktadır. Mevcut durumda da sigorta şirketlerinin nesillerin değişen alışkanlıklarına ilişkin ve hedef kitleye ulaşabilme yöntemlerini yenilemesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık Kurumları ile Sigorta Şirketlerinin İş Birliği İçerisinde Olması

“Sağlık kurumunda kazan kazan politikası yapılması lazım, şimdi de hep bana hep bana dersen olmaz. Orada hastaneyi de bir şekilde küstürmeden orta yolu bulmak lazım. Bu tarz stratejik planlar yapılabilir bence. Sonuçta bizim de çalışma partnerimiz kim hastane. Kendi başımıza bir hiçiz. Onlarda, yani sonuçta olmazsa sigorta şirketinin de bir anlamı yok, hastane olmazsa, Kurum olmazsa gideceği. Dolayısıyla hem kampanyalar yaparak hem de işte belirli fiyatlılar. Fiyatlar belki şey yapılabilir. Sonuçta da hastanelerle orta yol bulunup sürüdürülebilirliği arttırılabilir. O yoksa sende yoksun. Dolayısıyla onun da çok şey yani tabi ki de bazen hüznü orta yolu bulamadığı zaman da oluyor.” K9

Hastaneler ile sigorta şirketlerinin iş birliği içerisinde olması, süreci birlikte yönetmelerinin sürdürülebilirlik açısından önem arz ettiği vurgulanmaktadır.

Stratejik Plan Eksikliği

“Stratejik planlar konusu karışık. Stratejik planlar yapamıyor sigorta şirketleri şu anda. Çünkü diyorum ya hani zaten kendilerini ayakta tutmaya çalışıyorlar bir taraftan. Büyümeye çalışıyorlar ama işte ülkenin içinde bulunduğu durum, onların büyümesi için çok olumlu şartları yaratmıyor. K8

Katılımcı K8, sigorta şirketlerinin stratejik plan konusunda yetersiz olduğunu, ekonomik koşulların onları olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu başlık altında özel sağlık sigorta şirketlerinde yönetici pozisyonunda çalışan kişilerle yapılan görüşme sonuçları tartışılmıştır. Ayrıca çalışma sonuçları ve önerilere yer verilmiştir.

5.1.ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI TALEBİNİN GÖRECELİ OLARAK DÜŞÜK OLMASI

5.1.1.Sorunlar

Çalışmada alt temasında katılımcılara özel sağlık sigortacılığı sektöründe gördükleri en önemli sorunun ne olduğuna dair soru yöneltilmiştir. Geri dönüt olarak ise en çok ekonomik koşulların getirdiği maliyet problemleri (%66,6) nin ön plana çıktığı görülmüştür. Gülay’ın çalışmasında sigortacılık ve özel sağlık sigortacılığının gelişmesi için sosyo-ekonomik şartların önemli olduğunu, sektörün ilerlemesi ve genişlemesi ilk başlangıçta makro ve mikro seviyede ekonomik koşulların düzeltilmesine dikkat çekmektedir (Gülay,2021). Orhaner tarafından Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı sisteminin ilerlemesi için yapılabilecek düzenlemelerin araştırıldığı çalışmada, nüfus içerisinde özel sağlık sigortası primi ödeyebilecek maddi gücü elinde bulunduranların sayısının az ve hane halkı gelir düzeyinin düşük olması, maliyetlerin yüksek olması dolayısıyla talebin az olması karşımıza çıkmaktadır (Orhaner,2017). Liu ve arkadaşlarının özel sağlık sigortası talebi ile ilgili yaptığı çalışma sonucunda da özel sağlık sigortası alımının belirleyicisi olarak gelir seviyesi ve eğitim durumu dahil sosyo-ekonomik durumun ön plana çıktığını gözlemlemişlerdir (Liu ve ark., 2011). Bu bağlamda işsizlik ve

enflasyon oranlarının azaltılması, gelir seviyesinin yükseltilmesi, gelir dağılımındaki adaletsizliklerin yok edilmesi ve nüfusun genel zenginlik düzeyinin artırılması gerekmektedir.

Katılımcıların özel sağlık sigortacılığı sektöründe gördükleri sorunlardan bir diğeri kişilerin özel sağlık sigortasına ve sigorta sahibi olmaya olan farkındalıklarının azlığı olmuştur. Nitekim Yayar ve Daşçı'nın (2020), Güngör (2007) ve Gülay (2021)'in çalışmasında elde edilen bulgular özel sağlık sigortasının tüketiciler bakımından net olarak idrak edilmediği bireylerin bu konuda net bir bilgisinin olmadığı şeklindedir (Yayar ve Daşçı,2020; Gülay,2021; Güngör,2007). Hulst ve arkadaşları sağlık sigortası yaptıran kişilerin poliçelerine eklenen kısıtlayıcı koşulların ne ölçüde farkında olduğuna yönelik yaptığı çalışma sonucunda; eğitim düzeyi düşük, gelir seviyesi düşük, sağlık durumu daha kötü ve bakım yapmayan bireylerin koşullara daha az aşına olduğunu tespit etmişlerdir (Hulst ve ark., 2022). Kişilerin özel sağlık sigortası için olan farkındalıklarının çeşitlik etkinlik ve uygulamalarla artırılması, sigorta kapsamında alacakları hizmetlerin içeriğine dair ayrıntılı bilgilerin sunulması kişilerde talepte bulunma istediğini arttıracaktır.

Araştırmaya katılanların belirttiği bir diğer problem ise sigortacılık sektöründe büyük şirketlerin tekelleşmesi sorunudur. Yine tekelleşmeyle bağlantılı olarak da maliyetlerin sigorta şirketlerine eşit olarak dağıtılmaması ifade edilmiştir. Gülay'ın araştırmasında piyasada etkin olarak var olan sigorta şirketlerinin, etkin olmayan şirketlere göre daha az maliyetle hizmet sağlayabildiklerini ve böylece piyasanın büyük bir çoğunluğunu elinde tutabildiklerini, etkin bir biçimde var olamayan şirketlerin ise maliyetlerinin daha yüksek olması nedeniyle piyasada uzun bir zaman aktif bir biçimde etkinlik göstermelerini zorlaştırdığı ifade edilmektedir (Gülay,2021). Sektörde var olmak isteyen bir sigorta şirketinin daha az maliyetle kişilere hizmet sunabilmesinin sektörde uzun süre aktif olarak var olabilmesine olanak sağladığı önemli bir çıktıdır. Şirketlerin maliyetten kaynaklı olarak tekelleşmelerinin yanı sıra nasıl ki trafik sigortasında var olan sabit bir fiyatlandırmanın sağlık sektöründe olmaması, yani bir tedavi yöntemi için X sigorta şirketinin Y fiyatı vermesi, aynı tedavi yöntemi için Z sigorta şirketinin farklı bir fiyat vermesi yine şirketler arasında tekelleşmeyi ve piyasa da etkin olan şirketin toplamda her zaman payının daha yüksek olmasını doğurmaktadır.

Karşımıza çıkan bir diğer bulgu ise kişilerin tercihlerinde özel sağlık sigortasından tamamlayıcı sağlık sigortasına doğru bir kaymanın olduğu şeklindedir. Tatar tarafından sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ile ilgili olarak sosyal sağlık sigortası modelinin Türkiye'deki gelişiminin araştırıldığı bir çalışma yürütülmüştür. Yapılan çalışmada, piyasanın

tamamlayıcı sağlık sigortaları vasıtasıyla büyüme ihtimalinin olması, güçlü taraflar içinde gösterilmiştir (Tatar,2011).

Günümüz koşulları düşünöldüğünde ve ekonomide bir güven ortamının eksikliği göz önüne alındığında sağlık hizmetlerin pahalı olması önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Türk Lirasının dolar karşısında değeri kaybetmesi ve sağlık alanında kullanılan cihaz ve ekipmanların yurt dışı kaynaklı temin ediliyor olması dolayısıyla bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin ücretlerinin yükselmesine sebep olmuştur.

5.1.2.Bölgesel Farklılık Nedenleri

Araştırmada, bölgesel farklılıkların nedenleri alt temasında katılımcılara, bireylerin özel sağlık sigortası talebinde bulunma taleplerinde bölgesel farklılıkların olup olmadığı ve farklılık varsa olan farklılıkların etkenlerinin neler olduğuna dair soru yöneltmiştir. Katılımcılardan tümü (12 katılımcı) farklılık olduğunu belirtmiş olup, gelir düzeyinin (%41) ve Anadolu’da özel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasının (%41) belirleyici olduğu görüşündedirler. Daşçı’nın çalışmasında bireylerin özel sağlık sigortası yaptırırken sosyo-ekonomik ve demografik faktörlerin önemlenecek derecede mühim olduğunu tespit etmiştir (Daşçı,2018). Yapılan literatür taramasında, araştırma kapsamında ulaşılan Anadolu’da özel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasının (%41) bulgusuna ilişkin elde edilen bulguyu destekler ya da zıt yönde bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır.

Araştırma bulgularında bireylerin bölgesel anlamda sosyo-költürel bakış açısının farklı olduğu ve bu farklılığın bölgesel anlamda kişilerce özel sağlık sigortası sahibi olma tercihlerini etkilediği görölmektedir. Pişkin’in çalışmasında özel sağlık sigortalarının gelişiminin AB’nin seviyesine ulaşmamış olduğunu, Türkiye’de kişilerin özel sağlık sigortası yaptırma tercihlerini kadercilik anlayışının etkin olduğu sonucuna ulaşmıştır (Pişkin,2017). Liu ve Chen özel sağlık sigortası satın alma kararlarını analiz ettiği çalışmada özel sigorta satın alma olasılığının bölgelere göre değiştiğini ve kırsal ile köydekilere kıyasla şehir ile kasabalarda yaşayan bireylerin özel sigortaya sahip olma olasılığının yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Liu ve Chen, 2002). Hopkins ve Kidd özel sağlık sigortasının belirleyicilerinin analizini yaptığı çalışmada coğrafi konumun özel sağlık sigortası yaptırma olasılığının önemli bir belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşmıştır (Hopkins ve Kidd, 1996).

Araştırma sonucunda özel sağlık sigorta şirket yöneticileri, bölgesel anlamda bireylerin özel sağlık sigortası sahibi olma tercihlerini etkileyen faktörler olarak Anadolu’da şehir

hastanelerinin varlığı ve Anadolu’da sağlık hizmetlerine ulaşımında yoğunluğun olmaması olarak ifade etmişlerdir. Türkiye Cumhuriyeti’nin sosyal bir devlet olmasının icabı olarak belli ölçülerde sağlık hizmetlerini vatandaşlara ücretsiz ulaştırma sorumluluğu olduğu için ve Anadolu’da nüfus yoğunluğu olarak yoğunluğun bulunmaması kişilerin sağlık hizmetinden yararlanırken çoğunlukla özel sağlık sigortasına ihtiyaç duymadan işlerini halledebilmektedir. Türkiye’de 2017 yılı itibari ile şehir hastaneleri hizmet vermeye başlamıştır. Şehir hastanelerinin hizmet vermeye başlaması ile birlikte Anadolu’da bulunan şehirlere en güncel tedavi cihazları ulaştırılmış ve sağlık hizmetleri daha da ulaşılır hale gelmiştir.

Türkiye’de bireylerin satın alma gücü incelendiğinde nüfusun %10’unun özel sağlık sigortası yaptırmaya ihtimaline sahip olmasına karşın bu oran %6,07’lardadır. Bireylerin sigorta bilinçliliğinin düşük olması sigortalı olan kişi sayısını düşürürken İstanbul gibi büyük şehirlerde nüfusun yoğun olmasının sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaştırmasında kaynaklı olarak ve bireylerin gelir durumunun yüksek olması halinde daha kaliteli ve konforlu hizmet talebi özel sağlık sigortası sahibi olan kişi sayısını arttırıcı etkenlerdir.

Araştırma sonucunda karşımıza çıkan bir diğer bulgu ise Anadolu’da özel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olmasıdır. Anadolu’da olan bir şehirde yaşayan kişinin üniversite hastanelerine ulaşımının kolay olması ve özel sağlık sigortası yaptırsa dahi bu sigortayı kullanabileceği özel hastane sayılarının yetersiz olması nedeniyle bireylerin özel sağlık sigortası sahibi olmalarında bölgesel anlamda farklılık görülebilmekte olup; sigorta temsilcileri de aynı oranda Anadolu’da özel sağlık sigortası anlaşması yapabilecek hastane bulmakta zorluk çekebilmektedir. Sağlıkta, küçük yerlere bile lokal hastaneler açmak hakkaniyet ilkesi açısından etkili görülebilir, yani küçük bir yerdeki kişinin de hizmete erişimde eşit olması gerekmektedir. Fakat burada çelişen bir durum olarak verimlilik ilkesi olacaktır. Yani burada nüfus ve bölge planlaması yapılmadan her küçük yere dahi hastane açılması verimlilik açısından kaynak israfına, kaynakların doğru kullanılmamasına ve uzun dönemde teknoloji planlaması, iş gücü planlaması, istihdam gibi konularda sorun yaratacaktır.

5.1.3.Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Araştırmada günümüz koşullarında tamamlayıcı sağlık sigortasının seyrinin ne şekilde olduğu, gelecekteki durumunun ne olacağı, tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortasının çelişip çelişmediğine dair yöneltilen sorularda katılımcıların çoğunluğu (10 katılımcı) özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının çelişmediğini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireylerin sayısında artış görüldüğünü ve

bunun sürdürülebilir bir uygulama olduğunu (7 katılımcı), artışın yaşandığını ancak sürdürülebilir bir uygulama olmadığını (3 katılımcı), kısa vadede artış olmadığını (1 katılımcı), geleceğinin belirsiz görüldüğünü ise (1 katılımcı) ifade etmiştir. Benzer şekilde Tapan, Alıcı, Yıldırım ve Gayef bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortası tercihlerinin araştırıldığı bir çalışma yürütmüştür. Özel sağlık sigortası paydaşları ile yürütülen çalışmada katılımcıların %93'ü tamamlayıcı sağlık sigortasını, genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliği bakımından mühim olduğunu ifade etmiştir (Tapan ve ark., 2015). Yine elde edilen bulguları destekler nitelikte Özer tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %37,35'inin özel sağlık sigortası çeşitlerinden biri olan tamamlayıcı sağlık sigortasını pozitif bir gelişim olarak gördüklerini ve piyasanın finansal sürdürülebilirliğine fayda sağlayabileceğini ifade etmişlerdir (Özer,2015). Ek olarak Balkanlı tarafından, Türkiye ve dünyada özel sağlık sigortacılığının araştırılmasına yönelik yapılan çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasının, sigortacılık sektörünün gelişimi açısından önemli bir potansiyel olduğunu ve kişilerce özel sağlık sigortasından daha düşük primlerle sigortalı olunabilmesinin tercih sebebi olduğu ifade edilmiştir (Balkanlı,2017). Ayrıca literatürü incelediğimizde Giray'ın çalışmasında, tamamlayıcı sağlık sigortası ile devletlerin en mühim zenginlik politikalarından biri olan sağlık sigorta sisteminin daha iyi işleyeceği ve bu sayede hem kamunun üzerindeki maliyet baskısının düşeceği ayrıca sosyal güvenlik kapsamında bulunmayan kişilerin hizmetten daha hızlı ve yüksek ölçülerde faydalanma fırsatına kavuşacakları görüşünde bulunmuştur. (Giray,2010).

Ayrıca araştırma bulgularında tamamlayıcı sağlık sigortası alt temasında katılımcılara yöneltilen özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının çelişip çelişmediğine dair katılımcıların büyük çoğunluğu (10 katılımcı) çelişmediğini, aynı yönde bireylere hizmet sunmayı hedefleyen iki farklı uygulama olduğunu ifade etmiştir.

5.2.TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN TEORİK FAKTÖRLER

5.2.1.Bireylerin Görüşleri

Araştırma kapsamında katılımcılara kişilerin özel sağlık sigortası yaptıрма nedenlerine ilişkin soru yöneltilmiştir. Katılımcılar kişilerin özel sağlık sigortası yaptıрма nedenlerini güvende hissetme, özel hastanelerden hizmet alabilme, sağlık hizmetlerine hızlı erişim sağlayabilme, sağlık harcamalarındaki maliyetlere karşı güvende hissetme ihtiyacı ve kaliteli bir biçimde hizmet alma olarak ifade etmişlerdir ki sağlık sigortacılığı uygulamasının da ortaya

çıkış sebebi kişilerin hastalığa yakalanma ya da olası kaza risklerine karşı kendilerini ekonomik anlamda güvende hissetmeleri için önlem alınmak istenmesidir (Kender, 1985). Alan tarafından yapılan araştırmada, bireylerin özel sağlık sigortalarını seçmelerinde, özel sağlık kurumlarından hizmet almayı basitleştirmesi en mühim unsur olarak ifade edilmiştir. Ayrıca çalışmada da özel sağlık sigortasının daha nitelikli hizmet sunumu sağlaması ve bekleme zamanının nispeten düşük olması mühim bir güçlü taraf olarak vurgulanmıştır (Alan, 2009). Besley ve arkadaşları özel sağlık sigortası talebinde bekleme süreleri ile ilgili yaptığı çalışma sonucunda birçok ülkede kamu hizmetlerinin finansmanında devlet egemenliğine rağmen kamu hizmetlerindeki uzun bekleme sürelerinden dolayı özel sağlık sigortasına yönelimin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Besley ve ark., 1999).

Şahin çalışmasında, bireylerin özel sağlık sigortası sahibi olmayı seçme oranları “kaliteli sağlık hizmeti almak istemeleri” nedeniyle yüksek çıktığını tespit etmiştir. Ayrıca çalışmada bireylerin eğitim durumu ile özel sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları arasında da anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (Şahin,2018). Costa ve Garcia özel sağlık sigortası talebinin belirlenmesi ile ilgili yaptığı çalışmada bireylerin kamu sektöründen vazgeçme kararının ilk olarak hizmette kalite eksikliği düşüncesi, ikincisi ise özel sağlık sigortasının iyileştirme kalitesinin kamuya göre önde olduğu düşüncesi ile bazı kamusal prosedürler için uzun bekleme süreleri bireysel kalite algısını etkileyebileceği sonucuna ulaşmıştır (Costa ve Garcia, 2002).

Tarım ve Güdük’ün Türkiye’de Bireylerin Özel Sağlık Sigortası Tercihini Etkileyen Nedenler ve Bilgi Düzeyleri isimli araştırmasında; özel sağlık sigortasına sahip kişilerin, özel sağlık sigortası dolayısıyla daha nitelikli hizmet almak, hizmete ulaşmada oyalanmak mecburiyetinde kalmamak ve daha lüks bir mekânda hizmet almayı tercih sebebi olarak ifade ettikleri görülmektedir (Tarım ve Güdük,2019). Yine İnce’nin çalışmasında da tercih nedenlerinin başında “sağlığımı yapmış olduğum bir yatırım olarak düşündüğüm için” seçeneği ve “daha kaliteli hizmet” tercih sebepleri arasında bulunmaktadır (İnce,2014). Paez ve arkadaşları özel sağlık sigortası kullanımı ve seçimi ile ilgili yaptığı çalışmada özel sağlık sigortası kapsamından emin olmayan bireylerin, cepten masraflarla ilgili endişeleri nedeniyle hizmet almakta tereddüt edebileceklerini ayrıca kişisel özelliklerin ve sağlık hizmeti kullanımı kapsamının bir bireyin sağlık sigortasını seçme ve kullanma konusunda kendinden ne kadar emin hissettiğinde rol oynayabileceği sonuçlarına ulaşmışlardır (Paez ve ark., 2014).

Katılımcıların hizmet alan bireylerin görüşlerinin dikkate alınması ve ne şekilde görüşlerine ulaşıldığına dair yöneltilen soruda ise anket ve yüz yüze görüşme yoluyla, NPS araması şeklinde ve sosyal medya üzerinden hizmet alanların görüşlerine ulaşıldığı ve bu yönde çalışmaların şekillendirildiği yönündendir. Ancak bunun yanı sıra hiçbir şekilde hizmet alanların görüşlerinin önemsenmediği de gelen cevaplar arasındadır.

5.2.2. Başarı Faktörleri

Katılımcılara özel sağlık sigortası hizmeti sağlayan şirketlerin başarı kriterlerinin ne olduğu ya da ne olması gerektiğine yönelik soru yöneltilmiştir. Katılımcılardan sigorta şirketlerinin müşteri memnuniyetini dikkate alması (3 katılımcı), poliçe hazırlar iken fiyatlamayı düşük tutmaya yönelik çabasının olması (3 katılımcı) ve bilinirliğe önem verilmesi gerektiğine (3 katılımcı) yönelik cevaplar gelmiştir. Bitimli çalışmasında, bireylerin gelir durumları ile poliçelerini yenileme isteği arasında da anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. (Bitimli,2019). Kişilerin poliçe yenileme durumları fiyatların kişilerin bütçelerine hitap edebilir konumda olması ile eş değerdir. Öztürk de çalışmasında, araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri yükseldikçe, gelir seviyeleri arttıkça ve memnuniyetleri yüksekse tamamlayıcı sağlık sigortası sahibi olma eğilimlerinin de arttığını tespit etmiştir (Öztürk,2014). Pauly ve arkadaşları gelişmiş ülkelerin büyük ölçüde sosyal sigortaya güvenirken, gelişmekte olan ülkeler için özel sağlık sigortasını neden teşvik ettiğine yönelik yürüttüğü çalışma sonucunda; gelişmekte olan ülkelerdeki düşük gelir seviyesi ve kamu kaynaklarının yetersiz oluşundan dolayı özel sağlık sigortasının daha fazla desteklendiği sonucuna ulaşmışlardır (Pauly ve ark., 2006).

5.2.3. Engeller

Araştırma kapsamında katılımcılara toplam nüfus içerisinde özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sayısının arttırılmasının önündeki engellere ilişkin soru yöneltilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (4 katılımcı) kişilerin gelir düzeyinin engel olduğunu, bunun yanı sıra farkındalığın yetersizliği (2 katılımcı), devlet teşvikinin azlığı ve yüksek maliyetin (2 katılımcı) ve kişilerin eğitim seviyesinin toplam nüfus içerisinde özel sağlık sigortasına sahip kişilerin sayısının arttırılmasının önündeki engeller olduğunu ifade etmiştir. Güngör çalışmasında, Türkiye özelinde gelir dağılımdaki eşitsizliklerin ve sigorta kültürünün yerleşmemiş olmasının sigortacılık sektörünün gelişimini etkilediğini ifade etmiştir. Sektörün gelişebilmesi için sigorta şirketlerinin pazarlama faaliyetlerine ağırlık vermelerini ve eğitimli personeller aracılığıyla müşteri odaklı çalışmaların yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Güngör,2007). Nomikos ve

arkadaşları özel sağlık sigortası bulundurma ile ilgili yaptığı çalışma sonucunda; aile gelir düzeyi, kronik rahatsızlığın olmaması ve kamu sigortasının olmaması faktörleri ile anlamlı ilişki tespit ettikleri halde eğitim seviyesi ile anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Nomikos ve ark., 2021). Orhaner ve Ekinci'nin kişilerin özel sağlık sigortacılığına görüşlerinin ölçülmesi gayesiyle yürütmüş olduğu çalışmada, demografik değişkenlerin kişilerin görüşleri üzerinde tesirli olduğu ve “Müşterilerin ÖSS hakkında yeterli seviyede bilgiye sahip olmamaları” en zayıf taraflardan biri olarak belirlenmiştir (Orhaner ve Ekinci, 2019). Van de Venn ve Van Praag muafiyeti olan bir sağlık sigortasını tam kapsamlı bir sağlık sigortasına tercih etme kararını analiz ettiği çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlası muafiyetli bir sağlık sigortasına sahip olmak istemediği ve tıbbi tüketimin ve gelirin sigorta türüne göre karar verme üzerinde önemli bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Van de Venn ve Van Praag, 1981). Bühner ve arkadaşları sağlık sigortası seçimi ile ilgili yaptığı çalışmada, özel sağlık sigortası sözleşmelerinin uzun vadeli yapısı bireysel risk değerlendirmesi kayıt sırasında yalnızca bir kez yapıldığından erken sözleşmeyi teşvik eder ve sigortanın daha sonraki bir başlangıcında tasarruf aşaması daha kısa sürelidir ve bu daha yüksek primlere yol açabilmektedir. Bu sebeple yüksek hastalık risklerinin kayıttan önce değil, sigortalandıktan sonra çözüldüğü sonucuna ulaşmışlardır (Bühner ve ark., 2020). Nüfusun özel sağlık sigortacılığı hakkında eğitilmesinin özel sağlık sigortacılığına talebi yükseltebileceği düşünülmektedir.

5.3.TÜRKİYE’DE SOSYAL SAĞLIK SİGORTASININ FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ ROLÜ

5.3.1. Devletin Rolü

Katılımcılara özel sağlık sigortasında devletin rolünün ne olduğu ve özel sağlık sigortasında devlet teşvikinin nasıl olması gerektiği, özel sağlık sigortası sektöründe penetrasyon seviyesi ne şekilde artırılabilirliği ve özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinde ne gibi faktörlerin rol aldığını ve şirketlerin ne gibi hazırlıklar ve stratejik planlar yapmaları gerektiği üzerine soru yöneltilmiştir. Katılımcıların özel sağlık sigortasında devletin rolünün ne olduğuna ilişkin sorulan soruda tüm katılımcılar devletin rolünün özel sağlık sigortasında değil tamamlayıcı sağlık sigortasında aktif rol aldığını ifade etmiştir.

Özel sağlık sigortasında devlet teşvikinin nasıl olması gerektiğine ilişkin ise devletin vergisel boyutta düzenlemeler yapması, kişilerin ödemiş oldukları sağlık primlerinde indirimle gidilmesi, kişilerin özel sağlık sigortası sahibi olmalarında doğrudan destek sağlanması, özel

sağlık sigortası paketlerinde havuz modeli uygulanması, kampanya çalışmalarının düzenlenmesi gerektiği önerilerinde bulunulmuştur. Özşarı ve Güdük' n yürütmüş olduğu çalışmada finansal açıdan sürdürülebilirlik ve vergi kaybının önlenmesi adına devletin özel sağlık sigortacılığı desteklemesi gerektiği yönünde bir çıkarımda bulunulmuştur (Özşarı ve Güdük,2020). Avşar çalışmasında, özel sağlık sigortalarının yayılması ve devletin mühim bir yükten sıyrılması için özel sağlık sigorta firmalarının desteklenmesi gerektiği, özendirici politikalar ile mali ve yasal teşvikler düzenlenmesi gerektiğini belirtmişt r (Avşar, 2010). Drechsler ve Jütting gelişt mekte olan ülkelerde özel sağlık sigortasının rolü ile ilgili yaptėı çalışmada geleneksel sağlık hizmeti finansmanı yöntemleri ile ilgili zorluklar yaşıandėından kaynaklı alternatifler arandėı, ekonomik büyüme ile daha yüksek gelir ve çeşitlendirilmiş tüketicisi talebi ile akıllıca yönetilen ve dikkatle uyarlanmış ihtiyaçlar ve koşullar sonunda nihai hedefe ulaşımak için özel sağlık sigortasının önemli bir araç olabileceği sonucuna ulaşımlardır (Drechsler ve Jütting, 2005). Drechsler ve Jütting yine benzer bir yaptėı çalışma ile; bir ülkenin ekonomik gelişt mi, etkin bir düzenleyici sistem kurmak için kurumsal kapasitesi, bir toplumun sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik yaşıadėını kabul etme derecesi, ülkedeki baskın hastalık türleri ve mevcut sigorta mekanizmalarının geçmişteki performansı gibi problemlerin gelişt mekte olan ülkelerin sağlık sorunlarını çözmek için özel sağlık sigortası tek alternatif ve nihai çözüm olmadėı ancak bir araç olabileceği sonucuna ulaşımlıdır (Drechsler ve Jütting, 2007).

5.3.2.Sürdürülebilirlik Faktörleri

Araştırmaya katılanlar; özel sağlık sigortası sektöründe penetrasyon seviyesinin ne şekilde arttırılabileceğine ilişkin ise sigorta şirketlerine daha az maliyetle hizmet sağlayabilmeleri adına hastane ve klinik yetkisinin verilmesi, reklam faaliyetlerine ağırlık verilerek tanıtım yapılması, devletin teşvikte bulunucu faaliyetlerinin olması gerektiği ve eğitim yoluyla bireylerin bilinçlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Katılımcılara  zel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinde ne gibi faktörlerin rol aldėını ve şirketlerin ne gibi hazırlıklar ve stratejik planlar yapmaları gerektiğine ilişkin sorular sorulmuştur. Bu sorulara cevap olarak; tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasında değişikliğe gidilebileceği, sigorta şirketlerinin poliçe maliyetlerini doğru yapması icap ettiği, reklam yoluyla tanıtımların yapılması gerektiği, sigorta kapsamında sunulan hizmetlerin çeşitlendirilmesi, nesillerin değişen alışkanlıklarına yönelik sigorta şirketlerince çalışmalar yapılması şart olduğu, sağlık kurumları ile sigorta şirketlerinin iş birliği içinde olması gerektiği

ifade edilmiştir. Katılımcılardan bir tanesi ise sigorta şirketlerinin stratejik plan eksiğinin olduğunu vurgulamıştır. Öztürk'ün çalışmasında katılımcılar: “Tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili vatandaş bilinçlendirici reklam ve kampanyalar yeterlidir.” (%71,1). “Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında vatandaşın yeterince bilgilendirildiğini düşünüyorum.” (%71,5) şeklinde olan ifadeler katılımlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu iki ifade ile bireylerin sağlık sigortası hakkında bilinçlendirici reklam, kampanyaları yetersiz bulduğu ve yeterince bilgilendirilmediği sonucuna ulaşılmaktadır (Öztürk,2014). Priyadershini ve DrNirmala bireylerin özel sağlık sigortası poliçelerini tercih etmelerindeki ikna edici faktörleri inceleyen çalışma sonucunda; geliri çok yüksek olmayan bireyler için ödemelerinde belirli değişiklikler yapılması gerektiğini böylece bireylerin poliçe almaya daha eğilimli olacağını, özel sigorta şirketi çalışanlarına bireylerin poliçeleri satın almaya ikna etmek için yeterli eğitim verilmesi gerektiğini ve bireylerin kendileri için faydalı olacak sigorta poliçeleri almaya teşvik etmek için daha fazla reklam üretilmesi gerektiği sonuçlarına ulaşmıştır (Priyadarshini ve DrNirmala, 2022). Sigorta firmalarının prim üretimi, teknik kar ve sigortalı sayısı faktörlerini yükseltebilmesi için tanıtım ve farkındalık yükseltici etkinliklerini geliştirmesi ile yaygınlaştırması büyük önem arz etmektedir (Gülay ve Atilla, 2021). Keskin tarafından özel sağlık sigortalarının muhtemel gelişimi hakkında tüketici bakış açılarının saptanması gayesiyle yapılan anket çalışmasında katılımcıların büyük bir kısmı özel sağlık sigortaları ile ilgili yeterince bilgiye sahip olmadığı ve daha fazla bilgiye sahip olmak istediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmamızda elde ettiğimiz bir diğer veri hizmet alan bireylerin görüşlerinin anket ve yüz yüze görüşme yoluyla, NPS araması şeklinde ve sosyal medya üzerinden hizmet alanların görüşlerine ulaşıldığı ve bu yönde çalışmaların şekillendirildiği yönündendir. Ancak bunun yanı sıra hiçbir şekilde hizmet alanların görüşlerinin önemsenmediği de gelen cevaplar arasındadır. Bu şekilde verilen hizmetlere dair görüşler alınarak bilgilendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi halinde özel sağlık sigortası sahibi olmak isteyen kişi sayısında artış yaşanacaktır. Bu bağlamda sigorta şirketleri toplumu iyi analiz edebilmeli ve hizmet sunacağı ya da sunduğu kesimin isteklerine doğru ve ihtiyacı karşılar şekilde hizmet sunabilmelidir.

Katılımcılardan bazıları, sektörde aktif bir biçimde yer alan sigorta şirketlerine kendilerine ait hastane ve klinikler aracılığıyla hizmet verilebilmesinin imkânı sağlanması önerisinde bulunmuşlardır. Hizmeti sunan ile hizmetin finansmanını sağlayanın tek bir kurum olması Türkiye’de hayata geçirilmeye çalışılan sağlıkta dönüşüm programının ilkelerinden bir tanesi olan güçler ayrılığı ilkesine ters düşen bir durum olmaktadır. Bu durum negatif dışsallığa neden olabilir. Bu nedenle bahsedilen modelin kamunun yapmak istediğini geri döndürme,

biraz daha geriye gitmek gibi bir öneri olduğu için çok boyutlu tartışmak gerekmektedir. Sağlık hizmetinde kaliteden ödün vermeden modelin ortaya koyulması gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Derinlemesine görüşme yaptığımız araştırma sonucunda; özel sağlık sigortası şirketlerinde pek çok yönetici unvanı bulunduğu ve çoğunluğunun (%59'unun) lisans derecesine sahip olduğu ve 34-55 yaş aralığında bulunduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin tecrübeleri incelendiğinde meslekteki yılı en az 11, en fazla 33 olduğu ve 5 kişi hariç diğerlerinin sigortacılık ve yönetim ile ilgili bölümden mezun olmadığı görülmektedir. Araştırma katılımcılarının çoğunluğunun (%75'inin) kadın olduğu görülmektedir.

Araştırmanın tamamlandığı Nisan 2022 ayı itibariyle araştırma kapsamındaki sigorta şirketlerinin en az 2 en çok 47 yıldır özel sağlık sigortası hizmeti verildiği bildirilmiştir. Katılımcıların görev yaptıkları sigorta şirketlerinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortalı sayısı en az 2.661, en fazla 411.312, Özel Sağlık Sigortalı sayısı en az 0, en fazla 589.688, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Bireysel Poliçeli sayısı en az 2.661, en fazla 252.798'dir. Özel Sağlık Sigortasında Bireysel Poliçeli sayısı en az 0, en fazla 129.080'dir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Grup Poliçeli sayısı en az 0, en fazla 316.196'dır. Özel Sağlık Sigortasında Grup Poliçeli sayısı en az 0, en fazla 477.341'dir. Toplamda ise en az sağlık sigortalı kişi sayısı 7.752, en fazla 982.680'dir.

Günümüz mevcut durumu ekonomik şartları değerlendirildiğinde sağlık harcamaları, kronik hastalıklar, hızla gelişen teknoloji, nüfusun giderek yaşlanması, kişilerin sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlamak istemelerinden kaynaklı olarak sürekli artış göstermektedir. Ülkemizde eğer kişiler dilerse sosyal sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası veya özel sağlık sigortasının bir çeşidi olan tamamlayıcı sağlık sigortasını yaptırabilmektedir. Bu tez çalışmasında sağlık sigortacılığı sektöründe aktif bir biçimde çalışan yöneticilerle derinlemesine görüşmeler yapılarak özel sağlık sigortacılığı sektöründe özel sağlık sigortası talebinin göreceli olarak düşük olmasının nedenleri, Türkiye'de sosyal sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğinde özel sağlık sigortasının rolü, Türkiye'de özel sağlık sigortasının gelişimini etkileyen teorik faktörler odağında değerlendirme yapılmıştır.

Ülkemizde sağlık sektöründe finansmanın nasıl yapıldığı ve finansmanın sağlanması noktasında ortak paydaşların ne şekilde belirlendiği, verilen hizmetlerin miktarları, hizmetlerin kalitesi, kişilerin hizmetlere erişimi önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkelerin finansman yöntemleri çeşitlilik göstermektedir. Ülkemizde sosyal güvenlik sistemi temelli bir sağlık sistemi bulunmaktadır. 2012 yılından itibaren ülkede yaşayan herkes mecburi genel sağlık sigortası kapsamında değerlendirilmiştir. Fakat sosyal güvenlik sigortası kapsamında alınan hizmetler herkesin beklentisini karşılar nitelikte olmamaktadır. Bu sebeple özel hastanelerden birebir hizmet almak isteyen kişiler bulunmaktadır. Kişilerin özel hastaneden hizmet alırken cebinden para ödememesi ve tedavi yöntemlerinin değişen maliyetlerine karşı kendilerini güvende hissetmek adına özel sağlık sigortasını tercih etmektedir. Bu anlamda çalışmada katılımcılar, özel sağlık sigortacılığı sektöründe gördükleri en önemli sorun olarak hızla değişen ekonomik koşulların sigorta şirketlerinde daha yüksek fiyattan poliçe çıkarmalarına sebep olduğunu belirtmişlerdir.

Ekonomik sorunların yanı sıra ülke genelinde özel sağlık sigortası sahibi olan kişilerin toplam nüfus içerisindeki oranı %5-6 bandında olmaktadır. Bunun ana sebeplerinden biri ise kişilerin hala sağlık sigortası sahibi olma konusundaki bilinçlerinin yeterince gelişmemiş olmasıdır. Nasıl ki bir trafik sigortası araba alınır alınmaz yapılıyorsa bu bilinç kişilere yerleşmiş ise, aynı şekilde sağlık sigortasının da bilincinin yerleşmiş olması elzemdir.

Sektörde büyük şirketlerin belirleyici olduğu ve büyük şirketlerin hastanelerden yüksek indirimlerden kaynaklı olarak tekelleşmenin olduğu ve bu tekelleşmenin küçük şirketlerin maliyetlerinin artmasına sebep olduğu yine özel sağlık sigortacılığı sektöründe önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Sektörde payı büyük olan şirketler ile küçük şirketler arasında maliyetlerin sigorta şirketlerine eşit dağıtılmaması şirketlerin arasında rekabeti en aza indirmektedir. Maliyetler eşit olarak dağıtılmadığı için küçük ölçekli şirketler için ulaşılabilirlikte sorunlar olabilmektedir. Ayrıca her sigorta şirketi kişinin hastaneden alacağı hizmetin ücret karşılığını farklı tutarlar olarak belirlediği için maliyet problemleri yaşanmaktadır. Ortak bir fiyat kodlarının bulunmaması şirketleri sektörde uzun süre aktif bir biçimde yer alma noktasında zorlamaktadır.

Bireylerin özel sağlık sigortası talebinde bulunma tercihlerinde bölgelere göre farklılıkların olup olmadığı varsa mevcut farklılıklarının etkenlerinin ne olduğuna dair karşımıza coğrafi konum, ekonomik koşullar bireylerin yaşam standartları ve genel alışkanlıkları, illerin nüfus yoğunlukları, Anadolu'da şehir hastanelerinin varlığı, Anadolu'da

özel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması, sigorta şirketlerinin kişilerce bilinir olmaması, bireylerin eğitim düzeyleri, Anadolu’da sağlık hizmetlerine ulaşımında yoğunluğun bulunmaması, ayrıca sigorta şirketlerince anlaşmalı hastane bulunmasında zorlukların yaşanmasının etkili olduğu çıkmıştır.

Katılımcılar, bireylerin sağlık sigortası yaptıırma nedenlerine ilişkin; kendilerini maliyetlere karşı güvende hissetme, özel hastanelerden hizmet alabilme, sağlık hizmetlerine hızlı erişim sağlayabilme ve kaliteli hizmete ulaşabilme şeklinde yanıtlar vermiştir.

Özel sağlık sigortası hizmeti alan kişilerin görüşlerinin nasıl ve ne şekilde sigorta şirketlerince alındığına ilişkin, kişinin talebinin olması halinde anket ya da yüz yüze görüşme şekli ile, NPS araması şeklinde ve sosyal medya üzerinden fikirlere ulaşıldığı bilgisi edinilmiştir.

Anket yoluyla sürekli ve belirli periyotlarda hizmet alan kişilerin görüşlerinin alınması, bireyin poliçe yenileme noktasındaki memnuniyetine de katkı sağlayacaktır. Çünkü kişiler belli bir meblağ karşılığında aldığı hizmette özel ve biricik olduğunu hissetmek ister. Katılımcıların %33’ü sigorta şirketleri tarafından hizmet verilen kişilerin fikirlerinin alınmadığını dile getirmiştir. Bu şekilde fikirlerine ulaşılmayan bir ortamda verilen hizmetin çok sağlıklı ve sürdürülebilir olduğunu düşünemeyiz. Olası problemlerin önüne geçmek ve sürekliliği sağlamak adına iletişim halinde olup görüşlere ulaşmak temel bir yoldur.

Katılımcılar, özel sağlık sigortası hizmeti sunan şirketlerin başarı kriterlerinin ne olması gerektiği ile ilgili olarak; şirketlerin müşteri memnuniyetini odağında bulundurması, reklamını iyi bir biçimde yapabiliyor olması, poliçe hazırlar iken farklı bütçelere uygun fiyatlandırmayı sağlıklı bir biçimde yapabiliyor olması, kişilere kaliteli hizmet sunma noktasında güven sağlayabiliyor olması, reklamını başarılı bir biçimde yürüterek herkesçe bilinir bir konuma sahip olması faktörlerini belirtmişlerdir.

Sigorta şirketi eğer ki başarıyı belli bir seviyede tutup ve sektörde aktif bir biçimde faaliyet göstermek istiyorsa müşteriyi dinlemesi gerekmektedir. Müşterinin hizmet aldığı sürece boyunca karşılaşmış olduğu tutumlar şirketlerin kaderini belirlemektedir. Sigorta şirketlerin hizmet sağladığı kişilerin yanı sıra özel sağlık sigortasında havuzu ne kadar büyük olursa hastanelerle anlaşma yaparken alacağı indirimleri de o kadar büyük olmaktadır. Hastane indirimi ne kadar büyük olursa maliyetler de azaldığı için sigorta şirketi sigortalı lehine daha fazla alternatifler sunabilmektedir. Ayrıca sigorta şirketlerinin bilinen hastanelerle yapmış

olduğu anlaşmalar sigortalı kişi sayısını aynı oranda arttırmakta ve bu şirketin başarısını etkilemektedir.

Katılımcılar, özel sağlık sigortası uygulamasının yaygınlaşmasının önündeki engelleri ekonomik kriz ortamı, rekabet piyasası, kişilerin gelir düzeyleri, farkındalık seviyesi, eğitim seviyesi ve devlet teşvikinin azlığı ve yüksek poliçe maliyetleri olarak ifade etmektedir.

Katılımcılardan bazıları, sektörde aktif bir biçimde yer alan sigorta şirketlerine kendilerine ait hastane ve klinikler aracılığıyla hizmet verilebilmesinin imkânı sağlanması önerisinde bulunmuşlardır. Fakat bu uygulamanın şu şekilde sakıncaları olabilir; uzun bekleme listeleri, hizmet kalitesinin düşmesi, memnuniyetin azalması, sağlık çıktılarının negatif etkilenmesi gibi. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda verimsizlik ve hizmet kalitesinde düşüklük gibi durumlar söz konusu olacağından hizmeti finanse eden ile hizmeti sunanların ayrı olması güçler ayrılığı ilkesinin ana unsuru olmaktadır. Bu kapsamda sosyal sigortalara bağlı diğer kurumlara bağlı tüm hastaneler hizmet sunucusundan birinci derecede sorumlu olan Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu kapsamda kamuda şu anda güçler ayrılığı ilkesi uygulanmakta, hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı iken, hizmetin bedelini ödeyen ise kamu adına Sosyal Güvenlik Kurumu'dur (Gülşen ve Yıldırım, 2017).

Katılımcılar, Anadolu'da özel hastane sayılarının artırılması gerektiğini böylece oradaki bireylerin de özel sağlık sigortası yaptıрма oranının ancak bu sayede artacağı önerisinde bulunmuşlardır. Sağlık politikalarının dört temel ilkesi vardır. Bunlar; hakkaniyet, etkililik, insaniyet ve verimlilik (Gülşen ve Yıldırım, 2017). Sağlıkta, küçük yerlere bile lokal hastaneler açmak hakkaniyet ilkesi açısından etkili görülebilir, fakat burada çelişen bir durum olarak verimlilik ilkesi olacaktır. Bu noktadan da bakıldığında yapılması gerekenler olarak; epidemiyolojik ihtiyaçları baz alan bölge planlaması çalışmaları sonrasında bu tarz adımların atılması gerekmektedir.

Ülkede yaşanan ekonomik durumun değişkenliği sektörün gelişmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ekonominin kötüye gitmesi sigorta şirketlerini etkilediği oranda belki daha fazla bir biçimde hizmeti alacak olan kişilerin tercihlerini de etkilemektedir. Asgari ücretle çalışan bir kişinin hem kendi temel ihtiyaçlarını karşılayıp hem de özel sağlık sigortası sahibi olması olası değildir. Gelirin kişilerin tercihini etkilemesinin yanı sıra bireylerin sigorta sahibi olmaları konusunda farkındalığı yok ise de sağlık sigortası sahibi olmayı aynı oranda düşünmeyebilmektedir. Bu yüzden genel manada toplumun bu bilinci kazanması önem arz

etmektedir. Devletin kişileri sağlık sigortası sahibi olmaya teşvikinin olması da sektörün gelişimine katkı sağlayacaktır. BES’ de olan devlet teşvikinin aynı şekilde özel sağlık sigortası uygulamasında da olması sektörün gelişimi daha da kolaylaşacaktır.

Toplam nüfus içerisinde özel sağlık sigortalı kişi sayısının giderek artması ve Sigortacılık sektöründe özel sağlık sigortası uygulamasının aktif bir biçimde devam etmesi için devlet ve özel teşebbüsler ortak paydalarla buluşarak sektörün gelişimine birlikte katkı vermek durumundadır. Bu bağlamda araştırma sonucunda aşağıdakileri önerebiliriz;

- Reklam faaliyetlerine ağırlık verilerek hem bireysel ölçekte hem de toplumsal boyutta sağlık sigortası sahibi olma üzerine farkındalık yaratılabilir
- Sigorta kapsamında bireylerin ne gibi hizmetten faydalanacağı ve avantajlı olan yönleri ayrıntılı bir biçimde kişilere kitle iletişim araçları kullanılarak aktarılabilir,
- Toplumu bilinçlendirmek amacıyla kamu spotu tarzında bilgilendirici uygulamalar yaygınlaştırılabilir
- Çalışanlarına özel sağlık sigortası yaptıran şirketlere karşı vergi indiriminde bulunulabilir
- Eğitim yoluyla okullarda sigorta uygulamalarının içeriklerine karşı eğitici etkinlikler yapılabilir
- Sigorta şirketleri hizmet verecekleri kitlelere karşı poliçe maliyetlerini kişilere hitap edecek biçimde çeşitlendirebilir
- Sigorta şirketleri, mevcut sigortalılarına bir sonraki yıl için poliçesini yenilemek üzere sigortalısı ile istişare ederek poliçe çeşitlendirilerek kişiye özel poliçe yapılabilir
- Sigorta şirketleri, nesillerin değişen alışkanlıklarına ilişkin ve hedef kitleye ulaşabilme yöntemlerini yenileyebilir
- Hastaneler ile sigorta şirketleri iş birliği içerisinde olarak ve sektörün gelişimi için ortak eylem planları hazırlayabilir
- Sigorta şirketlerinin kronik rahatsızlıklar, doğuştan gelen hastalıklar ve poliçe öncesi bireyin almış olduğu tanılara istinaden o tanıya özgü hastalıkları poliçe dışı bırakması gibi durumları biraz daha esnetebilir
- Sektörde çalışan personellerin Sigortacılık alanında da eğitim alıp uzmanlaşması desteklenebilir
- Sağlık sigortacılığı konusunda daha fazla akademik çalışma yapılabilir

Özel sağlık sigortacılığı sektörünün sürdürülebilirliği ve toplam nüfus içerisinde özel sağlık sigortalı kişi sayısının artması açısından önemlidir.



KAYNAKÇA

- Açıkol, C. (2019). *Türkiye’de Sağlık Sigortası Uygulamaları Ve Seçilmiş Ülke Uygulamalarıyla Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Adıgüzel, O. ve Özkan, D. S. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Kavramsal Çerçeve. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 23-36.
- Ak, B. ve Sevin, H. D. (2000). Hizmet sektörünün genel yapısı ve sağlık hizmetlerinin özellikleri. *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildirileri*. Ankara.
- Akgeyik, T. ve ark. (2007). *En Büyük Karadelik: Sosyal Güvenlik Açıkları ve Reform Tartışmalarının Sosyo-Ekonomik Yansımaları*. İstanbul: Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Sigorta Araştırma ve İnceleme Yayınları-11.
- Alan, M. (2009). *Özel Sağlık Sigortasının Mevcut Ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Anderson, M. Ve ark. (2022). United Kingdom Health System Review. *Health Systems in Transition*. Vol. 24 No. 1.
- Armağan, R. (2008). 1990 Sonrası Gelişmeler Bağlamında Sağlık Harcamalarında Finansman Sorunu Ve Türk Kamu Maliyesindeki Yeri. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 147-174.
- Atlı, H. (2002). *Özel Sağlık Sigortacılığında Aşırı Kullanımların Boyutu Ve Nedenlerini Belirlemeye Yönelik Bir Saha Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık, İstanbul.
- Austin, A., ve Hungerford, T. L. (2009). The Market Structure of the Health Insurance Industry. *CRS Report for Congress Prepared for Members and Committees of Congress* (s. 1-61). Congressional Research Service.
- Avşar, N. (2010). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Ay, S. (2017). *Türkiye’de Bireylerin Gelir Durumuna Uygun Sağlık Sigortası Modeli Önerisi: Almanya Sağlık Sigortası Sistemi İle Mukayeseli Olarak*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Finans Enstitüsü Sigorta ve Risk Yönetimi Anabilim Dalı Sigorta ve Risk Yönetimi Yüksek Lisans Programı İstanbul.
- Bakanlığı, F. Ç. (2018). *Özetle Sosyal Güvenlik*. Aralık 21, 2021 tarihinde https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a985-sozialesicherungsgesamttuerkisch.pdf;jsessionid=0C08DC59CFD26470E08FED7281975DA0.delivery1-replication?__blob=publicationFile&v=1 [Ziyaret Tarihi:21 Aralık 2021]
- Balkanlı, M. (2017). *Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sigortacılık ve Risk Yönetimi Anabilim Dalı Sigortacılık Ve Risk Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Ankara.

- Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Benoit, C. ve Coron, G. (2019). Private Health Insurance in France: Between Europeanization and Collectivization. *Milbank Q*, 4(97), 1108-1150.
- Besley, T. (1989). The Demand For Health Care and Health Insurance. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 21-33.
- Besley, T. ve ark. (1999). The Demand For Private Health Insurance : Do Waiting Lists Matter? *Journal of Economics*, 72(2), 155-181.
- Beylik, U. ve ark. (2015). 13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 183-189.
- Bitimli, G. (2019). *Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Ana Bilim Dalı. İstanbul.
- Black, K., ve Skipper, H. D. (2000). Life & health insurance. Pearson.
- Blanpain, J.E.,(1982), *NATO conference series. II, Systems science*, Reorienting Health in Services Application of a Systems Approach, v.15.
- Boyle, S. (2011). *United Kingdom (England) Health System Review* (Cilt 3). Health Systems in Transition.
- Bölükbaşı, A. G. ve Pamukçu, E. B., 2008, *Sigortacılıkta Risk Yönetimi*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Buchmueller, T. C., ve Couffinhal, A. (2004, Mart). Private Health Insurance in France. *OECD Health Working Papers No.12*. Paris, Paris, France. 2022 tarihinde <https://www.oecdilibrary.org/docserver/555485381821.pdf?expires=1652962662&id=id&accname=guest&checksum=152340ED41FA8B1CF75A59615FDBF1A9>, [Erişim Tarihi:02.06.2022].
- Busse, R. ve Blümel, M. (2014). *Germany Health System Review*. Health System In Services Transition.16(2).
- Bührer, C., ve ark., (2020, August). Adverse Selection in the German Health Insurance System the case of civil servants. *Health Policy*,124(8),888-894.
- Cihangiroğlu, M. (2019). *Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Sağlık Sigortacılığına ve Sağlık Sistemine Etkileri:Türkiye Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Civan, A. (2010). *Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı Sistemi*. İstanbul: Umut Matbaacılık.
- Corens, D. (2007). Belgium Health System Review. *Health System in Transition*. 9(2).
- Costa, J., ve Garcia, J. (2022). Demand For Private Health Insurance: How Important Is The Quality Gap? *Health Economics*, 587-599.
- Çelik, H., ve ark. (2004). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. *Aktüer*, 1(2), 3-12.

- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Yayın Dağıtım.
- Çelikoğlu, İ. (1994). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması*, DPT Uzmanlık Tezi, Ankara .
- Dağlı, G. H. (2006). Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı. Ankara.
- Daşcı, A. N. (2018). *Özel Sağlık Sığortası Tercihinde Asimetrik Bulgu Varlığı: İstanbul İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi.Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü-İktisat Ana Bilim Dalı,Tokat.
- Daştan, İ., ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Demir, F. (2006). Atatürk Dönemi Çalışma Hayatımız. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 4-5.
- Demir, Ö., ve Tanyıldızı, İ. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* , 1(1), 89-119.
- Demirci, S., ve Astar, M. (2011). Türkiye’de Özel Sigortayı Etkileyen Faktörler: Logit Modeli. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 119-130.
- Drechsler, D. ve Jütting J. (2007). Different Countries, Different Needs: The Role Of Private Health Insurance in Developing Countries. *Journal of Health Politics*, 32(3), 497-534.
- Drechsler, D., ve Jütting, J. (2005). Is There A Role Of Private Health Insurance in Developing Countries? *Econstor Make Your Publication Visible*, 1-37.
- Douven, R., ve ark. (2022). Should Administrative Costs İn Health Insurance Be Included İn The Risk Equalization? An Analysis Of Five Countries. *The European Journal of Health Economics*.
- Dursun, G. D., ve Karaman, R. (2018). Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 807-815.
- Ekinci, E. O. (2019). Ankara'da Yaşayan Kişilerin Özel Sağlık Sigortasına İlişkin Görüş Değerlendirmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(1), 34.
- Engiz, O. (1997). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini içinde *Hastane Yöneticiliği* (s. 61-87), O. Hayran, ve H. Sur, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erbay, İ. (2005). *Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Sorunları ve Bir Çözüm Önerisi; Sosyal Kuurmların Tek Çatı Altında Toplanması*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Erkek, N., ve Erkek, F. (2012). Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi* (79), 24-43.
- Erol, H., ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9-34.
- Erol, H., ve Özdemir, A. (2018). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm Ve Sağlık Harcamalarına Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 119-146.

- Fehr, H., Kallweit, M., ve Kindermann, F. (2012). Pension Reform with Variable Retirement Age - A Simulation Analysis for Germany. *Journal of Pension Economics And Finance*, 3(11), 389-417.
- Feldstein, P. J. (1997). *Health Care Economics*. California: Delamar Publishers.
- Fowler, J. (1994). ABD'de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu. *Toplum ve Hekim*, 9(64-65), 36-38.
- FOPH, F. O. (2022). The Compulsory Health Insurance in a Nutshell. <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>, [Erişim Tarihi:02.06.2022].
- Fuchs, V.R.(2015). What's Ahead For Health Insurance In The United States? *The New England Journal of Medicine*. 1822-1824
- Gerken, S. ve Merkur, S.M. (2010). Belgium: Health System Review. *LSE Research Online*. 12(5)/1-266.
- Giray, B. (2010). *Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Gökmen, S. (2015). *Türkiye’de Sağlık Sigorta Sistemi: Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi Ve Finansal Sürdürülebilirliği*. Yüksek Lisans Tezi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Greb, S. (2007). Private Health Insurance in Germany: Consequences of Dual System. *Health Policy*.3(2), 29-37.
- Greb, S., ve ark. (2007). Health Insurance Reform in the Netherlands. *CESifo DICE Report*, 62-67.
- Grunow, M. Ve Nuscheler, R. (2013). Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Economics*. 23(6),670-687.
- Güdük, Ö. (2019). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Gülay, A. (2021). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları ve Etkinlik Analizi*, Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı. İstanbul.
- Gülay, A., ve Attila, İ. (2021, Aralık). Türkiye'de Özel Sağlık Sigortaları ve Etkinlik Analizi. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergi*, 10(2), 68-85.
- Gülşen, M.A., ve Yıldırım, M. (2017, Ekim). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(4), 159-172.
- Güngör, G. (2007). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarında Satış, Pazarlama ve Ürün Analizi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı. İstanbul.

- Güven, O. (1995). *Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü*. İstanbul: Milli Reasürans Yayınları.
- Güvercin, A., ve ark. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 13(7), 80-94.
- Güvercin, C. H. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(2), 89-95.
- Hajek, A. ve ark. (2020). Determinants Of Willingness To Pay For Health Insurance In Germany-Results Of The Population Based Health Study Of The Leipzig Research Centre For Civilization Diseases. *Frontiers In Public Health*.1-6.
- Hayran, O. (1997). *Hastane Yöneticiliği*. (O. Hayran, & H. Sur, Dü) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- He, L., ve Sato, H. (2013). Income Redistribution In Urban China By Social Security System- An Empirical Analysis Based On Annual And Life Time Income. *Cotemporary Economic Policy*, 31(2), 314-331.
- Henderson, J. W. (2005). *Health Economics and Policy (Third Edition)*. Minnesota: South-Western Thomson.
- Hopkins, S., ve Kidd M.P. (1996). The Determinants Of The Demand For Private Health Insurance Under Medicare. *Applied Economics*, 1623-1632.
- Hulst, F., ve ark., (2022). To What Degree Are Health Insurance Enrollees in The Netherlands Aware Of The Restrictive Conditions Attached To Their Policies? *Health Policy*, 126(7), 693-703.
- Hussein, H. A. (2019). Gelişmiş Ülkeler ve Türkiye’nin Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Karşılaştırılması.
- İnce, G. (2014). *Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Bilimleri Bölümü. Ankara.
- İstanbuluoğlu, H., ve ark. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*(2), 86-99.
- Karahan, S., ve ark. (2022). Nitel Araştırmalarda Görüşme Türleri ve Görüşme Tekniklerinin Uygulanma Süreci. *Nitel Sosyal Bilimler*, 4(1), 78-101.
- Karaman, G. D. (2018). Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi . *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 21(4), 807-815.
- Karlson, M., ve ark. (2012). Are the Dimensions of Private Information More Multiple than Expected? Information Asymmetries in the Market of Supplementary Private Health Insurance in England. *Cass Business School Faculty of Actuarial Science and Insurance*.
- Kaya, N. (2008). *Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

- Kender, R. (1985). *Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku: Sigorta Müessesesi–Sigorta Mukavelesi* (3. Baskı). İstanbul: Filiz Kitabevi, 2.
- Keskin, H. (2019). *Sağlık Sigortasının Gelişme Potansiyeli Üzerine Tüketici Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- Kılıç, B. (1994). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 9(64-65), 30-35.
- Kırılmaz, H., Amarat, M., ve Ünal, Ö. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- Kırımlı, G. (2013). *Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi Ve Sorunları*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Koçkaya, G., ve ark. (2016). Türkiye Özel Ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasarsağlık Harcaması Değerlendirmesi. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 5(9), 82-101.
- Koçkaya, G., ve ark., v. (2016). Türkiye Özel Ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasarsağlık Harcaması Değerlendirmesi. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 5(9), 82-101.
- LegiFrance. (1947). Dite Morice Portant Onay du Décret 462971 du 31-12-1946 relatif à l’institution du régime de sécurité sociale des fonctionnaires . <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006782069/2022-06-02/?isSuggest=true> [Erişim tarihi: 02.06.2022]
- Levitt, R., ve ark. (1999). *The Reorganized National Health Service*. Stanley Thornes Publishers.
- Lister, J. (2008). Sağlık Politikaları Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? *Küresel Sağlık Reform’u Endüstrisinin Eleştirel Klavuzu* (s. 300-304). İstanbul: İnsev Yayınları.
- Liu, H., ve ark., (2011). The Expansion of Public Health Insurance and The Demand for Private Health Insurance in Rural China. *China Economic Review*, 22(1), 28-41.
- Liu, T.C., ve Chen, C.S. (2002). An Analysis Of Private Health Insurance Purchasing Decisions With National Health Insurance in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 55(5), 755-774.
- Manavkat, G. (2018). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımında Cepten Yapılan Harcamaların Finansal Yükü Ve Farklı Harcama Grupları Üzerindeki Etkileri*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir.
- MEB. (2011). Pazarlama ve Perakende. *Sağlık Sigortası*. Ankara.
- Mills, A., ve Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit. Evaluation and Planning Centre for Health Care*. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Mohammadi, E., ve ark. (2014). Survey of social health insurance structure in selected countries; providing framework for basic health insurance in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*(3), 2.

- Morton, G. A. (1984). Principles of Life and Health Insurance. *FLMI Insurance Education Program*.
- Mossialos, E., ve Dixon, A. (2002). Funding health care: an introduction. M. E, D. A, F. |, & K. J içinde, *Funding Health Care: Options for Europe* (s. 1-31). Open University Press.
- Mueller, M., ve Morgan, D. (2022, Mart). *Private health insurance spending*. OECD 2022. <https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-Brief-March-2022.pdf>
- Mutlu, A., ve Işık, A. K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Ekin Kitabevi.
- Nomikos, N., ve ark., (2021 September). Individuals Personal Characteristics associated with Private Health Insurance Policy Possession in Greece. *Wiley*, 361-371.
- Normand, C., ve Cichon, M. (1994). Between Beveridge and Bismarck- options for health care financing in central and eastern Europe. *World Health Forum*, 15(4), 323-328.
- Onaran, Z. A., ve Ahmed, A. H. (2020). Somali'de Sağlık Sigorta Sistemi Uygulaması. *Sosyo-Ekonomik Boyutuyla Sağlık: Uluslararası Farklı Boyutlarıyla Sağlık Konferansı (ICDAH2020) 12-14 Kasım 2020 Seçme Bildiriler-1* (S. 95-123).
- Orhan, E. (2015). *Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı İstanbul.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası . *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*(1), 1-22.
- Orhaner, E. (2013). *Sigortacılık*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Orhaner, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 3(3), 398–412.
- Orhaner, E. ve Ekinci, N. (2019). Ankara’da Yaşayan Kişilerin Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 6(1). 34–42.
- Orhaner, E., ve Çilhoroz, İ. A. (2020). Özel Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: Türkiye-Almanya Örneği. *İşletme Akademisi Dergisi*, 88-101.
- Orlu, C. (2018). *İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Türkiye ile Karşılaştırılarak Yeni Bir Model Önerisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Önder, M. E., Ersoy, E., ve Karacaoğlu, K. (2016). Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*(1), 23-36.
- Özer, Ö. (2015). *Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri Ve Değerlendirmeleri*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara.

- Özer, Ö., ve ark. (2014). Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. *Akademik Bakış Dergisi*(42).
- Özer, Ö., ve ark. (2015). *Sağlık Sitemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik*. Ankara: ABSAM.
- Özgen, H., ve Uğurluoğlu, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-159.
- Özsarı, H. (2018). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. *SD Dergisi*(48), 92-93.
- Özsarı, H. ve Gündük, Ö. (2020). Bazı Sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirme, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,11(3),526-536.
- Öztuna, B. (2013). *Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma ve Kurumsal Performansa Etkisi*. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir .
- Öztürk, N. (2014). *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği: Vatandaş Görüşlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İşletme Anabilim Dalı Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztürk, S., ve Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 22(1), 139-152.
- Paez, K.A., ve ark., (2014). Development Of The Health Insurance Literacy Measure (HILM): Conceptualizing and Measuring Consumer Ability To Choose and Use Private Health Insurance. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 19, 225-239.
- Pala, K. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı ve Türkiye Deneyimi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(3), 201-206.
- Pamir, Z. İ. (2010). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Sektöründe Hizmet ve Ürün Yeterliliğinin Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Pauly, M.V., ve ark., (2006). Private Health Insurance in Developing Countries. *Health Affairs*, 25(2), 369-379.
- Peto, Z., ve Katro, K. (2010). Schemes of Social Insurance System. *Academicus International Scientific Journal* (2), 49-62.
- Pişkin, B. (2017). *Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Edirne.
- Platformu, Ö. H. (2022). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Nedir? <https://www.klinikiletisim.com/tamamlayici-saglik-sigortasi-nedir/>, [Erişim Tarihi:6 Nisan 2022]
- Priyadarshini, R. ve DrNirmala, M. (2022). To Study The Persuasive Factors of Customers To Choose Health Insurance Policies in Private Insurance Companies During COVID-19. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 14(3), 7653-7657.
- Riley, A. (2022). The Possibility of Universal Health Coverage in the United States. *UC Merced Undergraduate Research Journal*. 14(1).

- Roman-Urrestarazu, A. ve ark. (2018). Private Health Insurance In Germany And Chile :Two Stories Of Co-Existence, Segmentation And Conflict. *International Journal for Equity in Health*, 17:112,1-14.
- Ron A. ve ark. (1990). Health Insurance In Developing Countries The Social Security Approach (Cilt 34). *Geneva: International Labour Office*.
- Sanchez-Sagrado, T. (2017). Primary Care in Belgium. *Semergen*, 43(6), 445-449.
- Saltman, R., ve ark. (2004). *Social Health Insurance systems in western Europe* . New York: Open University Press. McGraw-hill education (UK).
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı . *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi*, 8(3), 400-428.
- Serdar, F., Kurtaran, A., Kurtaran, A. T., & Çelik, M. K. (2021). Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği: Öğretim Elemanlarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches*, 6(2), 218-231.
- Sevim, E., ve Nal, M. (2021). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Sisteminin Mevcut Durum Analizi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11(1), 157-174.
- SGK. (2016). *Soyal Güvenlik Kurumu -tarihçe*. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce/tarihce> , [Erişim Tarihi:15 Aralık 2022]
- SGK. (2016). *Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu*. <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz:http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz> , [Erişim Tarihi:11 Aralık 2022]
- SGK. (2019). *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik (2 b.)*. (D. M. ŞAHİN, Dü.) Ankara: Uzman Matbaa.http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/f895c162-98a5-4aa8-9eb6-c4ff4ef134bb/avrupa_birliginde_sosyal_guvenlik30Mayis.pdf?MOD=AJPERES , [Erişim Tarihi:21 Aralık 2022]
- SGK. (2022). *Sosyal Güvenlik Kurumu*. Sosyal Güvenlik Kurumu Hakkında Merak Ettikleriniz: <https://www.sgk.gov.tr/Hakkimizda/Index/c4953319-ea98-439f-89e0-4b1cdddbed55/> , [Erişim Tarihi: 2022]
- Sönmez, Y. (2007). İsviçre Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 22(1-2), 112-120.
- Sözer, A. N. (2001). Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma ve Şili Modeli. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 4(10), 1-14.
- Sülkü, S. N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Maliye Bakanlığı.
- Süzel, C. (2018). Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliği, Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 24(2), 931-965.
- Steffen, M. (2010). Social Health Insurance Systems: What Makes The Difference? The Bismarckian Case In France And Germany. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12 (1-2), 141-161.

- Stolper, K.C.F. ve ark. (2022). Do health insurers use target marketing as a tool for risk selection? Evidence from the Netherlands. *Health Policy*. Volume126, Issue 2, 122-128.
- Şahin, H. (2018). *Sağlık Finansmanında TSS'nin Rolü ve Uygulanabilirliği*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.
- Şenalp, V. (2008). *Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.
- Tajika, E., ve Kikuchi, J. (2012). The Roles of Public and Private Insurance for The Healthcare Reform of Japan. *Public Policy Review*, 8(2), 123-144.
- Tapan, B. (2008). *Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği*. Doktora Tezi. Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finans ve Bankacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- Tapan, B., Alıcı, S., Yıldırım, N. ve Gayef, A. (2015). Evaluation of Private Health Insurance Companies' Views on the Need for a Complementary Health Insurance for the Sustainability of General Health Insurance. *Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal of Medicine* 1(2), 77–86.
- Tapay, N., ve Colombo, F. (2004, December 16). *Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study*. OECD HEALTH WORKING PAPERS . <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/834375482128.pdf?expires=1654164339&id=id&accname=guest&checksum=9A0D4BE2FFFBABEF96D18904FB815F5B> [Erişim Tarihi: 6 Nisan 2022]
- Tarım, M.ve Güdük, Ö. (2019). Türkiye’de Bireylerin Özel Sağlık Sigortası Tercihini Etkileyen Nedenler ve Bilgi Düzeyleri, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 196-200.
- Tatar, D. T. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama . *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 5(4), 125.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- T.C. Resmi Gazete. (1961). 31.12.1960 Kanun No:193 R.G. Tarihi: 06.01.1961 R.G. Sayısı: 10700 *Gelir Vergisi Kanunu*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.4.193.pdf> [Erişim Tarihi: 5 Mart 2022].
- T.C. Resmi Gazete (1961).05.01.1961 Kanun No:224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı:10705 *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf> [Erişim Tarihi: 3 Nisan 2022].
- T.C. Resmi Gazete (2006). 31.05.2006 *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*. Kanun No:5510. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm> [Erişim Tarihi: 1 Mart 2022].

- T.C. Resmi Gazete (2013). 23.10.2013 *Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği*. Sayı: 28800. *Yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023.pdf> [Erişim Tarihi: 6 Nisan 2022].
- T. C. Resmi Gazete (2008). 28.09.2008 Sayı: 27011. *5510 Sayılı Kanun Gereğince Sigortalı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi ve Sona Ermesi Hakkında Tebliğ*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080928-12.htm> [Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2022].
- Tekin, H.H. (2006). Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme. *İstanbul University Journal of Sociology*, 3(13), 101-116.
- Thomson, S., ve Mossialos, E. (2004). Private health insurance and access to health care in the European Union. *Euro Observer*, 6(1), 1-8.
- Thomson, S., ve Mossialos, E. (2009, June 24). Private health insurance in the European Union. *Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*.
- Thorpe, K. E., ve ark. (2011). The Rising Prevalence Of Treated Disease: Effects On Private Health Insurance Spending. *HEALTH AFFAIRS*, 316-325.
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *K. S. İ. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* , 9(1), 125-152.
- Tiryaki, D., ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori Ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 124.
- TOBB. (2017). *Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış*. <https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>. [Erişim Tarihi: 1 Mart 2022].
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı.
- TSB. (1990, Ekim 10). *Türkiye Sigorta Birliği*. Türkiye Sigorta Birliği Web Sitesi: <https://tsb.org.tr/tr/mevzuat/> [Erişim Tarihi:6 Aralık 2021]
- TSB. (2020). *Sigorta Tanımları*. Türkiye Sigorta, Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği: <https://www.tsb.org.tr/sigorta-tanimlari.aspx?pageID=648> [Erişim Tarihi:1 Mart 2022]
- TSB. (2022). İstatistikler. 2022 tarihinde <https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler> adresinden alındı
- TSB. (2022). *SEKTÖR RAPORU 2020*. TSB. https://tsb.org.tr/media/attachments/2020_YILI_SEKT%C3%96R_RAPORU.pdf [Erişim Tarihi: 5 Mart 2022]
- Tuncay, C., ve Ekmekçi, Ö. (2012). *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*. İstanbul: Beta Yayınevi.
- Tunç, O., ve Kiyak, M. (2015). Private Health Insurance In Europe And Turkey. *Journal of Economics, Finance and Accounting*, 3(2), 409-425.
- TÜİK. (2021, Aralık 8). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> , [Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2022]

- TÜİK. (2022, Şubat 4). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> [Erişim Tarihi:5 Mayıs 2022]
- Uğur, S. (2004). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. İzmir.
- Uzun, B., ve Yazar, O. (2019). Karl Marx'ın Yönetim Anlayışı ve Günümüz Sağlık Yönetimine Uygulanması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(1), 1-16.
- Uzun, S. (2015). *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Vaidya, S. (2021). The Impact Of Premium Subsidies on Health Plan Choices In Switzerland: Who Responds To The Incentives Set By In-Kind As Apposed To Cash Transfers? *Health Policy*. 125 (6). 675-684.
- Van de Venn, W.P. ve Van Praag, B.M. (1981 November). The Demand For Deductibles in Private Health Insurance: A Probit Model With Sample Selection. *Journal of Econometrics*, 17(2), 229-252.
- Van de Ven, W.P.M.M. ve ark. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*. Volume 109, Issue 3, Pages 226-245.
- Varoğlu, F. Ö. (2013). Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye'deki Gelişim Süreci. *DergiPark Akademik*(3), 20-40.
- Wasem, J. ve ark., (2004). The Role Of Private Health Insurance In Social Health. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. 227-247.
- WHO. (2022, Mart 1). *World Health Organization*. World Health Organization: [who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) , [Erişim Tarihi:1 Mart 2022]
- Witter, S. (2002, January 22). Health financing in developing and transitional countries. *Briefing paper for Oxfam GB*, 1-56. University of York.
- Yavuz, F. D. (2018). Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Ülkelerinin Özel Sağlık Sigorta Sisteminin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Yayar, R. Ve Daşçı, A. N. (2020). Özel Sağlık Sigortası Talebini Etkileyen Faktörlerin İkili Lojistik Regresyon Yöntemiyle Analizi: İstanbul Örneği, *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(1), 19-40.
- Yiğit, F. (2007). *Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Sağlık Bilimleri Yöneticiliği Anabilim Dalı. İstanbul.
- Yıldırım, T. ve ark. (2012). Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı. *Sağlık Sigortacılığı*. (1.Baskı) 2527.1498 (s. 70-100).

- Yıldız, U. (2012). *Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analizi İle Etkinliğinin Ölçülmesi*.Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı. Tokat.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 176-188.
- Yılmaztürk, M. H. (2008). *Genel Sağlık Sigortasına Karşı Sağlık Yöneticilerinin Tutumlarına İlişkin Bir Araştırma*.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi-İşletme Anabilimdalı-İşletme Yönetimi ve Organizasyon Bilim Dalı. İstanbul.
- Zengin, H. (2015). *Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi Ve Hastaneye Yararları*.Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Zuchandke, A., Krummaker, S., ve Schulenburg, J. M. (2010). Impact of the Introduction of the Social Long-Term Care Insurance in Germany on Financial Security Assessment in case of Long-Term Care Need. *The Geneva Papers*, 626-643.



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI: SAĞLIK SİGORTACILIĞININ GELECEĞİ KONUSUNDA SİGORTA YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

ORJİNALLİK RAPORU

% 18	% 16	% 2	% 11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Anadolu University Öğrenci Ödevi	% 1
4	auzefkitap.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
6	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)	% 1

KURUM İZİNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☐ Kurum izni gerekmektedir.
- ☒ Kurum izni gerekmemektedir.

Esma ÇAĞLAYAN
(İmza)

