

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI VE
MÜŞTERİLERİNİN PROFİLİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Gölnur BİTİMLİ

İSTANBUL, 2019

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI VE
MÜŞTERİLERİNİN PROFİLİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

Gölnur BİTİMLİ

Danışman: Prof. Dr. Serpil ERGÜN BÜLBÜL

İSTANBUL, 2019



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Müdürlüğü



Sıfır Atık Proje Ortağı

Aşağıda belirtilen lisansüstü tez, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği hükümlerinde belirtilen esaslar çerçevesinde jüri önünde savunulmuş ve jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

TEZ BAŞLIĞI : Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma

TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİ HAZIRLAYAN : Gülnur BİTİMLİ

ANABİLİM DALI : Sigortacılık

SAVUNMA TARİHİ : 27.08.2019

JÜRİ ÜYELERİ

GÖREVİ

ADI SOYADI

Danışman

Prof.Dr.Serpil ERGÜN

İmza

Üye

Doç.Dr.Seher ARIKAN TEZERGİL

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Hakan ÖZCAN

ÖZET

Sağlık hizmetleri, insanlar için vazgeçilmez bir hizmet türüdür. Sağlık hizmetlerinin yapısı, niteliği ve finansmanı ülkelerin gündeminden hiç düşmemektedir. Sağlık finansmanında yaşanan sorunlar özel sağlık sigortalarını kıymetli hale getirmiştir. İnsanların tercihleri üzerine şekillenen, kamu sigortalarının sunduğu sağlık hizmetlerini tamamlayan veya destekleyen bir sigorta ürünü olan tamamlayıcı sağlık sigortası birçok insanın ihtiyacını karşılamakta ve kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Bu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortası satın alan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilerek kişilerin tercihlerini etkileyen nedenlerin satın alma davranışları üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Uygulanan anket araştırması 2019 yılının Ocak ile Mart ayları arasında, İstanbul ilinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na sahip olan kişilere uygulanmıştır. Toplam 261 katılımcıya online anket uygulaması yapılmış ve geribildirimler SPSS23 istatistik programıyla analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri

ABSTRACT

Health services are indispensable for people. The structure, quality and financing of health care services never fall from the agenda of countries. The problems in health financing made private health insurance more valuable. Complementary Health Insurance, which is an insurance product based on the preferences of people, completes or supports the health services offered by public insurances, meets the needs of many people and its use is increasing day by day. The aim of this study is to evaluate the knowledge and opinions of the people who purchase complementary health insurance about the complementary health insurance and to investigate the effects of the reasons affecting the preferences of the people on the buying behavior.

The survey was conducted between January 2019 and March 2019 for people who have Complementary Health Insurance in Istanbul. A total of 261 participants were surveyed online and feedbacks were analyzed with SPSS23 statistics program.

Key Words: Complementary Health Insurance, Private Health Insurance, Health Services

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bilgisini, deneyimini ve değerli zamanını bana ayırarak her fırsatta yanımda olan ve bana yol gösteren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Serpil ERGÜN BÜLBÜL’e katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Benim için oldukça verimli ve zor geçen bu süreçte, çalışmalarına katkı sağlayan herkese ve hayatımın her alanında maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen, beni yetiştirip bu günlere getiren aileme teşekkürü borç bilirim.

Gülnur BİTİMLİ

İstanbul 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	2

I.BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

1.1 Ulusal ve Uluslararası Kaynaklarda Sağlık ve Sağlık Hakkı	5
1.1.1 Ulusal Kaynaklarda Sağlık Hakkı	5
1.1.2 Uluslararası Kaynaklarda Sağlık Hakkı	7
1.2 Sağlık Sistemi Kavramı ve Sınıflandırılması	8
1.2.1 Sağlık Sistemi Kavramı	8
1.2.2 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	9
1.2.2.1 Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri	12
1.2.2.2 Kapsayıcı Hizmet Tipi Sağlık Sistemleri	17
1.2.2.3 Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri	23
1.2.2.4 Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri	26
1.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	29
1.2.3.1 Vergi ile Finansmana Katılım	33
1.2.3.2 Sigorta Primleri ile Finansmana Katılım	34
1.2.3.3 Cepten Ödeme ile Finansmana Katılım	38
1.2.3.4 Diğer Ödemelerle Finansmana Katılım	41

2.BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK KAPSAMINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

2.1 Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik Sistemleri	43
2.1.1 Sosyal Güvenlik Kavramı	44
2.1.2 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri	45
2.1.2.1 Primli Sosyal Güvenlik Sistemi.....	47
2.1.2.1.1 Türkiye’de Sosyal Sigortalar.....	48
2.1.2.1.2 Uzun Vadeli Sigorta Kolları.....	49
2.1.2.1.2.1 Malullük Sigortası	49
2.1.2.1.2.2 Yaşlılık Sigortası	50
2.1.2.1.2.3 Ölüm Sigortası.....	51
2.1.2.1.3 Kısa Vadeli Sigorta Kolları	51
2.1.2.1.3.1 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası	52
2.1.2.1.3.2 Hastalık Sigortası.....	52
2.1.2.1.3.3 Analık Sigortası	53
2.1.2.1.3.4 İşsizlik Sigortası	53
2.1.2.1.4 Genel Sağlık Sigortası	54
2.1.2.1.5 İsteğe Bağlı Sigorta	55
2.1.2.2 Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi	55
2.1.2.2.1 Sosyal Yardımlar	56
2.1.2.2.2 Sosyal Hizmetler	57
2.1.3 Sosyal Güvenlik Kurumları.....	57
2.1.3.1 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	58
2.1.3.2 Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)	58

2.1.3.3 Emekli Sandığı	59
2.1.3.4 Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart)	60
2.2 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Uygulaması.....	60
2.2.1 Genel Sağlık Sigortası Kanunun Amacı ve Kapsamında Olanlar..	61
2.2.2 Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Verilecek Hizmetler	62
2.2.3 Yurt Dışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları	63
2.2.4 Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Girmeyen Hizmetler.....	64
2.2.5 Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	64
2.3 Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları	65
2.4 Dünyada Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri.....	71
2.5 Özel Sağlık Sigortası	76
2.5.1 Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı	77
2.5.2 Özel Sağlık Sigortası Ürünleri	79
2.5.3 Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri	79
2.5.3.1 İkame Edici Sağlık Sigortası	80
2.5.3.2 Destekleyici Sağlık Sigortası.....	80
2.5.3.3 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	80
2.5.3.4 Seyahat Sağlık Sigortası	81
2.5.4 Özel Sağlık Sigortacılığı Teminat Yapısı	81
2.5.4.1 Yatarak Tedavi Teminatı	82
2.5.4.2 Ayakta Tedavi Teminatı	82
2.5.4.3 İlave Teminatlar.....	83
2.5.5 Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları	83
2.5.6 Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Alanında Yaşanan Sorunlar	84
2.5.7 Sosyal Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasının Karşılaştırılması.....	87

3.BÖLÜM

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

3.1 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tanımı	89
3.2 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı	90
3.3 Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Türkiye Uygulaması ve Gelişimi	92
3.4 Çeşitli Ülkelerdeki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	94
3.4.1 İngiltere’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	94
3.4.2 ABD’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	96
3.4.3 Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	96
3.4.4 Almanya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	97
3.4.5 Hollanda’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	98
3.5 Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları.....	100
3.5.1 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Avantajları.....	100
3.5.2 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Dezavantajları.....	101

4. BÖLÜM

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI’NA SAHİP OLAN KİŞİLERİN PROFİLİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

4.1 Araştırmanın Konusu ve Kapsamı.....	103
4.2 Araştırmanın Amacı ve Önemi	103
4.3 Araştırmanın Yöntemi	104
4.4 Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi	104
4.5 Araştırmanın Hipotezleri	104
4.6 Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları	104
4.7 Veri Analizi	105
4.8 Araştırmanın Bulguları	106

4.8.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları.....	109
4.8.1.1 Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	109
4.8.1.2 Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı	109
4.8.1.3 Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	110
4.8.1.4 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	111
4.8.1.5 Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	111
4.8.1.6 Katılımcıların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı	111
4.8.2. Ki-Kare Bağımsızlık Testi Uygulanması	112
4.8.2.1 Cinsiyet ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki.....	112
4.8.2.2 Yaş ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki	113
4.8.2.3 Medeni Durum ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki	115
4.8.2.4 Eğitim Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki	116
4.8.2.5 Gelir Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki	117
4.8.2.6 Cinsiyet ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki	119
4.8.2.7 Yaş ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki	120
4.8.2.8 Eğitim Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki	121
4.8.2.9 Medeni Durum ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki	122

4.8.2.10 Gelir Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki	123
4.8.2.11 Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki	124
4.8.2.12 Yaş Değişkeni ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı Arasındaki İlişki.....	125
4.8.2.13 Gelir Değişkeni ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı Arasındaki İlişki	126
4.8.2.14 Poliçe Prim Tutarını Karşıllayan Taraf ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı Arasındaki İlişki	128
4.8.2.15 Yaş ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki	129
4.8.2.16 Gelir ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki	131
4.8.2.17 Eğitim ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check Up Teminatı Eklenmesine ilişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki	132
4.8.2.18 Gelir ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check Up Teminatı Eklenmesine ilişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	134
SONUÇ VE ÖNERİLER	137
EKLER	144
KAYNAKÇA.....	169

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Temel Özellikleri.....	11
Tablo 2. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları	69
Tablo 3. Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2016, 2017	70
Tablo 4. Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamaları (Milyon €).....	75
Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	109
Tablo 6. Katılımcıların Yaşına Göre Dağılımı	109
Tablo 7. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	110
Tablo 8. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı	111
Tablo 9. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı	111
Tablo 10. Katılımcıların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı	112
Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	112
Tablo 12. Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	113
Tablo 13. Birleştirilmiş Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	114
Tablo 14. Medeni Durum Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	115
Tablo 15. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	116
Tablo 16. Birleştirilmiş Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	117
Tablo 17. Birleştirilmiş (Üçlü) Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	118
Tablo 18. Birleştirilmiş (İkili) Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Almada Duyulan Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	118

Tablo 19. Cinsiyet Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	120
Tablo 20. Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	120
Tablo 21. Birleştirilmiş (Üçlü)Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	122
Tablo 22.Birleştirilmiş (İkili) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	122
Tablo 23. Medeni Durum Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	123
Tablo 24. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	124
Tablo 25. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Süresine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesini Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	125
Tablo 26. Sigortalının Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesinin Teminat Yapısı ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	126
Tablo 27. Sigortalının Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesinin Teminat Yapısı ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	127
Tablo 28. Poliçe Prim Tutarını Karşıl原因an Taraf Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Poliçesinin Teminat Yapısı Ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	129
Tablo 29.Birleştirilmiş Yaş Değişkenine Göre TSS Ürünü İle İlgili “ TSS Primlerini Yüksek Buluyorum” Görüşüne Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	131
Tablo 30. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre TSS Ürünü İle İlgili “ TSS Primlerini Yüksek Buluyorum” Görüşüne Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi	132
Tablo 31.Birleştirilmiş Eğitim Durumu Değişkenine Göre TSS Ürünü İle İlgili “ Daha Yüksek Prim Ödeyerek Sağlık Poliçeme Geniş Kapsamlı Check Up Teminatı Eklemek İsterim” Görüşüne Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	133
Tablo 32.Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre TSS Ürünü İle İlgili “ Daha Yüksek Prim Ödeyerek Sağlık Poliçeme Geniş Kapsamlı Check Up Teminatı Eklemek İsterim” Görüşüne Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi.....	134

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	30
Şekil 2. Sağlık Finansman Yöntemleri	32
Şekil 3. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemleri Temel Özellikleri	36
Şekil 4. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Sistemi	47
Şekil 5. Avrupa Birliği Ülkelerinin Sosyal Güvenlik Sistemleri Açısından Sınıflandırılması.....	73



KISALTMALAR LİSTESİ

a.g.e.	: Adı Geçen Eser
a.g.m.	: Adı Geçen Makale
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
GP	: General Practitioners-Pratisyen Hekimler
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HMO	: Health Maintenance Organizations- Sağlık Destek Organizasyonları
ILO	: International Labour Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü
MEGEP	: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
NHS	: National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development- Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PPO	: Preferred Provider Organizations – Tercihli Hizmet Organizasyonları
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği

T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TSS	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Word Health Organizition-Dünya Sağlık Örgütü
YHS	: Yasal Hastalık Sigortası



GİRİŞ

İnsanlığın vazgeçilmez en temel haklarından biri sağlıklı yaşam hakkıdır. Toplumlar, sağlıklı nesillerle varlığını sürdürebilir. Toplumun sosyal ve ekonomik yönden ilerlemesi ancak sağlıklı bireylerle mümkündür. Sağlık, dünya ülkelerinin gelişmişlik düzeyini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik birbiriyle yakından ilişkilidir. Ülkeler, ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre sağlık hizmetlerine yatırım ve kaynak aktarımı yapmaktadır. Bu kaynakların ne kadar etkili ve verimli kullanıldığı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ne ölçüde etkilediği sürekli gündemde kalmakta ve bu konularda yürütülen tartışmalar süregelmektedir.

Ülkelerin hedefleri arasında, çağdaş koruma sistemi olarak isimlendirilen sosyal güvenlik sisteminin herkesi kapsamı ve sunulan hizmetlerden herkesin eşit bir şekilde faydalanması yer almaktadır. Sosyal güvenlik sistemimizin bir uygulaması olan genel sağlık sigortasına katılım tüm nüfus için zorunlu hale gelmiştir. Uygulamanın zorunlu olmasıyla kapsamı genişlemiş ve sunulan sağlık hizmetinin miktar ve kalitesinin artırılması finansman açısından önemli sorunlar doğurmuştur.

Sosyal güvenlik sistemimiz, gelir düzeyi yüksek olan kesimin özel sağlık sigortası yapmasına imkan sağlayarak, düşük gelirli ve özel sağlık sigortasına ulaşamayacak kesimdeki bireylerin kısıtlı kamu kaynaklarından faydalanmasına imkan sağlamaktadır. Ülkelerin nüfus yapısındaki değişimleri, doğumda beklenen yaşam süresinin artması ve teknolojik gelişmeler sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Bu artış ülkenin finansman kaynaklarını zorlamaktadır. Gelişmekte olan ve gelişmesini tamamlamış olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanlığı, önemli bir mesele haline gelmiştir.

Sağlık hizmet finansmanlığında yaşanan sıkıntılar, ülkeleri alternatif finansman araçları ve modellerini kullanmaya yönlendirmiştir. Alternatif finansman yöntemlerinden biri olan tamamlayıcı sağlık sigortası ile kamu sağlık sigortalarının kısmen karşıladığı ya da hiç karşılamadığı sağlık hizmetlerine erişime kolaylık sağlanmaktadır. Teminat altına aldığı risklerde sigortalılar en kısa sürede kaliteli sağlık

hizmeti alırlar. Sosyal güvenlik sistemimiz, fertlere asgari düzeyde yaşama imkanı sağlamaktadır. Azami koşullar ise tamamlayıcı sağlık sigortası ile garanti altına alınmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukların doldurulmasını sağlamaktadır ve ayrıca özel olarak ek hizmet almak isteyenlere gerekli imkânları sunmaktadır. Özel sağlık sigortası türü olan tamamlayıcı sağlık sigortası ile sigortalının talepleri doğrultusunda ihtiyaçları giderilmeye çalışılmış ve devletin sorumluluğunun bir kısmı özel sektör ile paylaşılmıştır.

Çalışmanın amaçlarından birisi, sağlık sistemleri ve finansman yöntemlerinin bazı ülkelerde ve Türkiye'deki uygulamalarını detaylı bir şekilde ele almak, ülkemizdeki sosyal güvenlik kapsamında genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası uygulamaları hakkında bilgi vermektir. Çalışmanın ana amacı ise; özel sağlık sigortası türü olan tamamlayıcı sağlık sigortasını ve bazı ülkelerdeki tamamlayıcı sağlık sigorta uygulamalarını araştırmaktır. Çalışmada ayrıca tamamlayıcı sağlık sigortası satın alanların sosyo demografik özellikleri ile ürüne ilişkin satın alma davranışı ve beklentileri arasındaki ilişki yapısının incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışma dört ana bölümden oluşmaktadır:

Çalışmanın birinci bölümünde, öncelikle sağlık hakkı kavramı üzerinde durulmuş, ulusal ve uluslararası kaynaklarda sağlık hakkının önemi belirtilmiştir. Sağlık sistemleri ve sağlık sisteminin sınıflandırılması hakkında bilgi verilmiş ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri detaylı olarak ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, sosyal güvenlik kapsamında genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası başlığı adı altında sosyal güvenlik kavramı ve sistemi ele alınmıştır. Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi ve kurumları, genel sağlık sigorta uygulaması ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Ayrıca özel sağlık sigortası, sigortanın çeşitleri ve teminat yapıları hakkında bilgilere yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, tamamlayıcı sağlık sigortası ayrıntılı bir şekilde işlenmiş, Türkiye'deki uygulamaları ve gelişimi ile çeşitli ülkelerdeki uygulamaları açıklanmış, avantaj ve dezavantajları mukayese edilmiştir.

Çalışmanın dördüncü ve son bölümünde ise, bir anket uygulaması ile tamamlayıcı sağlık sigortası satın alan kişilerin profil yapısı ve tamamlayıcı sağlık sigortası satın alma tercihleri ve beklentileri odaklı bir ilişki analizi yapılarak bulgular doğrultusunda bazı yorum ve önerilerde bulunulmuştur.



I.BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

1.1 Ulusal ve Uluslararası Kaynaklarda Sağlık ve Sağlık Hakkı

Sağlık, beden ve ruhen esenlik içerisinde bulunma halidir. Ayrıca beden ve zihnin fonksiyonlarını doğru bir şekilde yerine getirerek, biyolojik, çevresel ve sosyal problemlerin ortaya çıkmasını önleyecek güce sahip olmasıdır. Sağlık, hastalığın olmayışı olarak da tanımlanabilir.¹ Sosyal bir hak olan sağlık hakkı; sağlık sektörü çalışanlarına, devlete ve toplumun diğer kesimlerine sorumluluk yükleyerek gerekli tesis ve şartların sağlanıp sağlık hizmetini kullanabilecek imkânların sunulmasıyla fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden mümkün olacak en üst düzeyde sağlık standartlarına sahip olmaktır.²

Sağlık hakkı; tarafların sorumluluğunun belirlenerek sağlık risklerinin tespit edilmesi ve bu risklerin onarımı, mağduriyetlerin giderilmesi üzerinde çalışmalar yapılmasıdır.³ Sağlık sektörünün gelişimi için diğer sektörlerin desteği önemli olup sosyal ve ekonomik kalkınmaya devam edebilmek için sağlığa önem verilmesi gereklidir. Uluslararası birçok bildirgede, konferanslarda ve anayasalarda sağlık hakkının ülkelerce kabul gördüğüne ve bu ülkelerin sağlık bilinci üzerindeki çalışmalarının devam ettiğine şahit olmaktadır.

1.1.1 Ulusal Kaynaklarda Sağlık Hakkı

Sağlıklı kişi, kendisi ve ülkesi için verim sağlayacak, üretken faaliyeti yapacak kişidir. Sağlıklı nesillerin artması toplumun refahının artmasında etkili bir faktördür. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi sağlık için, ekonomik imkan ve zorunlulukların insanların sağlığına zarar verebilecek durumları meydana getirmeyeceğini bildirilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda sağlığın devlet güvencesi altında olduğu ve

¹ Emine ORHANER, *Türkiye'de Sağlık Sigortası*, 1.Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi Yayını, 2014, s.16.

² Nazmi ZENGİN, "Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, Ocak 2010, s.44.

³ İbrahim ŞAHBAZ, "Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı", *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Sayı 86, 2009, s.410.

vazgeçilmez bir hak olduğu önemle vurgulanmıştır.⁴ İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 25. maddesinde, herkesin ailesi ve kendisinin refahı için belli haklarının olduğu ve bu hakların, beslenme, konut, giyim ve tıbbi bakım hakkı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca herkesin işsizlik, hastalık, yaşlılık, sakatlık, dulluk ve kendi iradeleri dışında oluşacak ekonomik sıkıntılarda güvenlik hakkına sahip olduğu bildirilmiştir.⁵

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961) ile köye ve sağlık ihtiyacına ulaşmada sıkıntı yaşayan topluluklara sağlık hizmetleri götürülmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerinden herhangi bir ücret ödmeden yararlanma veya harcamanın bir kısmına katılım yoluyla eşit şekilde sağlık hizmeti alma hedeflenmiştir. Böylelikle sağlık teşkilat yapısı önem kazanmıştır.⁶

1982 Anayasası'nın 56. maddesinde, herkesin dengeli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkına sahip olduğu, çevreyi geliştirmenin, çevre sağlığını korumanın ve çevre kirlenmesini önlemenin devletin ve vatandaşların ödevi olduğu bildirilir. Devlet, insanların yaşamlarını, beden ve ruh sağlığı içinde geçirmesini sağlamayı; insan ve madde gücünde verimliliği arttırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kurum kuruluşlarını tek elden planlayıp, hizmet sunmayı düzenler. Devlet bu vazifesini özel ve kamu kesimde yer alan sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak o kurumları denetleyerek yerine getireceğini vurgulamış, kanunla genel sağlık sigortası kurarak sağlık hizmetlerinin tüm kesimlere ulaştırılacağını bildirmiştir.⁷

Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi ve hastalığında tekrar sağlığına kavuşabilmesi için devletin sağlık sistemlerini kurması ve bu sistemleri işlevsel hale getirmesi gerekmektedir. Herkesi kapsayan sağlık sektörü arz-talep ve gelir-gider sağlayan unsurları kapsadığından ekonomide önemli bir yere sahiptir.

⁴ Ali ALU, "Sağlığın Temel Kavramları", **Sağlık Yönetimi Dergisi**, Cilt 1. Sayı 2, Ocak 2017, s.33.

⁵ "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi", TBMM Başkanlığı, (<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>) (25.12.2018), s.6.

⁶ ORHANER, **a.g.e.**, s.57.

⁷ Mehmet Refik KORKUSUZ ve Bahar BURTAN DOĞAN, "Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler", **Dicle Üniversitesi IBF Dergisi**, Cilt 1. Sayı 1, Ocak 2011, ss.77-78.

1.1.2 Uluslararası Kaynaklarda Sağlık Hakkı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığın tanımını “*Kişinin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik içerisinde olması*” olarak yapmıştır.⁸ Birleşmiş Milletler Teşkilatı tarafından kabul edilen Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’nin 12. maddesinde sağlık standartları hakkı ve devletin alacağı tedbirler üzerine açıklama yapılmıştır. Devletin en yüksek sağlık standartlarını sağlayarak alacağı tedbirler şunlardır: ⁹

-Doğum oranlarının ve bebek ölümlerinin azaltılması ile çocukların sağlıklı gelişimleri sağlanmalıdır.

- Çevre sağlığı ve endüstriyel temizlik her yönüyle ileri gitmelidir.

- Salgın hastalıklar, belli yörelerde var olan hastalıklar, mesleki hastalıklar kontrol altına alınarak önlenmeli, tedavi edilmelidir.

- Hastalığın gerçekleşme riskine karşı bütün sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım sağlanmalı , gerekli şartlar oluşturulmalıdır.

1978 yılında Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı’nda yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi’nde sağlıklı olmanın, sadece hasta ya da sakat hali olmama değil, sosyal, fiziksel ve ruhsal yönden iyi olma hali olduğu, dünyada sağlığın mümkün olan en yüksek standartlarda olması amaçlandığı ve bu amaca ulaşabilmek için sorumluluğun tamamının yalnızca sağlık sektörüne yüklenmeyerek diğer tüm sektörlerle sorumluluğun paylaşılması gerektiği vurgulanır.¹⁰ Alma-Ata Konferansı’nda temel sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerde devlete düşen görevler üzerinde durulmuştur. 1981 yılında Lizbon Bildirgesi’nde hasta kişilerin hakları üzerinde durulmuş, hastanın hekim seçmesinden, kendisi ile ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğinden, onurlu bir şekilde ölme ve maddi, manevi açıdan tedavi edilme, destek almayı kabul etme ya da reddetme hakkından bahsedilmiştir. 1994 yılında Amsterdam Bildirgesi’nde sağlık hizmetlerinin ayrımsız bir şekilde, maddi, insani ve finansman kaynakları bakımından

⁸ ALU, **a.g.m.**, s.33.

⁹ ORHANER, **a.g.e.**, ss.16-17.

¹⁰ ZENGİN, **a.g.m.**, s.46.

herkes için eşit şekilde kullanım hakkına sahip olması ve ulaşılabilir olmasının önemli olduğu açıklanmıştır. Ayrıca hastaların sağlık kurumlarından aldıkları hizmette saygı görme, mahremiyet ve özel hayata dikkat edilmesi haklarından bahsedilmiştir. 1997 yılında Jakarta Bildirgesi'nde 21. yüzyılda sağlığı geliştirebilmek için gerekli olan öncelikler belirlenmiştir. Bu öncelikler; sağlığın gelişimi için yatırımların artırılması, gerekli alt yapının kurulması, sosyal sorumlulukların geliştirilmesi, toplumun eğitimi ve bireyin güçlendirilmesidir.¹¹

1.2 Sağlık Sistemi Kavramı ve Sınıflandırılması

Sağlık sistemi yapısı; sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı ve politikalarından oluşan sağlık çalışanları, kaynakları, kurum ve kuruluşları, araştırma çalışmaları, sağlıkla ilgili koruma ve tedavi çabalarının bütünüdür. Sağlık sisteminin tarafları; birey ve toplum, hizmet sunan kurum ve kuruluşlar, destek kuruluşları, finans kuruluşları ve devletten oluşur. Sistemin sağlıklı işleyişi için devletin düzenleme ve denetleme sorumluluğu oldukça önemlidir. Bazı sistemlerde devlet, sağlık hizmet sunumu ve sağlık finansmanında görev almaktadır.¹²

1.2.1 Sağlık Sistemi Kavramı

Sağlık Sistemi, sağlığın iyileştirilmesi amacıyla bütünlük içinde birbirini destekleyen ve tamamlayan örgütlerin, kuruluşların ve kaynakların oluşturduğu sistemsel yapıdır. Sağlık hizmeti sunulan toplumu iyi düzeye getirmek, toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap vermek, hastalık ya da sağlık riskinin gerçekleşmesiyle ortaya çıkan maliyetlere karşı finansal koruma sağlamak sağlık sisteminin başlıca amaçlarındandır.¹³ Sağlık hizmetlerinin amacının gerçekleşebilmesi için;¹⁴

-Toplumun tüm kesimini kapsayan, ihtiyaç duyulan bütün sağlık hizmetlerinin kaliteli olması,

¹¹ Coşkun Can AKTAN ve Kadir IŞIK, Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf> (03.08.2018), s.2.

¹² Metin ATEŞ, **Sağlık Sistemleri**, 3.Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi, 2016, s.49.

¹³ Özgür UĞURLUOĞLU ve Yusuf ÇELİK, “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8. Sayı 1, 2005, s.5.

¹⁴ A. Erkan SARGUTAN “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8. Sayı 3, 2005, s.403.

-Eşitlik ve hakkaniyet içinde beklentileri karşılaması,

-Ucuz, kolay ulaşılabilir, hasta haklarına saygı gösteren, çağdaş yaşam koşullarıyla uyumlu, fert ve topluma sağlıklı yaşam bilgi ve davranışı kazandıran, sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine imkan veren ortamların sağlanması gerekmektedir.

1.2.2 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sistemleri, sektörde önemli bir konuma sahip olan sağlık mal ve hizmetlerin talep ve arz düzenlerini ve bu sistemlerin tüketim ve üretim aşamasındaki finansal maliyetinin yapısını ele alan sistemdir.¹⁵ Ülkeler arasında sosyal, ekonomik, ideolojik ve kültürel açıdan birçok farklılıklar vardır. Bu farklılıklar doğrudan ve dolaylı olarak sağlık sistemleri çeşitliliğini etkilediğinden dünyada çeşitli sağlık sistemleri oluşturulmuştur.

Arthur Newsholme tarafından ulusal sağlık sistemleri ile ilgili kapsamlı ilk inceleme 1931 senesinde yapılmıştır. Sağlık hizmetleri araştırmaları, II. Dünya Savaşı'ndan sonra gelişerek ve çeşitlenerek artmaya başlamıştır. 1960 yıllarında Karl Avang, "Health Services Society and Medicine" adlı eserinde sağlık sistemlerini dört gruba ayırmıştır: Batı Avrupa tipi, Sovyet Rusya tipi, Amerikan tipi, Gelişmemiş ülkeler tipi.¹⁶

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin çalışmalar, 1974 yılında Fulcher ve Simanis, 1978 ve 1981 yıllarında Vincent Navarro, 1980 yılında Milton Terris tarafından yapılmıştır. Fulcher ile Simanis ve ardından Terris'in sınıflandırması ileriki zamanlarda oldukça basit ve yetersiz kaldığından sağlık sistemi üzerine çalışmalar devam etmiştir.¹⁷ Sistemi daha ayrıntılı ve kapsamlı olarak sınıflandıran Kılıç ve Bumin'in sınıflandırması şöyledir:

-Özel Sigorta Ağırlıklı Sistemler

¹⁵ SARGUTAN, a.g.m., s. 406.

¹⁶ ATEŞ, a.g.e., s. 52.

¹⁷ Bülent KILIÇ ve Gazanfer AKSAKOĞLU, "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 9. Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, ss.5-6.

- Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sistemler
- Ulusal Sağlık Sistemi
- Sosyalist Sağlık Sistemi
- Karmaşık Yapıdan Oluşan Sağlık Sistemi
- İlkel Yapıdan Oluşan Sağlık Sistemi

Bu sınıflandırma ilkel ve karma sağlık sistemi yapısına sahip ülkelerin hangi sistem içinde yer alacağının belirsiz olması sebebi ile eksik bulunmuştur.¹⁸ Sağlık Sistemlerinde ülkelerin sağlık sistemleri sınıflandırması çalışmasını yapan Milton I.Roemer 1956, 1960, 1991, 1993 yıllarında bu konu üzerindeki çalışmalarını devam ettirmiştir. Roemer, “National Health Systems of the World” adlı çalışmasında “Ekonomik Seviye ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılmış Ulusal Sağlık Sistemi Tipleri” başlığı adı altında devletin sağlık sektörüne müdahale derecesine göre sınıflandırmayı dört ana grupta yaparak çalışmasını daha anlaşılır hale getirmiştir. Bu gruplar aşağıda belirtildiği gibidir:¹⁹

- Girişimci ve Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri
- Refah Yönelimli Sağlık Sistemi
- Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi
- Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi.

Aşağıda Tablo 1’de sağlık sistemi tipleri ve belirgin özellikleri gösterilmiştir:

¹⁸ ATEŞ, a.g.e., s.53.
¹⁹ SARGUTAN, a.g.m., s.412.

Tablo 1: Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Temel Özellikleri

Özel Teşebbüs/Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı/Bütüncül Hizmet Tipi	Sosyalist/Merkezi Planlama Tipi
Bireysel doğrudan ödeme veya isteğe bağlı sağlık ve hastalık sigortalarıyla talep asıl unsurdur.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, kişisel prim ödemeli kamu hastalık sosyal sigortasıyla talep asıl unsurdur.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz arz asıl unsurdur.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl unsurdur.
Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.
Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.

Kaynak: A. Erkan SARGUTAN “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 8. Sayı 3, 2005, s. 413.

1.2.2.1 Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Serbest piyasa tipi sağlık sistemi hizmetin arz ve talebinde ana faktör özel sektördür. Hizmet talebi kişisel ödeme veya özel sigortalara prim ödemek şartıyla sigorta şirketleri aracılığı ile gerçekleşir. Maddi imkânı olan kişilerin gönüllü olarak katıldığı sistemde, sağlık harcamalarının büyük kısmını ve sağlık hizmeti arzını özel sektör sağlar.²⁰ Bu sistem gelişmiş kapitalist ülkelerde uygulanır. ABD, OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkeleri bu sistemi temsil eden ülkelerdendir. Serbest piyasa tipi sağlık sistemini uygulayan Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık hizmet yapısı daha ayrıntılı olarak aşağıda anlatılmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

ABD'de diğer gelişmiş ülkelerin tersine kamu sağlık hizmetleri toplumun çok az bir kesimine hizmet vermektedir. Ülkenin sağlık hizmeti ihtiyacının büyük bir payı özel sektör kuruluşlarına aittir ve özel sektör tarafından işletilmektedir. Yalnızca koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından verilmektedir. 19.yüzyılın başlarında bazı Avrupa Ülkeleri, hükümetler tarafından sağlanan fonlarla sosyal yardım programlarını kamu kuruluşlarının yönetiminde uygulamaya başlamıştır. Bu ülkelere örnek olarak Almanya, Fransa, İngiltere verilebilir. Ancak ABD zengin ve milli geliri yüksek bir ülke olduğundan dünyadaki gelişmelerden etkilenmemiştir. Ayrıca ABD'de Avrupa'daki ülkelerde gibi bir sosyal hiyerarşi geleneğinin olmaması nedeniyle grupların birbirlerine yardım ve destek sağlaması söz konusu olmamıştır. ABD'de kamu yardım sistemlerinin Batı Avrupa Ülkelerine kıyasla geç gelişmesinin nedeni gruplar arası yardımlaşmanın olmamasıdır. Böylelikle ortaya çıkan hizmet boşluğunu özel sigortalar doldurmuştur.²¹

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi kar amacı güden ya da gütmeyen özel yapılarla gerçekleşmektedir. ABD sağlık sisteminde hastanelerin bazıları eyaletlere bazıları belediyelere aittir. Federal hükümet askeri hastaneleri işletir, dini grup ya da vakıfların kurduğu kar amacı gütmeyen hastaneler de ABD sağlık sisteminin bir parçasını oluşturur. Amerikan sağlık sisteminde serbest olarak mesleğini yürüten ve her

²⁰ ATEŞ, a.g.e., s.54.

²¹ A. İlhan ORAL, "Dünya'da ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları", Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:1331, 2002, s.92.

vizite için ödeme yapılmasını talep eden özel hekimler, ücretlerini hizmet başı alırlar. Her bir hekimin belli hastanelerle anlaşması bulunmaktadır. Gerekli hallerde hastalarını bu kurumlara yönlendirebilirler. Hasta kendisine sunulan hizmetin karşılığını ya sigorta tarafından ya da kendisi doğrudan hekime ödeme yaparak verir.²²

ABD sağlık sektörü, sağlık hizmeti maliyetlerini karşılayabilenler için birçok seçeneği aynı anda sunabilen, tıbbi bakım kalitesi oldukça yüksek, dünyanın en iyi tıbbi araştırma kurumları ve hastaneleri olan bir yapıya sahiptir.²³ Hastalar, özel sağlık sigortalarından ya da özel sağlık organizasyonların sunduğu hizmetten faydalanırken istedikleri hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Hizmet onu alabilecek olanlara ulaşabilmektedir. Gelir düzeyi hizmeti alacak güçte olmayanlar için devlet desteği yeterli değildir.²⁴

Amerikan sağlık sistemi bizlere kişilerin sigorta kapsamına alınıp alınmama konusunda başarısız bir görüntüsünü ortaya koymaktadır. 2008 yılında ülke nüfusunun % 15'ini aşan yaklaşık 44 milyon kişi sağlık sigortasına sahip değildir.²⁵ Amerika'nın sağlık hizmetlerinin finansman örgütlenmesi aşağıda belirtildiği gibi sınıflanmıştır:²⁶

- a) Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri,
- b) Mavi Kalkan (Blue Shield) ve Mavi Haç (Blue Cross) uygulaması,
- c) Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları (Health Maintenance Organizations (HMO),
- d) Kamu Sigortaları (Medicare/Medicaid)

²² Tijen TAŞLI, "Nasıl bir Sağlık Sistemi Amerika Birleşik Devletleri" **Milliyet Blog**, 7 Ekim 2007, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---2--amerika-birlesik-devletleri/Blog/?BlogNo=68365> (28.01.2019).

²³ ATEŞ, **a.g.e.**, s.56.

²⁴ ORAL, **a.g.e.**, ss.90-91.

²⁵ Yusuf ALPER, " ABD Sosyal Güvenlik Sistemi Bir Model Olabilir Mi?", **Çimento İşveren Dergisi**, Mart-Nisan 2008, s.15.

²⁶ Halil İbrahim ÇİFTÇİ, "Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansman", <https://docplayer.biz.tr/36802801-Cesitli-ulkelerde-saglik-sistemi-ve-finansmani-halil-ibrahim-ciftci.html> (31.01.2019). ss.3-4.

a) Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

Kar amaçlı özel sigorta şirketleri, piyasadaki özel sigorta şirketlerine göre büyük çoğunluğu oluşturur. ABD’de kâr amaçlı gelişen en büyük iki şirket Prudential ve Cigna’dır. Diğer küçük sigorta şirketleri bireysel sigortaya yönelirken bu büyük sigorta şirketleri daha çok işyerlerine yönelik grup sigortaları yaparlar. ABD’de bireysel sigortalar daha az tercih edilir. Bunun nedeni kişi hastalandığında ortaya çıkan masraflar için şirketlerin daha az ödeme yapmasıdır. Böylelikle bireysel sigorta kişiye daha pahalıya gelir. Grup sigortalarında ise farklı risklere sahip kişiler eşit olarak kabul edilir ve herkes eşit prim öder. Hastalık riski fazla olanlar, bireysel sigorta yaptırdığında daha yüksek prim ödeyeceğinden onlar için grup sigortaları daha avantajlıdır. Son zamanlarda bazı şirketlerin grup sigorta kurallarının dışına çıkarak riski yüksek olanlara yüksek prim uyguladığı görülmektedir. Bu durum kâr amaçlı çalışan şirketlerin önceliğinin kendi kârı olduğunu ortaya koyar.²⁷

b) Mavi Haç (Blue Cross) ve Mavi Kalkan (Blue Shield) Uygulaması

Kâr amacı ile çalışmayan özel kuruluşlar olan Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim ağı ABD’de önemli bir yere sahiptir. Bu şirketler birbirleriyle rekabet etmeden çalışan, hekimlerin ve hastane sahiplerinin bir araya gelmesiyle 1930 yılında kurulmuştur. Blue Cross, hastane masraflarını sigorta ederken Blue Shield ise hekimlerin sağlık hizmet masraflarını sigorta etmektedir. Blue Cross ve Blue Shield kuruluşları tüm eyaletlerde hizmet vermesine karşın hizmet gücü eyaletten eyalete değişmektedir. Grup ve bireysel poliçe yapabilen bu şirketler, hastane sahipleri ve hekimler tarafından kurulduğundan tedavilerin kendi hastanelerinde yapılmasıyla tüm maliyetler daha ucuza getirilmektedir. Eyalet değişikliği yapan kişilerin haklarının devri kolaylıkla olur ve sigortası kaldığı yerden devam eder.²⁸

²⁷ Bülent KILIÇ, “Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 9. Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s.32.

²⁸ ORAL, *a.g.e.*, s.100.

c) Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları (Health Maintenance Organizations, HMO)

Sağlık Destek Organizasyonları (HMO) ve Tercihli Hizmet Organizasyonları (PPO) önemli sigorta planlarıdır. Piyasada payları sürekli artan bu sigortalar kâr amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamına girmektedir. HMO ve PPO'ların sigorta hizmetleri bağımsız planlar değildir. Bu sigortalar isterse hastalarını Blue Cross ve Blue Shield ile özel kâr amaçlı şirketlere de sigorta ettirebilmektedir.²⁹

d) Kamu Sigortaları (Medicare/Medicaid)

ABD'de 1965 yılına gelene kadar kamu sağlık sigortası alanında bir yapılanma bulunmamaktadır. Kamu sağlık sigortasına Medicare ve Medicaid ile adım atılmıştır. Bu kuruluşların yönetimi Sağlık Bakım Finans İdareleri tarafından Sağlık ve İnsan Bakanlığı denetiminde yapılmaktadır. Ayrıca Kamu Sağlık Servisleri ve Sosyal Güvenlik İdaresiyle koordineli olarak çalışmalar yürütülmektedir.³⁰ ABD Federal hükümeti, Medicare ve Medicaid sigortalarına ciddi bütçe ayırarak yatırım yapmaktadır.

ABD Federal hükümeti 2016 yılında bütçenin yarından fazlasını Medicare, Medicaid ve Sosyal Güvenlik için harcadı. Medicare ve Medicaid için %29, Sosyal Güvenlik için % 24 harcamıştır. Federal bütçenin yüzde 29'unun harcandığı Medicare ve Medicaid için 1 trilyon dolardan biraz fazla harcanmakla beraber yaklaşık 120 milyon Amerikalı kişinin sağlık harcamalarını karşılamaktadır. Amerikan hükümeti bütçe manzarasından dolayı "büyük bir ordusu olan dev bir sigorta şirketi" olarak nitelendirildi.³¹

Medicare Programı

Kamunun sağladığı hizmetlerden biri olan Medicare programına 1965 yılında adım atılmıştır. 1970 ve 1980'li yıllarda sigorta sistemleri kapsamı geliştirilmiştir. 65 yaş ve üzerindeki kişilerin gelir seviyesi veya zengin olup olmadıklarına bakılmaksızın

²⁹ KILIÇ, a.g.m., s.33.

³⁰ ORAL, a.g.e., ss.100-101.

³¹ Amerika Bülteni, 16 Temmuz 2017, <http://amerikabulteni.com/2017/07/16/amerikan-federal-hukumeti-gecen-yil-yaklasik-4-trilyon-dolar-harcadi/> (01.12.2018).

otomatik sağlık programına dâhil olduğu bir güvence sistemi oluşturulmuştur. Bu program Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmıştır.³²

Medicare A, zorunlu hastalık sigortası olup hastane masraflarını; Medicare B ise isteğe bağlı ek sağlık sigortası olup hekim ve hemşirelik bakımları ile ayakta tedavi, laboratuvar giderlerini karşılamaktadır. Medicare esasen 65 yaşını geçen emeklikler ve 65 yaşın altındaki engelliler ve bunların aile fertlerine sağlık garantisi sunmaktadır. Bu sağlık güvence sistemine dâhil olmak için sosyal güvenlik sistemine kayıt yaptıрма ve en az 10 sene prim ödeme zorunluluğu bulunmaktadır. Bu şartları sağlamayanlar ekstra ödeme yaparak Medicare B programına dâhil olma hakkına sahip olmakta fakat birçok yoksul ve göçmen medicare ek ödemelerini yapacak imkânlarla sahip olamamaktadır. Medicare hizmetinde masrafların tamamı karşılanmamaktadır. Sisteme dâhil olan kişi, her yıl hastane ücretlerinin ve hekim ücretlerinin belli bir kısmını ödemek zorundadır. Medicare tarafından gözlük masrafları, işitme cihazları, diş tedavi hizmetleri, birçok ilaç ve çoğu pahalı hizmet karşılanmaz. Medicare'nin eksiklikleri ve kısıtlamaları sebebiyle sistemdeki birçok kişinin ikinci bir sigortası vardır.³³

Medicare hizmeti, sigortalı, işveren ve devlet tarafından üç yönlü finanse edilmektedir. Devletin katkısı, sigortalı olmayanlara ait masrafların ödenmesinde görölmektedir. Medicare B'de sigortalı yıllık belirlenen miktarlarda aidat ödemesi yaparak sağlık yardımına hak kazanır. Nakit para yardımına hak kazanabilmesi için de kazancının vergiye tâbi olan kısmından belli bir oranda prim kesintisi yapılmaktadır. İşverenlerden sağlık yardımları için kesinti yapılmamaktadır.³⁴

Medicaid Programı

Sağlık finansmanı kamu tarafından karşılanan yoksulların, hastane ve doktor giderlerinin ödenmesini sağlayan bir yardım programıdır. Ülkedeki yoksul kesime tıbbi yardım sağlamak amacıyla kurulan Medicaid uygulamasında, eyaletler federal hükümetin belirlediği çerçevede kendi sağlık programlarını düzenler.³⁵

³² ORAL, a.g.e., s.101.

³³ KILIÇ, a.g.m., s.33.

³⁴ ATEŞ, a.g.e., s.57.

³⁵ ORAL, a.g.e., s.104.

Kamunun organize ettiği Medicaid sosyal güvenlik kapsamına;

- Yıllık gelir düzeyi belli bir rakam altında olan kişiler veya aileler,

-Kamu sosyal güvenlik kapsamında nakdî yardım alan yoksullar,

- Düşük gelirli yaşlılar,

-Sakat ve körler,

-Hamile kadınlar ve yoksulluk sınırının altında olan ailelerdeki 6 yaşından küçük çocuklar,

- 4 kişilik senelik geliri 18.400 \$'ın altında olan ailede yaşayan, yaşı 19'dan küçük çocuklar girmektedir.

Medicaid hizmetinin finansmanı, federal ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle karşılanmaktadır. Bu nedenle medicaid tüm eyaletlerde geçerlidir. Yıllık gelir düzeyinin belirlenmesi ve medicaid harcamalarının kapsamı, eyaletten eyalete farklı olabilir. Medicaid ödemelerinde kısıtlamalar ve kesintiler yapıldığından hekimler ve hastaneler bu hastalara bakmak istememektedirler.³⁶

1.2.2.2 Kapsayıcı Hizmet Tipi Sağlık Sistemleri

Kapsayıcı hizmet tipi sağlık sistemleri; hastalık dahil tüm sağlık hizmetlerini içeren, geliştirici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin üretiminin ve sunumunun devlet tarafından finanse edilmesi ile nüfusun tamamını kapsayacak şekilde kamu sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak verilmesi esasına dayanır.³⁷ Bu sistem “Beveridge Modeli” olarak ifade edilir. Beveridge Modeli, sağlık finansman ve sunumunun devlet eliyle yapıldığı, harcamaların büyük çoğunluğunun genel vergilerden karşılandığı ulusal sağlık sistemidir. Kapsayıcı Hizmet Tipi Sağlık Sistemi’ni diğer sistemlerden ayıran ilkeleri; evrensellik (tüm vatandaşları, meydana gelebilecek tüm sosyal risklere karşı koruma), birlik (tüm sosyal risklere karşı

³⁶ KILIÇ, a.g.m., s.33.

³⁷ SARGUTAN, a.g.m., s.420.

yönetimin tek bir çatı altında toplanması) ve benzerlik (tüm bireylerin gelir düzeyleri dikkate alınmadan bireysel sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi) olarak sıralanabilir.

Kapsayıcı Hizmet Tipi Sağlık Sistemi'nde kapsam konusunun çalışanlar yerine tüm vatandaşlar olarak belirlenmesi ve genel vergilerle finanse edilmesi, söz konusu sistemde eşitlik ilkesinin uygulandığının göstergesidir.³⁸

Sovyetler Birliği, 1938 yılına kadar kamu finansman yöntemini nüfusun büyük bir kısmında yaygınlaştırmıştır. İngiltere 1948'de bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi olmuştur. Kanada, İskandinav ülkeleri ve Japonya bu ülkeleri takip etmiştir.

Sağlık hizmetinin vergilerle finanse edildiği bu sistemi Finlandiya, Yunanistan, İspanya, Norveç, İtalya, Portekiz, İrlanda gibi ülkeler kullanmaktadır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Beveridge Modeli Birleşik Krallık'ta uygulamaya geçtiği için bu model Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ile özdeşleşmiştir.³⁹

Bu modelde kişilerin ek bir sağlık vergisi ödeme zorunluluğu olmamakla beraber güçlü bir kamu yönlendirmesi vardır. Sağlık hizmetinin arzında asıl faktör kamudur fakat güncel uygulamalarda payı az olan özel sektör ve kamu bir arada bulunabilir. Özel sektör, hizmet talebini isteyenlere bedeli ödenerek ek imkânlar sağlayabilir. Özel sektörün hizmet arzında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar denetim sisteminin iyi işlemesiyle en aza indirilmeye çalışılmaktadır.⁴⁰ Kapsayıcı tip sağlık hizmetlerini en iyi uygulayan İngiltere'nin sağlık sistemine aşağıda detaylı bir şekilde yer verilmiştir.

³⁸ A.Kemal ÇELEBİ ve Serkan CURA, "Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz" **Maliye Dergisi**, Sayı 164, Ocak-Haziran 2013, s.53.

³⁹ Mehtap TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, Haziran 2011, s.110.

⁴⁰ ATEŞ, **a.g.e.**, s.83.

İngiltere Sağlık Sistemi

Ulusal Sağlık Servisi, İngiliz halkının herhangi bir ücret ödemedi faydalandığı, diş ve göz hastalıklarını kapsam içine alan, genel bütçeden, vergilerden karşılanan sağlık yardımı yapan kuruluştur.⁴¹ Farklı bir deyişle Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service-NHS), İngiltere’de hükümet tarafından yürütülen ulusal sağlık hizmet ağıdır. Ulusal Sağlık Hizmeti geçmişi 19. yüzyılın hayır kurumlarına ve küçük işçi sigortalarına kadar uzanmaktadır.1911 yılında Lloyd George’un üzerinde çalıştığı ve geliştirdiği bu hizmet birimleri, gelir düzeyi belirlenen seviye altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu’na dönüştürülmüştür. 1930'larda Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde şekillenen model incelenmeye ve üzerinde tartışılmaya başlanmıştır.⁴² İngiltere’ye ait sosyal güvenlik sisteminin kurulması ve geliştirilmesi için 1941 yılında milletvekili olan William Henry Beveridge’in hazırladığı rapor İngiltere’nin sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır.⁴³ 1942 yılında yayınlanan Beveridge Raporuyla açık bir şekilde sosyal güvenlik sisteminin uygulamaya konacağı açıklanmıştır. Bu rapora göre herkesin sağlık hizmetlerinden ücret ödemedi yararlanması gerektiği açıklanmış ve 1946 senesinde NHS Kanunu kabul edilerek iki yıl sonra yürürlüğe girmiştir.⁴⁴ Kısa zamanda benimsenen ve yerleşen İngiltere sağlık sistemi, 1974'te ilk büyük değişikliğe uğramıştır. 1979'da Margaret Thatcher'ın göreve gelmesiyle muhafazakâr kesimin hedefine dönüşmüştür ve büyük bir telaşla huzurevleri, çocuk yuvaları gibi faaliyet gösteren sosyal kurumlar kapatılmış bir yandan da sağlık sisteminin özelleştirilmesi çalışmalarına başlanmıştır.⁴⁵

İngiltere’de sağlık yardımları Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, parasal yardımlar ise Sosyal Güvenlik Bakanlığı aracılığıyla gerçekleşmektedir. Sosyal güvenlik rejimi üç önemli bölümden oluşur. Bu bölümlerden birincisi primli rejim, ikincisi primsiz rejim ve son bölüm olan ulusal sağlık hizmetidir. Primli rejim sigortalıların prim ödemesini gerektiren sistem olup hastalık, analık, işsizlik, dulluk, emeklilik risklerine karşı

⁴¹ ORAL, a.g.e., s.128.

⁴² Gazanfer AKSAKOĞLU, “İngiltere Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 9. Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, s.96.

⁴³ Halil İbrahim ÇİFTÇİ, “Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansman”, s.3.

⁴⁴ ORAL, a.g.e., s.129.

⁴⁵ AKSAKOĞLU, a.g.e., s. 96.

güvence sağlayan ve sigortalıların prim ödemesi gereken sistemdir. Primsiz rejimde ise sakat kimselere ve bu kişilere bakanlara gelir desteği, kira yardımı, çocuk yardımları için genel bütçeden ayrılan ödenekler kullanılmaktadır.⁴⁶

Üç ayrı basamakta örgütlenmiş olan sağlık hizmetleri NHS'de ücretsiz olarak sunulmaktadır ve basamaklar arası çok iyi işleyen, uyumlu bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalık hallerinde ilk başvurdukları sağlık kuruluşudur. Dolayısıyla Pratisyen Hekimler (GP), göz doktorları, diş hekimleri bu kuruluşlarda bulunmakta ve hastaların muayene ve tedavileri yapılmaktadır. Hizmetin ilk başladığı yer ve temel direği, kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvuracakları yer GP'lerin muayenehaneleridir. İngiltere'de bir kişi hastalandığı zaman doğrudan uzman hekime başvuramamaktadır. Zaten ülkede kurulu sevk zinciri buna imkân vermemektedir. Ülkede bu konuda yerleşmiş bir toplumsal bilinç ve kültür oluşmuştur. GP'ler yalnız çalışabildikleri gibi grup halinde de çalışabilmektedir.⁴⁷

16 yaşından küçüklerin GP'lerini verileri belirlemektedir. GP'ler ile anlaşmalar yıllık yapıldığından bir yıldan önce değişiklik yapılamamaktadır. Aile bireyleri genellikle aynı GP'leri tercih ettiğinden GP'lere “aile hekimi” de denmektedir. Hastalar, acil tedavi gerektirecek durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar dışında GP'ye gitmek zorundadır. Hastaları, GP'ler sevk etmeden farklı basamaklara giderlerse muayene ve tedavi ücretlerini kendileri karşılamak zorundadır. Hastalar GP seçme hakkına sahip olduğu gibi GP'ler de hasta seçme hakkına sahiptir.⁴⁸

Hekimlerin hasta seçme özgürlüğü psikiyatri, kanser ve kronik böbrek rahatsızlığı olan hastaları kabul etmemelerine neden olduğundan bu durum hastalar açısından dezavantaj oluşturmaktadır. Birinci basamakta ücretlendirme kayıtlı fert sayısına göre yapılmaktadır. Ek olarak bağışıklama⁴⁹ gibi performansla dayalı hizmet verebildikleri için bu hizmetler için ücret alırlar.⁵⁰

⁴⁶ ORAL, **a.g.e.**, s.128.

⁴⁷ Bülent KILIÇ ve Çiğdem BUMİN, “İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 8, Sayı 56, Ağustos 1993, s.34.

⁴⁸ ORAL, **a.g.e.**, s.133.

⁴⁹ Kişinin bağışıklık sisteminin yapay yollarla uyarılarak, enfeksiyon hastalıklarından korunmasının sağlanması işlemidir. Aşı ile aktif immunglobulin ile pasif bağışıklama sağlanır.

⁵⁰ ATEŞ, **a.g.e.**, s. 86.

Genellikle 10 bin ile 100 bin arasındaki nüfusun sağlık ihtiyacını karşılayabilecek kapasitedeki hastaneler, ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bu hastanelerde her türlü cerrahi hizmet ve tıbbi tedavi imkanı sağlanmaktadır. Hastalar bu hastanelere mutlaka GP'lerin sevk ile gelmek zorundadırlar.⁵¹ Hastanedeki uzman doktorlar kendisine konsültasyona yönlendirilen hasta sayısına göre ücret alır. Uzman doktor ve hastaneler kendi aralarında kısmî zamanlı sözleşme yapar, geri kalan zamanda özel muayene yapabilir. Özel hastalarını NHS hastanelerinde muayene etme ve yatırma olanakları vardır. Yönetimleri özerk olan bu kurumlar, içerisinde halkın temsilcilerinin de bulunduğu “Hastane Yönetimi Komitesi” tarafından yönetilir. Ülkede yaklaşık 200 tane Hastane Yönetim Komitesi bulunmaktadır. NHS'deki doktorlar, meslek kuruluşları tarafından seçilip sağlık bakanlığınca görevlendirilirler. Uzmanlara yaptıkları etkinliğe ve baktıkları hasta sayısına göre ödeme yapılır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, bazen yalnızca bir bölgeye bazen de tüm ülkeye sağlık hizmeti veren, alanında üst ihtisas sahibi doktorların yer aldığı, nöroşirurji, mikro cerrahi, kalp damar cerrahisi vb. tedavi işlemlerinin yapıldığı kurumlardır. Bu basamak aynı zamanda eğitim hastanelerini kapsayan ileri düzeyde tıp merkezleridir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet kurumlarındaki uzmanların çalışma koşulları aynıdır ve genelde özel muayenehaneleri olur.⁵²

NHS'nin temel amacı hastaları hastanelerden uzaklaştırmaktır. Kapsayıcı sağlık sistemindeki sevk zinciri, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerindeki yükü önemli ölçüde azaltılmıştır. Hastaların aile hekimlerine yönlendirilerek daha fazla güç ve üstünlük sağlanmasının yanı sıra çeşitli ek uygulamalar oluşturulmuştur. Aynı hastalığa sahip kişilerin eğitilmesi için hasta destekleyici grupları ve toplum hastaneleri uygulaması gibi hastaları fiziki ve psikolojik tedavi etmeye yönelik girişimler bu amaca yönelik uygulamalardır.⁵³ NHS tümüyle ülkenin genel bütçesinden yani halktan alınan vergilerle finanse edilmektedir. GP'lerin listesine kayıtlı hiçbir hasta ücret ödmeden

⁵¹ ORAL, **a.g.e.**, s. 134.

⁵² KILIÇ ve BUMİN, **a.g.m.**, s. 35.

⁵³ ATEŞ, **a.g.e.**, s. 87.

her türlü tedavi, tetkik, ameliyat ve evde bakım gibi sağlık hizmetlerinden faydalanabilir.⁵⁴

GP sevk etmeden uzman hekime gittiğinde hastanede özel oda gibi ayrıcalıklar talep ettiğinde hastalar kendileri ödeme yaparlar. Ayrıca dış tedavilerinde masrafların belli bir miktar üzerindeki kısmı öder, reçetelerde her kalem başına belirlenen miktarı aşan kısmını kendileri tamamlarlar. Emeklilerin hastanede belirlenen hafta sayısından fazla yatması halinde, emekli maaşlarından kesinti yapılır, gözlük, işitme aleti ve protezlerin bir kısmını da hasta karşılar.⁵⁵

Kapsayıcı sağlık sisteminde, NHS kapsamındaki hastalar hiçbir zaman hekime doğrudan ödeme yapmazlar. NHS'den hekimler ücretlerini üç şekilde alır:

-Asıl maaş: Asgari ücrette benzer belli bir taban aylık olarak alınabilir.

-Listesinde kayıtlı olan sayıya göre hasta başına alınan yıllık ödemeler: Hastanın hekime gelme sayısı dikkate alınmadan hekimler etkinliklerine göre ücretlendirilmez. Bu durumda yaşlı hastaların GP'lerin sürekli muayene için gelen yaşlı hastaları listelerine dâhil etmeleri için bu tip hastalara daha fazla ödeme yapılmaktadır. Mesela mahrumiyet bölgelerinde teşvik edici bir ödeme uygulanmaktadır.

-Yapılan özel ödemeler: Ekstra yapılan işlemler için ödeme yapılmaktadır. GP'lerin gebe takibini yapması, aile planlamasının yapılması, bağışıklama veya işyeri hekimliği gibi işler için GP'lere yapılan ödemelerdir.⁵⁶

NHS tarafından yürütülen ve 1980 yılına kadar ücretsiz olan sağlık hizmetlerinden, yapılan reformlarla NHS'nin kuruluş amacından uzaklaşarak ek ücret talep edilmeye başlanmıştır. Hastalardan katkı payı alınmaya başlandığında özel sağlık sigortası yayılmaya başlamış ve özel hastanelerin sayısında artış olmuştur. Finansal sıkıntıdan dolayı NHS hastanelerinin kapanması, tedavi için kuyrukların oluşmasına, tedavi olabilmek için hastaların günlerce beklemesine hatta ameliyatların iptal olmasına sebebiyet vermiştir. Devlet her yıl NHS'ye bütçe ayırsa da nüfus ile orantılı artan

⁵⁴ ORAL, **a.g.e.**, s. 135.

⁵⁵ KILIÇ ve BUMİN, **a.g.m.**, s. 36.

⁵⁶ KILIÇ ve BUMİN, **a.g.m.**, s. 36.

taleplere bu bütçe yetersiz kalmıştır. Böylece, İngiltere sağlık sisteminde herkese ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi prensibinden ödün verilmiştir.⁵⁷ İngiltere’de gelir durumu iyi olanlar kendi isteğiyle NHS kapsamı dışında kalabilir. Özel sigorta yaptıranlar isterlerse NHS’den faydalanabilirler. Bunun nedeni bu kişilerin de genel vergi yoluyla finansmana katılım sağlamalarıdır.⁵⁸

1.2.2.3 Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri

Bismarck Modeli olarak adlandırılan bu sistem, sosyal sigorta kapsamında prim gelirlerine dayalıdır. Refah yönelimli sağlık sistemi, hastalık durumlarını kapsayan, zorunlu, işveren ve çalışan prim ödemeli, sosyal sigorta temellidir. Sağlık hizmeti sunumunda özel ve kamu sektörü yer alır. Bu uygulamada yarı doğrudan kişisel ödeme niteliğindeki prim ödemeye tüm bireylerin zorunlu sigortaya katılımı esastır. Bu sağlık sisteminin temel özelliği kolektif finansman ve kapsamı çok geniş hizmet sunumunun yasal hastalık sigortası sistemine göre yapılmasıdır. Toplumun yaklaşık yüzde 90’ını kapsayan kamusal nitelikteki yasal hastalık sigortası 4 temel ilke üzerine inşa edilmiştir. Bunlar; yardımlaşma, sağlık bakımı ve hakkı, özerklik ve belirli gelir düzeyine kadar sigorta zorunluluğudur.⁵⁹

Almanya sosyal sigortaları kuran ve geliştiren ilk ülkedir. Avrupa ülkeleri tarafından örnek alınan Alman sigorta sistemi zorunluluk esasına dayanır ve büyük ölçüde özel sigorta yönteminin uyarlanmasından meydana gelmiştir. Nüfusun büyük çoğunluğu sigorta kapsamındadır.⁶⁰ Federal Almanya’da sistem, geniş kapsamlıdır ve sosyal bir yapıya önem verilmiştir. Sağlık sisteminin işleyişi devletin Federal yapısından kaynaklanmaktadır. Devlet, tüm vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumlarına göre ayırım yapmaksızın, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için yapılan uygulamalardan faydalanması açısından herkesin eşit haklara sahip olduğunu kabul eder.⁶¹

⁵⁷ ATEŞ, **a.g.e.**, ss.85-87.

⁵⁸ ORAL, **a.g.e.**, s. 136.

⁵⁹ ATEŞ, **a.g.e.**, ss. 67-69.

⁶⁰ ORAL, **a.g.e.**, s. 107.

⁶¹ Sarper ERDOĞAN ve Galip EKUKLU, “ Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 9. Sayı 64-65, Kasım 1994 - Şubat 1995, s. 64.

Almanya Sağlık Sistemi

Bismarck modeli, sosyal sağlık sigortacılığında modern dönemin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Bismarck, o dönemde işçi sigortalarından gelen baskılardan dolayı ve güçlü bir Alman devleti kurmak amacıyla hastalık fonlarını mesleklere göre oluşturup devlet kontrolüne alma yolunu tercih etmiştir. Oluşan yeni örgütlenme modeli, gelişmekte olan ülkeler ve birçok Batı Avrupa ülkeleri için örnek olmuştur. Almanya’da Bismarck modelinin gelişmesinden sonraki dönemlerde Avusturya, İsviçre, Danimarka, Hollanda, Belçika ve Fransa’da bu model tercih edilmeye başlanmıştır. İleri zamanlarda da sigorta kapsamına giren nüfus gittikçe artmış ve birçok çalışan için yapılması zorunlu olmuştur.⁶²

Bismarck modeli, 1883’te Almanya’da Bismarck tarafından geliştirilmiş ve uygulamaya geçirilmiştir. 1884 yılında işçi sağlık sigortalarıyla ilgili yasanın yürürlüğe girmesiyle birlikte Yasal Hastalık Sigortası (YHS) uygulanmaya başlamıştır. 1885’te toplumun % 10’u ve 1911’de % 18’i sigorta sistemine dâhil olmuştur. YHS, işçilere sisteme dâhil olma imkânı vererek işçi hareketlerinin bastırılması amacıyla kurulmuştur. İşçi partileri yasayı önce kabul etmemiş fakat daha sonra yön değiştirerek YHS’yi desteklemişlerdir.⁶³ 1990 yılı sonrası sağlık politikalarında, Dünya Bankasının sağlık reformu konusundaki girişimleri ve çalışmaları nedeniyle sağlık finansman yöntemi açısından en çok başvurulan yöntem olmuştur.⁶⁴ Alman sağlık sigortası, zamanla toplumdaki gelişmelerle birlikte değişiklik göstermiştir. II. Dünya Savaşı ve ekonomik krizlere rağmen varlığını sürdürmüştür. Alman sağlık sistemi, sosyal devletin parçası olan serbest piyasa ekonomisine dayalıdır.

Sağlık finansmanı kolektif ve özel hizmet sunumu ile gerçekleşen bu sistemin ana çekirdeğini YHS oluşturur. YHS, toplumun büyük çoğunluğunu güvence altına alarak 4 temel ilke üzerine kurulmuştur. Bu ilkeler, yardımlaşma, belirlenen gelir düzeyine kadar sigorta yaptırma zorunluluğu, özerklik ve sağlık bakımı hakkıdır. Sağlık hizmet sunumunda ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri birbirinden kesin sınırlarla

⁶² TATAR, a.g.m., s.124.

⁶³ Zeliha ÖCEK, “Almanya Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 22. Sayı 1-2, Ocak - Şubat- Mart - Nisan 2007, s. 84.

⁶⁴ TATAR, a.g.m., s.111.

ayrılmıştır. Sistem 3 temel özerk yönetim organına sahiptir: Hastalık Sandıkları Birliği, YHS Doktorları Birliği, Federal Ortak Komite.⁶⁵ Almanya sağlık sisteminde halk sağlık sistemleri, ayakta tedavi ve yatarak tedavi hizmetleri birbirinden ayrı faaliyet göstermektedir.

Sistemin temel özerk yönetim organları ve bu organların görevleri şunlardır:⁶⁶

-Hastalık Sandık Birliği: Kâr amacı gütmeyen kamu organları özelliği taşıyan kolektif yapı sistemin maliyetini üstlenen, yasal hastalık sigortasının taşıyıcısı konumunda olan hastalık sandıklarının birlikte faaliyetlerini yürütmesiyle oluşur. Finansal ve yönetsel olarak bağımsızdır. Ayrıca devlet tarafından görevlendirilmiştir. Görevleri yasal zorunlulukların yerine getirilip getirilmediğini denetlemektir.

-Yasal Hastalık Sigortası Doktorlar Birliği: Yönetim açısından özerk yapıya sahip, doktorların üye olmak zorunda olduğu birliktir. Ayakta bakımın sağlanması ve denetlenmesinden sorumludur. Sunulan hizmetin türü ve fiyatlandırma hakkında hastalık sandıkları ile sözleşme yapar ve doktor hakları savunucusudur.

-Federal Ortak Komite: Yasal hastalık sigortası kapsamındaki hizmetleri belirleyip yeni uygulama ve yöntemleri değerlendirir. Yeni önergeler geliştirilmesi için çalışmalar yapar.

Federal yapıya sahip olan devlet, sağlık hizmetlerinde birlik sağlamak için uygulamaları yasalarla düzenlemiştir. Başlıca yasalar; kamu sağlık sigortası yasası, hastane finansmanı yasası, dış hekimleri yasası, ilaç ve bağışıklama hizmetleri yasası, hekimler yasası salgın hastalıklar yasasıdır.⁶⁷

Birincil basamak sağlık hizmetlerini genelde tüm aile hekimi olan pratisyen hekimler yürütmektedir. Pratisyen hekimler, nüfusun büyük çoğunluğu sigorta kapsamında olduğundan sigorta ile anlaşarak polikliniklerde ya da kendi muayenahanelerinde hizmet vermektedir. Uzman hekim müdahalesi gerektiren

⁶⁵ ÖCEK, **a.g.m.**, ss.83-85.

⁶⁶ ATEŞ, **a.g.e.**, s.69.

⁶⁷ ERDOĞAN ve EKUKLU, **a.g.m.**, s. 65.

durumlarda sevk işlemi gerçekleştirirler.⁶⁸ Almanya' da birinci basamak sağlık hizmetleri birçok birim tarafından yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık birimlerinin başında kalifiye bir hekim ve onun yanında sağlık birimin büyüklüğüne göre yardımcı hekimler ve diş hekimleri bulunur. Ayrıca, sosyal çalışmacı ve psikologlar, röntgen ve laboratuvar asistanı ve dezenfeksiyoncular ve sağlık mühendisleri de sağlık biriminin büyüklüğüne göre kurumda bulunmaktadır.⁶⁹

İkincil basamak sağlık hizmetlerinde hasta bakım hizmetleri ile ayakta tedavi gören hasta hizmetleri birbirinden ayrıdır. Hastaneler, ayakta tedavi hizmeti vermemektedir. Hastane bünyesindeki hastaların neredeyse hepsi yatarak tedavi gören hastalardır. Pratisyen hekimlerin hastayı sevk etmesiyle hastane tedavisi mümkün hale gelir. Hastalar belli oranda katkı yaparak hizmetten faydalanır. Hastane bakımı emeklikler ve çocuklar için ücretsiz olarak sunulur.⁷⁰

1.2.2.4 Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri

Sosyalist tipteki sağlık sistemleri; toplumu ve kişileri koruyan, geliştiren ,tüm sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılayan ve hiçbir ödeme yapılmadan hizmet alınabilen bir sistemdir. Sağlık hizmetleri sunumu toplumsal tekel niteliğindedir. Sağlık hizmetleri üretimi, dağıtımı, sağlık kurumları üretim araçları ve finansmanı kamuya aittir. Sistemde özel sektör yer almaz. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan sağlık hizmetleri oldukça iyi hizmet vermektedir⁷¹.Sosyalist tipteki sağlık sistemini en iyi uygulayan ülkelerden biri Küba'dır.

Küba Sağlık Sistemi

Küba sağlık sistemi, ellerindeki kısıtlı kaynakları, doğru sağlık politikaları üzerine oturtup, halkın desteklediği yatırımların etkili olduğu sosyalist bir sistem örneğidir. Küba anayasasına göre sağlık, ekonomik kâr etme aracı değil insanlar için bir haktır. Tüm ülke halkı, sağlık hizmetlerinden eşit ölçüde ve ücretsiz yararlanır ve bu hizmetlerin sağlanması devletin sorumluluğundadır. Küba'nın halk sağlık sisteminin

⁶⁸ ORAL, **a.g.e.**, s. 108.

⁶⁹ ERDOĞAN ve EKUKLU, **a.g.m.**, s. 66.

⁷⁰ ORAL, **a.g.e.**, s. 109.

⁷¹ ATEŞ, **a.g.e.**, ss.94-95.

başarısı, tüm dünya ülkeleri tarafından bilinmektedir.⁷² Küba’da 1958’den sonra birçok alanda önemli değişiklikler meydana gelmiş kamu sağlığı hedefleriyle uyumlu bir şekilde, ekonomide, çalışma ve eğitim sektöründe radikal değişiklikler gerçekleştirmiştir. Küba, ABD ambargosuna maruz kaldığında ortaya çıkan sorunlara rağmen halk sağlığına öncelik vermiş, sosyal ve ekonomik değerlerini sağlık hizmetleriyle uyumlu hale getirmiştir.⁷³

1959 devriminden sonra Küba’da ekonomik yapılanmalarla birlikte sağlık sektörü de yeniden yapılanmıştır. Çalışma Bakanlığı ve Halk Sağlığı Bakanlığı kurularak sosyal sigorta programlarının hepsi Çalışma Bakanlığı çatısı altında toplanmıştır. 1979 yılında kabul edilen son Anayasa’da devletin görevi bütün vatandaşlara evrensel, ücretsiz, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunma ve sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlamaktır. Küba’da sağlık hakkı, anayasa ile garanti altındadır. Küba Halk Sağlığı Yasası’nın ana ilkeleri; hükümetin organize ettiği sosyalleşmiş sağlık hizmetleri, toplumun sağlık hizmetlerine katılımı, tıbbi bilimsel ve teknik gelişmelerin uygulanması, bütün nüfusun ulaşabileceği ücretsiz ve evrensel sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinden Halk Sağlık Bakanlığı sorumludur. İl ve belediyelerde sağlık dairesi yapılanması vardır. Aile hekimleri tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır.⁷⁴

Aile hekiminin aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşamak için teşvikler, rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere dört temel görevi vardır. Ülkede 2,5 km çapındaki alandan sorumlu poliklinikler vardır ve burada uzman hekimler görev yapmaktadır. Hastalar polikliniklere gidebilir ve aile hekimlerinin istediği tetkikleri yaptırabilirler. Küba’da hastalar genelde yakın olması sebebiyle aile hekimlerini tercih etmekte; polikliniklerde çözülmeyen vakalarla genel hastaneler ilgilenmektedir. Genel hastanelerde daha özellikli tedaviler ve cerrahî operasyonlar gerçekleştirilmektedir.⁷⁵

⁷² TAŞLI, “Nasıl bir Sağlık Sistemi Küba?” **Milliyet Blog**, 15.11.2007, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---kuba--son-/Blog/?BlogNo=75824> (09.02.2019).

⁷³ İlker Belek, “Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba’nın Başarıları”, **Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu**, Antalya, 22-23 Ekim 2009, s.202.

⁷⁴ ATEŞ, **a.g.e.**, s. 97.

⁷⁵ A. Erkan SARGUTAN, “Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”, 2011, ss. 1728-1729. <http://www.sargutan.com/page17.html> (09.03.2019).

Küba sağlık sisteminin sağlık finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Yapılan masraflar, insan hayatının kalitesine yatırım olarak değerlendirilmekte ve sistem genel itibariyle koruyucu hizmet sunmaktadır. Devletin olanakları kısıtlı olmasına rağmen sağlık harcamaları kısıtlanmamıştır. Toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmı genel bütçeden karşılanmaktadır. Hastalar ayakta reçete edilen ilaçları, işitme cihazları, tekerlekli sandalye, koltuk değnekleri, diş ve ortopedik protezleri, ve buna benzer harcamalar için cepten ödeme yapmaktadırlar. Cepten yapılan harcamalar düşük olup ayrıca devlet desteği de sunulmaktadır.⁷⁶

Küba sağlık sistemi ilgili olduğu nüfus, amaç, içerik açısından ve organizasyonlu biçim ile uzmanlaşma bakımından kapsayıcı özellik taşımaktadır.⁷⁷

➤ Amaç ve içerik açısından kapsayıcılık: Bireyleri sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin giderilmesi, tedaviye ek olarak rehabilitasyon ve koruma hizmetlerinin sunulmasını kapsar. Sağlık Bakanlığı bu hizmetlerin gerçekleştirilmesinde için tek sorumludur.

➤ Nüfus açısından kapsayıcılık: Eşitlikçi, sosyalist sistemin uygulanması ve tüm nüfusa sağlık hizmetlerinin sunulması sağlanır. Devrim öncesinde kırsal kesimlere ve yoksullara sağlık hizmeti sunulamıyordu ve kişiler hizmete ulaşmada sıkıntılar yaşamaktaydı.

➤ Organizasyon ve uzmanlaşma derecesi açısından kapsayıcılık: Küba sağlık hizmetleri belli amaçlar çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu amaçlar, yönetimin yerelleşmesi, sağlık gelişimi için toplum katkısı, yapılan sağlık planlamasının merkezileştirilmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin uyum içerisinde işleyişini devam ettirmesi olarak sıralanabilir.⁷⁸

Küba’da aşılama oranları neredeyse yüzde yüzdür. Kişi başı sağlık harcaması ve GSMH oldukça düşüktür.⁷⁹ Buna rağmen dünyadaki 189 ülkeden, sağlık ölçütleri bakımından en iyi koşulda olan ilk 30 ülkeden biri Küba’dır. Latin Amerika ve Karayipler Bölgesi’nde de en iyi ülkeler arasında yerini korumaktadır. 2012 yılı Dünya

⁷⁶ ATEŞ, **a.g.e.**, s. 98.

⁷⁷ SARGUTAN, “Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”, s. 1712.

⁷⁸ BELEK, “Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba’nın Başarıları”, s. 202.

⁷⁹ ATEŞ, **a.g.e.**, ss. 94-95.

Bankası'nın verilerine göre Küba'da 2012 yılı itibariyle her 1000 kişiye 7,5 doktor, her 1000 kişiye 5,3 yatak sayısı düşmektedir. 2013 yılından itibaren ülkede sağlık sektöründe aktif olarak çalışan doktor sayısı 76.506'dır. Bir doktor başına düşen kişi sayısı 147 olduğu ve bir diş hekimi başına düşen kişi sayısı 927'dir. Nüfusun %99,1'inin bir aile doktoru vardır. ABD'nin Küba'ya 40 yıl boyunca uyguladığı ekonomik ambargolar ve ekonomik sorunlar, sağlık alanındaki donanım eksikliği, sistemi olumsuz etkilemiştir. İthal edilecek ilaçların ABD tarafından üretilmesi, ülkeye sıkıntılar yaşatmıştır. Zorunluluktan doğan üretim sayesinde ilaç sektöründe gelişmeler yaşanmıştır. Ülke içindeki tüketilen ilaçların %86'sı ülkedeki ilaç fabrikalarından sağlanacak seviyeye gelmiştir. Ülkede pek çok hastalık için kullanılacak aşılar geliştirilmekte ve Latin Amerika ülkelerine ihraç edilmektedir.⁸⁰

1.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

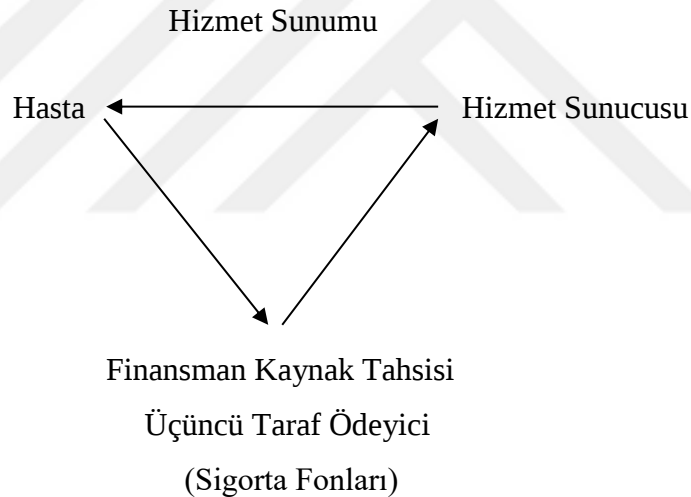
Sağlık sektöründe, insanların sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için finansal kaynaklara ihtiyaç vardır ve bu kaynakların kullanılabilir vaziyette olması gereklidir. Bu nedenle sağlık sistemleri, hastalanmanın meydana getireceği finansal riske karşı ödeyici sistemleri yaratmıştır. Özel ve kamu niteliğe sahip ödeyiciler, sağlık finansmanı için halktan doğrudan ve dolaylı olarak gelir toplar, toplanan bu gelirler hizmet sunucularına aktararak hastalara hizmet olarak yansıtılır. Sürdürülebilir kaynak oluşturulurken tüm bireylere finansal açıdan ulaşılabilirliği oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerine herkesin finansal açıdan ulaşabilmesi için kaynakları verimli kullanmak, adaleti gözetmek, kaynak sağlarken insanların yoksullaşmasını engellemeye yönelik hedefleri belirlemek gerekir.⁸¹

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmeti sunan taraf ile finanse eden taraf arasında bir kaynak değişim ya da transfer sürecidir. Sağlık finansmanın temel amacı; hizmetin kabul edilebilir kalitede olması, erişim düzeyinde hakkaniyetin sağlanması ve verimli bir şekilde sunulma imkânlarının oluşturulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansman yükünün toplumdaki bireyler tarafından nasıl paylaşıldığı, verilen hizmetin

⁸⁰ Özgür ALTINDAĞ ve Çağrı SEVİN, "Küba'da Sağlık Sisteminin ve Sosyal Hizmetlerin Gelişimine Bir Bakış", *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, Cilt 17, Sayı 1, Aralık 2017, ss. 90-92.

⁸¹ Hakan İSTANBULLUOĞLU, Mahir GÜLEÇ ve Recai OĞUR "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, 2010, s. 89.

miktarı, kalitesi ve erişimi sağlık finansmanında hakkaniyetin ne ölçüde uygulandığının göstergesidir. Ülkelerin sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılmasında ağırlıklı rol aldığı finansman şekli esas alınır. Modern sağlık sistemleri sağlık finansmanında, hizmeti sunan taraf ile talep edenler arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması beklenirken, üçüncü bir tarafın da ödeyicinin finansmanı üstlendiği bir model tercih edilmiştir. Üçüncü tarafın tercih edilme nedenleri, kişinin sağlık hizmetlerine ihtiyacının ne zaman olacağının bilinmemesi ve hastalandığında katlanması gereken maliyetlerin belirsiz olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin özelliği gereği, çoğu zaman bu maliyetler bireyin tek başına katlanabileceği boyutların çok üzerindedir ve üçüncü tarafın müdahalesi olmadan bireyin gerçek sağlık hizmeti ihtiyacını tam olarak karşılayamadığı görülür.⁸² Aşağıda sağlık finansman süreci, Sağlık Hizmetleri Üçgeni Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Ali GÜVERCİN, Halil İbrahim MİL ve Bülent TARIM , “ Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ”, **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt 7. Sayı 13, 2016, s. 82.

Bireyler, sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık hizmet sunucularına gitmektedir. Hizmet sunucularına, üçüncü taraf ödeyicileri veya hastalar tarafından hizmet bedeli olarak kaynak aktarımı yapılır. Şekilde 1’de görüldüğü gibi işlemin üç tarafı vardır. Birinci taraf, yani sağlık hizmetlerini talep edenler, ikinci tarafa doğrudan

⁸² TATAR, a.g.m., ss.105-107.

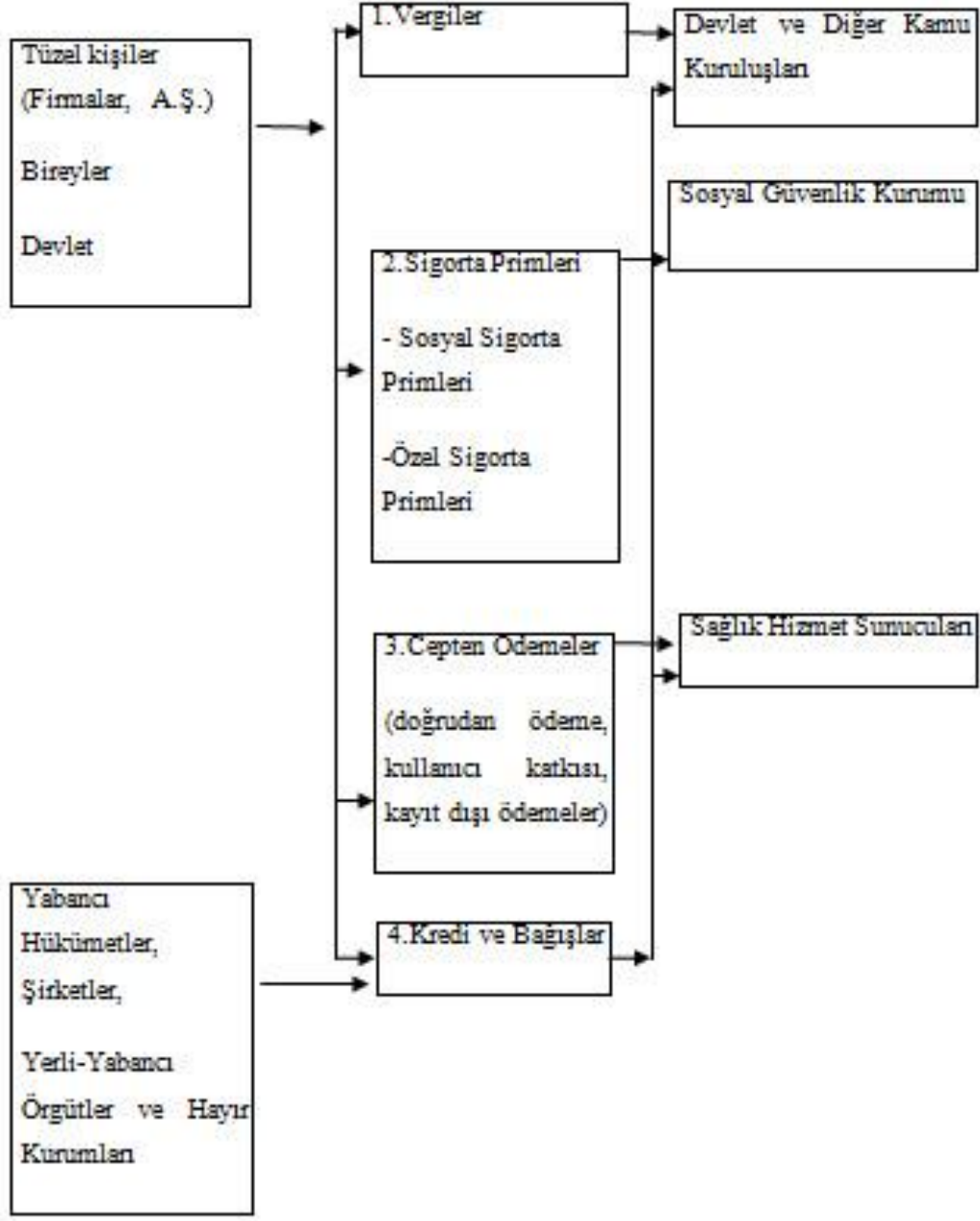
ödeme yapabilmektedir. Böylece kaynak akışı hasta kişi ile hizmet sunucu tarafı arasında gerçekleşir. Üçüncü taraf kamu ya da özel kuruluş nitelikli olabilen üçüncü taraf ödeyicisidir. Bu taraf sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için sistemine dâhil ettiği kişilerden doğrudan veya dolaylı bir şekilde prim/gelir toplamaktadır. Toplanan bu gelirler, hizmeti sunan sunuculara ya da üçüncü tarafa ödemede bulunan hastanın doğrudan ödediği hizmet tutarını geri ödemek için hastalara geri ödeme olarak aktarılır. Üçüncü tarafın ödeme mekanizması çok iyi gelişmiştir. Bunun temel nedeni, bireylerin sağlık sorunları ile karşı karşıya kalma zamanının belirsizliğinden dolayı karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılması ya da azaltılmasıyla riskin bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır.⁸³

Literatürde sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının sınıflamasına ilişkin bir yaklaşım birliğinden söz etmek mümkün değildir. Sınıflamalarda temel ayırıcı özelliğin ayrıntı düzeyi olduğu belirtilebilir. Örneğin Roemer (1991) genel vergi gelirleri, sosyal güvenlik, isteğe bağlı sigorta, yardımlar, kişi ve aileler tarzında bir sınıflamaya başvurmaktadır. WHO 'nun (1993) konuya ilişkin bir yayınında ise sınıflama kamu finansmanı, özel finansman, sağlık sigortası ve dışarıdan elde edilecek kaynaklar şeklinde yapılmıştır. Benimsenen yaklaşımlarından bir diğeri ise sınıflamayı kamu ve özel ayrımı olarak yapan Hoare ve Mills (1986) tarafından yapılan kamu ve yarı-kamu finansman kaynaklar, özel finansman kaynakları sınıflandırmasıdır.⁸⁴ Sağlık finansman kaynakları, yöntemi ve aktif çalışan kurumları aşağıda Şekil 2’de ayrıntılı şekilde gösterilmiştir.

⁸³ Ali GÜVERCİN, Halil İbrahim MİL ve Bülent TARIM , “ Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ”, **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt 7. Sayı 13, 2016, s. 82.

⁸⁴ Fahreddin TATAR, “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 11. Sayı 72, Mart – Nisan 1996, s. 44.

Finansman Kaynakları	Sağlık Finansman Yönetimi	Toplayıcı Kurumlar
----------------------	---------------------------	--------------------



Şekil 2. Sağlık Finansman Yöntemleri

Kaynak: Yusuf Çelik, Sağlık Ekonomisi, 3.Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi, Eylül 2016, s.168 Aktaran: Orhaner, **a.g.e.**, s.95.

Sağlık harcamaları tüm dünya ülkelerinde görüldüğü gibi ülkemizde de sürekli artış göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekli kılınması ve tüm nüfusun faydalanması için finansman kaynağı yaratılması, kaynakların verimli kılınması ve farklı finansman yöntemlerinin tercih edilmesi önemlidir. Finansman kaynağının temelini bireyler, firmalar ve devlet oluşturur. Bireyler cepten yapılan ödeme, vergi ya da sigorta primi ile katılım sağlarken firmalar da vergi, prim, bağış ve yardımlarla finansmana katılım sağlar. Devlet ise bütçeden kaynak ayırarak, sigorta primlerinde katkı sağlayarak ve vergi dışında ek kaynak oluşturarak finansmana kaynak oluşturur. Ayrıca yabacı ülkelere, uluslararası örgütlerden kredi imkânı sağlayarak ya da ülke dışından gelen bağışlarla sağlık sistemine kaynak oluşturulur. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını temin etme yöntemi, ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi yapısına göre farklılık gösterir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını vergi, sigorta primi, cepten ödeme ve diğer ödemeler şeklinde gruplandırmak mümkündür.⁸⁵

1.2.3.1 Vergi ile Finansmana Katılım

Vergi ile finansman yönteminde, vatandaşlardan çeşitli şekillerde toplanan vergiler bir havuz sisteminde biriktirilir ve daha sonra bu vergiler devletin karar mercileri tarafından çeşitli sektörlerle devletin belirlediği politikalara göre dağıtılır. Vatandaşlar, sağlık hizmetleriyle ilgili ödemeleri vergiler yoluyla ve hizmet kullanımında alınan katkı paylarıyla sağlar, bunun dışında herhangi bir ödeme yapmaz.⁸⁶ Sağlık harcamalarında önemli bir konuma sahip olan vergi, finansman kaynağı olarak tercih edilir. Kamu hizmetlerini karşılamak için devletin kanun zoruna dayanan kaynağını anayasadan alan ekonomik değerdir. Vergi devletten sağlanacak faydaya göre değil kişilerin ödeme gücü dikkate alınarak toplanır. Devletlerin gelir kaynaklarından biri olan vergilerin payı ülkeden ülkeye değişmekle beraber %75-95 arasında değişmektedir.⁸⁷ Vergi sistemi sağlık hizmetleri için gerekli finansal yükü bütün topluma yayar. Vergi gelirlerinin avantajlarından biri, bütün nüfus için sağlık risklerinin aynı havuzda toplanmasıdır. Bireyler sağlık statüsüne, işine, gelirine

⁸⁵ ORHANER, a.g.e., ss. 94-95.

⁸⁶ GÜVERCİN, MİL ve TARIM, a.g.m., s. 84.

⁸⁷ ORHANER, a.g.e., s. 95.

bakılmaksızın sisteme dâhil olur. Böylelikle hastalık riskine göre sisteme dâhil edilmeme durumu ortadan kaldırılır ve hastalık riski fazla olan kişilere ek bir maliyet yansıtılması gibi sorunlardan kaçınılmış olur.⁸⁸

Ülkelerde uygulanan toplanan vergilerin türü, vatandaşların gelir gruplarını ne yönde etkilediği ve ne kadar hakkaniyetli olduğunun göstergesidir. Vergilere dayalı finansman sisteminde vergi kaynakları, doğrudan ve dolaylı vergiler olarak sınıflandırılır. Doğrudan vergiler, bireylerin ya da tüzel kişiliklerin elde ettikleri gelir ve kârları üzerinden alınan vergilerdir. Toplanan verginin artan oranlı olup olmaması hakkaniyet düzeyini belirler. Hakkaniyetin sağlanabilmesi için vergi oranları, gelir düzeyi yüksek olan gruplarda daha yüksek, gelir düzeyi düşük olan gruplarda ise daha düşük olmalıdır. Kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ülkelerde bu vergilerin toplanmasında sorunlar yaşanır.⁸⁹ Dolaylı vergiler ise gelirle ilişkili olmayan, tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan vergilerdir. Katma değer vergisi, gümrük vergisi örnek olarak verilebilir. Bireylerin bu vergilerden etkilenmesi tüketim alışkanlıklarıyla orantılı olup vergiler görünebilir olduğundan ödemekten kaçınmak mümkün değildir.⁹⁰ Vergilerle finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinde mevcut kaynakların büyük kısmı tedavi amacıyla yapılan hizmetlere ve tıbbî malzemelere kullanılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerine önem verilmelidir fakat koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri arka planda bırakılmamalıdır.⁹¹ İngiltere, 1948 yılında vergilerle finansmana katılım uygulamasını başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi olmuştur. Daha sonra İngiltere’yi Japonya, İskandinav ülkeleri ve Kanada izlemiştir.⁹²

1.2.3.2 Sigorta Primleri ile Finansmana Katılım

Sağlık hizmetleri için yapılacak harcamaları ne zaman ve ne kadar olacağının belirsiz ve öngörülemez olması birey açısından finansal riski ortaya çıkarır. Sağlık harcamaları uzun yılların birikimini çok kısa sürede eritebilir. Toplum geliri göz önüne alındığında birçok kişinin ne birikimi ne de geliri sağlık harcamalarını karşılamaya

⁸⁸ Yusuf ÇELİK, *Sağlık Ekonomisi*, 3.Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi, Eylül 2016, s.174.

⁸⁹ Mehtap TATAR, *a.g.m.*, ss. 112-113.

⁹⁰ Ece UĞURLUOĞLU ve Hacer ÖZGEN “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 11. Sayı 2, 2008, ss. 138-139.

⁹¹ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN, *a.g.m.*, s. 139.

⁹² İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, *Dirim Tıp Gazetesi*, ss. 92-93.

yetecek güçte değildir. Bu toplumsal soruna piyasa mekanizması sigorta ile yanıt verir. Bu sigortalar, kamu denetimi ve yönetiminde olan sosyal sigorta ve gönüllülük esasına dayalı olan özel sağlık sigortalarıdır.⁹³

Sosyal Sağlık Sigortası ile Finansman

Sosyal dayanışma ilkesi sosyal sigortanın temel taşıdır. Sosyal dayanışma, ortak bir amaç için bireylerle uyumlu bir şekilde yapılan işbirliği olarak tanımlanmaktadır.⁹⁴ Kişilerin belli oranda prim ödeyerek, ağırlıklı olarak çalışan ve işverenin katkılarıyla, belirlenmiş kurallar çerçevesinde bireyin geliri esas alınarak finanse edilen ayrıca devletin katkısının da söz konusu olduğu sistemler bütünüdür. Bismack Modeli de denilen bu finansman modelinde oluşabilecek sağlık risklerine karşı sigorta primleri ortak bir havuzda toplanır ve ihtiyaç oldukça kullanılır.⁹⁵ Avrupa ülkelerinde, sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardımlaşma sisteminin geçmişi, Almanya'da 1883 yılında kanun haline getirilmesinden önceki zamanlara dayanmaktadır. Batı Avrupa, sosyal gelişimine Orta Çağ'dan itibaren başlamış ve II. Dünya Savaşı sonrasında sürekli gelişim göstermiştir. Sanayileşme ile beraber büyük firma sahipleri ve firma çalışanları meslek örgütlerine yönelmiş ve başvurular artmıştır. İşverenler, çalışanlarının sağlık hizmetine erişim sağladığındaki faydaları görerek hastalık fonlarını desteklemeye başlamıştır. Almanya'da hastalık fonları Bismarck tarafından geliştirilmiş ve sağlık sigortası daha istikrarlı hale getirilmiştir. Sağlık sigortası havuzuna şirketler, çalışanlar, devlet ve kendi adına bağımsız çalışanlar prim ödeme yoluyla katkı sağlar. Devlet ödeme gücü olmayanlar için kendi hesabına, çalışanlar ise tahmin edilen gelir üzerinden ya da sabit bir fiyat üzerinden sisteme katılır. Şirketler ve çalışanların katılımı gelirlerine göre belirlenir.⁹⁶

İşçi ve işveren katkısı ile finanse edilen sağlık hizmetleri, yaşlılık, sakatlık, emeklilik hizmetlerini kapsayan sosyal sigortalar dünyada önem görmüş finansman kaynaklarından biri olmuştur.⁹⁷ Sosyal sigorta anlayışı dünyada 60'dan fazla ülkede kullanılmakla birlikte OECD ülkeleri arasında yaygındır. Ayrıca, Latin Amerika

⁹³ ÇELİK, a.g.e., s. 182.

⁹⁴ Mehtap TATAR, a.g.m., s. 115.

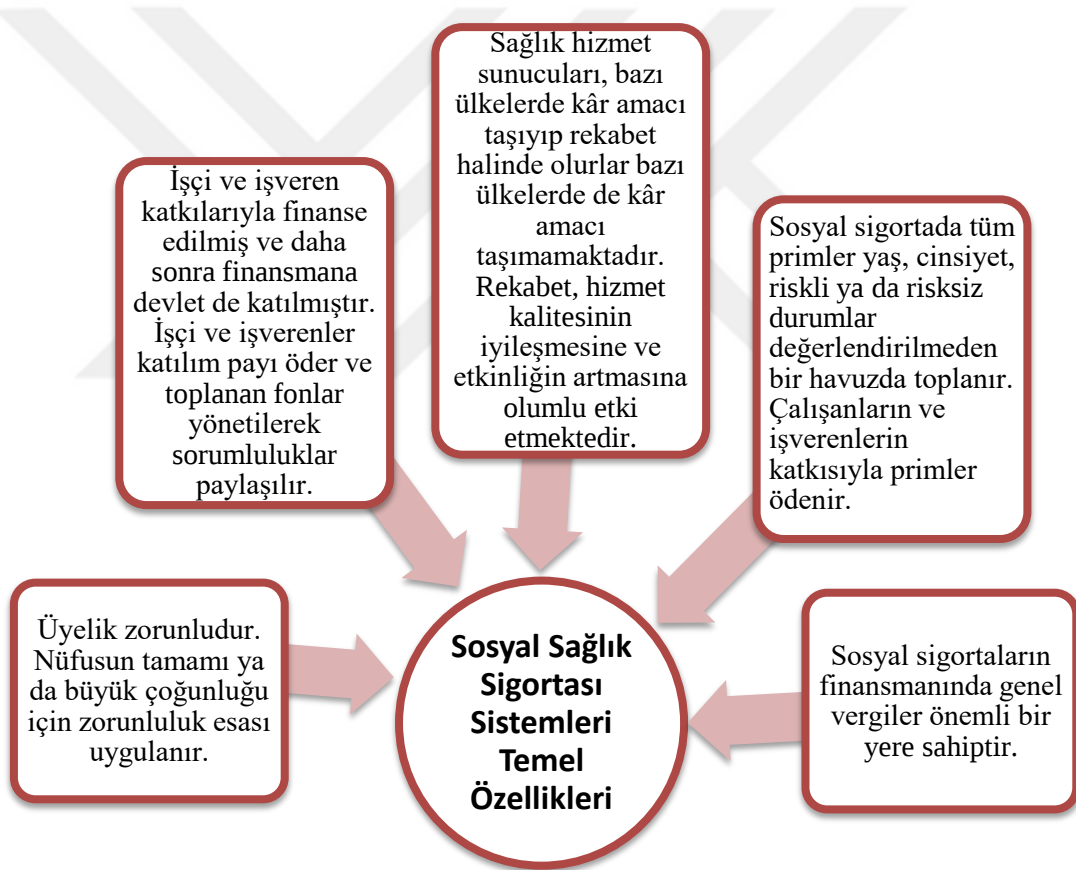
⁹⁵ GÜVERCİN, MİL ve TARIM, a.g.m., s. 84.

⁹⁶ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN, a.g.m., s. 140.

⁹⁷ Fahreddin TATAR, a.g.m., s. 46.

lkeleri, Kenya, Fas, Tunus, gibi gelişmekte olan ülkelerde de kullanılmaktadır. Bu ülkelerde sağlık sigortası finansmanına vergilerden de katkı sağlanır. Hollanda, Belçika ve Lüksemburg gibi ülkelerde de sosyal sağlık sigortası vergi gelirleriyle desteklenmektedir.⁹⁸

İngiltere 1910 yılında, Fransa 1921 yılında sağlık sigorta uygulamasına geçmiştir. Sosyal sağlık sigortası uygulaması, ülkelerin sosyal, siyasi, ekonomik ve ideolojik yapılarındaki farklılıklardan dolayı yapısı, işleyişi ve teknik yönleriyle değişiklik gösterir. Aşağıda sağlık sigortası sistemleri bazı temel özellikleri şekil 3'te gösterilmiştir.⁹⁹



şekil 3. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemleri Temel Özellikleri

⁹⁸ UğURLUOğLU ve ÖZGEN, **a.g.m.**, s. 142.

⁹⁹ İSTANBULLUOğLU, GÜLEÇ ve OğUR, **Dirim Tıp Gazetesi**, s. 92.

b) Özel Sağlık Sigortası ile Finansman

Kamu kurumları tarafından sağlanan hizmetlere ek daha kaliteli daha hızlı hizmet özel sağlık sigortasından sağlanır. Bireyler, sosyal sigortanın kapsamadığı hastalık ve tedavi giderlerini özel sigortayla teminat altına alır. Bu sigortaya katılım isteğe göre olur ve kâr amacı taşır. Sağlık riskleri özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sigortalanır. Özel sağlık sigorta kuruluşları, sağlık hizmeti sunan taraf ve satın alan yani talep eden taraf arasında köprü görevi görmektedir. Burada geri ödeme kurumu konumunda özel sağlık sigortası şirketleri yer almaktadır. Bünyesinde toplanan primlerle oluşan havuzdan sağlık sözleşmesine bağlı kalarak sağlık giderleri ödenmektedir.¹⁰⁰

Özel sağlık sigortası ülkeden ülkeye farklı görevler üstlenir. Dünya Sağlık Örgütüne göre bu görevler; zorunlu, ikame edici, baskın, tamamlayıcı ve ilave edici özellikler taşır. ABD’de baskın, İsviçre’de zorunlu özelliğe sahiptir. Hollanda, Belçika ve Almanya’da kamu sağlık güvence programı imkânları kapsam dışı bırakılan ve kamu sosyal güvence programından çıkma imkânı olan kişiler tarafından ikame özel sigorta satın alınmaktadır. Kanada, Fransa ve İtalya’da ise kamu sağlık güvence programları kapsam dışında kalan ve sistemden çıkma olanağı olanlar tarafından tamamlayıcı özel sigorta satın alınır. Yunanistan, Finlandiya ve İngiltere’de hizmet sunucu tercihlerinin genişletildiği ilave özel sigorta satın alınır.¹⁰¹

Sağlık sisteminin finansmanında, cepten yapılan ödemeler yöntemi gibi özel sağlık sigortası yöntemine de ağırlıklı olarak başvurulmaması gerekir. Özel sigorta ile sosyal sigortanın en önemli farkı, risklerin havuzlama şeklidir. Sosyal sigortada ödenmesi gereken primler sağlık statüsüne bakılmadan doğrudan gelir ile ilişkiyken özel sağlık sigortasında sağlık statüsü ve sağlık riskleri primin önemli belirleyicisidir.¹⁰²

Özel sağlık sigortasında prim hesaplamasında birçok risk değerlendirilir. Bu riskler grup, bireysel ve toplumsal riske göre hesaplanır. Bireysel riskte kişinin olası sağlık riskleri, aktüeryal hesaplarla yaş, cinsiyet değişkenleri esas alınarak değerlendirilir. Bireyin sağlık hizmetlerinden faydalanma sıklığı dikkate alınarak sigorta

¹⁰⁰ GÜVERCİN, MİL ve TARIM, **a.g.m.**, s. 84.

¹⁰¹ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN, **a.g.m.**, s. 142.

¹⁰² Mehtap TATAR, **a.g.m.**, s. 114.

şirketlerine olası maliyet hesaplamalarına dayalı olarak ödeyecekleri prim miktarı ortaya çıkar. Toplumsal risk, coğrafi bölgede yaşayan bireylerin ortalama riskine göre belirlenir. Gelir düzeyi yüksek olanların özel sağlık sigortası yaptırmalarıyla kamunun sınırlı kaynaklarının düşük gelirli, özel sağlık sigortası alacak durumda olamayanlar için kullanılmasına imkân verir. Ayrıca özel sağlık sigortası, cepten yapılacak harcamaların yaratacağı finansal riske karşı koruma sağlar. Özel sağlık sigortası tek başına sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılacak etkili bir yöntem değildir. Özel sağlık sigorta sisteminin verimli çalışmamasının nedenleri arasında belli kısıtlılıkların uygulanması gelir. Örneğin, sağlık statüsü kötü olanları, kronik veya kalıtsal hastalığı bulunanları ve ileri yaştaki kişileri sigorta kapsamına alınmasında kısıtlılık uygulanmaktadır.¹⁰³

Özel sağlık sigortaları ABD başta olmak üzere Avustralya ve İsviçre gibi ülkelerde uygulanır. Özel sağlık sigortasının mevcut potansiyeline ulaşabilmesi denetim ve işleyişi ile ilişkilidir. Düzenlemenin yetersizliği veya olmayışı bazı sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar; primlerin doğru olarak belirlenmemesi, sigorta şirketlerinin riski yüksek grupları sigortalamak istememeleri, kişilerin var olan hastalıklarını sigorta şirketlerinden gizleyebilmeleri, bireylerin sağlık sigortasını satın aldıktan sonra tehlikeli davranışlarda bulunabilmeleri, şirketlerin sigorta tekelleri oluşturma ve rekabeti azaltma eğilimleri, adalet ve dayanışma kavramlarının öneminin azalması şeklinde sıralanabilir.¹⁰⁴

1.2.3.3 Cepten Ödeme ile Finansmana Katılım

Cepten yapılan harcamalar, hane halklarının veya hastaların ön ödeme mekanizmasının olmadığı durumlarda hizmetin karşılığının o anda doğrudan hizmet sunucularına yapıldığı, kaynak transferinin en basit ödeme şeklidir.¹⁰⁵ Her sağlık sisteminde var olan cepten ödeme sisteminin, sağlık ihtiyacına ne zaman nerede ihtiyaç duyulacağının ve maliyetinin ne olacağının bilinmemesi sebebiyle tek başına finansman yöntemi olarak tercih edilmesi uygun değildir. Cepten ödeme, bireyin mal ya da hizmeti aldığı anda ortaya çıkan maliyetin, devlet ya da geri ödeme kurumu tarafından

¹⁰³ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN, **a.g.m.**, ss. 143-144.

¹⁰⁴ İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, **Dirim Tıp Gazetesi**, s. 91-92.

¹⁰⁵ Hacer ÖZGEN ve Mehtap TATAR “Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 11. Sayı 1, 2008, s. 104.

ödenmeyen, bireyin doğrudan kendisinin ödeyerek yaptıkları sağlık harcaması şeklindedir.¹⁰⁶

1970'li yıllarda başlayarak sağlık harcamalarının sürekli ve hızlı bir şekilde artışı, dünyada yaşanan ekonomik daralma ülkeleri ek kaynak bulmaya yönlendirmiştir. Bu kaynak yetersizliğini karşılamaya yönelik olarak yeni cepten ödeme yöntemleri oluşturularak finansmana bireylerin de katılımı sağlanmıştır. Alma-Ata Konferansı'nda bütün vatandaşlara temel sağlık hizmetlerinin ulaşımı kabul görmüştür. Kaynakların yetersizliği, ek kaynak bulmaya yönelik tartışmalarını beraberinde getirmiştir. Ek kaynak önerileri olarak kaynakların daha verimli kullanımı, sağlığın özel sektöre açılımı ve kamu hizmetlerinden sağlanacak kullanıcı katkıları ele alınmıştır. Kullanıcı katkısının finansman yükü, sağlık durumu kötü ve geliri düşük kişileri olumsuz etkilediği görülmektedir. Böylelikle dayanışma azalmakta, riskin paylaşımı ve finansman yükünün tüm topluma yayılması engellenmektedir.¹⁰⁷

Modern sağlık hizmetlerinde cepten ödemeler, kullanıcı katkıları şeklinde yapılır. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri talebini düzenlemek ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemede etkili bir yöntemdir. Sağlık finansmanının cepten ödeme ile yapılması görüşünü destekleyenler kullanıcı katkılarının sağlık havuzuna ilave kaynak yaratacağı ve gereksiz talebi engelleyeceği görüşünü öne sürmektedirler. Cepten ödeme yönteminde bireyin geliri göz ardı edildiğinden hem risk koruma hem de hakkaniyet açısından olumsuz sonuçlar doğurur. Bireyin geliri ile sağlık statüsü arasındaki ilişkide ödeme yükünün gelir ve sağlık statüsü kötü olanlara yüklendiği görülür. Cepten ödeme yöntemine genellikle zorunlu durumlarda başvurulacağından bireyin geliri ile ilişkilendirildiğinde, daha verimli bir finansman yöntemi olacaktır.¹⁰⁸

Cepten ödeme, formal ödemeler (katkı-payı, doğrudan ödeme, ortak sigorta ve katılım eşikli katkı payı) ve informal ödemeler olmak üzere iki unsuru içerir. Formal ödemeler, kişinin sağlık hizmeti aldığı anda hizmetin karşılığını o ülkenin yasalarına ve düzenlemelerine göre ödemesidir. Katılımlı ödemeler ve doğrudan ödemeler formal

¹⁰⁶ Mehtap TATAR, **a.g.m.**, ss. 113-114.

¹⁰⁷ İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, **Dirim Tıp Gazetesi**, s. 90-91.

¹⁰⁸ Mehtap TATAR, **a.g.m.**, ss. 113-114

ödemedir.¹⁰⁹ Doğrudan ödemeler, sosyal güvence teminatı kapsamı dışında kalan hizmetler veya uzun bekleme süreleri nedeniyle sağlık hizmetine ulaşımın aksadığı durumlarda bedelinin tamamı için hizmet sunucusuna yapılan ödemedir.¹¹⁰

Katkı payları, kişilerin dâhil olduğu sağlık güvence programına göre aldıkları sağlık hizmetinin bedelinin belli bir miktarı için yaptığı ödemedir. Katılım eşikli katkı payı, bireyin dâhil olduğu sağlık güvence programının geri ödemededen faydalanabilmesi için eşik değer öncesinde bireyin ödeme zorunluluğu olan miktarıdır. Örneğin katılım eşikli pay 1000 TL olan birey sağlık hizmetleri için bir yıl boyunca 1000 TL ye kadar olan kısmını cepten öder, bu miktarı aşan kısım için geri ödeme kurumu devreye girer. Resmi olmayan ödemeler ya da informal ödemeler olarak da tanımlanan ödeme şekli, sosyal güvence kapsamında olan kişilerin sağlık hizmetinin ödemesinin yasal olarak yapıldığı sistemin dışında, hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir. Bu tür ödemeler nakdî ya da aynî (hediye ve aynî katkı) olarak yapılabilir. Sağlık çalışanlarına el altından verilen para informal nakit ödemedir. Çiçek, çikolata, hediye ya da laboratuvar tetkiki gibi dışarıdan sağlanan tedavi amaçlı mal ve hizmetler için yapılan ödemeler aynî katkı ödemeleridir.¹¹¹ Resmi olmayan ödemeler, sağlık teminatı kapsamında olan mal ve hizmetler için yapılan ekstra ödemeleri kapsayan kayda geçmeyen ve birçok ülkede kanun dışı bir uygulamadır. Temel nedeni hizmet sunucularını etkilemek ve daha iyi hizmet alma arzusudur.¹¹² İnformal ödemeler yasal ve yasa olmayan kavramını beraber içermektedir. Ülkelerin sağlık hizmetlerinin kapsamını belirleyerek kapsama dâhil olacak ya da olmayacakları, formal olarak ne kadar ücret alınacağını belirler. Teşekkür ve minnettarlık anlamında verilen hediye ödemeleri informaldır ve yasaldir (legaldir). Buna istinaden yasal olarak ödeme yapılmaması gereken durumlarda sağlık çalışanlarına verilen para yasal değildir (ilegaldir) ve informaldır. Bu durum diğer bir ifadeyle “Her informal ödeme illegal değildir, ancak her illegal ödeme informaldır.” şeklinde ifade edilebilir.¹¹³

¹⁰⁹ ÖZGEN ve TATAR **a.g.m.**, s. 104.

¹¹⁰ İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, **Dirim Tıp Gazetesi**, s. 90-91.

¹¹¹ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN, **a.g.m.**, s. 147.

¹¹² İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, **Dirim Tıp Gazetesi**, s. 90-91.

¹¹³ ÖZGEN ve TATAR **a.g.m.**, s. 105.

1.2.3.4 Diğer Ödemelerle Finansmana Katılım

Sağlık harcamalarının finansman kaynaklarına ek katkılar; kredi, bağış, tıbbî tasarruf ve yardımlar yoluyla gerçekleşir. Finansman kaynak sunucuları arasında yabancı firmalar, uluslararası sağlık örgütleri ve yabancı ülkeler yer alır. Dini örgütler, yabancı ülkeler, ülkedeki vatandaşlar ve firmalar sağlık araç ve gereçleri ya da sağlık için gerekli olan bina ve arsa bağışlamaktadır. Avrupa Birliği G-8, NAFTA ülkeleri gibi örgüt ya da organizasyonlar, üye ülkelere sağlık hizmetleri için proje kredileri vermektedirler. Bu finansman kaynakları düzenli olmayıp diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi sağlık finansmanında ağırlıklı bir yere de sahip değildir.¹¹⁴

Tıbbî tasarruf hesapları sağlık finansmanına katkı sağlaması sebebiyle diğer finansal ödemeler kısmında değerlendirilmektedir. Tıbbî tasarruf hesabında bireyler, yalnızca sağlık harcamaları için özel tasarruf hesaplarına zorunlu ya da gönüllü olarak kendi banka hesaplarına katkı yaparlar ve zamanı gelince kendileri için kullanım yaparlar.¹¹⁵ Bireysel olarak açılan hesaplarda kişiler sağlıklı ve genç iken zorunlu tasarruf yaparlar. Biriken bu paralar, hastalandığında yatış hizmetlerinde harcanır. Her bireyin kişiye özgü hesabı vardır ve yalnızca hesap sahibince kullanılabilir. Tıbbî tasarruf kişinin sağlık harcamalarındaki fiyata duyarlı olmasını sağlar ve gereksiz sağlık hizmet talebini engellemiş olur. Ancak risk havuzlamasının olmaması nedeniyle biriken para, pahalı sağlık hizmetlerini sağlamada yetersiz kalabilir.¹¹⁶ Tıbbî tasarruf hesabı, bireylerin sağlık harcamalarını kontrol etmeyi ve gelecekteki sağlık harcamaları için para biriktirmeyi amaçlayan vergiden muaf bir hesaptır. Tıbbî tasarruf hesabı ileriki zamanlarda ortaya çıkabilecek hastalıkların meydana getireceği maliyetlere karşı güvence sağlar. Talep odaklı bir yaklaşım olan tıbbî tasarruf hesabına bireyler veya işverenler ya da her ikisi beraber katkı sağlayabilir. İlk kez 1984 senesinde Singapur'da kurulan tıbbî tasarruf hesabını ileriki zamanlarda Güney Afrika, ABD, Çin, Kanada gibi

¹¹⁴ ORHANER, a.g.e., s. 100.

¹¹⁵ GÜVERCİN, MİL ve TARIM, a.g.m., s. 85.

¹¹⁶ Emine ORHANER, "Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü" **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, Cilt 3. Sayı 3, 2017, s. 403.

lkeler de uygulamaya başlamıştır. Diğer finansman yöntemi olarak desteklenen tıbbî tasarruf hesap uygulamaları, ülkeden ülkeye farklılık gösterir.¹¹⁷



¹¹⁷ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN, **a.g.m.**, s.145.

2.BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK KAPSAMINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

2.1 Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik Sistemleri

Çağdaş toplumların ortak özellikleri ve hedefleri sosyal devlet, sosyal hukuk ve adalet ilke ve kurumlarının uygulamaya geçirilmesidir. Sosyal güvenlik, bunu sağlayabilmek için önemli bir araçtır. Sosyal güvenliğin sağlanması için esas sorumluluk devletin üzerindedir.¹¹⁸ Devlet, insan için bazı şeyleri yapma zorunluluğuna sahip olmakla beraber her şeyi yapma sorumluluğunda değildir. Devlet sefaleti, hastalığı ve işsizliği mümkün olduğunca önlemelidir. Bunu yaparken her birey kendi sorumluluğunu bir tarafa bırakmamalı, kendi geleceği için hayat mücadelesine devam etmelidir. Önemli bir sorumluluk olan sosyal güvenlik, insanlığın derin ve ezeli ihtiyacıdır. Sosyal güvenlik, ülke halkının bugününden ve yarınından emin olma ihtiyacını güven altına almayı amaçlayan kurumlar bütünü olarak da ifade edilmektedir. Başka bir görüşe göre sosyal güvenlik, sosyal risklerin doğuracağı giderlerin karşılanması için ödeme örgütlenmesinin tam ve uyumlu olmasıdır. Sosyal risklerden kurtulmak için çaba gösterip var olan örgüt desteği ile bu risklerin zararlarını karşılamaktır.¹¹⁹

Meslekî, sosyo-ekonomik ve fizyolojik nitelikteki risklere karşı bireyleri korumayı ve riskin gerçekleşmesinde ortaya çıkan zararları gidermeyi amaçlayan sistemi ifade eden sosyal güvenlik, 1961 Anayasası ve günümüz anayasasında yer alan sosyal devlet ilkesidir. 1961 Anayasası'nda, sosyal güvenlik hakkı herkesin sahip olduğu bir haktır. Devlet bu hakkı vatandaşlarına sağlamak için gerekli olan sosyal sigorta ve sosyal yardım sistemini kurmak ve kurdurmakla görevlidir. Bu kanunda,

¹¹⁸ Ali N.YÜCEL, "Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri", **Reasürör Dergisi**, Sayı 17, s. 19.

¹¹⁹ Cahit TALAS, **Sosyal Ekonomi**, 3.Baskı, Ankara: Sevinç Matbaası, Ankara Üniversitesi İBF Yayınları, 1972, ss. 526-528.

sosyal devlet kavramına anlam katan temel ilkelere birinin sosyal güvenlik olduğu açıkça ifade edilmiştir.¹²⁰

2.1.1 Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik, toplumda yaşayan insanların kimseye muhtaç olmayacak şekilde asgarî yaşam standardını garanti altına alarak temel ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Bu şekilde bireylere verilen destek, bireysel özgürlüklerinin teminatı olmaktadır. Dünyadaki en gelişmiş ülkelerden en geri kalmış ülkelere kadar birçok ülkede, yeterli ya da yetersiz mutlaka bir sosyal güvenlik sistemi vardır.¹²¹ Sosyal güvenlik, bireylerin karşı karşıya kalmış olduğu sosyal riskler nedeniyle ortaya çıkmış bir olgudur. Bir başka deyişle sosyal güvenlik, tehlikenin zararlarına karşı verilen mücadelenin adıdır. Çağdaş uygarlığın simgesi olan evrensel ilkeye dönüşen sosyal güvenlik, insanların kendileri ve aile fertlerinin karşılaşacağı tehlikelere güvence arayışının ürünüdür.¹²² Sosyal güvenliğin varoluş nedeni, tehlikeyle karşılaşıldığında asgarî bir güvence sağlamaktır. Oldukça dinamik bir yapı özelliğine sahip sosyal güvenlik, sosyal politikaları ve sistemleri kapsayacak şekilde işlevini yerine getirmektedir. Dinamik nitelikli olması, sosyal korumanın amaç ve kapsamını genişletmekte ve böylelikle sosyal politika ile sosyal güvenliğin bütünleşmesini sağlamaktadır. Sosyal güvenlik, sosyal politikalar ve sosyal güvenlik sistemlerini yönlendirici işleve sahiptir.¹²³

Yazgan'a göre sosyal güvenlik, tehlikelerin doğuracağı zararlardan fert ve toplumun kurtulma garantisine sahip olmasıdır. Sosyal güvenlik bir ihtiyaçtır.¹²⁴ Sosyal Güvenlik kavramı, 1929 yılındaki ekonomik buhrandan sonra ilk kez ABD'de kullanılmaya başlanmıştır. 1948 yılında İnsan Hakları Beyannamesi'nde Sosyal Güvenlik kavramı evrensel bir nitelik kazanmıştır.¹²⁵

¹²⁰ Ercan GÜVEN, **Sosyal Sigortalar**, Eskişehir: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları, 1976, s. 1.

¹²¹ Sevinç AKBULAK ve Yavuz AKBULAK, **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri**, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Alınması Gereken Önlemler" 17.Baskı, Ankara: Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, 2004, ss. 1-2.

¹²² Mehmet BULUT "Kayıt dışı İstihdamın Ortaya Çıkmasında Sosyal Güvenlik Bilinci Eksikliği Ve Sosyal Güvenlik Ahlakı", **HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi**, Cilt 2, Sayı 4, 2013, s. 89.

¹²³ Ali GÜZEL ve Ali Rıza OKUR, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 2.Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi, 1990, ss. 1-5.

¹²⁴ Turan YAZGAN, **Sosyal Sigorta**, İstanbul: Fatih Gençlik Vakfı Yayınları, 1977, s. 34.

¹²⁵ AKBULAK ve AKBULAK, **a.g.m.**, ss. 1-2.

Sosyal güvenlik sistemi, kişilerin iradeleri dışında karşılaştığı tehlikelerden korunmak amacıyla çeşitli müesseselerin vücut bulmuş halidir. Bu müesseselerin hukukî temellere dayandırılması, devlet tarafından yönetilmesi ve korunması sosyal güvenlik sistemi olgusunu meydana getirmektedir. Sanayi devriminden sonra sosyal güvenlik sisteminde önemli köklü değişiklikler olmuştur. Almanya’da işçilerin ağırlıklı olarak yer aldığı bir sistem ortaya çıkmıştır. İşçilerin ağır çalışma koşullarında çalışması, işçilerin sağlık ve çalışma şartları altında güvenliğine önem verilmemesi çok sayıda işçinin hayatına mal olmuştur. Ekonomik liberalizmin işçi sorunlarına çözüm getirememesi işçi örgütlenmesini meydana getirmiştir. İşçi sınıflarının başlangıçta üretim aracı olarak görülmesi, zamanla sendikalaşmaya ve sosyal güvenlik sisteminin ortaya konulmasına yol açmıştır. Almanya’da 1877 yılında Bismarck’ın önerdiği sistem ile ilk sosyal güvenlik sisteminin temeli atılmıştır.¹²⁶

2.1.2 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri

1982 Anayasasının 56. maddesinin birinci bölümünde Ulusal Kaynaklarda Sağlık Hakkı başlığı altında değinilmiştir. Bu maddede, sağlık hizmetleri devletin sorumluluğu altında sunulan hizmet olmaktan çıkarılmıştır. Sağlık kuruluşları devlet tarafından tek elden planlanıp, kuruluşların verdiği hizmetlerini düzenlemek devletin sorumluluğundadır.¹²⁷ Aynı Anayasa’nın 60’ıncı maddesinde “Sosyal Güvenlik Hakkı” başlığı altında ise herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu, devletin sosyal güvenliğin sağlanması için gerekli tedbirleri aldığı ve bunun için gerekir teşkilatları kurduğu hükmü bildirilmiştir.¹²⁸

Toplumdaki tüm bireyleri kapsayan, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarına cevap verecek güce sahip sistemler bütünü olan sosyal güvenlik amaçlarına ulaşabilmek için iki ana araç vardır. Bunlardan birincisi primli uygulama olan sosyal sigortalar, ikincisi ise primsiz uygulama olan sosyal yardım ve hizmetlerdir. Uygulamada sosyal sigorta ağırlıklı bir yere sahiptir.¹²⁹ Devlet bu iki sosyal güvenlik aracını belli politikalara göre

¹²⁶ BULUT, a.g.m., s. 90.

¹²⁷ Abdullah ÖZDEMİR ve Hatice EROL “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt 4. Sayı 1, Ocak 2014, s. 11.

¹²⁸ AKBULAK ve AKBULAK, a.g.e., s. 21.

¹²⁹ ORHANER, a.g.e., ss. 116-118.

toplum yararı için işlevsel hale getirir. Sosyal sigortanın bir nevi tamamlayıcı konumunda sosyal yardım ve hizmetler yer almaktadır.¹³⁰

Ülkemizde gerek prim esasına dayalı gerekse prim esasına dayalı olmayan birçok sosyal güvenlik kurumu vardır. Bu kuruluşlar düzenleyici ve tamamlayıcı rol üstlenirler.¹³¹ Ülkede bu amaçla kurulmuş kurumlar;

Primli Sosyal Güvenlik Kurumları: Emekli Sandığı, Vakıf Statüsündeki Sosyal Sigorta Sandıkları, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu, OYAK ve Amele Birliği.

Primsiz Sosyal Güvenlik Kurum ve Kuruluşlar: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 65 Yaş Kanunu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Yeşil Kart Uygulaması, Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu.¹³²

Toplumun tamamını kapsayan genel sağlık sigortası, aynı zamanda sosyal sağlık sigortasıdır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş ancak bazı maddeleri değişikliğe uğramıştır. 5510 sayılı Kanun'la, eski mevzuatta SSK'ye tâbi olanlar, 4.maddenin (a) bendi kapsamına, Bağ-Kur'a tabi olanlar 4.maddenin (b) bendi kapsamına ve Emekli Sandığına tabi olanlar 4.maddenin (c) bendinde sigortalı olarak kabul edilmektedir. Prim toplama esasına dayalı faaliyetlerini yürüten Sosyal Sigortalar Kurumları, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SGK çatısı altında birleştirilmiştir. Bu kanun ile Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun tüzel kişilikleri ortadan kaldırılmış ve bu kuruluşlar Sosyal Güvenlik Kurumu olarak birleştirilmiştir.¹³³

Sağlık sigortası mevzuatı üzerine yapılan çalışmalar, 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabul edilmesiyle son bulmuştur. Böylelikle Emekli Sandığı İştirakçisi, SSK ve Bağ-Kur sigortalıları, 5510 sayılı kanunla yalnızca sigortalı olarak adlandırılmaya başlanmıştır.¹³⁴

¹³⁰ GÜVEN, a.g.e., s. 2.

¹³¹ AKBULAK ve AKBULAK, a.g.e., s. 23.

¹³² YÜCEL, a.g.m., s. 18.

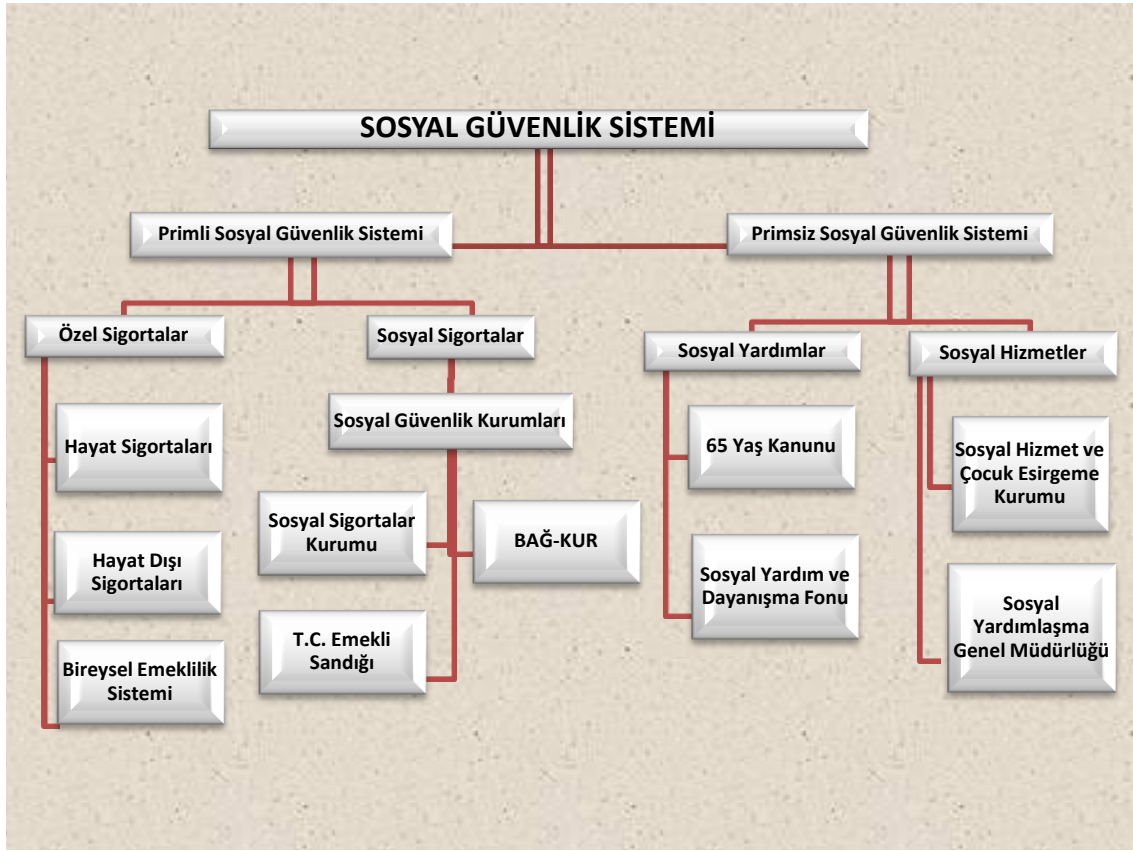
¹³³ ORHANER, a.g.e., ss. 125-132

¹³⁴ ORHANER, a.g.e., s. 139

Sosyal güvenlik sistemi, primsiz ve primli sistem olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır.

Sosyal güvenlik kurumları altında toplanan kanunla kurulmuş olan Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu ülkemizdeki sosyal sigortalar görevini yerine getirir ve devlet adına sosyal güvenliğı sağlamaktadırlar.¹³⁵

Aşağıda ülkemizde sosyal güvenlik sistemi Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Sistemi

Kaynak: ORHANER, a.g.e., s.119.

2.1.2.1 Primli Sosyal Güvenlik Sistemi

Primli sosyal güvenlik rejimleri, sigortalıların primleri ile finanse edilir. Belli çalışma karşılığında çalışanın ve işverenin ödediğı primler ile kendi adına çalışanların kendi imkânlarıyla ödediğı primler karşılığında sağlanan yardımları kapsar. Bu gruba

¹³⁵ ORHANER, a.g.e., s. 121

belli şartlar altında çalışmayan kişilerin, isteğe bağlı yaptırdığı sigortalar dâhildir. Primli sistem, uzun vadeli sigorta kolları ile kısa vadeli sigorta kollarını kapsamaktadır.¹³⁶

2.1.2.1.1 Türkiye’de Sosyal Sigortalar

Diğer sigorta çeşitleri gibi sosyal sigorta da tehlikenin kendisiyle değil zararlarıyla mücadele için var olmuştur. Aslında hastalıkları önlemek, insana verdiği zararı ortadan kaldırmaktan daha akıllıca ve ucuz bir yoldur. Önceden beri hastalıklarla mücadele edilmesine rağmen herkesi hastalıktan uzak tutmak mümkün olmamıştır. Bu sebeple hastalığın insana verdiği zararlarla mücadele yoluna girilmiş ve sosyal sigorta, bu görevi üstlenmiştir.¹³⁷

Sosyal sigorta, fizyolojik, sosyal, ekonomik ve meslekî risklerden dolayı kazancı ve geliri azalmış kişilerin yaşam ihtiyaçlarını karşılayan, devlet güvencesi altında olan sigorta sistemidir.¹³⁸ Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), 28 Haziran 1952 tarih ve 102 sayılı sözleşmede, sosyal risk olarak adlandırılan olayların listesini vermekte ve üye ülkelerden belirli risklere karşı sosyal korumanın sağlanmasını istemektedir. Bu sosyal riskler, analık, hastalık, iş kazası ve meslek hastalıkları, yaşlılık, sakatlık, işsizlik, ölüm, nakdî yardımlar ve ailevî yardımlardır.¹³⁹ Tehlikelerin hepsini sosyal güvenlik kapsamına almak mümkün değildir. Sosyal güvenlik, tehlikeleri çeşitli gruplara ayırmıştır. Bunlardan biri vadelerine göre tehlikelerdir. Vadelerine göre tehlikeler kısa vadeli tehlikeler, uzun vadeli tehlikeler ve aile gelirinin yetersizliği olarak sınıflandırılır. Bu tehlikeler beraberinde sigorta kollarını meydana getirmiştir. Uzun vadeli sigorta kollarında yaşlılık, ölüm, maluliyet yer alırken, kısa vadeli sigorta kollarında işsizlik, hastalık, analık sigortaları ve aile gelirinin yetersizliği yer alır.¹⁴⁰ Uzun vadeli sigorta kolları çeşitli faktörlere bağlı olarak nesiller arası gelir transferini sağlar. Kısa süreli sigorta kollarında tekerrür etme durumu vardır. Sigortalılık durumu

¹³⁶ Recep LEVENT, Dünya ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Gelişimi, 23.02.2013, <https://www.isvesosyalguvenlik.com/dunyada-ve-turkiyede-sosyal-guvenligin-gelisimi/> (04.05.2019).

¹³⁷ YAZGAN, a.g.e., s. 132.

¹³⁸ ORHANER, a.g.e., s. 120.

¹³⁹ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s. 2.

¹⁴⁰ YAZGAN, a.g.e., ss. 34-35.

devam ettiği sürece tehlikelerle karşılaşmak mümkündür. Bu sebeple tehlikenin uzun ya da kısa sürmesi riskleri sınıflandırmıştır.¹⁴¹

Sosyal sigortanın kaynağı ve kapsamı kanunla belirlenmiştir. Sigortadan yararlanabilmek için belli bir statüde olmak gerekir. İşçi niteliğine sahip olmak ya da kamu çalışanı olmak örnek verilebilir. Sigortalı, iradesi dışında sigortaya tabi olur. Sigortacıyı seçme, sözleşme içeriğini belirleme serbestisi yoktur. Ayrıca sigorta süresi devamlıdır ve sigortalının sigorta yaptırmaktan vazgeçmesi sigortalı olduğu sürece mümkün değildir.¹⁴²

Sosyal sigortanın temel ilkesi olan zorunluluk ilkesinde sözleşmeye dayanmadan sigorta ilişkisi kanun gereği kurulur. Sosyal sigortanın getirdiği haklar, kişilerin serbest iradelerine ve isteklerine bakılmaksızın hukukî bir zorunluluk olarak uygulanmaktadır.¹⁴³ Prim ödemeye dayanan sosyal sigortalar başlangıçta yalnızca riski fazla olan işçi sınıfını kapsamaktaydı fakat zamanla işçi gruplarının artmasıyla kapsamı genişlemiş ve işçiler dışındaki şahısları da kapsamıştır. Sosyal yardımlar da aynı şekilde yalnızca fakir kimseleri kapsarken zamanla maddi ve manevi ihtiyaç sahipleri de sisteme dâhil olmuştur.¹⁴⁴

2.1.2.1.2 Uzun Vadeli Sigorta Kolları

Uzun süreli sigorta kolları malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarıdır. Uzun süreli sigorta kollarına giren riskler kalıcı ve sürekli olduğundan, sigortalılar için öngörülen yardımlar süreklilik özelliği taşır.¹⁴⁵

2.1.2.1.2.1 Malullük Sigortası

Maluliyet, ilerlemiş yaşlılık durumu veya iyileşmesi mümkün olmayan hastalığa sahip olma olarak tanımlanabilir. Kısaca sürekli iş göremezlik durumda olmaktır ve diğer sosyal riskler gibi ekonomik sorumluluk doğurur.¹⁴⁶ Maluliyet

¹⁴¹ YAZGAN, a.g.e., s. 256-257.

¹⁴² ORHANER, a.g.e., s. 120

¹⁴³ Yalçın BOSTANCI, “Sosyal Güvenlik Hukukunda İsteğe Bağlı Sigortalılık”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı. 12, 2004, s. 1.

¹⁴⁴ TALAS, a.g.e., s. 545.

¹⁴⁵ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., ss. 264-265.

¹⁴⁶ TALAS, a.g.e., s. 526.

sigortası, uygulanan Sosyal Güvenlik sisteminde önemli bir konuma sahip toplumsal risklerden biridir. Çalışma kabiliyetini tamamen veya kısmen kaybeden kimseye geçim imkânı sağlayan, sosyal sigorta tarafından güvence altına alınan risktir. Bu kimselere malullük süresince parasal yardım yapılabilirdiği gibi malullük sebebiyle işinden yoksun kaldığından yeni bir işe yerleştirilerek topluma kazandırılabilir. Bu süre içinde kendisine ödenek verilebilir ya da yardım şekilleri birlikte uygulanabilir.¹⁴⁷ Uzun süreli yardım yapan sigorta kollarında yer alan malullük sigortası, ekonomik sarsıntı yaşayan sigortalıya maddi destek sağlamaktadır. Sigortalının sakatlığı süresince mahrum kaldığı geliri maluliyet sigortası tarafından temin edilir.¹⁴⁸

2.1.2.1.2.2 Yaşlılık Sigortası

Faal hayattan çekilmiş üretime katkı sağlayamayacak kadar yaşı ilerlemiş kişileri korumayı, kendi haline bırakmamayı sağlar. Yaşlılık sigortası iki düşünceyi doğurur. Birincisi yaşlılığın maluliyet sayılmasıdır ve her insan uzun süre yaşadıktan sonra bu durumla mutlaka karşılaşır. İkinci düşünce, uzun yıllar toplum için çalışmış hizmet etmiş kimselerin yaşlılık aylığı almaya hak kazandığı görüşüdür.¹⁴⁹ Yaşlılık sigortası, yardımları uzun süreli olan sosyal sigorta türü olup, belli yaşa ulaşmış, çalışma gücü azalan sigortalı kişiye çalışma hayatına devam etmeden yaşamını sürdürme ve dinlenme imkânı sağlamaktadır.

Yaşlılık riskinin diğer sosyal risklerinden farkı oldukça değişken olmasıdır. Kişiye ülkeye hatta çalışılan iş koluna göre değişim gösterir. Yaşlılık sigortası risklerinin diğer sosyal sigorta risklerinden farkı gerçekleşmesinin kesin olarak bilinmesine rağmen kişi üzerindeki etkisinin belirsiz olmasıdır. Yaşlılık sigortası uygulamasında genellikle takvim yaşı yani kişinin doğum tarihi esas alınır. Bu yaş sınırını geçen kişi biyolojik olarak çalışma gücü yerindeyse bile yaşlı sayılarak yaşlılık sigortası kapsamına girer. Esas alınacak yaş sınırının saptanması oldukça güçtür.¹⁵⁰ Uzun yıllar çalıştıktan sonra yaşlanan ve yorulan sigortalının, çalıştığı süre boyunca yaptığı tasarruflarla yaşlılık süresince geçimini sağlaması pek de mümkün

¹⁴⁷ GÜVEN, a.g.e., s. 136.

¹⁴⁸ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s. 265.

¹⁴⁹ TALAS, a.g.e., ss. 526-527.

¹⁵⁰ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., ss. 290-291.

görünmemektedir. Bunlara sebep, sigortalının gençlikte yaşlılık riskini önemsememesi, tasarruf yetenek ve alışkanlığının olmamasıdır. Tasarruf yapılsa dahi para değerindeki kayıplar kişisel güvencenin faydasını azaltmada etkili unsurdur. Bu bakımdan belli hizmet süresi ve yaşı dolduran sigortalı yaşlılık dönemini sosyal güvence ile teminat altına almaktadır. Ülkelerin, yaşlılık kavramına göre sistemlerinde farklılıklar olmakla beraber bu risk korunmuştur. Bu sosyal güvence yaşlıların işten ayrılmalarını sağlayacak böylelikle daha verimli çalışacak gençlerin önünü açarak sosyal ve ekonomik faydanın oluşmasına imkân tanıyacaktır.¹⁵¹

2.1.2.1.2.3 Ölüm Sigortası

İş kazası ve meslek hastalığı riskleri dışındaki ölümlerde geride kalan hak sahiplerine sigorta sistemi içinde korunmaları amacıyla bir takım parasal nitelikli yardım yapılmasıyla sağlanan güvencedir.¹⁵² Ölüm sigortası, geçimlerini sigortalıdan sağlayanları güvence altına alan sosyal bir risktir. Sosyal güvenlik hukukunda ölüm iki ayrı sigorta dalında bulunmaktadır. Sigortalı, iş kazası ve meslek hastalığı sebebi ile vefat ederse bakmakla yükümlü olduğu eşi, çocuğu, anne ve babasına gelir bağlanır. İkinci durum ise bunlar dışındaki bir nedenle ölüm olayı gerçekleşirse bağımsız sigorta olan ölüm sigortası hükümleri uygulanır.¹⁵³

2.1.2.1.3 Kısa Vadeli Sigorta Kolları

Kısa vadeli sigorta uygulamalarında sigortalı işe başlar başlamaz meydana gelebilecek risklere karşı sigortalının veya yakınlarının korunması amaçlanır. Kısa vadeli denmesi çalışma hayatının her aşamasında gerçekleşme ihtimalinin olmasıdır. Kısa vadeli sigortaları nitelikleri yönünden “Meslekî Risk” ve “Sosyal Risk” sigortaları olmak üzere iki şekilde değerlendirebilir. Meslekî riskler, iş kazaları ile meslek hastalıkları sigortaları iken sosyal riskler; hastalık ve analık sigortalarıdır.¹⁵⁴

¹⁵¹ GÜVEN, a.g.e., s.142.

¹⁵² GÜVEN, a.g.e., s.146.

¹⁵³ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s.334.

¹⁵⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu, www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is_kazasi_ve_meslek_hastaligi/kisa_vadeli_sigorta_kollari (02.05.2019).

2.1.2.1.3.1 İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası

İşçilerin, meslek risklerine karşı güven içinde bulunmalarını sağlayan ve bunu hak olarak tanıyan hukuk ilkesinin fiili bir uygulamasıdır. Uygulama; sağlık yardımları, geçici ve iş göremezlik hallerinde yapılan yardımlar ve ölüm halinde geride kalan hak sahiplerine gelir amaçlı aylık bağlanması şeklinde olur.¹⁵⁵ Ülkemizde ilk kez, 1945 senesinde, 4772 sayılı İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. 1964 yılında bu kanun 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu içinde bir araya getirilmiştir.¹⁵⁶ Günümüzde ise 2007 yılında ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda yer almaktadır. Bu sigorta kolu dünyada en yaygın uygulanan, sosyal sigorta kapsamında yer almış ve nüfus kapsamı yönünden en fazla genişlemiş sigorta koludur. Başlangıçta bu tehlikeye karşı tazminat ödemesi işverene zorunlu olarak yüklenmiş, ileriki zamanlarda sigorta mahiyeti kazanmıştır.¹⁵⁷

2.1.2.1.3.2 Hastalık Sigortası

Sigortalı, hastalıkları için çalışmadığı süre boyunca gelir kaybına uğradığı gibi bakım ve tedavi maliyetleri ile karşı karşıya kalır. Hastalığın başlangıç süresi ve tedavi masrafları belirsiz ve değişkendir. Ortaya çıkan sağlık maliyetleri için normal aile bütçesi ve kişisel tasarruflar yetersiz kalabilir. Bu bakımdan riskin mali yükünü sigorta yöntemi ile topluma yaymak sosyal güvenliğin etkili bir yöntemidir. Ülkemizde sosyal sigortalar uygulaması içinde hastalık sigortası oldukça önemli bir yere sahiptir.¹⁵⁸ Sosyal bir risk olan hastalık olayının, bireyin ekonomik imkânlarına etkisi iki şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar, geçici iş göremezlik sebebiyle kişinin gelir elde edememesi ve sağlık giderleri sebebiyle gider artırımını oluşturmaktır. Hastalık sigortası bu iki olumsuz etkiyi parasal yardım ve sağlık yardımı şeklinde ortadan kaldırma ya da azaltmaya yöneliktir. Bu amaç yalnızca sigortalı için değil sigortalının bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerini de kapsar.¹⁵⁹ Hastalık sigortası ile belli bir düzeyde kazanç elde eden bütün işçiler kapsama dâhildir ve finansmanı devlet, işçi ve işverenin

¹⁵⁵ GÜVEN, a.g.e., ss. 113-114.

¹⁵⁶ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s. 177.

¹⁵⁷ YAZGAN, a.g.e., s. 75.

¹⁵⁸ GÜVEN, a.g.e., s. 128.

¹⁵⁹ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s. 233.

katkısı ile sağlanır. Ayrıca hastalık sigortası kapsamında verilen sağlık ödeneği, sigortalının ücretinin belli oranındadır.¹⁶⁰

2.1.2.1.3.3 Analık Sigortası

Kadının doğal görevlerinden biri neslin sürekliliğini sağlamaktır. Annelik görevini yerine getirebilmek için doğumun fizyolojik, sosyal ve ekonomik risklerine karşı tedbirleri almak, sosyal güvenlikle olanak bulmaktadır. Çalışma hayatında korunan kadınların analık halinde de sosyal sigortalar ile korunduğu görülmektedir.¹⁶¹ Doğum olayı öncesi, sonrası ve olağandışı durumlar bazı giderleri beraberinde getirmekte ve sigortalı annenin, belli bir zaman çalışmamasından dolayı gelir kayıpları meydana gelmektedir. Ortaya çıkan gider fazlalığını ve gelir kayıplarını sigortalının kendi olanaklarıyla karşılaması oldukça güçtür. Sosyal sigorta, gider artışlarını önlemeye imkân vermekte ve sigortalıya ekonomik güvence sağlayarak sosyal sigorta kapsamında bu hizmeti sunmaktadır.¹⁶²

2.1.2.1.3.4 İşsizlik Sigortası

İşsiz, iradesi dışında işinden ayrılmış, çalışma gücü ve arzusuna sahip iş arayan insandır. İşsizlik sigortası, çalışma gücü yerinde olan kişilerin kazancını kesen tehlikenin sosyal sigorta ile teminat altına alınmasıdır. İşsizlik, sosyal sigortalar için veri oluşturur. Sosyal sigorta, işsizleri belirleyip, iş ve işçi bulma kurumlarına kaydettirip yönlendirmeler yapmaktadır. Bu şekilde sosyal sigortalar, kendi yüklerini hafifletecek tedbirlere başvurur. İşsizin hakkını koruyacak, işten çıkarılmasını güçleştirecek toplu sözleşmeler ve kanunî birçok tedbirler vardır. Örnek olarak kıdem tazminatı verilebilir.¹⁶³ Diğer sigorta kollarına göre dünyada en geç kurulan ve gelişen sigorta kolu, işsizlik sigortasıdır. İşsizlik tehlikesinin doğurduğu zararlar kişi ve toplumlarda bir takım ihtilaflar meydana getirmekte, sosyal ve ekonomik birtakım zararları daha genişletmeye sebebiyet vermektedir.¹⁶⁴ Ekonomik buhranların işsizlik sayısını arttırdığı görülmüştür. İşçi üretici durumdan tüketici duruma geçebilir. İşsizlik

¹⁶⁰ TALAS, a.g.e., s. 535.

¹⁶¹ GÜVEN, a.g.e., ss. 131-132.

¹⁶² GÜZEL ve OKUR, a.g.e., ss. 253-254.

¹⁶³ YAZGAN, a.g.e., ss. 180-182.

¹⁶⁴ YAZGAN, a.g.e., ss. 77-78.

sigortası sanayi ve ticari kesimdeki işçileri kapsar ve devlet tarafından yönetilir. Finansmanı ise işçi, işveren primleri ve devlet yardımları ile gerçekleşmektedir. Ödenek oranları cinsiyete ve yaşa göre değişiklik gösterir.¹⁶⁵ Günümüz işsizlik sigortalarının temelini sendikaların Avrupa’da işsiz üyelerine ödedikleri ödenekler oluşturur. İşverenlerin, yapılan işin istikrarını sağlamak, işçi sadakatinin artmasına imkân vermek ve işçi vasıflarını kaybetme tehlikelerini önlemek için işsizlik programlarını destekleri bilinmektedir. Globalleşen dünyada birçok ülkede geniş kapsamlı zorunlu işsizlik sigortası mevcuttur. Bazı ülkelerde seçme esasına dayalı faaliyetler gösterir.¹⁶⁶ İşsizlik başlı başına bir risk olup devlet, bu riske karşı Avrupa Sosyal Şartı’nın 12.maddesi, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 22.maddesi ve ILO (Uluslararası Çalışma Örgütü) sözleşmesi gereğince vatandaşlarını korumakla yükümlüdür.¹⁶⁷

2.1.2.1.4 Genel Sağlık Sigortası

Ülkemizde sosyal güvenlik mevzuatı olan 5510 sayılı Kanun’la düzenlenen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, kişileri güvence altına almaktadır. Bu kanun, sigortadan yararlanacak kişileri, bu kişilere sağlanan hakları, bu haklardan faydalanma şartlarını, finansman yöntemlerini, sigortanın işleyiş ve esaslarını düzenlemektedir.¹⁶⁸

Genel Sağlık Sigortası’nda bireylerin kamu sağlık kuruluşları ve kamu sağlık sigortadan yararlanabildiği bunun yanı sıra özel sağlık sigortasından faydalanarak özel sağlık kuruluşlarına da başvurabildiği ancak bu imkândan yararlanabilmek için ek ödeme yapmak zorunda olduğu yarı özel, yarı kamu bir sistemin uygulandığı görülmektedir. Primlerini ödeyen vatandaşların, GSS ile kamu sağlık kuruluşlarında bütün sağlık hizmetlerini aldığı ve bütün sağlık giderlerinin sigorta sistemi tarafından karşılandığı bir model beklemesi oldukça olağandır. Sağlık hizmetleri, tüm yurttaşların temel hakkı olduğundan bu hizmetin genel bütçeden finanse edilerek vatandaşa ücretsiz sunulması kısaca sistemin kapsayıcı sağlık hizmeti yaklaşımı ile faaliyet göstermesi vatandaşların beklentisidir. Ancak Genel Sağlık Sigortası modeli, prim ödeyenlerin belli sağlık

¹⁶⁵ TALAS, a.g.e., s. 537.

¹⁶⁶ YAZGAN, a.g.e., s. 78.

¹⁶⁷ Mikail ALTAN ve İsmail ASLANLAR, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli” *Reasürör Dergisi*, Sayı 42, Ekim 2001, s. 20.

¹⁶⁸ ORHANER, a.g.e., s. 123.

hizmetlerinden faydalandığı, prim ödeyemeyecek durumda olanların standart sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için sosyal yardım mekanizmasına dâhil olduğu, sistemin sunduğu standart sağlık hizmetlerini aşanların da özel sağlık sigortası yaptırarak özel sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği liberal bir model sunmaktadır.¹⁶⁹ Bu model kamu hastanelerinin standart sağlık hizmetlerinden yararlanacak geniş bir toplum kesimi, hiçbir güvencesi olmayan sistem dışı kalmış kesimi ve özel sigorta ve hastanelere yönlendirilen orta ve üst düzey gelir gruplarını oluşturan üçlü bir yapıyı meydana getirmektedir. Dolayısıyla yürürlüğe alınan sağlık modeli gelir grupları farklılığından dolayı eşitsizliğe ve tüm toplumu kapsama alma açısından sorunlu görünmektedir.¹⁷⁰

2.1.2.1.5 İsteğe Bağlı Sigorta

Türkiye’de 5510 sayılı Kanunu’nun 50. maddesine göre, herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmayan kişilere genel sağlık sigortası ve uzun süreli sigorta kollarına tabi olmaları imkânı sağlayan prim ödemeli bir sistemdir. Bu sistemde sigortalı olabilmek için, Türkiye’de ikamet edenler ile Türkiye’de ikamet etmekte iken sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmamış ülkelerdeki Türk vatandaşlarından;¹⁷¹

- ✓ Türkiye’de uygulanan 5510 sayılı Kanun’a göre zorunlu sigortalı olma şartları dışında kalmak,
- ✓ Sigortalının ay içinde otuz günden az çalışması veya tam gün çalışmaması şartını taşımak,
- ✓ 18 yaşını doldurmuş olmak,
- ✓ Kendi sigortalılıkları nedeniyle Türkiye’de malullük ve yaşlılık aylığı almamak şartları aranmaktadır.

2.1.2.2 Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi

Primsiz sistem, çalışmaya ve prim ödenmesine bağlı olmaksızın devlet adına önemlilik arz eden görevlerde bulunanların ve başarı sağlayan bireylerin veya durumu

¹⁶⁹ ÖZDEMİR ve EROL, **a.g.m.**, ss.15-16.

¹⁷⁰ Faruk ATAAY, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 41. Sayı 3, 2008, s.174.

¹⁷¹ Sosyal Güvenlik Kurumu, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/istege_bagli_sigortalilik (10.05.2019).

itibarıyla güçsüz, muhtaç ve sakat durumdaki kimselere sağlanan yardımların devlet tarafından sağlanmasını ifade etmektedir.¹⁷² Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de primli sosyal güvenlik sisteminin tamamlayıcısı primsiz sosyal güvenlik sistemi yerini korumaktadır. Primsiz rejimde sosyal yardım ve hizmetlerden yararlananlar, ortaya çıkan giderlere katılım sağlamamaktadır. Primsiz sistemde ortaya çıkan giderler devlet tarafından karşılanır. Sosyal hizmetler ve sosyal yardım, primsiz sosyal güvenlik sistemi kapsamına girmektedir.¹⁷³

2.1.2.2.1 Sosyal Yardımlar

Sosyal yardım, çalışmadığı için sosyal güvenlik programı kapsamına girmeyen veya çalıştığı halde kazancı düşük olan bireylere yönelik uygulanan programlardır.¹⁷⁴ Devlet bütçesinden ya da belli bir amaç için ayrılmış özel vergilerden kaynak sağlanarak yardıma muhtaç vatandaşlara yardım yapılmaktadır.¹⁷⁵ Bu çerçevede aşağıdaki yardımlar yapılmaktadır:¹⁷⁶

- ✓ 65 yaşını doldurmuş, herhangi bir geliri bulunmayan muhtaçlığı kanıtlanmış Türk vatandaşlarına yaşamları süresince aylık bağlanması,
- ✓ Devlet tarafından geliri olmayan kişilere yapılan sağlık yardımları,
- ✓ Devlet tarafından vatani olmayanlara ve sığınmacılara yapılan sağlık yardımları,
- ✓ Vatani hizmetlerde yer alan kişilere aylık bağlanması,
- ✓ İstiklal Madalyası almaya hak kazanmış kişilere şeref aylığı bağlanması,
- ✓ Bakıma muhtaç çocukların bakımı, korunması, ve rehabilitasyon hizmetlerinden hiçbir ücret ödmeden yararlandırılması,

¹⁷² LEVENT, Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Gelişimi, 23.02.2013, İş ve Sosyal Güvenlik, <https://www.isvesosyalguvenlik.com/dunyada-ve-turkiyede-sosyal-guvenligin-gelisimi/> (04.05.2019).

¹⁷³ GÜZEL ve OKUR, **a.g.e.**, s. 488.

¹⁷⁴ BULUT, **a.g.m.**, s. 89.

¹⁷⁵ GÜZEL ve OKUR, **a.g.e.**, s. 488.

¹⁷⁶ LEVENT, Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Gelişimi, 23.02.2013.

- ✓ Terörle mücadele eden bireylere aylık bağlanması ve harp malullüğü aylığı bağlanması,
- ✓ Köy Kanunu'na göre görev yapan bireylere aylık bağlanması,
- ✓ Avrupa şampiyonalarında ve Dünya'da ülkemizi temsil edip derece kazanan sporculara aylık bağlanması.

2.1.2.2.2 Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler, bireylerin tek başlarına kaldıkları durumda temel ihtiyaçlarını karşılayacak güçte olmayanlar ile piyasada ödeme gücüne göre hizmet sunulmasına rağmen bu hizmetleri satın alamayacak durumda olan bireylerin sosyal riske maruz kalmamaları için sunulan hizmetlerdir. Genellikle yaşlılar, gençler, kadınlar ve engellilere yapılan spesifik hizmetleri kapsar.¹⁷⁷ Başka bir deyişle sosyal hizmetler, iradeleri dışındaki nedenlerle muhtaç konuma gelmiş ya da ruhen ve bedenen eksiklik yaşayan vatandaşların insan onuruna yaraşır bir yaşam sürdürmeleri için ekonomik, sosyal, maddî ve manevî ihtiyaçlarının, devlet ve gönüllü özel kuruluşlarla ülke genel şartları çerçevesinde sağlanan hizmetlerdir.¹⁷⁸ Sosyal hizmetler, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nun 3.maddesinde, kişi ve ailelerin ellerinde olmayan şartlardan doğan veya kontrol edemedikleri durumlardan kaynaklanan maddî, manevî ve sosyal yoksunlukla karşılaşması durumunda, bu yoksunlukların giderilmesine, ihtiyaçların karşılanmasına, sosyal sorunlarının çözülmesi ve önlenmesine yardım edilmesi, hayat standartlarının iyi seviyeye gelmesini ve yükseltilmesini amaçlayan programlı ve sistemli hizmetlerinin tamamı olarak tanımlanmıştır. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu aracılığı ile bu hizmetler sağlanmaktadır.

2.1.3 Sosyal Güvenlik Kurumları

Sosyal Güvenlik Reformu'nun kurumsal yapı ile ilgili olan kısmı 5502 sayılı Kanunu ile 20 Mayıs 2006 tarihinde gerçekleşmiştir. Daha sonra emeklilik rejimi ve genel sağlık sigortası kısmı ile birleştirilerek 5510 sayılı Kanun'la düzenlenen Sosyal

¹⁷⁷ BULUT, a.g.m., s. 89.

¹⁷⁸ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s. 500.

Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 01.10. 2008 tarihinde yürürlüğe girmiş, 2012 yılından itibaren zorunlu Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmiştir. Bu uygulama ile sağlık sistemi finansmanında köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Finansman ile sağlık hizmeti üretimi birbirinden kesin sınırlarla ayrılmış ve herkesten ödeme gücüne göre prim alınıp, herkese ihtiyacına göre hizmet vermek ilkesi benimsenmiştir.¹⁷⁹ Bu kanun ile Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahibi kişiler GSS çatısı altında toplanmıştır.

2.1.3.1 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal güvenlik sisteminin en etkili aracı olan Sosyal Sigortalar Kurumu, riski fazla olan işçi kesimi kapsamı, işçi sayısının gün geçtikçe artmasıyla uygulama alanı genişlemiş ve önemli bir konuma sahip olmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumu aktif sigortalı, çalışan ve aylık alanları kapsar ve bu kesime hizmet götürmekle ülke sosyal güvenliğinde önemli görev üstlenmiştir. SSK, sağlık sigortası kapsamında sigortalı ve ailesinin hastalık sigortası ile yalnızca sigortalıya yönelik iş kazası ve meslek hastalığını güvence altına alır.¹⁸⁰ 01.07.1946 tarihinde 4772 sayılı "İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları, Hastalık ve Analık Sigortalı Kanunu" uygulamaya konulmuştur. 4792 sayılı kanunla da İşçi Sigortalı Kurumu kurulmuştur. Çeşitli kanunlarla dağınık bir şekilde yürütülen sosyal sigortalar uygulaması 01.03.1965'te 506 sayılı "Sosyal Sigortalar Kanunu" ile düzenlemeye tabi tutulmuş ve görevine "Sosyal Sigortalar Kurumu" adı altında devam etmiştir.¹⁸¹

2.1.3.2 Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)

Bağımsız çalışan vatandaşları sosyal güvenlik bünyesine dâhil etmek üzere 02.09.1971 tarihinde 1479 sayılı Kanun'la, Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigorta Kurumu (Bağ-Kur) kurulmuştur. Bağ-Kur özel hukukun hükümlerine tâbi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesine bağlı idari ve mali bakımdan bağımsız olup tüzel kişiliğe sahiptir. Bağ-Kur'un amacı çalışma hayatı sona

¹⁷⁹ ÖZDEMİR ve EROL, **a.g.m.**, s. 13.

¹⁸⁰ ORHANER, **a.g.e.**, ss. 132.

¹⁸¹ Kamil TÜĞEN, "Türkiye'de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumların Mali Yapısı ve Gelişimi", 10.Maliye Sempozyumu Antalya,14-18 Mayıs 1994, ss. 306-307.

eren vatandaşların karşılaşılabileceği sosyal ve iktisadî tehlikelere karşı güvence sağlamaktır. Bağ-Kur uzun vadeli sigorta kollarından yaşlılık, ölüm ve maluliyet sigortalarını kapsamaktadır. Maluliyet sigortasını düzenleyen 1479 sayılı kanunda, iş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışma gücünün en az 2/3'nü kaybeden kişiler, malullük sigortasından yararlanabilmek için gerekli beş tam yıl sigorta prim ödemelerini gerçekleştirme şartı aranmayacağı ifade edilmiştir. Bu ifadeye dayanarak dolaylı bir düzenlemeyle iş kazası ve meslek hastalığı Bağ-Kur kapsamına dâhil edilmiştir.¹⁸² Bağ-Kur, bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlar. Bağ-Kur, herhangi bir sigorta kuruluşu kapsamında olmayan kişilere isteğe bağlı sigortalı olma imkânı sağlar. Tarım alanında kendi nam ve hesabına çalışanlar 1983 yılında Bağ-Kur kapsamına alınmıştır.¹⁸³

2.1.3.3 Emekli Sandığı

Modern anlamda Türkiye'de ilk sosyal güvenlik kuruluşu Emekli Sandığı'dır. TC Emeklilik Kanununa göre emeklilik halleri 4 şekilde meydana gelmektedir. Bunlar; istekle emeklilik, re'sen emeklilik, malulen emeklilik ve yaş haddinden emeklilik olarak sınıflandırılmaktadır.¹⁸⁴ Ülkemizde kamu kurum ve kuruluşlarda çalışan memurlar, 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren, 1949 tarih ve 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Yasası ile sosyal güvenlik kapsamına dâhil olmuştur. Emekli Sandığı, düzenli faaliyete geçen ve faaliyetlerini yürüten ilk sosyal güvenlik kurumu özelliğın taşımaktadır.¹⁸⁵ T.C. Emekli Sandığı, tüzel kişiliğı olan ve Maliye Bakanlığına bağılı bir kuruluştur. Devletçe ekonomi ve ticari amaçla kurulmuş kamu kurumlarda çalışan hizmetliler ve memurlar için ayrı ayrı emekli sandıkları kurulmuştur. Sosyal güvenlik kuruluşlarının bu dağılık yapısına son vermek için sosyal güvenlikte birlik ilkesi uygulanmış, 01.01.1950 tarihinde bütün emekli kanunlarını ve sandıklarını bir araya getiren T.C. Emekli Sandığı Yasası yürürlüğe konmuştur. 01.01.1950 tarihinde faaliyete geçen Emekli Sandığı, devlet personelinin emekliliğı ile ilgili karmaşıklığı son vermiş ve hepsini tek çatı altında toplamıştır. T.C. Emekli Sandığı, memurların, ölüm, malullük ve emeklilik gibi durumların meydana gelmesinde uzun vadeli risklerini

¹⁸² TÜĞEN, Türkiye'de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumların Mali Yapısı ve Gelişimi", s. 312.

¹⁸³ ORHANER, a.g.e., ss. 132-133.

¹⁸⁴ AKBULAK ve AKBULAK, a.g.e., ss. 27-28.

¹⁸⁵ ORHANER, a.g.e., ss. 133.

karşılacaktır. Ayrıca, memurların aile fertlerinin ve kendilerinin sağlık sigortası T.C. Emekli Sandığı'nca yerine getirilmektedir.¹⁸⁶

2.1.3.4 Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart)

Yeşil Kart uygulaması, herhangi bir sosyal güvencesine sahip olmayan, aylık geliri 1475 sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi çıkarıldığındaki miktarının üçte birinden az olan, Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşların sağlık hizmetlerini karşılamaktadır.¹⁸⁷

2.2 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

Genel Sağlık Sigortası, kişilerin isteğine ve ekonomik durumuna bakılmaksızın, hastalanma riskine karşı koruyan, zorunlu katılımlı risk paylaşımli sistemdir. 5510 sayılı kanuna göre 4/a sınıfı çalışanları 7200 gün, 4/b ve 4/c çalışanları 9000 gün prim ödemelerini tamamlaması gerekmektedir. Bu şekilde daha fazla çalışma ve sigortalı bireylerin daha fazla sistemde kalması amaçlanıp erken emekliliğin önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Böylelikle, çalışma süreleri ne kadar uzarsa ödenek seviyelerinde düşüş olmakta ve gelir eşitsizliği daha da belirginleşmektedir.¹⁸⁸ 5510 sayılı Kanunda belirtilen genel sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmetleri ve diğer haklar, sigortaya sahip olanlar ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler için haktır. Bu hakkın doğurduğu sağlık hizmetlerini sağlamak Sosyal Güvenlik Kurumu sorumluluğundadır. Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerden alınan primlerin tutarı ile sağlanacak haklar ve diğer hizmetler arasında ilişki yoktur ve şartları taşıyan herkes ihtiyacı kadar sağlık hizmetinden yararlanır. Verilen hizmetin süresi ve kalitesi ödenen prim miktarına bağlılık teşkil etmez. Genel sağlık sigortasının sağlık ve diğer hizmetlerinden yararlanmak için öncelikli şart genel sağlık sigortalısı ya da genel sağlık sigortasına sahip olanların bakmakla yükümlü kişilerden olmaktır.¹⁸⁹

¹⁸⁶ TÜĞEN, Türkiye'de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumların Mali Yapısı ve Gelişimi", ss. 298-299.

¹⁸⁷ ORHANER, a.g.e., ss. 130.

¹⁸⁸ Zeynep ÖZMEN, "Refah Modelleri Açısından Avrupa'da Ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı", **Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 7. Sayı 1, 2017, s. 113.

¹⁸⁹ Ali EKİN, "Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları Ve Esasları", **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, 2012, ss. 151-152.

2.2.1 Genel Sağlık Sigortası Kanunun Amacı ve Kapsamında Olanlar

Kanunun amacı, genel sağlık sigortası kapsamındaki kişileri güvence altına almak; GSS'den yararlanacak kişileri, sahip olduğu hakları, bu haklardan yararlanma koşulları ile finansman yöntemlerini belirlemek, sigortanın işleyişi ile ilgili kuralları düzenlemektir.¹⁹⁰

Genel Sağlık Sigortasının kapsadığı toplum kesimleri oldukça genişlemiştir. Genel sağlık sigortası sisteminde kapsam dışında kimsenin bırakılmaması ve ödeme gücü olmayanların devlet desteği ile sisteme dâhil edilmesi hedeflenmiştir.¹⁹¹ GSS kapsamında bulunan kişileri belirleyen 60. madde incelendiğinde “Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar” başlığında sigorta kapsamındaki kişiler sınıflandırılmıştır. Türkiye’de ikamet eden kişiler, çalışmalarına bağlı olarak prim ödeyenler, ödeme gücü olmayanlar için devlet tarafından sisteme dâhil olanlar ve isteğe bağlı prim ödeyerek sigortalı olanlar şeklinde sınıflandırılmış ve kanun kapsamına alınmıştır.

Kanunun 4. maddesinde prim ödeyerek genel sağlık sigorta kapsamında sigortalı sayılanlardan bahsedilmiştir. Kanuna göre; hizmet sözleşmesiyle bir ya da birden fazla işveren tarafından çalıştırılan kişiler, şirket ortakları ve tarımsal faaliyette bulunan kişiler, muhtarlar, ticaret siciline kayıtlı gelir vergisinden muaf tutulan esnaf ve sanatkârlar, kendi adına çalışan serbest meslek sahipleri ve ticarî kazanç sağlayan gelir vergisi mükellefi olan kişiler, kamu kurum ve kuruluşlarında kadrolu ya da sözleşmeli olarak çalışanlar sigortalı olarak sayılmıştır.

Genel Sağlık Sigortası kapsamında primleri devlet tarafından ödenen değişik statüdeki toplum kesimleri de sigorta kapsamındadır. Bu kişilere kanunun 60.maddesinde detaylı olarak değinilmiştir. Yeşil Kart sahipleri, vatansız ve sığınmacı konumunda olan bireyler, 65 yaşını doldurmuş muhtaç, kimsesiz olup aylık alanlar, harp malullüğü terörle mücadele kapsamında aylık alanlar, işsizlik ödeneğinden yararlananlar, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumundan korunma bakım ve rehabilitasyon hizmetini ücretsiz alanlar, istiklal madalyası olan kişiler ve şeref aylığı

¹⁹⁰ Sosyal Güvenlik Kanunu. <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (18.04.2019).

¹⁹¹ Ali PEKTEN, Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler, **Sayıştay Dergisi**, Cilt 17. Sayı 61, Nisan 2006, ss. 121-123.

alanlar olarak sayılabilir. Diğer grup ise çalışmaya bağlı geliri olmadığı halde gönüllü olarak prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlardır. Türkiye’de yerleşik olmayan Türk vatandaşları ile oturma izni olan fakat sigortalı sayılmayan yabancı ülke vatandaşlarından, Türkiye’de 1 yıldan uzun süreyle yerleşenler yurtdışında sağlık sigortasından faydalanma hakkı olmayanlar genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.¹⁹²

2.2.2 Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Verilecek Hizmetler

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak tedavi edici, koruyucu ve rehabilitasyon hizmetleri bütüncül yapı özelliği göstermektedir. Vatandaşların hastalanmadan önceki aldığı sağlık hizmetleri hastalandığında gördüğü tedavi hizmetleri ve ihtiyaç durumunda alınan rehabilitasyon hizmetleri bütünsellik özelliği taşımaktadır.¹⁹³ Verilecek sağlık hizmetleri, sigortalı ve sigortalının bakmakla sorumlu olduğu kişilerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmek için sağlık hizmetlerinin tıbben gerekli görülen hallerde karşılanması amacıyla Kanunun 63.maddesinde SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri belirtilmiştir. Kurumca sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

- Bireylere yönelik sunulan koruyucu sağlık hizmetleri ve madde bağımlılığını önlemek için sağlanan koruyucu sağlık hizmetleri,
- Hastalık hallerinde, hekimin yaptığı muayene, hekimin gerekli gördüğü her türlü tanı, tetkik ve tahliller, rehabilitasyon hizmetleri, kök hücre, doku ve organ nakilleri sebebiyle sunulan sağlık hizmetleri, hekim onayı ile sağlık mensubu sayılanların yapacakları tıbbi bakım ve tedaviler,
- Analık sebebi ile doktor tarafından yapılacak muayeneler, tetkik, tahlil ve tanı yöntemleri, doğum, rahim tahliyesi, acil sağlık hizmetleri, hasta takibi gibi birçok tıbbi müdahale ve tedaviler,
- Diş doktorlarının gerekli gördüğü diş ve ağız muayenesi, diş hastalığının teşhisi için gerekli tahlil, tanı, tetkikler, diş çekimi, kanal tedavisi protez uygulamaları,

¹⁹² Resmi Gazete, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 31.05.2006, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm> (15.05.2019).

¹⁹³ Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Genel Sağlık Sigortası, Ankara:1.Baskı, Türk Tabipler birliği Yayını, Mart 2005, s. 25.

diş rahatsızlığı sebebiyle acil hizmetleri, 18 yaşından küçüklerin ortodontik¹⁹⁴ diş tedavileri,

- Genel sağlık sigortalı olan evli ve çocuk sahibi olamayan bireylerin kendisinin ya da eşinin tüp bebek tedavisi,
- Kişilerin sağlıkları ile ilgili ihtiyaç duyacağı aşı, ilaç, gerekli tıbbi araç ve gereçler, protez, kemik iliği, kan ve kan ürünleri, tıbbi cihazlar gibi gerekli görülen hizmetler.

2.2.3 Yurt Dışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, ülke içindeki hizmet sunucuları tarafından verilmektedir. Kanunun 66.maddesinde bazı durumlarda yurt dışı sağlık hizmetlerinden de yararlanabileceği ifade edilmiştir. Buna göre sürekli görevle yurt dışına gönderilenler, geçici görevle ülke dışına gönderilenler ve ülke içinde tedavi imkânı olmayan durumlar için ülke dışında tedavi olma imkânı açıklanmıştır. Kanuna göre;

✓ Sigortalı kişilerden, işverenleri tarafından geçici görev sebebiyle yurt dışına gönderilenler sadece acil hallerde,

✓ Sigortalı kişilerden, işverenleri tarafından sürekli görevle gönderilenler kendisi ve ülke dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişiler acil hal olup olmadığına bakılmaksızın,

✓ Yukarıdaki iki maddenin yurtdışında sağlanan sağlık hizmetler bedelleri, ülke içinde anlaşmalı hizmet sunucularına ödenen tutarı geçmeyecek şekilde Genel Sağlık Sigortası kapsamında kurumca karşılanır. Tutarın aşılması durumunda aşan kısmı işverenler karşılamaktadır.

✓ Yurt içinde tedavisi sağlanamayan ve Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü ile kurumca yurt dışında tedavisi mümkün olan sağlık hizmetleri bedelinin tamamı ödenir. Ancak bu tutar, kurumun tedaviye yönelik anlaşmalı olduğu hizmet sunucularına ödenen tutarı aşamaz.

¹⁹⁴ Dişlerin, diş kemikleri üzerinde düzgün şekilde yerleşmesi ve yüz düzensizliklerin teşhis ve tedavisi ile ilgilenen diş hekimliğinin bir uzmanlık dalıdır.

Sürekli veya geçici görevle ülke dışına gönderilen kişilerin sağlık hizmetlerinin Kurum tarafından gittiği ülkede, sağlık sigortası yaptırmak şartıyla sağlanması durumunda sağlık hizmeti giderleri ödenmez. Genel sağlık sigortalısı veya sigortalısının bakmakla sorumlu olduğu kişilerin yurtdışında bulundukları zaman diliminde sağlanan sağlık hizmet tutarlarının ödenmesinde, bulundukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını içeren sosyal güvenlik anlaşması varsa anlaşma hükümleri uygulanır. Sözleşmesinin yok ise, sağlık hizmetleri giderleri, yol masrafları, refakatçi ve gündelik gibi giderler ödenmemektedir.¹⁹⁵

2.2.4 Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Girmeyen Hizmetler

Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri diğer bir deyişle GSS kapsamına alınmayan sağlık hizmetleri, kanunun 64. maddesinde açıklanmıştır. Bu kanun maddesinde kişilerin vücut bütünlüklerini sağlamak ve korumak amacıyla yaptığı sağlık hizmetleri, kaza geçirmesi durumunda, hastalıklara veya konjenital¹⁹⁶ nedenlere bağlı olarak meydana gelen durumlarda ya da iş kazası ve meslek hastalığını yaşamaması halinde yapılması gerekli sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü işlem teminat dışıdır. Teminat dışı sağlık hizmetlerine; Sağlık Bakanlığı'na tıbbi sağlık hizmeti kabul edilmeyen, Bakanlıkça ruhsat ve izin verilmeyen sağlık hizmetleri ve estetik amaçlı yapılan ortodontik diş tedavileri, örnek gösterilebilir.¹⁹⁷

2.2.5 Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

5502 sayılı SGK Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği hükümleri esas alınarak düzenlenen Sağlık Uygulama Tebliği, Devletin sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal politikaların hayata geçirilmesine imkân veren, kılavuzluk eden, tüm uygulama ayrıntılarını içeren mevzuat tebliğidir. Hastaların hastaneden aldığı dosyalarına işlenen bütün sağlık hizmetleri ve yapılan işlemler Sağlık Uygulama Tebliği listelerinde kayıtlı bulunmaktadır. Bu listelerde yer alan kurallarda, tüm hizmet ve tıbbi malzemelerin fiyatları ve hangi durumlarda hastalara

¹⁹⁵ SGK Rehberi, Yurt Dışında Tedavi Olma Şartları Nelerdir? 12 Nisan 2014, <https://www.sgkrehberi.com/haber/19676/yurt-disinda-tedavi-olmanin-sartlari-nelerdir.html> (06.05.2019).

¹⁹⁶ Doğumsal, doğuştan anlamına gelmektedir. Doğum öncesi dönemde oluşan bazı anormal gelişimlerin sonucu olarak oluşan gelişim hataları doğumda bebekte fizyolojik ve morfolojik hataların görülmesine neden olur.

¹⁹⁷ Resmi Gazete, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 31.05.2006, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm> (15.05.2019).

uygulanabileceği belirtilmiştir. Bu kurallar neticesinde hasta kişi için oluşturulan dosyaları hastane kurumları SGK'ye fatura etmektedir. Fatura işleminde SUT listesindeki kurallara uygun hareket edilir. Bu kurallar neticesinde SGK, Sağlık Uygulama Tebliği listesinde belirlenmiş fiyatlara göre hastanelere ödeme yapar.¹⁹⁸

2.3 Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sosyal sigortaya dayalı iyi kurulmuş finansman sistemlerinin başarılı yürütülebilmesi aşağıdaki dört koşulun yerine getirilmesine bağlıdır;¹⁹⁹

- Sosyal sigortanın yapılması topluma zorunlu kılınarak, sigorta riski yayılmalı,
- Tüm işverenlerden düzenli ve sürekli olarak primler toplanmalı,
- Sosyal sigorta kamu ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar aracılığı ile sağlanmalı
- Düşük ve yüksek gelirli vatandaşlar arasında dengeli gelir dağılımını sağlayan mekanizma geliştirilmelidir.

Avantajları:

1. Toplumun büyük çoğunluğunun sigortacılık kapsamına dâhil edilmesi ve 18 yaş ve altındaki çocukların koşulsuz sağlık yardımı alması sağlamaktadır.
2. Gelişmekte olan ülkeler için GSS ile sağlık altyapı ve teknolojinin geliştirmek ve ileriki zamanlarda ulusal sağlık sistemine geçme konusunda politik avantaj sağlar.
3. GSS modeli ile özel sektörün, sağlık yatırım harcamalarında artış meydana gelmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık hizmetleri sunumu amacıyla özel kurumlarla anlaşmalar yapması özel hastane sayısını arttırmıştır. Böylelikle kamunun sağlık hizmet yükü özel sektörle paylaşılmıştır. Sağlık hizmet talebinde bulunacak hastane

¹⁹⁸ SGK Rehberi Sağlık Uygulama Tebliği(SUT) nedir? 16.04.2018.

<https://www.sgkrehberi.com/haber/154509/saglik-uygulama-tebligi-sut-nedir.html>

¹⁹⁹ Kayıhan PALA, "Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 18. Sayı 2, Mart - Nisan 2003, s. 119.

alternatifleri artmıştır. Devlet teşvik ve uygulamaları özel sektöre cazip gelmiş, özel hastane sayıları arttığı gibi marka olmuş hatta zincir hastaneler grubu oluşmuştur.

4. Sağlık hizmet sunucularının artması rekabeti doğuracağından sağlık hizmet sunum ve kalitesinde etkinliğin önem kazanması,

5. Birinci basamak olan aile hekimliği uygulaması yayılmış, sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmıştır.²⁰⁰

6. İşverenlerin, çalıştırdığı işçilerin sigorta primlerine ve sağlık harcamalarının bir kısmına katılım sağlama sorumluluğu vardır. Bu şekilde işverenin koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem vermeye zorlanması avantaj sayılabilir.

7. GSS modeli ile vatandaşlardan toplanan primlerin yalnızca sağlık hizmetleri için tek havuzda toplanması ve kullanılması esasının getirilmesiyle diğer sektörlerin bu toplanan primlerden pay almaması sağlık hizmetleri finansmanı açısından olumlu bir uygulamadır.

8. GSS modeli ile sosyal güvenlik kurum ve kuruluşlarının, tek bir çatı altında birleşmesi sağlandı. Bu şekilde oluşabilecek hizmet farklılıkları ve işlem karmaşasının önüne geçildi.²⁰¹

9. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık giderlerini karşılar. GSS uygulaması ile ödeme imkânı olmayanların primleri, devlet tarafından karşılanmaktadır.

10. Eğer sistemin tek çatı altında toplanması doğru yapılırsa, kurumlar arasında yaşanan eşitsizlikler giderilmiş olur ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yaşanan karmaşa azaltılabilir.²⁰²

Dezavantajlar:

1. GSS sistemine bireyleri istese de istemese de sisteme katılmak zorundadır. Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında 4/a, 4/b ve 4/c grubuna ait sigortalılar her ay gelir durumlarına göre sigorta primi ödemek zorundadırlar. Primler ödenmediğinde borç birikmekte ve borç faizi uygulandığından borç miktarı sürekli artmaktadır. Bu kişiler acil tedaviler dışında diğer tedavilerden faydalanamayacaktır.²⁰³

²⁰⁰ Orhaner, **a.g.e.**, s. 158. (1-2-3-4-5-6-7 maddeler)

²⁰¹ Osman HAYRAN, “Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 7, Sayı 49, Mart 1992 s. 33. 5-8.maddeler

²⁰² PALA, **a.g.m.**, ss. 118-119.

²⁰³ ORHANER, **a.g.e.**, s. 159-160.

2. Genel sağlık sigortası ile çözülebileceği düşünölen aktüeryal denge sorunu devam ederse genel sağlık sigortasının finansal sürdürölebilirliği zor olabilir.²⁰⁴

3. Sağlık hizmetlerinin, özel sağlık sigortasıyla finanse edilmesi toplumun sağlığını ve bütçesini olumsuz etkilemektedir.²⁰⁵ Özel hastaneler yaptıkları yatırım harcamaları sebebiyle özel sağlık sigortası primlerinin yükselmesine neden olmuştur. Böylelikle sağlık hizmetlerine ilişkin maliyetler artmıştır.²⁰⁶

4. Halkın sevk zinciri, reçete ve katılım payı konularında bilgilenmesi eksiktir. Bilgi eksikliğinden dolayı kişiler hata yapmakta ve gereksiz yere katkı payı ödemeleri yapmaktadır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vatandaşlara yeterince tanıtılamamıştır. Hastaların sevk zincirine göre hareket etmeyip, doğrudan üçüncü ya da ikinci basamak tedavi sunan hastanelerine gitmesi sağlık hizmet maliyetlerini artırmaktadır.

5. Performansa dayalı ücret sistemi, hekimler, sağlık kurumları ve hastalar için uyumsuzluk yaratabilir. Hastalar bilgi eksikliğinden sağlık hizmet talebini artırırken hekimler ve sağlık kurumları kar amaçlı yapay talep yaratma davranışında bulunabilir. Performansa dayalı ek ücret ödemeleri, mesleki etik değerlerini yıprattığı ve suistimalleri artırdığı öne sürölmektedir.

6. Hükümet gereksiz tedavi ve aşırı harcamayı önlemek için tedbirler almalıdır.

7. Aile hekimleri reçete yazma, danışma ve sevk hizmeti vermektedir. Hâlbuki birinci basamak sağlık hizmeti olarak tedaviye ağırlık vermelidir.

8. Nüfusun yaşlanması, sağlık hizmetleri talebinin artması, kişilerin tedavi edici hizmetlere ağırlık vermesi sağlık giderlerinin artmasına neden olmuştur. Ayrıca sağlık sigortası nedeniyle maliyet endişesi ikinci planda kalmaktadır. Bu da sağlık hizmet talebini artırdığından sağlık giderlerini artırıcı unsurdur.²⁰⁷

9. Vatandaşların ödeme gücüne göre prim ödeyeceği ve sağlık hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabileceği hedeflenen GSS modelinde, prim ödemek, sağlık hizmetinden yararlanabilmek yeterli olmadı. Vatandaşlar gelir testi, prim borcu katkı (fark, katılım) ücreti sarmalına dâhil oldu. Fark ücreti ödemek istemeyenler tamamlayıcı

²⁰⁴ ORHANER, a.g.e., ss. 159-160.

²⁰⁵ PALA, a.g.e., s. 119.

²⁰⁶ ORHANER, a.g.e., ss. 159-160.

²⁰⁷ ORHANER, a.g.e., ss. 159-160.

ve özel sağlık sigortasına geçmek durumunda kaldı. Prim borcunu ödeyemeyenler sağlık hizmetlerinde faydalanamaz hale geldi.²⁰⁸

10. Sağlık harcamalarının bütçeye yükü arttı. Harcamaların kısılması mümkün olmazken prim borçların da ödenmemesi devletin finansman yükünü artırdı. 2017 yılında sağlık harcamalarımız, yüzde 17,4 artmış, 140 milyar 647 milyon TL’ye ulaşmıştır.

TİK 2017 yılı verilerine göre, sağlık harcamaları yıllar bazında değerlendirildiğinde; 2002’de 18 miyar 774 milyon TL sağlık harcaması yapılmış. Bu rakam 2005’te 35 milyar 359 milyon TL’ye yükselmiştir. Zamanla artış gösteren sağlık harcamaları 2010 senesinde 61 milyar 678 milyon TL iken artışlar devam ederek 2015 ‘te 104 milyar 568 milyon TL ve 2016’da 119 milyar 756 milyon TL olmuştur. En son 2017 yılı verilerine göre 140 milyar 648 milyon TL ye ulaşmıştır.²⁰⁹

Toplam sağlık harcaması içindeki cari sağlık harcamasının payı, 2016’da yüzde 94 seviyesinde iken 2017’te yüzde 93,1 olmuştur. Sağlık harcamalarının yüzde 78’i genel devlet bütçesinden karşılanmıştır.²¹⁰ Aşağıda Tablo 2 ‘de hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları verileri gösterilmiştir.

²⁰⁸ Ahmet SALTİK, “ Genel Sağlık Sigortası: Ne Dediler Ne Oldu?” TTB Raporu, 07 Mart 2018, s. 8. http://ahmetsaltik.net/arsiv/2018/03/Genel_Saglik_Sigortasi_Ne_Dediler_Ne_oldu_2018.pdf (19.05.2019).

²⁰⁹ SALTİK, “ Genel Sağlık Sigortası: Ne Dediler Ne Oldu?” TTB Raporu, s. 8.

²¹⁰ TİK, 15.11.2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27621> (12.05.2019).

Tablo 2. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, (2016, 2017)
(Milyon TL)

	TOPLAM		GENEL DEVLET		ÖZEL SEKTÖR	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	119 756	140647	94 012	109 744	25 744	30 904
Cari Sağlık Harcaması	112 540	130981	88 279	101 786	24 261	29 195
Hastaneler	60141	69 636	49 099	56 826	11 042	12 810
Evde Hemşirelik Bakımı	1	1	-	-	1	1
Ayakta Bakım Sunanlar	14 257	17 163	10 283	11 403	3 974	5 760
Perakende Satış Ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanlar	29 321	33 908	21 675	25 553	7 646	8 355
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi	5 355	6 011	5 355	6 011	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	498	601	272	293	227	309
Sınıflandırılmayan Diğer Kategori	2 967	3 660	1 596	1 700	1371	1 960
Yatırım	7 216	9 666	5 733	7 958	1 483	1 709

Kaynak: TÜİK, 2017.

Aşağıda Tablo 3'te sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergelere göre kişi başı sağlık harcaması 2016 yılında 1511 TL'dir. Bu rakam 2017 yılında yüzde 15,9 artmış 1751 TL olmuştur. Kişi başı sağlık harcaması dolar bazında hesaplandığında,

2016 ‘da 500 \$ olurken 2017 yılında 480 \$ olarak hesaplamıştır. Hane halkları, sağlık harcamalarının yüzde 17,1’ini karşılamıştır. Hane halkları, ilaç ve tedavi amacıyla 2017 senesinde cepten ödeme yaptığı sağlık harcama miktarı yüzde 22,7 artış gösterip 24 milyar 4 milyon TL olarak hesaplanmıştır. Hane halklarının cepten ödediği sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki oranı, 2017 yılında yüzde 17,1 olarak hesaplanmıştır.²¹¹

Tablo 3. Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2016, 2017

	2016	2017
Toplam Sağlık Harcaması		
Milyon Türk Lirası(TL)	119 765	140 647
Milyon ABD Doları(\$)	39 608	38 551
Kişi Başı Sağlık Harcaması		
Türk Lirası(TL)	1 511	1 751
ABD Doları(\$)	500	480
Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı(%)	4,6	4,5
Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına oranı(%)	78,5	78,0
Hanehalkı Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı(%)	16,3	17,1

Kaynak: TÜİK, 2017.

²¹¹ TÜİK Verileri, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017 (Yayınlanma Tarihi: 5 Kasım 2018), <http://www.tuik.gov.tr> (10.05.2019).

2.4 Dünyada Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri

Risklere karşısında geleneksel koruma mekanizmalarının yeterli olmaması sebebiyle Almanya’da Bismarck tarafından zorunlu sosyal sigorta tekniği esasları 1880’li yıllarda ortaya konulmuştur. Sanayileşme sürecindeki Almanya’da 1877 yılında ağır ekonomik bunalım sebebiyle işçi sınıfının yaşam koşulları daha da zorlaşmıştır. İşçi sınıfına güvence sağlamak amacıyla Bismarck tarafından ilk sosyal sigorta sistemi oluşmuştur. Sosyal güvenliğin oluşum sürecinde önemli aşamalardan biri ABD’de Başkan Roosevelt tarafından 1935 yılında Sosyal Güvenlik Yasası’nın oluşturulmasıdır. 1929 yılında dünya ekonomik bunalımı, ABD ekonomisine ağır sarsıntı yaşatmıştır. Başkan Roosevelt, işsizliğin aşırı derecede artması üzerine, devletin sosyal ve ekonomik müdahalesini engelleyen ekonomik liberalizm ilkesini terk edip Refah Devlet ilkesini benimsemiştir. Bu tarihsel sürecin yaşanmasında ülkemizde, 1936 tarihli İş Yasası ve Sosyal Sigortaları’nın temel ilkeleri düzenlenmiştir. Önemli aşamalardan biri ise sosyal güvenlik düşüncesinde çağdaşlaşmaya yön veren Beveridge, 1942 yılında önemli bir raporu temsil etmiştir. Beveridge Raporu “yoksulluğu, çağdaş bir toplumun yüz karası” olarak ifade etmiş ve geniş kapsamlı sosyal güvenlik sistemiyle yoksulluk sorununu çözümlenebileceğini bildirerek sistemin ana ilkelerini belirlemiştir.²¹²

ILO tarafından yayınlanan sözleşmeler ve tavsiye kararları çalışma hayatını düzenlemeye yön vermiştir. Sosyal güvenlik, üç sözleşme ile ön plana çıkmaktadır. Sözleşmelerden birincisi, 1952 yılında onay verilen “102 Sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları” sözleşmesidir. Sözleşme, zengin ve fakir ülkeler ile geri kalmış ve kalkınmış tüm dünya ülkelerinin uygulayabileceği sosyal politikaları içerir. Sözleşmede sosyal güvenlikle ilgili dokuz riskin (hastalık, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, sakatlık, ölüm ve aile ödenekleri) belirtildiği ve bu risklerde en az üçüne karşı güvence sağlama şartı, sözleşmeyi onaylamak isteyenlere zorunlu kılınmıştır. Ayrıca bu üç tane riskten en az bir tanesinin işsizlik riskini, yaşlılık riskini, iş kazası ve meslek hastalığı ile ölüm riskleri içerisinde birini içermesi gerektiği ve bu sosyal korumanın aktif nüfusun %20’si veya işçilerin en az %50’lik kısmını kapsamaması gerektiği belirtilmiştir. Sosyal güvenliğe yönelik ILO tarafından kabul edilen sözleşme

²¹² Ali GÜZEL, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü?” **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Cilt 4. Sayı 7, 2005, s. 63.

kararlardan diğerkleri, 1962 yılında kabul edilen “118 Sayılı Vatandaşlarla Vatandaş Olmayan Kimselere Sosyal Güvenlik Konusunda Eşit Muamele Yapılmasına İlişkin Sözleşme” ve 1982 yılında kabul edilen “157 Sayılı Sosyal Güvenlik Haklarının Korunmasına İlişkin Sözleşmeler”dir.²¹³ Avrupa ülkeleri arasında kabul edilen, sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimine katkı sağlayan ve sosyal güvenlik anlayışını benimseyen birçok uluslararası sözleşmeler vardır. Bu sözleşmelerden önemlileri, Avrupa Sosyal Şartı Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu Sözleşmesi ve Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi olarak sıralanabilir:²¹⁴

○ Avrupa Sosyal Şartı Sözleşmesi: 1961 yılında imzalanan, temel sosyal ve ekonomik hakları korumayı amaçlayan sözleşme, çalışma ve örgütlenme hakları ve sosyal güvenlik hakkını güvence altına almaktadır.

○ Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu Sözleşmesi: 1968’de yürürlüğe girmiş ve on üç ülke tarafından kabul edilmiştir. Sosyal riskler, ILO’nun “102 Sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları” sözleşmesindeki gibi dokuz adet olarak belirtilmiştir. Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu sözleşmesinin 102 Sayılı Sözleşme Kararı’ndan farkı, konusu geçen sosyal risklerden en az üç tane değil en az altı tanesinin onaylanması gerekmektedir. Bu sözleşmede sosyal güvenlik yönetimini işçi ve işveren temsilcilerine bırakarak, işveren ve işçi primleri veya vergilerle finansmanın sağlanması konularında hükümleri yer almaktadır.

○ Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi: Sözleşme temelde sosyal güvenlik hakkı ve eşitlik ilkesine vurgu yapmıştır. 1977 yılında yürürlüğe giren bu sözleşme ile eşitlik ilkesinde gelir düşüklüğü sebebi ile hiçbir insanın temel hak ve ihtiyaçlardan mahrum bırakılmaması ve sosyal yardım programları ile devlet desteğinin yapılması gerektiği bildirilmiştir.

Türkiye, 1948 senesinde yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini, 1949’te kabul etmiştir.

²¹³ Bora YENİHAN, “Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Sosyal Güvenlik: Dünya’da ve Türkiye’de Gelişimi Üzerine Bir İnceleme” **Yönetim Bilimleri Dergisi**, Cilt 15, Sayı 30, 2017, s. 192.

²¹⁴ YENİHAN, **a.g.m.**, ss. 183-184.

1952 senesinde ILO tarafından kabul edilen 102 Sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi ise ülkemizde 1971’de kabul edilmiş ve sözleşme 1974 yılında yürürlüğe konmuştur.

1961 senesinde imzalanan Avrupa Sosyal Şartı ise ülkemiz tarafından 1996 yılında bazı maddelerine çekince koymak suretiyle kabul edilmiştir.

Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı Belgesi’ni Türkiye imzalanmıştır. 1968’te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu, Türkiye tarafından onaylanmıştır.

Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi ise 1977’de yürürlüğe girmiş ve 1976 yılında Türkiye tarafından onaylanarak Avrupalı devletlerle aynı yıl yürürlüğe girmiştir.²¹⁵ Avrupa’da sosyal güvenlik sisteminin finansmanı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Sosyal güvenliğin finansmanında iki ana sistem bulunmaktadır: Vergiye (Beveridge modeli) ve prime dayalı (Bismarck modeli) sistemler. Ayrıca bu iki sistemin birbirine yaklaştığı karma bir sistem meydana gelmiştir. Bismarck, Beveridge ve Karma model olarak adlandırılmaktadır.²¹⁶ Aşağıda AB Ülkelerinin kullandıkları Sosyal Güvenlik sistemleri Şekil 5’te gösterilmiştir.

Bismarck Sistemi Uygulayan Ülkeler	Beveridge Sistemi Uygulayan Ülkeler	Karma Sistem Uygulayan Ülkeler
• Avusturya • Almanya • Belçika • Fransa • Hollanda • Lüksemburg	• Birleşik Krallık • Danimarka • Finlandiya • İsveç • İrlanda	• İspanya • İtalya • Portekiz • Yunanistan

Şekil 5. AB Ülkelerinin Sosyal Güvenlik Sistemleri Açısından Sınıflandırılması

²¹⁵ YENİHAN, a.g.m., s. 192.

²¹⁶ Zeynep Özmen, “Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme.” *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 7. Sayı 2, 2017 s. 600.

Kaynak: Eyüp Serdar ERDOĞAN, Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Değerlendirilmesi, 1.Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 2018, s. 28.

Aşağıda yer alan Tablo 4 değerlendirildiğinde, Avrupa Birliği’nin 2015 yılında sosyal güvenlik harcamalarının hemen hemen 2,2 trilyon € olduğu görülmektedir. Yapılan harcamaların yaklaşık olarak 2 trilyon €’lık kısmı ise Avro Bölgesi’ndeki ülkeler yapmıştır. 2015 yılında Türkiye, 72,4 milyar € primli sosyal güvenlik harcaması yapmıştır. Toplam sosyal güvenlik harcamaların artışı kıyaslandığında, Türkiye 2008 yılında 43,3 milyar € yaptığı sosyal güvenlik harcamalarını 2015 yılında 72,4 milyar €’ya yükseltirken, Avrupa Birliği 2008 yılında 1,8 trilyon € olan sosyal güvenlik harcamasını, 2015 yılında 2,2 trilyon €’ya yükseltmiştir.²¹⁷

²¹⁷ ERDOĞAN, Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Değerlendirilmesi, 1.Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 2018, ss.51-52.

Tablo 4. Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamaları (Milyon €)

ÜLKE-YIL	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
AB	1.842.484,5	1.943.568,7	2.005.274,9	2.040.352,5	2.094.055,9	2.136.587,4	2.177.254,5	2.197.219,0
Avro Bölğ.	1.704.236,0	1.809.823,1	1.858.408,3	1.890.937,5	1.937.292,4	1.977.851,2	2.017.002,9	2.032.088,1
Belçika	68.382,3	73.240,7	76.280,8	79.844,6	84.197,3	87.135,8	89.110,6	77.634,0
Bulgaristan	4.144,5	4.927,0	5.198,8	5.389,2	5.659,9	6.172,7	6.445,2	6.662,1
Çek Cum.	8.047,6	8.390,1	8.874,6	9.260,3	9.206,0	8.799,5	8.794,9	9.164,6
Danimarka	6.511,5	7.501,1	8.448,2	8.283,9	11.891,7	7.415,5	7.087,1	6.779,3
Almanya	477.984,0	506.290,0	513.266,0	513.307,0	520.780,0	534.348,0	554.068,0	574.307,0
Estonya	830,3	976,9	855,4	840,2	905,5	962,2	1.030,2	1.112,3
Yunanistan	42.120,0	44.043,0	43.047,0	42.932,0	38.186,0	32.650,0	31.655,0	32.401,0
İspanya	133.537,0	150.769,0	157.606,0	158.900,0	160.443,0	161.488,0	160.229,0	159.847,0
Fransa	476.225,5	497.129,0	515.565,0	532.365,0	550.238,0	562.218,0	575.013,0	578.986,0
Hırvatistan	7.393,5	7.686,8	7.482,9	7.449,1	7.702,9	7.398,4	7.535,3	7.920,6
İtalya	284.759,0	299.423,0	305.928,0	311.377,0	318.585,0	326.307,0	326.240,0	330.220,0
GKRY	1.034,6	1.152,2	1.260,2	1.362,4	1.497,6	1.568,6	1.566,8	1.529,8
Letonya	1.750,8	2.187,7	2.064,3	1.963,5	2.015,5	2.103,8	2.143,2	2.227,2
Litvanya	4.206,6	4.542,0	4.223,0	4.190,3	4.281,4	4.315,2	4.678,7	4.556,1
Lüksemburg	6.423,0	6.983,5	7.276,5	7.509,2	7.956,7	8.433,1	8.823,0	9.096,8
Macaristan	17.294,4	15.230,2	15.828,1	16.576,7	15.639,0	16.623,8	16.474,5	16.459,7
Hollanda	97.696,0	105.669,0	109.636,0	112.014,0	117.975,0	120.569,0	123.054,0	116.840,0
Avusturya	45.921,3	47.989,1	49.523,0	50.920,1	53.410,5	55.437,6	57.366,3	59.147,6

Polonya	59.844,8	54.877,5	62.206,2	61.380,9	63.186,4	66.029,8	68.409,4	71.592,2
Portekiz	19.594,0	21.534,1	22.274,2	22.000,3	22.724,0	23.497,2	22.967,0	22.999,6
Romanya	14.052,5	14.396,4	15.286,6	16.283,6	15.858,7	16.422,3	16.948,7	17.728,3
Slovenya	6.443,3	6.707,4	6.848,0	6.993,5	6.901,8	6.856,8	6.908,2	7.049,2
Slovakya	8.232,3	9.164,4	9.536,0	9.627,5	10.134,1	10.575,0	11.039,9	11.317,5
Finlandiya	29.096,0	32.027,0	33.219,0	34.791,0	37.061,0	39.386,0	41.110,0	42.817,0
İsveç	21.004,7	20.736,4	23.541,4	24.791,5	27.618,9	29.874,4	28.556,6	28.824,1
Türkiye	43.396,7	49.520,0	58.990,3	57.217,8	67.891,1	62.052,5	72.060,9	72.485,2

Kaynak: Avrupa Birliği Ülkeleri verileri EUROSTAT ESA 2010 veri tabanından derlenerek Türkiye verileri SGK istatistikleri kullanılarak hesaplanmıştır. ERDOĞAN, Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Değerlendirilmesi, 1.Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 2018, ss. 51-52.

2.5 Özel Sağlık Sigortası

İnsanlar yaşamları boyunca hastalıklar, kazalar ve birçok sağlık sorunları nedeniyle sağlıklarını kaybetme riski ile sürekli karşı karşıyadır. Bu riskler nedeniyle ciddi sağlık harcamaları yapabilir, gelirlerinin büyük kısmını sağlık sorunları için harcayabilir hatta kişilerin gelirleri sağlık sorunlarının tedavi edilmesi için yetersiz kalabilir. Tüm sağlık harcamalarının meydana getireceği ekonomik zararları gidermek amacıyla oluşturulan fonlu sisteme “sağlık sigortası” denir. Sisteme her ne kadar sağlık sigortası dense de sağlıklı anda değil sağlık bozulduğu anda işlevsel hale geldiğinden devletin sigorta kanunlarında ve sigorta sektörü teknikçileri tarafından “hastalık sigortaları” olarak adlandırılmaktadır. Devletin sağladığı sağlık hizmetleri dışında kişinin kendi isteği ile zorunlu olmadan, sigorta şirketleri tarafından sağlıkla ilgili tüm riskleri değerlendirilerek sunulan özel sigorta ürünüdür. Ülkemizde kişilerin sağlık sigortası talep eğilimleri gelir düzeyi, eğitim seviyesi, sigorta bilinci ve genel sağlık

sigortası ile devletin sunduğu sağlık hizmetlerindeki sorunlara bağlı olarak değişiklik göstermektedir.²¹⁸

Özel sağlık sigortası, kendi kendine yardım fikrine dayanan kişinin sağlıklı ilgili özel çıkarlarını risklere karşı koruyan isteğe bağlı sigortadır. Sigortacılık Kanunu'na göre hastalık/sağlık sigortası yapısı itibariyle hem hayat hem de hayat dışı sigorta branşına girer. Sağlık sigortası, kişinin sigorta süresi içerisinde hastalanması veya bir kaza sonucu yaralanması durumunda tedavisi için gerekli masrafların sigorta sözleşmesinde belirtilen miktara kadar teminat altına alan sigorta türüdür. Sağlık sigortası hayat dışı sigorta olmasına rağmen sigortalının kabul ettiği teminatlar çerçevesinde ödeme yapıldığından meblağ sigortası olarak kabul edilmekte ve hayat sigortası özelliği taşımaktadır.²¹⁹ Sağlık sigortası için piyasanın oluşumu üç koşula bağlıdır. Birinci koşul olumlu talep sağlanmalı yani sisteme katılacak bazı bireylerin riski az olmalıdır ve sigorta havuzuna bu kişilerin dâhil edilmesi sağlanmalıdır. İkincisi sigorta poliçesi, bireyin ödemeye hazır olduğu bir fiyattan temin edilmelidir ancak bireyin bu riskten kaçınması, sigortacının idari maliyetlerini ve normal karını karşılamak için yeterli olmalıdır. Son olarak sigortayı temin etmek teknik olarak mümkün olmalıdır. Sağlık sigortası talebi hastalığın meydana gelme olasılığı, hastalığın yol açtığı zararın büyüklüğü, sigorta bedeli ve bireyin gelir ve eğitimi gibi durumlardan etkilenmektedir. Bu faktörlerin etkisi ülkeden ülkeye değişmektedir.²²⁰ Ülkemizde sağlık sigorta poliçesi ile ilgili çalışma esasları ve kurallarını, tüm sigorta şirketlerince uygulanan standart kurallar olan genel şartlar ve sadece poliçeyi üreten, pazarlayan sigorta şirketlerinin kuralı olan özel şartlar belirlemektedir. Sağlık sigortası ile yatarak, ayakta ve ek teminat paketleri ile hizmet sunulmaktadır.²²¹

2.5.1 Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı

Özel sağlık sigortası Thomson ve Mossialos'a göre, "gönüllü yaptırılan, bireyler ya da işverenler tarafından ödenen sigorta" olarak tanımlanmaktadır.²²² Sağlık

²¹⁸ Ali CİVAN, *Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı Sistemi*, İstanbul: Umut Matbaacılık, 2010, ss.11-12.

²¹⁹ Emine ORHANER, *a.g.m.*, s. 405.

²²⁰ Sarah THOMSON ve Elias MOSSIALOS, "Private health insurance in the European Union LSH Health and Social Care", *London School of Economics and Political Science*, 2009, s. 29.

²²¹ CİVAN, *a.g.e.*, s. 14

²²² Thomson and Mossialos, "Private Health Insurance in the European Union LSE Health and Social Care", s.13.

sigortası genel şartlarının 1.maddesinde, sağlık sigortasının kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Bu maddeye göre, sigorta şirketi, sigortalıların poliçe süresi içinde bir kaza sebebiyle yaralanmaları veya hastalanmaları durumunda tedavi amaçlı yapılan masrafları, varsa gündelik tazminatları, sahip olduğu poliçede yazılı meblağlara kadar karşılanacaktır. Buradaki tedavi geniş anlamli tedaviyi ifade etmekte, ilaç, cerrahi müdahale ve hastalığın teşhisi için ortaya çıkacak masraflar sigorta teminatı kapsamına girmektedir.²²³

Türkiye'deki sağlık sigortası uygulaması, ayakta ve yatarak tedavi yapılacak sigortalının doktor muayenesi, doktorun gerekli gördüğü tedavi için gerekli tahliller, görüntüleme teşhisleri, tedavi süresi içinde kullanılacak ilaç giderleri ile diğer tedavi araçları, hastanede ayakta yapılabilecek basit cerrahi müdahaleler, yatarak tedavideki ameliyat, hastane, oda, yoğun bakım odası, refakatçi, böbrek diyaliz, kemoterapi, radyoterapi el, kol, bacak ve diğer protezler, fizik tedavi, doğum ile aile planlaması, hava, kara ambulansı, yurtdışındaki belirli tedavi giderleri ve yıllık sağlık kontrolü neticesi (check-up) masraflarını kapsamı içine almaktadır. Teminat içerikleri sağlık sigortası genel şartlarına ve sigorta yasalarına aykırı olmamak şartıyla sigorta şirketleri ve alınan paket kapsamına göre genişletilip daraltılabilir. Sigorta kapsamını sigorta sözleşmesi belirlemektedir. Türkiye’de sağlık sigortalarında şirketlere göre değişkenlik gösteren teminatlar yurtdışı tedavi giderleri, doğum ve aile planlaması gösterilebilir.²²⁴

Özel sağlık sigortasını genellikle 18-65 yaş sınırına uyan kişiler kendileri ve aileleri için satın alabilirler. Bu yaş sınırı sigorta şirketleri bazında değişkenlik gösterebilir. Günümüzde pek çok sigorta şirketi yeni doğan bebekleri de özel sağlık sigortası sistemine dâhil etmektedir. Sağlık sigortasının yapılabilmesi için detaylı bir şekilde sağlık beyanı vermek gereklidir. Sigorta sözleşmesi 1 yıllık yapılır ve poliçede başlama ve sona erme tarihlerinde aksine karar verilmedikçe, Türkiye saatine göre öğlen 12.00’de başlar ve öğlen saat 12.00’ de sona ermektedir.²²⁵

²²³ Mustafa ÇEKER, **Sigorta Hukuku**, 5.Baskı, Adana : Karahan Kitapevi Yayını, 2012 , ss. 336-337.

²²⁴ CİVAN, **a.g.e.**, ss. 14-15.

²²⁵ Sigortam.Net, <https://www.sigortam.net/saglik-sigortasi/ozel-saglik-sigortasindan-kimler-yararlanabilir> (20.05.2019).

2.5.2 Özel Sağlık Sigortası Ürünleri

Sağlık sigortası poliçeleri, sigortalı tarafın özellikleri dikkate alınarak ferdî, grup ve aile sağlık sigortası olarak düzenlenebilir:²²⁶

Bireysel (Ferdî) Sağlık Sigortası: Kaza veya hastalık durumunda meydana gelecek masrafların karşılanması için kişilere özel olarak düzenlenmiş, yalnızca tek sigortalının risklerinin teminat altına alındığı sigortalardır.

Aile Sağlık Sigortası: Sigortalı kişi ile beraber, 18 yaşın altındaki çocuklarının ve sigortalının eşinin, sağlık sigortasına dâhil olduğu sigortalardır. Aile poliçeleri prim ödemelerinde indirim avantajı sağlamaktadır.

Grup Sağlık Sigortası: Sigorta ettiren konumunda, tüzel kişiliğe sahip kurum ya da kuruluşların bulunduğu, çalışanlarını ya da üyelerini toplu olarak sigortalattığı sağlık sözleşmesidir. Kurumsal sağlık sigortasına giriş bireysel sigortaya göre daha kolaydır.

2.5.3 Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri

Sağlık sigortası, bireylerin tıbbi yardım, tedavi ve ilaç harcamalarına teminat sağlamaktadır. Hastalık sigortası, yalnızca hastalık halini kapsamaktadır ve poliçede belirtilen hastalıkların gerçekleşmesiyle sigortalıya sigorta sözleşmesinde belirtilen limitlerde ödeme yapmaktadır. 2005 yılında çıkartılan bir yönetmelikle hastalık sigortasının adı sağlık sigortası olarak değiştirilmiştir.²²⁷ Özel sağlık sigortaları; destekleyici, ikame edici, tamamlayıcı ve seyahat sağlık sigortaları olmak üzere değişik şekillerde uygulanabilmektedir.

²²⁶ Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP). **Pazarlama ve Perakende, Sağlık Sigortası**, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011. s.20.
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf (20.04.2019).

²²⁷ ORHANER, **a.g.m.**, ss. 403-405.

2.5.3.1 İkame Edici Sağlık Sigortası

Tamamen kamu sağlık sigortaları yerine kullanılan ve temel teminat paketleri aracılığıyla sağlık risklerine teminat veren özel sağlık sigortası türüdür.²²⁸ Ülkemizde herkesi zorunlu kapsayan genel sağlık sigortasının olması nedeniyle uygulanmamaktadır. Bazı AB ülkelerinde var olan zorunlu sağlık sistemi dışında tutulanlar ve isteğe bağlı olarak zorunlu sigorta sistemi dışında kalan gruplar için uygulanmaktadır.²²⁹

Tamamlayıcı ve ilave edici sağlık sigortasından tüm nüfus faydalanabilir ve Avrupa Birliği üyesi olan ülkelerde uygulanmaktadır. İkame edici (yedek) sağlık sigortası ise bazı üye ülkelerde, yalnızca belirli gruplar için sınırlandırılmıştır. İkame edici sağlık sigortasında, yasal kapsam dışında kalan bireyler (Örnek olarak Hollanda’da 2006 yılından önce yaşayan gelir düzeyi yüksek kişiler verilebilir.) veya zorunlu sigorta ve isteğe bağlı sigorta arasında seçim imkânı sunulan kişileri (Almanya’da yaşayan gelir düzeyi yüksek kimseleri) kapsamaktadır.²³⁰

2.5.3.2 Destekleyici Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası türü olan destekleyici sağlık sigortası, kamu sağlık sigortasının karşılamadığı ek sağlık hizmetleri için teminat sağlamaktadır. Maliyeti kamu sağlık sigortaları ile aynı olan sağlık hizmetlerinde kişiler özel sigorta yaptırmayı tercih edilmektedir. Bu sigorta türünde amaç, kullanıcının seçme imkânını artırmaktır. Kamu kuruluşlarından özel hizmet alma, oda/otellilik hizmeti farkı, doktor tercihi yapabilme, sağlık hizmetine hızlı ulaşma gibi durumları kapsamaktadır.²³¹

2.5.3.3 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Kamunun sağladığı sağlık hizmetlerini tamamlayan, sağlık hizmetlerinden faydalanacak kişinin üzerinde kalan sağlık riskini teminat altına alan özel sağlık

²²⁸ Emine ORHANER ve Nazmiye EKİNCİ “Ankara’da Yaşayan Kişilerin Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi” **Sağlık Akademisyenleri Dergisi**, Cilt 6, Sayı 1, 2019, ss. 34-36.

²²⁹ Mümine Nurdan DOĞUKAN, 13 Kasım 2014. Özel Sağlık Sigortası

²³⁰ http://sasder.org/content/docs/sunumlar/3/tamamlayici-saglik-sigortasi_mnurdan-dogukan.pdf (26.05.2019).

²³¹ Sarah THOMSON ve Elias MOSSIALOS, “Voluntary Health Insurance: In the European Union”, **European Observatory on Health Systems and Policies**, 2004, s. 16.

²³¹ DOĞUKAN, Özel Sağlık Sigortası.

sigortası türüdür. Kısaca tamamlayıcı sağlık sigortası, kamunun karşıladığının üstündekini kısmen veya tamamen üstlenen sağlık sigortadır. Ülkemizde genel sağlık sigortasının 5510 Sayılı Kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan sağlık giderlerini aşan kısmını ve SGK' nin karşılamadığı sağlık giderlerini teminat altına alır.²³²

2.5.3.4 Seyahat Sağlık Sigortası

Yurt içi ya da yurtdışı seyahat esnasında ani olarak ortaya çıkan rahatsızlık ve yaralanmalar neticesinde alınan tedavileri poliçede belirtilen teminat limitlerine kadar karşılayan sigorta türüdür. Sigortanın süresi ülkeden pasaportla çıktığında başlar ve ülkeye pasaportla giriş yaptığı anda sona erer.²³³ Seyahat sağlık sigortası genel şartlarının 5. maddesinde sigortalının sigorta şirketinden satın aldığı poliçeler, asgarî olarak aşağıdaki teminatları içermelidir ve şirketler bu teminat limitlerini poliçede göstermelidir:²³⁴

- Beklenmedik bir anda meydana gelebilecek hastalıklar ve rahatsızlıklara ilişkin, tıbbî tedavi teminatı
- Sigortalının, tedavinin yapılacağı en yakın hastaneye ulaşımı veya nakli
- Sigortalının sağlık kurumunda tedavisi sonlanıp taburcu olduktan sonra ikametgâh adresine gönderimi
- Vefat eden sigortalının nakli

2.5.4 Özel Sağlık Sigortacılığı Teminat Yapısı

Ülkemizde sağlık sigortası, sigortalının karşılaşılabileceği hastalık veya kaza sonucu meydana gelebilecek, doktor muayene, ilaç, teşhis-tanı-tetkik, ayakta ve yatarak tedaviler ve fizik tedaviyi içeren ve Genel şartları Hazine Müsteşarlığınca onaylı sigorta branşlarından biridir. Diğer sigorta branşlarında teminat limiti belirtilmesine rağmen ülkemizde üretilen sağlık poliçelerinde yatarak teminatının limitsiz olması sağlık sigortasına verilen önemi göstermektedir.²³⁵ Özel sağlık sigortasının en iyi avantajı,

²³² ORHANER ve EKİNCİ, **a.g.m.**, ss. 34-36.

²³³ Türkiye Sigortası Enstitüsü Vakfı, Sağlık Sigortasının Türleri Nelerdir? <http://www.tsev.org.tr/sayfa/saglik-sigortasinin-turleri-nelerdir> (25.05.2019).

²³⁴ Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Şirketleri Birliği, 2006. Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları, <https://www.tsb.org.tr/seyahat-saglik-sigortasi.aspx?pageID=516> (25.05.2019)

²³⁵ CİVAN, **a.g.e.**, s.14.

kısıtlı olan kamu kaynaklarının özel sigorta alamayacak durumda olanlara ve düşük gelirli kişiler için kullanılmasına imkan sunmasıdır. Bu imkânın oluşturulması geliri yüksek kişileri özel sağlık sigortası almaya yönlendirmesi ile gerçekleşmektedir. Özel sağlık sigortasını sunan sigorta şirketleri kar amacı taşıdığından bu şirketlerin yenilikleri ve verimliliği desteklemesi, sigortayı talep edecekler için tercihini artırıcı unsurdur.²³⁶ Sağlık sigorta teminatları, sağlık poliçesinin temel taşlarıdır. Sağlık poliçesinden en iyi şekilde yararlanabilmek için ihtiyaca uygun teminatlar seçilmelidir. Sağlık sigortası, yatarak tedavi hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve ilave teminatlardan oluşmaktadır.²³⁷

2.5.4.1 Yatarak Tedavi Teminatı

Cerrahî bir müdahale olsun ya da olmasın yatarak tedavilerde; hastane, yatak ve yemek, asistan doktor ücreti, operatör doktor ücreti, refakatçi, anestezi, ameliyathane, hastalık ve tedavi için gerekli olan tahlil ve röntgen giderleri, tedavide kullanılan ilaç giderleri ve tıbbi malzeme giderleri, sigorta genel ve özel şartlar çerçevesinde poliçede belirtilen limit ve ödeme oranlarına göre ödenir.²³⁸ Hastanede yatmayı gerektiren durumlarda 24 saatten az olmamak şartıyla acil durum harcamaları, yatış ve tedavi masraflarını kapsamaktadır. Yatarak tedavi teminatları, ameliyat, refakatçi, oda-yemek, ilaç-tanı (yatarak), küçük müdahale, yoğun bakım, doktor takibi ve ambulans hizmeti gibi giderler olarak sıralanmakta ve sigorta kapsamında karşılanmaktadır.²³⁹

2.5.4.2 Ayakta Tedavi Teminatı

Özel sağlık sigortası alıcılarına, ayakta tedavi teminatı tek başına verilememekte ancak yatarak tedavi teminatını alan kişilere ek olarak sunulmaktadır. Tek başına yapılamayan bu teminatın kapsamı doktor muayenesine yönelik giderler teminatı, ilaç giderleri karşılama teminatı, tanı birimlerine yapılacak giderler teminatı, tahlil-röntgen işlemleri için giderler teminatı, MR-Sintigrafi-Tomografi giderleri

²³⁶ İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, **a.g.m.**, ss.91-92.

²³⁷ MEGEP, **a.g.e.**, s. 5.

²³⁸ Sigortam.Net, <https://www.sigortam.net/saglik-sigortasi/yatarak-tedavi-teminatlari-nelerdir> (20.05.2019)

²³⁹ MEGEP, **a.g.e.**, ss. 6-7.

teminatı, fizik tedavi giderleri teminatı, görüntüleme hizmetleri giderleri teminatı, laboratuvar hizmetleri giderleri teminatı olarak sayılabilir.²⁴⁰

2.5.4.3 İlave Teminatlar

Yatarak ve ayakta teminatların dışında kalan ek prim ödemeleri ile poliçe kapsamına dâhil edilebilen teminat türüdür. Bu teminatlar, doğum teminatı, diş tedavisi teminatı, suni uzuv, check-up, gözlük (çerçeve, lens, cam) yurt dışı tedavi giderleri, gündelik tazminat giderleri ve koruyucu amaçlı tetkikleri ek prim ödemek koşuluyla poliçe teminatlarına ilave edilebilir.

2.5.5 Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Ülkemizde 1921 yılında, kamu sağlık programları sınırlı bir şekilde ve ilk kez Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesi’nin Hukukuna Müteallik Kanun’uyla oluşturulmuştur. 1959 yılında 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” ile sağlanan yardımlardan faydalanacak nüfus oldukça genişlemiştir. Dünyadaki gelişmelere uyum sağlamak eğilimiyle sağlık sigortasına ve özel sağlık sigortacılığına önem verilmeye başlanmıştır. Özel sağlık sigortaları, devletin sağladığı sosyal sigorta hizmetine ek güvence ve daha kaliteli tedavi olanağı sağlamak amacıyla kurulmuştur. 1938 yılında, Anadolu Sigorta A.Ş. gemi kurtarma çalışmalarını yapan kişiler için hastalık sigortası benzeri bir teminat piyasaya sunmuştur. Günümüzdeki sağlık sigorta anlayışına en yakın ilk sigorta ürün Başak Sigorta, 1976 yılında Ziraat Bankası’nda hesabı olan kişilere, gündelik tazminatı içeren grup sağlık sigortasını uygulamıştır. Şark Sigorta 1982 yılında Uluslararası Bankası’nın çalışanlarına ve bu kişilerin eş ve çocukları için grup sağlık sigortası teminatı sunmuştur. 1983 yılında gruplara, 1988 yılında bireylere özgü ürünler satılmaya başlanmıştır. Ferdi Sağlık Sigortasını, 1988-1989 yıllarında Halk Sigorta A.Ş. uygulamaya başlamıştır. Anadolu Sigorta, Genel Sigorta ve OYAK Sigorta A.Ş. 1989 yılında ağırlıklı olarak grup sağlık sigortasını uygulamaya başlamışlardır. 1990 yılında hastalık branşı kurulmuştur.²⁴¹ Limitsiz sağlık poliçeleri 1995 yılında satılmaya başlanmıştır. 2005 yılında ise hastalık sigortası ismi

²⁴⁰ MEGEP, a.g.e., ss. 7-8.

²⁴¹ Abdullah KARACIK ve Hakkı ATLI, **Sağlık Sigortaları**
http://www.saglikplatformu.com/statik/sigorta.htm#_ftn2 (05.06.2019).

sağlık sigortası olarak değiştirilmiştir ve bu yılda özel sağlık sigortacılığına yönelik düzenlemelerin yer aldığı TTK Taslağı Meclise sunulmuştur. Özel Sağlık Sigortacılığı Yönetmelik taslağı 2007 yılında hazırlanmış, 2008 yılında 5510 sayılı Kanun'un 98. maddesinde tamamlayıcı sağlık sigortasından bahsedilmiştir.

2.5.6 Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Alanında Yaşanan Sorunlar

Türkiye’de özel sağlık sigortası şirketleri iyi hizmet verme çabası içerisinde ve gelişen sektörde gerektiği gibi örgütlenme sağlayamadığından bazı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Diğer sigorta branşları mal ve mesuliyeti sigortalamaya yönelik olmasına rağmen sağlık sigortasında en önemli faktör insan sağlığıdır. Sağlık sigortasında yaşanan sorunlar aşağıda açıklanmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Sıklığı

Sağlık sigortası kapsamında olan kişi sağlık hizmeti almamışsa yani hizmet tüketimi sıfır veya az ise bu durum kişiyi sağlık hizmeti almaya yöneltmektedir. Sigortalı nasıl olsa prim ödendi düşüncesi ile gereksiz talep oluşturmaktadır. Böylelikle sigortalıların doktora gitme sıklığı ve sigorta şirketlerine maliyeleri artmaktadır. Özel sağlık sigortası şirketlerinin ödediği tazminatlarının yüksek oluşu yani tazminat/prim dengesi sigorta şirketini olumsuz etkilemektedir. Sigorta şirketleri bu durumdan kurtulabilmek için sigorta havuzuna daha fazla kişi alarak risk paylaşımını daha geniş bir kesime yaymayı hedeflemektedir.²⁴²

Karşılıklı İyi Niyet Prensibine Uymama

Sağlık hizmeti alacak kişinin, gerçekten sağlık hizmet ihtiyacı olması gerekir ve hizmeti arz edenler tarafından yalnızca ihtiyaç halinde sağlık hizmeti sunulmalıdır. Sigortalının sigorta şirketine ödediği primi geri alma isteği düşüncesi “karşılıklı iyi niyet prensibi” ile uyusmamaktadır. Sağlık hizmeti arz ve talebi ihtiyaç görüldüğünde sunulmalıdır. Bu durum sosyoekonomik yönden fayda sağlamaktadır.²⁴³

²⁴² MEGEP, a.g.e., s. 28.

²⁴³ KARACIK ve ATLI a.g.e., http://www.saglikplatformu.com/statik/sigorta.htm#_ftn2/ (10/06/2019).

Hekim ve Sağlık Kuruluşlarının İnisiyatifi

Özel sağlık sektöründe taraflardan biri olan sağlık hizmetini sunucuları ve hekimlerin tutum ve davranışları özel sağlık sigorta sektörünü etkilemektedir. Özel sigorta şirketleriyle sağlık hizmetini sunan kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Sağlık hizmeti sunan hastanelerin sağlık sigortasına sahip olan ve sigortasız kişilere farklı fiyat tarifeleri uygulaması, ekonomik teşhis ve tedavi yöntemleri yerine daha pahalı yöntemleri tercih etmesi, sigorta şirketlerine uyan raporların düzenlenmesi, ticari kazançlarını artırmak amacıyla yapılan ekstra masraflar özel sağlık sigortasının ileriki zamanlarda tehlike çanlarının çalacağını gösteren tutum ve davranışlardır.²⁴⁴

Portföyün Büyütülememesi ve İstatistikî Verilerin Yetersizliği

Büyük Sayılar Kanunu sigortanın arz yönü açısından önemlidir. Büyük Sayılar Kanunu ile sigorta tüketicilerinin ortalama gelirleri ve arz politikası tespit edilebilir, sigorta talebinin riski azaltabilir ve sigortalı sayısının fazla olmasıyla sigorta şirketlerinin belirlemiş olduğu risk seviyesine yaklaşmış olunur. Sigorta havuzunda kişi sayısının artmasıyla havuzda biriken para da artacak ve daha uygun fiyattan sigorta satın alma imkânı sunulacaktır. Böylelikle sigorta şirketlerinin kârı ve riskin güvenilirliği artar. Ülkemizde gelişmekte olan özel sağlık sigortası sektöründe karşımıza sektöre ilişkin istatistiklerin ve verilerin yetersizliği, ulaşılan verilerin güvenilir olmaması sebebiyle risk priminin doğru tespit edilememesi durumları çıkmaktadır. Bu durumlarda riskin karşılığı olan doğru prim tam tespit edilememekte ve mevcut risk yanlış fiyat üzerinden pazarlanmaktadır.²⁴⁵

Prim Tahsilatına Dair Sorunlar

Sigorta sektöründe hasar/prim dengesi oldukça önemlidir. Hasar/prim oranının yüksek çıkması teknik kârın yani sigortacılık faaliyetleri sonucu oluşan gelirin düşük veya gelirin hiç olmaması anlamına gelmektedir. Sigorta şirketleri meydana gelen giderlerinin büyük kısmını peşin öderler ve buna karşın primleri belli sürede tahsil ederler. Bu durum sigorta şirketlerinin nakit akış dengesini bozmaktadır. Ödemesi tam

²⁴⁴ MEGEP, a.g.e., s. 28.

²⁴⁵ MEGEP, a.g.e., s. 29.

alınmayan poliçelerin hasar ödemesi yapılmak durumunda kalınmaktadır. Prim tahsilatından kaynaklanan sorunlar sebebi ile şirketler menkul ve gayrimenkul yatırım yapamamakta ve yeni yatırımlar için fon yaratamamaktadır.²⁴⁶

Rekabetin Yalnızca Fiyat Boyutunda Yaşanması

Sektörde yaşanan fiyat rekabeti sigortacılık sektörünü ve şirketleri olumsuz olarak etkilemektedir. Rekabetin yalnızca fiyatla yapılması verilen hizmet kalitesinin düşmesine ve sağlık sigortası sektöründe gelişme sağlayamamasına neden olmuştur. Müşteriler artık fiyat kadar kalite unsurunu da aramaya başlamışlardır. Özel sağlık sigortası sektöründe aşırı derecede rekabetin olması özellikle grup sigortalarında şirketlerin iş alma eğilimleri fiyatların aşağıya çekilmesine neden olmuştur.²⁴⁷

Sosyokültürel ve Ekonomik Yapı

Sigorta talep edecek kişiler birçok faktörü değerlendirerek sigorta almaya karar verirler. Karar vermede ekonomik ve sosyokültürel sebepler etkilidir. Bu sebeplerin bazıları sigortaya olan güvensizlik, eğitim düzeyi, din olgusu, sigorta fiyatlarının yüksekliği, sigorta bilincinin tam olarak yerleşmemesi, halkın gelir düzeyi ve çifte sigorta primi ödeme olarak sıralanabilir.²⁴⁸

Limitsiz Poliçe Satış Sorunu

Sağlık sigortası poliçelerinde son yıllarda limitsiz teminat veren ürünler piyasaya sunulmuştur. İnsanlara sigorta satın alma konusunda cazip görülen ve pazarlamayı kolaylaştırıcı olarak görülen limitsizlik faktörü sigortalılara istediği kadar harcama yapma imajı doğurduğundan sektöre olumsuz etki etmiştir. Sigortalıları en küçük şikayetlerde birçok tetkik ve tahlil yapma eğilimini artırmış suiistimallere sebebiyet vermiştir ve sektörün hasar/prim oranını oldukça yükseltmiştir. Sektör yatarak

²⁴⁶ Ayşe Gül BÖLÜKBAŞI ve Baturalp PAMUKÇU, **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, 2. Baskı, İstanbul: Türkmen Kitapevi, 2010, ss. 103-106.

²⁴⁷ KARACIK ve ATLI, **a.g.e.**, http://www.saglikplatformu.com/statik/sigorta.htm#_ftn2 (11.06.2019)

²⁴⁸ MEGEP, **a.g.e.**, s. 29.

tedavilerde verilen limitsiz teminatlara en azından üst limit koymalı ve sigortalıyı limitsiz teminatlar konusunda bilgilendirmelidir.²⁴⁹

2.5.7 Sosyal Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasının Karşılaştırılması

Özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortası arasında birçok farklılık bulunmaktadır. Bu farklılıkları aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:²⁵⁰

1. Sosyal sağlık sigortasında sigorta ilişkisinin kaynağı kanuna dayanırken özel sağlık sigortasında sigorta ilişkisinin kaynağı sigorta sözleşmesidir.

2. Sosyal sağlık sigortasından yararlanabilmek için kişinin belli bir statüyü kazanmış olması(memur, serbest çalışan, işçi, vb.) ve bu statü dışında kalması durumunda devlet tarafından tespiti yapılarak sigorta kapsamına dâhil edilir. Özel sağlık sigortası herkese açıktır. Kişilerin yaş, cinsiyet, statü özellikleri dikkate alınmaz.

3. Sosyal sağlık sigortasının sağlamış olduğu sağlık hizmetlerini sigortacı konumunda olan devlet sunmaktadır. Özel sağlık sigortasında sigortacı ise özel sigorta şirketleridir.

4. Sosyal sağlık sigortasında toplum sağlığını korumak, toplumdaki hastaları tedavi etmek ve iyileştirmek asıl amaçtır. Toplumun sağlıklı olması, sosyal ve ekonomik gelişim için önemli iken özel sağlık sigortasında bireysel çıkarlar önemlidir.

5. Sosyal sağlık sigortasında kamu hizmeti olarak sağlık hizmeti sunulur ve yapılan hizmet kamu hizmeti olarak nitelendirilir. Devlet kâr amacı düşüncesi ile bu hizmeti sunmaz. Özel sağlık sigortasında ise özel sigorta şirketleri kâr elde etme amacıyla hizmet sunmaktadır.

6. Sosyal sağlık sigortasında risk seçme şansı yoktur. Özel sağlık sigortasında rizikonun değerlendirilmesi ve risk seçme şansı vardır. Özel sağlık sigortasında risk yönetimi fiyatı belirlemektedir. Risk yönetiminde yaşam tarzı, meslek, hobileri ve alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, iş hayatı geçmişteki sağlık problemleri dikkate alınmaktadır.

²⁴⁹ MEGEP, a.g.e., s. 30
²⁵⁰ ORHANER, a.g.e. ss. 126-127.

7. Sosyal sağlık sigortası süresi devamlıdır. Her yıl yenileme işleminin yapılması gibi bir durum yoktur. Özel sağlık sigorta süresi ise genellikle bir yıldır ya da bir yıldan daha az sürelerde yapılabilir.

8. Sosyal Sağlık Sigortasında, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası hükümleri geçerli iken özel sağlık sigortasında 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ile 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu sigorta hukuku hükümleri geçerlidir.

9. Sosyal sağlık sigortasında sigortacı yani devlet tüm üyelerine standart bir hizmet paketi sunar, özel sağlık sigortasında ise sigortacı, önceden belirlenmiş hizmet paketini ödediği prim karşılığında sigortalıya sunar.²⁵¹

10. Sosyal sağlık sigortasında karşılıklı yardımlaşma temeline dayanan katkı olarak tanımlanan primler kişilerin gelirinin sabit yüzdesi üzerinden belirlenirken özel sağlık sigortasında primler maruz kalınan riske göre belirlenir. Özel sağlık sigortasında prim, teminat kapsamı, muafiyet ve indirimler, enflasyon oranına göre her yıl değişmektedir fakat genel sağlık sigortasında sabit yüzde üzerinden alındığından gelir miktarına göre değişmektedir.²⁵²

11. Sosyal sağlık sigortası zorunludur. Risklere karşı herkese eşit koruma sağlar ve kötü riskleri dışlayamaz ve sözleşme içeriğini tespit etme özgürlüğü bulunmamaktadır. Özel sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Sigortacı sigortalayıp sigortalatmama, sigortalı ise prim ödeyip ödememe, sigortacıyı seçme ve sözleşme içeriğini istediği gibi tespit etme hakkına sahiptir ve kötü riskleri genelde teminat dışı tutmaktadır.²⁵³

²⁵¹ ÇELİK, a.g.e., s. 186.

²⁵² ÇELİK, a.g.e., s. 186.

²⁵³ ÇELİK, a.g.e., s. 186.

3.BÖLÜM

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

3.1 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tanımı

Tamamlayıcı sağlık sigortası, kamunun sunduğu sağlık sigortasının teminat paketi kapsamında yer almayan ya da kapsamda yer aldığı halde ek ücret ödemesi ile sağlık hizmet giderlerinin, hizmeti alan kişiler tarafından cepten ödemesi yoluyla finanse edilen özel sağlık sigortası türüdür. Hizmetten faydalanan kişinin üzerinde olan sağlık harcama risklerini, sigorta şirketleri belli prim karşılığında üzerinde tutmaktadır.²⁵⁴

Asgari yaşama koşullarını garanti eden sosyal sigortanın karşılamadığı sağlık giderleri, hizmeti alan kişilerin sorumluluğundadır. Hizmet alan kişiler, taşıdığı riski gerek teminat kapsamı gerekse belirli teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle sağlık riski paylaşım yöntemi olan tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla karşılamaktadır. Böylelikle hizmeti alan kişi ayakta ve yatarak tedavi giderlerinde oluşan maliyet farkını tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığıyla karşılamaktadır.²⁵⁵ TSS, özel sağlık sigortasının bir çeşididir. Genel sağlık sigortası temel teminat paketleri içerisinde yer almayan ya da teminat paketi içinde yer alan fakat kısmen karşılanan durumlarda kişinin cepten ödeme yapması gereken veya daha yüksek standartlarda hizmet almak istediği durumlarda devreye girmektedir. Kısaca kurum tarafından kapsama alınmayan veya kapsama alındığı durumda kişinin ilave ücret ödemesi gereken sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığı ile kapsam altına alınmasıdır.²⁵⁶

Mossialos, ve Thomson'a göre tamamlayıcı sağlık sigortası, yasal sağlık sisteminin dışında kalan hizmetlerin bir kısmını veya tamamını kapsayan sigorta çeşididir. Bazı sigortacılar sigorta kapsamını, yatarak tedavi gören hastalar için sınırlandırmaktadır. Ayakta tedavi olacak hastalar için birinci basamak doktor

²⁵⁴ Nuray ERKEK ve Fatih ERKEK, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı 79, Mayıs– Haziran 2012, s. 35.

²⁵⁵ Hüseyin ÇELİK ve Diğerleri “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Aktüer Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, 2004, s. 8.

²⁵⁶ Tarkan DİZDAR, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Kasım 2014, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_TDizdar.pdf (12.06.2019).

muayeneleri, tıbbi uygulamalar, testler, ulaşım maliyetleri, ilaçlar, ana sağlığı hizmetleri, diş tedavisi ve tamamlayıcı veya alternatif tedavi maliyetlerinin önemli bir kısmını karşılamaktadır. Geri ödeme düzeyleri ve seçilen sigorta paketleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir.²⁵⁷

Genel sağlık sigortası sisteminin halk sağlığı taleplerini karşılamadığı durumlarda sağlık sistemi bünyesi alternatif çözüm olanaklarını barındırmaktadır. Genel sağlık sigorta kapsamının sürekli gelişme eğilimi ülkeleri finansal açıdan zora sokmaktadır. GSS fonksiyonunu üstlenen TSS, bu finansal yükü kısmen üzerine almaktadır. Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm oluşabilecek sağlık risklerini karşılama amacı ve iddiasında değildir. Sosyal sigortanın karşılamadığı ve kişilerin beklentilerine yeteri kadar cevap verilmeyen sağlık risklerinde ortaya iki durum çıkmaktadır. Birinci durum kişinin cepten ödeme yapması ikinci durum ise özel sigortası ile riskin paylaşılmasıdır. Böylelikle ihtiyaçtan doğan tamamlayıcı sağlık sigortasının hayata geçirilmesi kaçınılmaz olmuştur.²⁵⁸

3.2 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı

İnsan onuruna yaraşır bir şekilde nüfusun tümünü kapsayan sağlık hizmeti sunmak için ülkemizin kaynaklarının sınırlı olduğu ve finansmanı tam olarak sağlayamadığı görülmektedir. Genel sağlık sigortası bu riskleri, kapsamını, katkı paylarını ve hizmet fiyatlarını tespit ederek paylaşmak durumundadır. Genel sağlık sigortası üzerindeki harcamaları dengelemek ve kontrol altında tutmak için bazı araçları kullanmaktadır. Bunlar; genel sağlık sigorta kapsamının daraltılması, koruyucu sağlık hizmetler sunumlarına daha fazla önem vermek, provizyon sisteminin etkin kullanılmasının sağlanması, kişilerin beklentilerinin TSS ile dengelenmesi, prim gelirlerinin artırılması ve fiyat tarifelerinin düşürülmesi olarak sıralanabilir.²⁵⁹ Tamamlayıcı sağlık sigortası ile kurum tarafından kapsama alınmayan, kapsam dahilinde olsa bile kısmen ödemesi yapılan sağlık harcamaları ve kişilerin daha kaliteli

²⁵⁷ Sarah THOMSON ve Elias MOSSIHALOS, “Voluntary Health Insurance in the European Union”, s. 66.

²⁵⁸ ÇELİK ve Diğerleri, **a.g.m.**, ss. 9-10.

²⁵⁹ ÇELİK ve Diğerleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul, 5 Aralık 2003, s.36. Aktaran: Birkan TAPAN ve Diğerleri, “Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi” **FNG & Bilim Tıp Dergisi**, Cilt 1, Sayı 2, 2015, s. 79.

sağlık hizmeti alma istekleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin daha rahat ve sürdürülebilirliği için kamunun sağlık yükünün hafifletilmesi amaçlanmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsam altına alınan genel sağlık sigortalı kişi ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kimseler, SGK ile anlaşmalı sağlık hizmet sunucularından hizmet almaları durumunda ortaya çıkan ilave ücretleri tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıranlar Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları kapsamında teminat altına alınmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98.maddesinde, katılım paylarının ödenmesi sorumluluğunun sağlık hizmetlerinden yararlananlar tarafından yapılacağı ve bu ödeme sorumluluğunun özel sigorta şirketleri tarafından ödeme veya teminat konusu yapılamayacağı bildirilmiştir. Bu sebeple katılım payları poliçe kapsamında değerlendirilmemektedir.²⁶⁰

Sigorta sözleşmesinin yürürlükte olduğu süre içerisinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında sigortacının anlaşmalı olduğu kurum ve kuruluşlardan alınan sağlık hizmetleri ilave ücret tutarları, sigorta şirketi ile sağlık hizmet sunucusunun arasındaki anlaşmaya göre, SUT fiyatları üzerinde kalan tutarları, hastalardan alınabilecek otelcilik ücreti ve kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmet giderleri Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Özel Sağlık Sigortalı Yönetmeliği'ne uygun olarak tamamlayıcı sağlık sigortasından karşılanmaktadır.²⁶¹

Tamamlayıcı sağlık sigortası genel olarak yatarak tedavi, ayakta tedavi, hekim muayenesi, ambulans hizmeti, reçeteli ilaçların temini, fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, tedavi sonrası evde bakım ve benzeri sağlık hizmetini karşılamaktadır. Analık ve doğum hizmetleri, kronik hastalıkların tedavisi, ağız ve diş sağlığı tedavileri, Check-Up, yurt dışında yapılan tedaviler, psikiyatrik tedaviler ve alternatif tıp ve benzeri sağlık hizmetleri de poliçelerde yer alabilir. Fakat estetik ameliyatları, alkol ve uyuşturucuya kullanımından kaynaklanan tedaviler, AIDS'e bağlı hastalıklar ve

²⁶⁰ Resmi Gazete, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (10.06.2019).

²⁶¹ Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları, s. 3. https://www.allianz.com.tr/content/dam/onemarketing/aztr/allianz/pdf/saglik-sigortalari/tamamlayici-saglik-sigortasi/TSS_Ozel_Sartlar_150617.pdf (10.06.2019).

tehlikeli sporlardan kaynaklanan sağlık problemleri kapsam dışındadır.²⁶² Sözleşme süresi içinde sigortacı, ürüne özel anlaşmalı kurum ya da kuruluşlarda SGK ile anlaşmalı branşlarda meydana gelebilecek GSS kapsamında değerlendirilen sağlık hizmetleri için SUT bedelinin üzerindeki sağlık giderlerini poliçeden belirtilen şartlar, genel ve özel şartlar doğrultusunda karşılamaktadır. TSS kapsamında yatarak tedavi, ayakta tedavi, doğum ek teminatı ve ilave teminatlar sigorta alıcılarının isteği doğrultusunda verilmektedir.

3.3 Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Türkiye Uygulaması ve Gelişimi

Tamamlayıcı sağlık sigortası, kamu sosyal sağlık sigortasının karşıladığı sağlık teminatlarının üstünde kalan kısmının hizmet ve para olarak karşılanmasıdır. Kamu sağlık sigortasının karşılamadığı sağlık teminatlarının karşılanması ise “destekleyici” sağlık sigortası olarak adlandırılmaktadır. Avrupa’da tamamlayıcı sağlık sigorta yaygın olarak uygulanmaktadır. Ülkeden ülkeye değişik paketler şeklinde ve farklı tercihlere dayalı olarak uygulama şekilleri mevcuttur. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası kavramı 1990’lı yıllarda konuşulmaya başlanmıştır. Bu yıllarda “Sağlık Reformu” hazırlıklarında, genel sağlık sigortası, Sağlık Finansman Kurumu ve kişisel sağlık sigortası gibi isimlerle adlandırılan taslaklarda tamamlayıcı sağlık sigortası yer almıştır. Yasa maddelerinde “teminat paketleri dışında ek hizmet almak isteyenler” olarak sürekli yer almıştır.²⁶³

Türkiye’de 2000’li yıllardan bu yana tamamlayıcı sağlık sigortası, yoğun şekilde tartışılmaya devam edilmektedir. İlk kez 5510 sayılı Kanun’un 98. maddesinde bahsedilmiştir. 2011 Ekim ayında yayımlanan Orta Vadeli Program’da “tamamlayıcı emeklilik ve sağlık sigortası modellerinin geliştirileceği” konusuna yer verilmiştir. Kanunun 98. maddesinde, yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici

²⁶² Fatma Özge VAROĞLU, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye’deki Gelişim Süreci”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı 3, 2013, s. 23.

²⁶³ Haluk ÖZSARI, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Süreci ve Gelinek Nokta” , **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 18 Ekim 2017, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1035/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi-sureci-ve-gelinen-nokta.aspx> (10.06.2019).

özel sağlık sigortalarına ilişkin usul ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmektedir.²⁶⁴

2008 yılında 5754 sayılı Kanun ile Hazine Müsteşarlığına tamamlayıcı sağlık sigortası konusunda yönetmelik çıkarma yetkisi verilmiş ve bu yetki 2013 yılında çıkarılan yönetmeliğe dayanak oluşturmuştur. 23.10.2013 tarih ve 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 18. maddesinde; tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası, SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlere ek yapılan masraflar, SGK tarafından karşılanmayan ülkemizdeki giderleri özel sağlık sigortası şirketleri tarafından karşılanacaktır. Ayrıca sigorta şirketleri bakıma muhtaç durumun olması durumunda bakım hizmetleri giderleri, yurt dışı sağlık giderleri, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ile ilgili diğer konular için ek teminat verebileceği, sözleşmenin şartları ve teminatları kapsamında sigorta şirketince karşılanacaktır. 2011 yılında yayımlanan Orta Vadeli Program'da, sağlık sigortası modellerinin geliştirileceği ve tamamlayıcı emeklilik konusuna yer verilmiştir. 28 Haziran 2012 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları uygulamaları hakkında 2012/25 sayılı genelge yayınlanmıştır. Genelgeye göre, ilave ücret tutarları, SGK tarafından ödenmeyen sağlık giderleri, otelcilik masrafları gibi hastadan alınabilecek ödemelerin sigorta şirketleri tarafından ödenmesi sağlanarak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşları ile sigorta şirketleri arasında yapılan anlaşma şartları altında SUT fiyatı SGK'ye, SUT fiyatı üzerinde kalan kısmın ise sigorta şirketi tarafından ödenmesi sağlanmıştır.²⁶⁵

Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası bireysel ve grup poliçeler olarak ikiye ayrılmaktadır. Grup poliçeleri daha düşük maliyetle daha yüksek iş hacmi sağladığından özel sigorta şirketleri için ön planda yer almaktadır. Bireysel poliçelerde prim, risk ile ilişkili olduğundan yüksek, grup poliçelerinde ise primler grubun özellikleri ile ilişkili olduğundan bireysel poliçeye göre kişi başına düşen prim daha düşüktür.²⁶⁶

²⁶⁴ SGK, Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulaması Hakkında Yayınlanan Genelgeyi İlişkin Bilgilendirici Duyuru, 2012, <http://ozelhastaneler.org.tr/tamamlayici-veya-destekleyici-saglik-sigortasi-uygulamasi-hakkinda-yayinlanan-genelgeye-iliskin-bilgilendirici-duyuru/> (12.06.2019).

²⁶⁵ ÖZSARI, **a.g.m.**, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1035/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi-sureci-ve-gelinen-nokta.aspx> (10.06.2019).

²⁶⁶ VAROĞLU, **a.g.m.**, s.25.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının yürürlükte olması için genel sağlık sigortasının aktif olması gerekmektedir. GSS hak sahipliğini kaybeden kişiler tamamlayıcı sağlık sigortası yürürlükte olsa dahi GSS aktif olmadığından sigorta teminatlarından yararlanamamaktadır. Poliçede sigortalı olarak belirtilen kişiler için sigorta teminatları geçerlidir. Poliçede yer almayan kişiler tamamlayıcı sağlık sigortasından faydalanamaz.²⁶⁷ Tamamlayıcı sağlık sigortası Türkiye Cumhuriyeti sınırlarında geçerli olup poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kurumlarında geçerlidir ve SGK'nin karşılamadığı sağlık hizmetleri, teminat kapsamında değerlendirilmemektedir.

3.4 Çeşitli Ülkelerdeki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Hayat beklentilerinin ve nüfusun sürekli artmasıyla devletin üzerindeki mali yükü artırdığı görülmektedir. Gelişen tıp teknolojisiyle beraber sağlık hizmetleri maliyetlerinde artış olmuştur. Bu durumda ülkeler üzerlerindeki riski özel sağlık sigortaları ile paylaşma yoluna gitmişlerdir. Avrupa Birliği ülkelerinde özel sağlık konusunda gelişim sağlamak için çeşitli uygulamalar yürütölmekte ve reform tedbirleri alınmaktadır. Bazı ülkelerde özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortalarında daha önemli hale gelmiştir.

Gelişmiş ülkelerin büyük kısmında devletin sunmuş olduğu kapsayıcı sağlık sigortası bulunmaktadır. Sosyal güvenlik mevzuatı ve kuralları çerçevesinde şekillenen tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulayan ülkelerin başında Hollanda, Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya gelmektedir. Avrupa ülkelerinde emeklilikte sosyal sigortanın yeterli olmadığı ve kişilerin daha yüksek sağlık beklentisinin olması sebebiyle tercih edilmektedir.²⁶⁸ Aşağıda bazı ülkelerin tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamaları açıklanmıştır.

3.4.1 İngiltere'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

İngiltere'de devlet, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını ücretsiz sunmaktadır. Tüm İngiltere vatandaşları, NHS tarafından sağlanan sağlık sigortası kapsamındadır ve herkesin sigorta katkı payı ödeyip ödememesine bakılmaksızın sağlık

²⁶⁷ Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel şartları, s. 3.

hizmetlerine ücretsiz erişimi sağlanır. NHS, İngiltere’de ikamet edenlere, koruyucu hekimlik, hastane hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri sağlamaktadır. Sağlık harcamaları finansmanının büyük kısmı genel vergilerden (gelir vergisi, özel tüketim vergileri, KDV, vb.) bir kısmı ise çalışan kesimden alınan ulusal sigorta katkı payından sağlanmaktadır. İngiltere’de NHS tarafından sağlanan sigortanın yanı sıra isteğe bağlı özel sağlık sigortası olanakları da bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık %8’ini kapsayan bu sigorta, destekleyici ve tamamlayıcı yapıya sahiptir. İngiltere’de özel sigorta şirketlerinin mali denetimi, İngiltere Merkez Bankasına bağlı olarak görev yapan İhtiyati Düzenleme Kurumu tarafından yapılmaktadır.²⁶⁹

İngiltere sisteminde tamamlayıcı ve destekleyici terimleri kullanılmamaktadır. Özel sağlık sigortası poliçeleri tamamlayıcı ve destekleyici nitelikli poliçeler olarak sunulmaktadır ve yıllık olarak yenilenmektedir. Poliçe özelliklerine bakıldığında, tamamlayıcı hizmetleri içeren ancak destekleyici unsurların belirleyici etken olduğu poliçelerin hazırlandığı görülmekte ve yıllık olarak yenilenmektedir. Sigortalı kişi, isteğine göre sigorta kapsamını ve sigorta şirketini değiştirebilir. Sigorta primleri sağlık riskleri dikkate alınarak belirlenmektedir. Sigorta şirketinin başvuruyu kabul etme zorunluluğu yoktur. Özel sağlık sigortası şirketleri anlaşmalı olduğu özel hastanelere ödemeyi doktor ücreti ve kurum ücreti olarak iki kısımda yapar. Tedavi işlemleri, hastaneye ait varlıkların kullanımı kurum ücreti olarak değerlendirilirken doktorun göstermiş olduğu performans, doktor ücreti olarak değerlendirilmektedir. Doktor ücretini hasta cebinden öder ve sigorta şirketi hastaya ödeme gerçekleştirir. Kurum ücreti direkt şirket tarafından kuruma ödenir. İngiltere’de özel sağlık sigortası, 2014 yılı itibariyle nüfusun yaklaşık yüzde 8’ini kapsamaktadır. 1,4 milyon kişinin bireysel sağlık sigortasına vardır. 3,8 milyon kişi grup sigortası dâhilindedir. Genelde sağlık harcaması fazla olan yaşı ilerlemiş veya riski yüksek olan gruplardaki kişilerin bireysel sigorta yaptırmamasından dolayı pazarın ancak yüzde 20’sini oluşturan bireysel sigorta poliçeleri, sigorta şirketlerinin gerçekleştirdiği ödemelerin yüzde 40’ını oluşturmaktadır.²⁷⁰

²⁶⁹ DELOITTE, Haziran 2015, “Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu”, ss. 2-7.
[https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20\(1\).pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20(1).pdf) (10.06.2019).

²⁷⁰ DELOITTE, 2015, ss. 9-11.

3.4.2 ABD’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Sağlık harcamaları amacıyla gayri safi milli hâsıladan en fazla pay ayıran ülke ABD’dir. Sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen toplumun bütününe kapsamamaktadır. ABD sağlık sisteminde sağlık için belirleyici unsur finansman değildir. Önemli olan mevcut kaynakların adil bir şekilde rasyonel, dengeli ve verimli kullanımıdır. Sağlık sistemi bakımından ABD, yeryüzünün en pahalı ve en az eşitlikçi sağlık sistemine sahiptir.²⁷¹

ABD, kişi başı yıllık harcamanın en fazla olduğu ve eyalette göre sosyal güvenlik sistemlerinin değişebildiği ülkedir. Devlet sağlık hizmeti sunmaktadır fakat kapsamı çok dar ve yetersizdir. Özel sağlık sigortası bu sebeple önemli bir ihtiyaçtır. Nüfusun büyük çoğunluğu kamu sağlık sigortasına sahiptir.²⁷² Kamu sağlık sigortasının yetersiz olması sebebiyle kişiler özel sağlık sigortasını tamamlayıcı nitelikli sigorta olarak satın almaktadır.

3.4.3 Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Fransa’da tamamlayıcı sağlık sigortası satın almada temel etken sosyal sistemin riskini azaltmaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası talebinde kişilerin gelirlerinin önemli etkisi vardır. 2012 yılında Fransa’da nüfusun neredeyse tamamının (%96) tamamlayıcı sağlık sigortası vardır.²⁷³ Toplam sağlık harcamalarının %80’lik kısmı sistem tarafından karşılanırken %20’lik kısmı ise kişilerin ceplerinden ve özel sağlık sigortası aracılığıyla karşılanmaktadır. Devletin sağlık teminatlarının tamamını karşılamaması sebebiyle sağlık hizmet giderlerine sigortalının katılımı olacağından bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmaya yönelmiştir. Kısaca, Fransa kamu sağlık sistemi katılım paylarına dayanmaktadır. Nüfusun %85’i ferdi ya da grup sağlık sigortasına sahiptir.²⁷⁴ Tamamlayıcı sağlık sigortasının amacı kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinden

²⁷¹ TAŞLI, , “Nasıl bir Sağlık Sistemi Amerika Birleşik Devletleri” **Milliyet Blog**, 7 Ekim 2007.

²⁷² A. Erkan SARGUTAN, “Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri” 2011, s.180, <http://www.sargutan.com/page17.html> (09.03.2019).

²⁷³ Özlem ÖZER ve Diğerleri, “Türkiye’de Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı 42, 2014, s. 9

²⁷⁴ THOMSON ve MOSSIALOS, “Private Health Insurance in the European Union”, s. 180.

yararlanan kişilerin tıbbi malzeme ve sağlık hizmetlerinde uygulanan katılım paylarını karşılayarak kamu sağlık sigorta sistemini tamamlamaktır.²⁷⁵ Fransa Hükümeti, 2000 yılında sağlık hizmetine erişimi sağlamak için geliri belli bir sınırın altında olan kişilere Kamu Sağlık Sigortasının Tamamlayıcı Sözleşmesi adı verilen devletin sunmuş olduğu ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamaya başlamıştır.²⁷⁶ Fransa’da TSS yaygın olarak kullanılmaktadır. 2012 yılı OECD verilerine göre toplam nüfusun %95’i özel sağlık sigortası sahibidir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının amacı diğer birçok ülkede olduğu gibi doktor seçme avantajı ya da tedavi olmak amacıyla uzun bekleme sürelerinin önüne geçilmesi değil genel sağlık sigortası kapsamında düşük geri ödeme oranlarının ve yeterince karşılanmayan sağlık hizmet ve ürünlerinin tamamlayıcı sağlık sigortasından karşılanmasıdır. Bu durum genellikle gözlük, diş ve ayakta tedaviler için geçerlidir. Tamamlayıcı sağlık sigortası maliyetleri tamamlama görevi görmektedir. Fransa’da tamamlayıcı sağlık sigortasının tercih edilme sebeplerinden biri de ilaç temindeki avantajıdır. Eğer reçeteli ilaçlar sigorta kapsamında değilse ilaç masraflarının tamamı ilacın temin edildiği anda ödenmesi gereklidir. Tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişiler ilaç masrafları için ek ödeme yapmak zorunda değildir. Ayrıca tamamlayıcı sağlık sigortası, yardımcı tıbbi malzeme ya da hizmet (işitme cihazları, gözlük, diş tedavisi, protezler vb.) ihtiyaçlarının karşılanmasında avantaj sağlamaktadır. 1 Ocak 2016 tarihi itibarıyla kamu sağlık sigortası finansmanının sürdürülebilmesi ve özel sektör teşviki amacıyla tüm özel sektör çalışanlarının işverenleri aracılığı ile tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırılması şartı getirilmiştir.²⁷⁷

3.4.4 Almanya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Almanya’da özel sağlık sigortaları, ikame edici ve tamamlayıcı, destekleyici, görev yapmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortaları sosyal güvenlik kapsamında ödenmeyen diş tedavi masrafları gibi çeşitli hizmet alanları sunmaktadır. Destekleyici sağlık sigortası, sigortalıya tek kişilik hastane odası gibi imkânlar sağlayarak sağlık hizmet kalitesini artırmaktadır. İkame edici sağlık sigortası ise memurlar ya da yıllık

²⁷⁵ THOMSON ve MOSSIÁLOS, “Health Care Systems in Transition France”, **European Observatory on Health Systems and Policies**, 2004, s. 35.

²⁷⁶ Berengere SALİBA ve Bruno VENTELOU, “Complementary Health Insurance In France Who Pays? Why? Who Will Suffer From Public Disengagement?”, **Health Policy**, Sayı 81, 2007, s. 169.

²⁷⁷ DELOITTE, 2015, ss. 22-23.

geliri belirlenen limitin üstünde olan çalışanların sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmemesi durumunda sosyal sağlık sigortası ile aynı hizmetlerini sunan sağlık sigortalarıdır. Aylık geliri belirli seviye üzerinde olanlar, memurlar ve serbest çalışanlar isteğe göre özel ve kamu sağlık sigortası arasında seçim yapabilir. İstekleri doğrultusunda ikame edici sağlık sigortası sistemine katılabilirler.²⁷⁸ Almanya’da sağlık sistemin evrenselliğinin sürdürülebilmesi ve eşitsizliğin önlenmesi için bazı düzenlemeler bulunmaktadır. Bu kapsamda sağlık sorunları olan bireylerin özel sağlık sigortası satın almak istemesi üzerine sigorta şirketleri kişiyi geri çevirememekle beraber risk değerlendirmesi sonucuna göre primlerini belirlemektedir. Almanya’da sağlık sigortası 2009 yılında zorunlu hale gelmiştir.²⁷⁹ Tamamlayıcı sağlık sigortası, GSS kapsamında yer almayan sağlık hizmet giderlerini ve sosyal sigortanın sunduğu sağlık hizmetlerini aşan kısmını cepten ödeyecek sigortalı için avantaj sağlamaktadır. Primler kişinin sağlık durumuna, yaşına ve kapsanacak hizmetlere göre farklılık göstermektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasında, akupunktur veya bitkisel tedaviler, özel doktor ve özel hastanelerden faydalanma giderleri, gözlük ve lens giderleri ve alternatif tedavi imkânları ek sağlık hizmetleri içerisinde sunulmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası yıllık olarak düzenlenmektedir ve nüfusun yaklaşık %22’si tarafından kullanılmaktadır.²⁸⁰

3.4.5 Hollanda’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları

Hollanda’da Yeni Sağlık Sigortası Yasası, Ocak 2006’da yürürlüğe girdi ve herkesi kapsayan zorunlu sağlık sigortası programı başladı. Böylelikle nüfusun yaklaşık %63 ünü kapsayan sosyal güvenliğin sunduğu sağlık sigortaya sahip kişiler ve %37’sini kapsayan özel sağlık sigortalılar tek çatı altında toplandı.²⁸¹

Hollanda, 2014 yılında Avrupa Sağlık Tüketicileri Endeksi’ne göre 37 ülke içerisinde birinci seçilmiştir. 2006 Ocak ayında yapılmış olan reformlar sonucunda Hollanda başarılı konuma gelmiştir. 2006 yılı öncesi sistem, tamamlayıcı sağlık

²⁷⁸ DELOITTE, 2015, s.47.

²⁷⁹ Elliot BİDGOOD, Emily CLARKE, David GREEN ve Benedict IRVINE, Healthcare Systems: Germany, The Institute For Study Of Civil Society (Civitas), 2013, ss. 2-11.
<http://www.civitas.org.uk/content/files/germany.pdf> (15.06.2019).

²⁸⁰ DELOITTE, 2015, ss.49-51.

²⁸¹ THOMSON ve MOSSÍALOS, “Private Health Insurance In The European Union” , s.261

sigortası, uzun dönemli bakım sigortası, özel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası olarak dört sınıfa ayrılmıştı. Reform sonrası ise özel sağlık sigortası ve sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası tek çatı altında özel sosyal sağlık sigortası adı ile birleştirilebilmiş ve genel sağlık sigorta sistemi oluşturulmuştur. Böylelikle Hollanda sağlık sistemi reform sonrası üç sigorta yapısı barındırmaktadır:

1. Uzun Süreli Bakım Sigortası: İleri yaşlarda olup bakım ihtiyacı olan kişileri veya kronik hastalığa sahip olan kişileri kapsamaktadır. 1968 yılında uygulamaya konulmuş ve halkın geneli için zorunluluk uygulayan ilk ülke Hollanda'dır. Tıbbî tedavi ve ulaşım hizmetleri, hemşirelik hizmeti zihinsel engellilere yönelik tedavi, yaşlılar için evde bakım hizmetlerini ve tıbbi yardımları kapsar.²⁸²

2. Özel Sosyal Sağlık Sigortası: Devletin belirlediği temel sağlık hizmetlerini içeren nüfusun tamamı için zorunlu sigorta uygulamasıdır.

3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası: Özel sosyal sağlık sigortası teminatları içinde yer almayan fizik tedavi, diş tedavileri ve estetik operasyonlar hizmetini kapsamaktadır. Hollanda'da doktor ve hastane seçim imkanlarının artırılması ve bekleme sürelerinin azaltılması gibi ek hizmetler sunulmamaktadır. Kişilerin TSS yaptırma nedenleri, temel sağlık paketi içinde bulunmayan sağlık hizmetlerinden faydalanmak, doğrudan ödeme gerektiren sağlık hizmetlerinde sigorta desteği alabilmektir. Hollanda nüfusunun %85'i özel sosyal sigortaya ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortası almaktadır. Hollanda temel sağlık sigortası paketi geniş kapsamlı olsa da bazı sağlık hizmetlerini karşılamamakta ya da kısmen karşılamaktadır. Bu sağlık hizmetlerine ulaşmak isteyen bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası satın almaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası diğer ülkelerde olduğu gibi Hollanda'da da özel sosyal sağlık sigortayı tamamlayıcı özellik taşımaktadır ve en çok tercih edilme sebebi diş tedavi masraflarının karşılanmasıdır. Hollanda, 2013 verilerine göre nüfusun yaklaşık yüzde 85'i tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir. Hollanda'da zorunlu sevk zinciri uygulamasının olması nedeniyle bekleme süreleri ve

²⁸² Elias MOSSÍALOS ve Ana DJORDJEVIĆ, “ International Profiles of Health Care Systems” , **London School of Economics and Political Science**, Mayıs 2017, s. 116.

tedavilerde yaşanabilecek gecikmelerden dolayı kişiler isteğe bağlı özel sağlık sigortası yaptırmaktadır.²⁸³

3.5 Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları

TSS, sağlık harcamalarının sürdürülebilmesi için tercih edilen alternatif yöntemlerden biridir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nda oluşabilecek gider-gelir dengesizliği TSS ile bir nebze de olsa giderilmesi amaçlanmaktadır.²⁸⁴ TSS'nin avantaj ve dezavantajları aşağıda belirtilmiştir.

3.5.1 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Avantajları

1. TSS, sigortalıya yüklenen maliyetleri hafifletir. Meydana gelebilecek ciddi hastalıklar sebebi ile oluşabilecek maliyetlere karşı sigortalıyı korumaktadır.²⁸⁵
2. Genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşların aynı çatı altında toplanması devlet için mali risk oluşturmaktadır. Bu riskin bir kısmının özel sektör ile paylaşması kamu üzerindeki maliyet baskısını azaltacaktır.²⁸⁶
3. Genel sağlık sigortasına olan aşırı taleplerin tamamlayıcı sağlık sigortası sistemine kanalize edilmesi sağlayacaktır.
4. Ödemelerin tümü provizyon sürecine dayalı olacağından özel sektör ve kamu sektörü tarafından çift kademeli kontroller yapılabilecek, suiistimaller ve maliyet artışları engellenebilecektir. Böylelikle kayıt dışı sağlık harcamaları azaltılarak vergilendirme sağlanacak ve vergi kayıpları en az seviyeye indirilecektir.²⁸⁷ Tedavi faturasının hem özel sağlık sigortasına hem de SGK'ye iletilmesi durumunda çifte faturalandırma gibi ortaya çıkan usulsüzlükler engellenmiş olacaktır.²⁸⁸

²⁸³ DELOITTE,2015, ss. 53-60.

²⁸⁴ Özlem ÖZER ve Diğerleri, **a.g.m.**, s. 12.

²⁸⁵ Eiji TAJİKA ve Jun KİKUCHİ, "The Roles of Public and Private Insurance for The Health-care Reform of Japan" **Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review**, Cilt 8. Sayı 2, 2012, s.129.

²⁸⁶ ÇELİK ve Diğerleri, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası", s. 11.(3-6-7-8-9. maddeler)

²⁸⁷ ÇELİK ve Diğerleri, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası", s. 11.

²⁸⁸ Yılmaz TOPÇUK, Genel Sağlık Sigortasından Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Yöneliş, Aralık 2012, http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_1571.htm (15.06.2019).

5. Sağlık hizmeti alan bireylerin hastane ve hekim seçme konusunda sınırların genişlemesi sağlanmakta, aşırı talepler kontrol edilebilir hale gelecek, hekim ve hastaneler üzerindeki yoğunluk azalacak ve muayene için beklenen süre kısalacaktır.²⁸⁹

6. Sağlık kurumlarında kapasite kullanımı artırarak maliyet avantajı sağlanacaktır.

7. TSS ile özel sigorta mantığını geliştirecek, sigorta havuzu büyüdükçe fiyatlar bütçe ile uyumlu hale gelecek, daha geniş teminatlar sunma imkânı sağlanacak böylelikle Türk sigorta sektörü gelişip ilerleyecektir.

8. Ürün çeşitliliğiyle daha geniş kesimlere ulaşılması sağlanacaktır.

9. Provizyon sistemi, GSS ve TSS tarafından ek yatırım yapılmadan paylaşılabilecektir.

10. Vatandaşlar, kamu ve özel hastanelerde yatarak tedavi teminatından faydalanırken özel yatak ve oda talep edilmesi halinde ücreti SGK tarafından karşılanmadığından cepten harcama yapmak durumunda kalmaktaydı. Tamamlayıcı sağlık sigorta ile ödenen bu ücretler sigorta güvencesi altındadır.²⁹⁰

11. Kurumsal poliçelerde daha kapsamlı ürünlere yönelerek daha uygun fiyatlarla daha fazla çalışan kesime ulaşp işverenlerin çalışan memnuniyeti ile bağımlılığı artırmasıyla çalışma hayatına olumlu katkı sağlamaktadır.²⁹¹

12. Tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık hizmetine erişilebilirliği kolaylaştırmaktadır. TSS'nin yaygınlaşmasıyla birlikte düşük gelirli kimselerin bu sigortayı almasının sağlanması ile toplumda eşitsizlik azalacaktır.²⁹²

3.5.2 Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Dezavantajları

1. Genel Sağlık Sigortası teminat kapsamının daraltılmasıyla teminat kapsam dışı kalan sağlık hizmetlerinin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na dâhil edilmeye çalışılmasıyla sosyal devlet kavramından uzaklaştırılmaktadır.

2. SUT'a göre teminat altına alınmayan hizmetlerin GSS kapsamına dâhil edilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulmaktadır.

²⁸⁹ Özlem ÖZER ve Diğerleri, **a.g.m.**, s.12.

²⁹⁰ Fatma ERGÜZELOĞLU, "Türkiye'nin Sağlıkta Tamamlayıcı Sağlık Sigortaya İhtiyacı Var: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Lüks Mü?" **Hospital Manager Dergisi**, Ağustos 2011, s.6.

²⁹¹ ERGÜZELOĞLU, **a.g.m.**, s.6.

²⁹² TAJİKA ve KİKUCHİ, **a.g.m.**, s.129.

3. Katılım payının, özel sağlık hizmet kurumlarında kişilerin ceplerinden ödemesi ve emeklilerin aylıklarından ilgili tutarın kesilmeye devam edilecek olması kısaca katılım payının sigorta konusu olmaması olumsuz etki oluşturmaktadır.

4. Sağlık uygulama tebliğine göre reçetelere bir kutu bedeli ve en fazla dört kalem sınırlaması getirilmiştir.

5. Özel sigorta şirketlerinin fiyatlandırma sorunlarını çözmeden alternatifli ve değişkenli planlara yönelmesi hata paylarını yükseltmektedir.

6. Sigorta şirketleri kar amacı ile hareket ettiğinden hedef kitlesi, ödeme imkanları yüksek ve risk düzeyi düşük kimselerdir. Bu durumda sağlık hizmetine ihtiyacı en fazla olan gruplar örneğin yaşlılar ve kronik hastalığı olan kimseler bu hizmetleri satın alma ve sağlık hizmetine erişim konusunda sıkıntı yaşamaktadır.²⁹³

7. Tamamlayıcı sağlık sigortası düşük gelirli ve ödeme durumu olmayan bireyler üzerinde finansal yük oluşturur ve sağlık hizmetlerinden daha düşük standartlarda yararlanma durumunda kalacaklardır. Bu kişiler TSS alamayacağından ceplerinden daha fazla harcama yapacaktır. Bu durum vatandaşlar arasında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanmasında sorunlara sebebiyet vermektedir.²⁹⁴

8. Tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık hizmeti kullanımını artırmaktadır. Ahlaki tehlike etkileri, sağlık masraflarının artmasına sebebiyet vermektedir.²⁹⁵

9. Düşük gelirli insanlar, sağlık maliyetlerine katılım payının yüksek olması sebebi ile sağlık hizmetine kolay erişimi azaltmaktadır ve bu sebeple sağlık hizmetlerinde eşit olmayan ve adaletsiz kullanıma yol açmaktadır.²⁹⁶

²⁹³ Özlem ÖZER ve Diğerleri, **a.g.m.**, s. 13.

²⁹⁴ Özlem ÖZER ve Diğerleri, **a.g.m.**, s. 12.

²⁹⁵ TAJİKA ve KİKUCHİ, **a.g.m.**, s. 129.

²⁹⁶ TAJİKA ve KİKUCHİ, **a.g.m.**, s. 129.

4. BÖLÜM

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI'NA SAHİP OLAN KİŞİLERİN PROFİLİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin sosyo-demografik özellikleri çerçevesinde sigortalının profili ve satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası ürününün nitelikleri belirlenerek değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkileri incelenmiş ve elde edilen bulgular yorumlanarak bazı değerlendirmeler yapılmıştır.

4.1 Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Yapılan çalışmada tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, gelir durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve satın aldıkları ürünün teminat yapısı, satın alma sebebi, yenileme istekleri, ürün memnuniyeti ve kişilerin tercihleri araştırılmıştır. Araştırma kapsamında, söz konusu kavramların birbirlerini etkileyip etkilemediği incelenerek müşteri beklentileri tespit edilmeye çalışılmıştır.

4.2 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin sosyo-demografik özellikleri belirlenerek ve satın alınan ürüne ilişkin görüşleri alınarak, satın almada etkili olan unsurlar, beklentiler ve eksiklikler tespit edilmeye çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarının sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü üzerinde çalışmalarını geliştirmesi ve ürün çeşitlendirmesi yapması konusunda yol gösterici olacağı düşünülmüştür. Böylelikle çalışmanın, sigorta şirketleri ve acentelerin daha rekabet edebilir düzeye ulaşmasında ve potansiyel müşterilerini artırabilmesi konusunda yol gösterici olması amaçlanmaktadır.

4.3 Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada veri toplama tekniği olarak anket yöntemi kullanılmıştır. İstanbul’da 01.01.2019-31.03.2019 tarihlerinde, ulaşılabilen ve tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan kişilere google. docs programı ile online link üzerinden anket formu gönderilmiştir. Katılımcılara; sosyo-demografik özelliklerine, sağlık durumlarına ve harcamalarına, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki görüşlerine ve mevcut uygulamayı değerlendirmelerine ilişkin 33 soru yöneltilmiştir. Anket soruları, literatür taramasından, danışmanın ve eğitimcilerin görüşlerinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Katılımcılara yöneltilen ve tamamlayıcı sağlık sigortası ürünleri hakkındaki görüşlerin belirlenmesine ve sigortanın satın alınmasında etkili faktörlerin değerlendirilmesine yönelik 18. ve 19. sorular ile tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin bilgi durumunu ölçmeyi hedefleyen 14. soru; “Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum” seçenekleri ile Beşli Likert Ölçeği yöntemine göre düzenlenmiştir. Anket formu örneği EK-1’de verilmiştir. Veriler SPSS 23 kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.

4.4 Araştırmanın Ana Kütlesi ve Örneklemi

Araştırmanın anakütlesi, İstanbul ilinde tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklem hacmi, tesadüfi olarak seçilen 261 kişiden oluşmaktadır.

4.5 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın kapsamına ve amacına uygun olacak şekilde test edilmek üzere aşağıdaki hipotezler belirlenmiştir:

H₁: Sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir) ile müşterilerin memnuniyet durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Sosyo-demografik değişkenler ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃:Müşterilerin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma süresi ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₄: Sosyo-demografik değişkenler ile tamamlayıcı sağlık sigortasında alınan teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₅: Sağlık sigortası poliçe prim tutarının karşılanma tarafı ile tamamlayıcı sağlık sigortasında alınan teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₆: Sosyo-demografik değişkenler ile TSS ürünlerinin önerilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₇: Sosyo-demografik değişkenler ile TSS primlerinin yüksekliğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₈: Sosyo-demografik değişkenler ile TSS poliçesinin satın alınmasında devlet desteğinin olması gerektiğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₉: Sosyo-demografik değişkenler ile TSS poliçesine ek teminatlar (dış, check- up, deprem, terör) satın alma isteği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₀: Sosyo-demografik değişkenler ile müşterilerin TSS satın alma sebepleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.6 Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Anket araştırmasında tüm katılımcıların kimlik bilgileri ve veri gizliliği taahhüt edilerek bu kaygıdan bağımsız şekilde, adil ve gerçek duruma uygun olarak cevaplar verdikleri ve seçilen örneklemin anakütleyi temsil edecek özelliklere sahip olduğu varsayılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları İstanbul ili ve birkaç sigorta şirketinin mevcut müşterileri ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca bu araştırmada kullanılan anket, çalışmanın amacına uygun olarak ölçülen sosyo-demografik yapı, tercihler, beklentiler gibi müşteri profilini yansıtan bazı özelliklerle ve ürüne ilişkin bazı niteliklerle sınırlıdır.

4.7 Veri Analizi

Yapılan anket çalışmasından elde edilen sonuçlar, SPSS23 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada hem müşteri profilini hem de ürün yapısını inceleyerek karşılıklı ilişkilerini belirleyebilmek amacıyla χ^2 bağımsızlık testi kullanılmıştır. Bu testin dağılımsal bir varsayım gerektirmemesi ve araştırmadan elde edilen verilerin çoğunlukla nitel olması, bu testin kullanılmasını uygun hale getirmiştir. Aşağıda Ki- Kare bağımsızlık testine ilişkin genel bir açıklamaya yer verilmiştir.

Ki-Kare Bağımsızlık Testi (chi-square), değişkenlerin birinin nicel diğerinin nitel ya da hepsinin nitel özellik taşıması durumlarında uygulanan bir testtir. Bu test ile gerçek (gözlenen) frekanslarla beklenen (teorik) frekanslar arasında karşılaştırma yapılarak bu iki frekans arasındaki farkın rassal nedenlerden meydana gelip gelmediğine karar verilir. Ki-Kare bağımsızlık testini uygulayabilmek için öncelikle teorik frekanslar belirlenmekte ve ardından gözlenen frekanslar ile karşılaştırılması yapılmaktadır.²⁹⁷

Bağımsızlık testi ile farklı kategorilere ayrılmış iki olay arasındaki ilişkinin test edilmesi sağlanır. Bu olaylara ait gözlenen frekansları gösteren sütun ve satırdan oluşan iki yönlü tabloya çapraz tablo (cross-tabulation) ya da kontenjans tablosu denilmektedir. Bu tablo satır ve sütundan oluşmaktadır.²⁹⁸

Gözlem sonuçlarının, gruplandırılmış veya sınıflandırmış seriler şeklinde, diğer bir deyişle kontenjans tablosu ile gösterilmesi gerekmektedir. Bu tablo gözlenen değişkenlerin sınıflarının yer aldığı sütun ve satırlardan oluşmaktadır. Satır sayısı (r), sütun sayısı (c) ile gösterildiğinde (r x c)'lik bir kontenjans tablosu oluşmakta olup satır ve sütunun kesiştiği hücrelere frekanslar kaydedilir. Bu tablolarda aynı sırada yer alan frekanslar toplamı o sıradaki değişken sınıfına ait toplam frekansı, aynı sütunda yer alan frekanslar toplamı o sütundaki değişken sınıfına ait toplam frekansı gösterir. Satır ve sütun toplamalarının toplamı birbirine eşit olup, genel toplamı (örneklem hacmini) verir.²⁹⁹

²⁹⁷ Serpil ERGÜN BÜLBÜL, **Çözümsel İstatistik**, 1.Baskı, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 2001, s.265.

²⁹⁸ Yalçın KARAGÖZ, "İlişki Katsayıları ile Öğrenci Başarısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 9, Sayı 32, 2010, s.429.

²⁹⁹ ERGÜN BÜLBÜL, **a.g.e.** s. 265.

Sıfır hipotezi, (H_0) “Bu iki değişken birbirlerini etkilememektedir, birbirlerinden bağımsızdır.” olarak ifade edilirken, alternatif hipotezi (H_1), “Bu iki değişken birbirlerini etkilemektedir, birbirlerinden bağımsız değildir.” olarak ifade edilmektedir.³⁰⁰

Yapılacak test işlemleri aşağıda özetlenmiştir: ³⁰¹

1. *Hipotezlerin Belirlenmesi*

H_0 : Değişkenler Birbirinden Bağımsızdır.

(Değişkenler Arasında İlişki Yoktur)

H_1 : Değişkenler Birbirinden Bağımsız Değildir.

(Değişkenler Arasında İlişki Vardır)

2. *Anlamlılık Düzeyi*

Uygulama öncesi belirlenerek hesaplamalara geçilir.

3. *Serbestlik Derecesi*

$v=(r-1)(c-1)$ olarak belirlenir.

4. *Red Bölgesi*

$$X^2 > X^2_{\alpha; (r-1)(c-1)}$$

5. *Test İstatistiği*

X^2 test istatistiği;

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(g_{ij} - t_{ij})^2}{t_{ij}} \quad \text{veya}$$

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(g_{ij})^2}{t_{ij}} - n$$

şeklinde hesaplanır.

6. *Karar*

$X^2 > X^2_{\alpha; (r-1)(c-1)}$ H_0 hipotezi RED, H_1 hipotezi KABUL EDİLİR.

$X^2 \leq X^2_{\alpha; (r-1)(c-1)}$ H_0 hipotezi KABUL, H_1 hipotezi REDDEDİLİR.

³⁰⁰ KARAGÖZ, “İlişki Katsayıları ile Öğrenci Başarısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, s.429.

³⁰¹ ERGÜN BÜLBÜL, **a.g.e.** ss. 266-268.

Değişkenler arasında ilişki incelenirken akla ilk gelen Ki-Kare testidir. Ki-Kare testi ilişkinin olup olmadığını belirlemekle beraber ilişkinin yönü ve büyüklüğü hakkında bilgi vermemektedir. Bir kategoriye ait elde edilen beklenen değer küçük bir sayı ise ki-kare kullanımı hatalı sonuç verebilir. Beklenen değer küçük olması Ki-Karenin değerini daha fazla büyütür. Kısaca beklenen değer küçüldükçe Ki-Kare değeri büyüyecektir. Bu durum sonucunda sıfır hipotezi reddedilir. Bu nedenle Ki-Kare testi yapılırken beklenen değerlerin 1'den küçük olmaması ve % 20'den fazlasının da 5'ten küçük olmaması gerekir.³⁰²

Ki-Kare bağımsızlık testini gerçekleştirirken serbestlik derecesinin 1'den büyük ($df > 1$) ve beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının toplam gözenek sayısının %20'sini aştığı durumlarda Ki-Kare test sonuçlarının yorumlanması doğru değildir. Böyle bir durum ile karşılaşılması durumunda araştırmacının birim sayısını artırması zor ya da imkânsız ise çözüm için üç yol vardır. Bunlardan birincisi, yeniden kodlama (Recode) komutu kullanılarak birleştirme yapılır. Yapılan birleştirme ile gözlem sayısı artırılarak beklenen değerlerin yükselmesi sağlanabilir. İkinci durumda beklenen değerin 5'ten küçük çıktığı gözenekleri azaltmak için sütun ya da satırın ilgili düzeyleri analiz dışı bırakılabilir. Üçüncü durumda ise çözüm için yukarıda sayılan iki durum uygun değilse yalnızca çapraz tablonun yorumu yapılmalıdır. Bu çalışmada da bu kuralın ihlal edilmemesine özen gösterilmiş, 5'den küçük beklenen değerlerin % 20'den fazla olduğu durumlarda yeniden kodlama yapılmış, bu yolun kullanılması ile de sorunun çözülemediği durumlarda sadece çapraz tablolar yorumlanmıştır.³⁰³

Çalışmada beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının toplam gözenek sayısının %20'sini aştığı durumlarda “Recode (Yeniden Kodlama)” komutu kullanılarak ilgili satır ya da sütun düzeylerinde birleştirme yoluna gidilmiştir. Böylece beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'nin altına düşürülebileceği öngörülmüştür. Birleştirme yoluna gidildiğinde bile, hala beklenen değeri 5'ten küçük

³⁰² Yalçın KARAGÖZ, “Nonparametrik Tekniklerin Güç Ve Etkinlikleri”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 9, Sayı 33, 2010, s.28.

³⁰³ Şener BÜYÜKÖZTÜRK, **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**, 22.Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2016, ss.158-163.

olan gözenek sayısı toplam gözenek sayısının %20'sini aştığı durumlarda, sadece çapraz tablonun yorumu yapılacaktır.

4.8 Araştırmanın Bulguları

Çalışmada öncelikle frekans tabloları ile ankete katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri ile tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi ve görüşlerinin dağılımları gösterilmiş ve ardından bazı tanımsal istatistik değerleri sunulmuştur. Anket verilerinden yararlanılarak yapılan analizlerden ulaşılan sonuçlar Ki-Kare bağımsızlık testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

4.8.1 Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları

Ankete katılım sağlayan kişilerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı aylık gelirine ilişkin bulgulara yer verilmiş ve araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıda frekans tablolarında yorumları ile birlikte sunulmuştur.

4.8.1.1 Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Aşağıda katılımcıların cinsiyete göre dağılımını gösteren Tablo 5'de görüldüğü gibi, anket katılan 261 kişinin %49'u erkek ve %51'i kadındır. Tabloya göre aradaki fark çok büyük olmamakla beraber kadın katılımcıların sayısı daha fazladır.

Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet Durumu	frekans	%
Erkek	128	49
Kadın	133	51
Toplam	261	100

4.8.1.2 Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Katılımcıların Tablo 6'da yer alan yaş aralığına bakıldığında, %43,3 oranla çoğunluğun 18-29 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Bunu %41,4 oranla 30-45 yaş

aralığındaki katılımcılar ve %11,9’lık oranla 46-55 yaş aralığındaki katılımcılar takip etmiştir. 18 yaş altı 3 kişinin ve 55 yaş ve üzeri 6 kişinin ankete katılım sağladığı görülmüştür.

Tablo 6. Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş Durumu	frekans	%
18 Altı	3	1,1
18-29	113	43,3
30-45	108	41,4
46-55	31	11,9
55 ve üzeri	6	2,3
Toplam	261	100

4.8.1.3 Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcıların eğitim durumlarını gösteren Tablo 7’ye bakıldığında, katılımcıların %64,4 gibi yüksek bir oranda lisans mezunu oldukları gözlenmiştir. Ankete katılanların %18’i yüksek lisans/doktora mezunu, %14,9’u lise mezunu ve %2,7’ si ilköğretim mezunu konumundadır.

Tablo 7. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	frekans	%
İlköğretim	7	2,7
Lise	39	14,9
Lisans	168	64,4
Yüksek Lisans/Doktora	47	18
Toplam	261	100

4.8.1.4 Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma kapsamındaki evli katılımcı sayısının bekar katılımcı sayısından fazla olduğu görülmüştür. Tablo 8’de de görülebileceği gibi ankete katılanların %56,7’si evli, %43,3’ü bekadır.

Tablo 8. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durumu	frekans	%
Bekar	113	43,3
Evli	148	56,7
Toplam	261	100

4.8.1.5 Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 9’da yer alan frekans dağılımına göre tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip katılımcıların %48,7’sinin çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Bunu %21,8 oranı ile 1 çocuğa sahip katılımcılar izlemiştir. %16,9 oranına sahip katılımcılar 2 çocuğa sahip iken %10 oranında olanların 3 çocuğu vardır. 4 ve üzeri çocuğu olan katılımcı sayısı %2,7 oran ile 7 kişidir.

Tablo 9. Katılımcıların Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Çocuk Sayısı	frekans	%
Yok	127	48,7
1	57	21,8
2	44	16,9
3	26	9,9
4 ve üzeri	7	2,7
Toplam	261	100

4.8.1.6 Katılımcıların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 10’da görülebileceği gibi tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip katılımcıların aylık gelirlerine bakıldığında, % 31,4’lük kısmın 3501-5000 TL geliri bulunmaktadır. %25,3’lük kısmının geliri 2021-3500 TL, %17,6’lık kısmının geliri

5001-7000 TL aralığındadır. Asgari ücret ve altı geliri olanların oranı %37’dir. 7000 TL ve üzeri gelir sahipleri %11,5’lik bir paya sahiptir. Aylık gelir durumları dağılımları incelendiğinde, diğer sosyo-demografik değişkenlere kıyasla aylık gelir durumuna ilişkin oranların kendi içinde daha istikrarlı dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Katılımcıların Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Aylık Gelir Durumu	frekans	%
0-2020	37	14,2
2021-3500	66	25,3
3501-5000	82	31,4
5001-7000	46	17,6
7000+	30	11,5
Toplam	261	100

4.8.2. Ki -Kare Bağımsızlık Testi Uygulanması

Yukarıda bölüm 4.5’de sözü edilen hipotezler, Ki-Kare bağımsızlık testi uygulanarak sınanmıştır. Aşağıda sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir) ve analizde kullanılan çeşitli değişkenlerin birbirleriyle aralarında anlamlı bir ilişki olup olmadığı SPSS23 kullanılarak ki-kare bağımsızlık testi ile incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

4.8.2.1 Cinsiyet ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 11’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü tercih etmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin cinsiyete göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve ki-kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Cinsiyet	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
Kadın	7	27	99	133	0,942
Erkek	8	26	94	128	
Toplam	15	53	193	261	

Tablo 11'e göre 99 kadın katılımcı tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almaktan memnun iken, erkek katılımcıların 94'ü tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almaktan memnundur. Erkek katılımcıların 26'sı ürünü satın almaktan dolayı kararsız iken kadın katılımcıların 27'si kararsızdır. Genel olarak kadın ve erkeklerin üründen memnun olduğu anlaşılmaktadır. Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ($p=0,942>0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin cinsiyetleri ile bu ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin cinsiyetleri, sağlık sigortasını satın alma memnuniyet düzeylerini etkilememektedir.

4.8.2.2 Yaş ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 12'de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü tercih etmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin yaşa göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 12. Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Yaş	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
18 altı	0	1	2	3	0,188
18-29	7	31	75	113	
30-45	5	19	84	108	
46-55	5	19	84	108	
55 ve üzeri	1	0	5	6	
Toplam	15	53	193	261	

Tablo 12 incelendiğinde her hücredeki en düşük beklenen frekansın 5’den büyük olmadığı görülmektedir. Oysaki Ki-Kare bağımsızlık testinin uygulanabilmesi için daha önce de belirtildiği gibi hücrelerin en az yüzde 80’inin beklenen frekansının 5 ya da daha fazla olması gerekir. Tablo 12’de beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısı toplam gözenek sayısının %20’sini aştığı için Ki-Kare testine ilişkin sonuçların yorumlanması doğru değildir. Bu nedenle “Recode (Yeniden Kodlama)” ile satır düzeylerinde birleştirme yoluna gidilerek beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısının %20’nin altına düşürülebileceği öngörülmüştür. Yeniden kodlama yöntemi ile 18 yaş altı satırı ile 18-29 yaşında olanların bulunduğu satırlar birleştirilerek 1.grup, 30-45 yaş satırındakiler 2.grup, 46-55 yaş ve 55 yaş üzerindeki kişiler 3.grup olarak kodlanarak Ki-Kare bağımsızlık testi tekrar yapılmış ve Tablo 13’te görülen analiz sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tablo 13. Birleştirilmiş Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Yaş	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
0-29	7	32	77	116	0,041
30-45	5	19	84	108	
46+	3	2	32	37	
Toplam	15	53	193	261	

Tablo 13 incelendiğinde 29 yaş ve altında olan 77 kişi ve 30-45 yaşında olan 84 kişi tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almaktan memnun iken, 46 yaş ve sonrası 32 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası ürününü almaktan memnundur. 30-45 yaşındaki sigortalıların bu sigorta ürününden daha fazla memnun oldukları görülmekte iken 29 yaş ve altında olan kişilerin kararsızlık düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Kararsızlığın sebebinin, bu yaş aralığındakilerin hastalanma riskinin düşük olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasını kullanma imkânının oluşmaması ve bu nedenle de bu yaş grubundakilerin ürüne ilişkin tam bir bilgiye ulaşamamaları olduğu öngörülmektedir. Ki-kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ($p=0,041<0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları ile ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortalının yaşları, ürünü satın alma memnuniyetlerini etkilemekte ve özellikle orta yaş grubunun memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.8.2.3 Medeni Durum ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 14’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü tercih etmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin medeni duruma göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 14. Medeni Durum Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Medeni Durum	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
Bekar	9	35	69	113	0,000
Evli	6	18	124	148	
Toplam	15	53	193	261	

Tablo 14'e göre, 69 bekar katılımcı tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almaktan memnunken, evli katılımcıların 109'u tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almaktan memnundur. Tamamlayıcı sağlık sigortasını satın alan evli katılımcıların bekar katılımcılara göre daha fazla memnun oldukları görülmektedir. Bunun sebebi olarak evlilikten dolayı eş ve çocuklarının sağlık sorumluluğunun yüklenilmesi ile bu riskin sigorta şirketleri ile paylaşılmasının kişinin memnuniyet düzeyini artırmasında etkili olabileceği söylenebilir. Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,000<0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin medeni durumları ile ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortalının medeni durumu, ürünü satın alma memnuniyetini etkilemekte ve evli katılımcıların memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.8.2.4 Eğitim Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 15'de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü tercih etmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin eğitim durumuna göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 15. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Eğitim Durumu	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
İlköğretim	0	3	4	7	0,105
Lise	5	6	28	39	
Lisans	8	39	121	168	
Yüksek lisans/Doktora	2	5	40	47	
Toplam	15	53	193	261	

Tablo 15’te beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısı toplam gözenek sayısının %20’sini aştığı için yeniden kodlama yöntemi ilköğretim ve lise değişkenleri 1.grupta, lisans ve yüksek lisans/doktora değişkenleri ise 2. grupta birleştirilerek ki-kare bağımsızlık testi tekrar yapılmış ve Tablo 16’da görülen analiz sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tablo 16. Birleştirilmiş Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Eğitim Durumu	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
Lisans Öncesi	5	9	32	46	
Lisans ve üstü	10	44	161	215	
Toplam	15	53	193	261	

Tablo 16’da lisans öncesi eğitim düzeyine sahip 32 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası satın almaktan memnun iken, lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip 161 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası satın almaktan memnundur. Lisans öncesi eğitim düzeyine sahip 9 kişi bu ürünü satın almakta kararsız iken 5 kişinin ise üründen memnun olmadığı görülmektedir. Lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip 44 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası satın almakta kararsız iken 10 kişinin ise üründen memnun olmadığı

görülmektedir. Genel olarak tablo 21 için, eğitim düzeyi yüksek kesimin memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ve kararsızlık düzeyinin azaltılması için şirketlerin çalışmalarını artırması gerektiği söylenebilir.

4.8.2.5 Gelir Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Memnuniyet Düzeyi Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 17’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü tercih etmelerinden duydukları memnuniyet düzeylerinin gelir durumuna göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 17. Birleştirilmiş (Üçlü) Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Gelir Durumu	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
0-3500	6	26	71	103	0,390
3501-5000	4	17	61	82	
5001 ve üstü	5	10	61	76	
Toplam	15	53	193	261	

Gelir durumu ile tamamlayıcı sağlık sigortası memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin tespitinde, beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısının toplam gözenek sayısının %20’sini aştığı görülmüştür ve bu nedenle Ki-Kare bağımsızlık analizinin yapılabilmesi için geliri 2020 ve altı ile 2020-3500 olanlar 1.grup, geliri 3501-5000 olanlar 2.grup ve geliri 5001-7000 ile 7000 ve üstü olanlar 3. grup olarak birleştirilerek Tablo 17’de gösterilen tablo elde edilmiştir. Ancak üçlü kodlama sonucunda sorun çözülemediği için satır düzeylerinde tekrar birleştirme yoluna gidilerek geliri 2020 ve altı ile 2020-3500 TL geliri olan kişiler 1.grupta, 3500 TL üstü geliri olanlar da 2.grupta birleştirilerek Tablo 18 oluşturulmuştur.

Tablo 18. Birleştirilmiş (İkili) Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Gelir Durumu	Memnuniyet Düzeyi			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
1	6	26	71	103	0,270
2	9	27	122	158	
Toplam	15	53	193	261	

Analiz yeniden yapıldığında beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının %20'nin altına düştüğü görülmüştür. Tablo 18 incelendiğinde geliri 3500 TL'ye kadar olan 71 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü satın almaktan memnun iken, geliri 3500 TL üzeri olan 122 kişi bu ürünü almaktan memnundur. Gelir düzeyi yüksek olan kişilere, kapsamı daha geniş özel sağlık sigortası ürünlerinin sunulmasının müşteri beklentisini arttıracak ve bu durumun tamamlayıcı sağlık sigortası memnuniyet düzeyinin istenilen seviyeye ulaşamamasında etkisinin olabileceği söylenebilir. Sonuçlar incelendiğinde ($p=0,270>0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumları ile ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı söylenebilir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, ürünü satın alma memnuniyetini etkilememektedir.

4.8.2.6 Cinsiyet ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 19'da tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü yenileme isteğine göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki -Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 19. Cinsiyet Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Cinsiyet	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
Kadın	4	36	93	133	0,755
Erkek	5	30	93	128	
Toplam	9	66	186	261	

Cinsiyet ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Ki-Kare bağımsızlık testinde beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısının, toplam gözenek sayısının %20'sini aştığı görülmüş ve bu nedenle sadece Tablo 19'da verilen bu değişkenlere ilişkin frekans değerleri incelenmiştir. Tablodan kadın ve erkek katılımcıların poliçeyi yenileme isteklerinin olumlu yönde olduğu, poliçeyi yenilemek istemeyen kadın katılımcıların sadece 4 kişi, erkek katılımcıların ise sadece 5 kişi olduğu görülmektedir. Kararsız kadın katılımcı sayısı 36 iken, erkek katılımcı sayısı 30'dur. Sigorta şirketlerin ve acentelerin kararsız kesim üzerine yoğunlaşarak mevcut müşteri kitlesini koruma yolunda çalışmalar yapması gerektiği öngörülebilir.

4.8.2.7 Yaş ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 20'de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü yenileme isteğine göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki-Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir. Burada yer alan yüzde değerler EK 2'de SPSS çıktısı olarak yer almaktadır.

Tablo 20. Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Yaş	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
0-29 yaş	6	39	71	116	0,005
30 ve üstü	3	27	115	145	
Toplam	9	66	186	261	

Anket sonuçlarına göre, 46-55 ve 55 üzeri yaş gruplarında poliçe yenilemeyi düşünmeyen olmadığı için tekrar gruplandırma yapılmıştır. 30-45 yaş grubunun bu soruya hayır cevabını verme frekansı yine düşük çıktığından yeniden kodlama ile ikili grup oluşturulmuş, 18 yaş altı ve 18-29 yaş sınıftakiler 1.grupta birleştirilirken, 30-45 yaş, 46-55 yaş ve 55 üzeri olan kişiler 2.grupta birleştirilerek veriler Tablo 20’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde 0-29 yaş kategorisinde yer alan katılımcıların % 61,2’si (71 kişi) poliçeyi yenilemeyi düşünmekte iken % 33,6’sı (39 kişi) poliçe yenileme konusunda kararsızdır. % 5,2’si (6 kişi) ise poliçeyi yenilemek istememektedir. Genç yaş aralığındaki kişilerin hastalanma riskinin, 30 ve üstü yaşındaki katılımcılara göre daha düşük olmasının kararsız kesimin artmasına sebebiyet verdiği yorumu yapılabilir. 30 yaş ve üstü kişilerin %79,3’ü (115 kişi) poliçeyi yenilemeyi düşünmekte iken %18,6’sı (27 kişi) yenileme konusunda kararsız ve %2,1’i (3 kişi) poliçeyi yenilemeyi düşünmemektedir. Tablo genel olarak incelendiğinde tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin %71,3’ü poliçeyi yenilemeyi düşünürken %25,3’ü (66 kişi) yenileme konusunda kararsız kalmıştır. Şirket ve acentelerin kararsız kısım üzerinde çalışmalarını geliştirmesi ya da artırması yönünde bir strateji izlemesi gerektiği söylenebilir. Ki- Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ($p=0,05 \leq 0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları, poliçe yenileme isteğini etkilemektedir.

4.8.2.8 Eğitim Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 21’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü yenileme isteğine göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 21. Birleştirilmiş (Üçlü) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Eğitim Durumu	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
1.Grup	3	14	29	46	0,066
2.Grup	6	46	116	168	
3.Grup	0	6	41	47	
Toplam	9	66	186	261	

Yeniden Kodlama ile eğitim durumunda üçlü birleştirme yoluna gidilerek Tablo 21 oluşturulmuş, ancak beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısı %20’nin altına düşürülemediği için bu kez ilköğretim ve lise 1.grup, lisans ve yüksek lisans/doktora 2.grup olarak sınıflandırılarak ikili birleştirme yapılmış ve elde edilen veriler Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Birleştirilmiş (İkili) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Eğitim Durumu	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
Lisans Öncesi	3	14	29	46	0,267
Lisans ve üstü	6	52	157	215	
Toplam	9	66	186	261	

Lisans öncesi eğitim düzeyine sahip katılımcılardan 29 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası poliçe yenilemeyi düşünmekte iken 14 kişi poliçe yenileme konusunda kararsız

ve 3 kişi ise poliçe yenilemek istememektedir. Lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcılardan 157 kişi tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesini yenilemeyi düşünmekte iken 52 kişi poliçe yenileme konusunda kararsız ve 6 kişinin ise poliçe yenilemek istemediği görülmektedir. Genel olarak Tablo 22’de eğitim seviyesi yüksek kesimin memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu ve kararsızlık düzeyinin azaltılabilmesi için şirketlerin satış çalışmalarını eğitim faktörünü dikkate alarak düzenlemesi gerektiği yorumu yapılabilir.

Tablo 22’de ve Ek 13’de verilen Ki- Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ($p=0,267>0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin eğitim düzeyleriyle poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin eğitim durumu poliçe yenileme isteğini etkilememektedir.

4.8.2.9 Medeni Durum ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 23’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü yenileme isteğine göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 23. Medeni Durum Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Medeni Durum	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
Bekar	5	39	69	113	0,006
Evli	4	27	117	148	
Toplam	9	66	186	261	

Tablo 23’te medeni durumu bekar olan katılımcıların %61,1’i (69 kişi) poliçeyi yenilemeyi düşünmekte iken %34,5’i (39 kişi) poliçe yenileme konusunda kararsız ve %4,4’ü (5 kişi) poliçe yenilemek istememektedir. Medeni durumu evli olan katılımcıların %79,1’i (117 kişi) poliçeyi yenilemeyi düşünmekte iken %18,2’si (27 kişi)

yenileme konusunda kararsız ve %2,7'si (4 kişi) poliçeyi yenilemeyi düşünmemektedir. Tablo genel olarak incelendiğinde tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesine sahip kişilerin %71,3'ü poliçeyi yenilemeyi düşünürken %25,3'ü (66 kişi) yenileme konusunda kararsız kalmış ve %3,4'ü (9 kişi) ise poliçeyi yenilemeyi düşünmemektedir. Şirket ve acentelerin kararsız kısım üzerinde yenilemeyi sağlayıcı çalışmalarını geliştirmesi ya da artırması gerektiği yorumu yapılabilir. Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde, ($p=0,006<0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin medeni durumları ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin medeni durumları, poliçe yenileme isteğini etkilemektedir.

4.8.2.10 Gelir Durumu ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 24'de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü yenileme isteğine göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki-Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 24. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Gelir Durumu	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
0-3500	4	40	59	103	0,000
3500 üstü	5	26	127	158	
Toplam	9	66	186	261	

Yeniden Kodlama ile satır düzeylerinde birleştirme yoluna gidilerek geliri 2020 ve altı ile 2020-3500 TL geliri olan kişiler 1.grupta, 3500TL üstü geliri olanlar da 2.grupta birleştirilerek beklenen değeri 5'ten küçük olan gözenek sayısı %20'nin altına düşürülmüştür.

Tablo 24 incelendiğinde 0-3500 TL geliri olan katılımcılardan tamamlayıcı sağlık sigortasını yenilemeyi düşünenlerin sayısı 59, kararsızların sayısı 40 ve

yenilemeyi düşünmeyenlerin sayısı 4 iken geliri 3500 TL üstü olan katılımcılardan 127 katılımcı tamamlayıcı sağlık sigortasını yenilemeyi düşünmekte, 26 katılımcı kararsız ve 5 kişi yenilemeyi düşünmemektedir. Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,00<0,05$) olması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumları ile poliçeyi yenileme istekleri arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, poliçe yenileme isteğini etkilemektedir.

4.8.2.11 Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 25’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünü yenileme isteğine göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki -Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 25. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Süresi Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Sahip Olma Süresi	Yenileme İsteği			Toplam	p Değeri
	Hayır	Kararsızım	Evet		
1	8	45	58	111	
2	0	13	38	51	
3	1	5	38	44	
4	0	1	20	21	
5 ve üzeri	0	2	32	34	
Toplam	9	66	186	261	

Tablo 25’e göre 1 yıldır tamamlayıcı sağlık sigortası olanların yenileme konusunda çok kararsız olduğu görülmektedir. Aynı şekilde 2 yıldır sigortası olanlar da yenileme konusunda oldukça kararsız olup bu sayı poliçe yenileme yılı arttıkça azalmaktadır. Poliçe sahiplerinin büyük bir çoğunluğu poliçe yenileme konusunda kararlı olduğu için bu soruya “hayır” yanıtını verenlerin sayısı her poliçe sahipliği yılı için çok düşük kalmış ve bu nedenle Ki-Kare analizi yapılamamıştır.

4.8.2.12 Yaş Değişkeni ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 26’da tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünün teminat yapısına göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki -Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 26. Sigortalının Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Yaş	Teminat Yapısı			Toplam	P Değeri
	Sadece Yatarak Tedavi Teminatını İçeriyor	Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeriyor	Yatarak+Ayakta+ Doğum Tedavili Teminatı İçeriyor		
0-29	33	63	20	116	0,011
30-45	11	79	18	108	
46 ve üstü	7	25	5	37	
Toplam	51	167	43	261	

Beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısı %20’den fazla olduğu için yeniden kodlama ile 18 yaş altı satırı ile 18-29 yaşında olanların bulunduğu satırlar birleştirilerek 1.grup, 30-45 yaş satırındakiler birleştirilerek 2.grup, 46-55 yaş ve 55 yaş üzerindeki kişiler 3.grup olarak kodlanarak Tablo 26 oluşturulmuştur.

Tamamlayıcı sağlık sigorta poliçelerinde yatarak teminatı zorunlu olarak verilmekte olup buna ilave olarak ayakta ve doğum teminatı da verilebilmektedir. Ayakta tedavi ve doğum teminatı ise tek başına verilememektedir. Tablo 26 incelendiğinde, tamamlayıcı sağlık sigortasını satın alan 0-29 yaş aralığındaki katılımcılardan 33 kişi yalnızca yatarak tedavi teminatı satın alırken, 63 kişi yatarak ve ayakta tedavi teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca yatarak ve ayakta tedavi teminatına ek olarak doğum teminatı satın alan 20 kişi vardır. 30-45 yaş aralığında 11 katılımcı yalnızca yatarak tedavi teminatı satın alırken, 79 katılımcı yatarak ve ayakta

tedavi teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca yatarak ve ayakta tedavi teminatına ek olarak doğum teminatı da satın alan 18 kişi vardır. 46 ve üstü yaşında olan katılımcılardan 7'si yalnızca yatarak tedavi teminatı satın alırken 25'i yatarak ve ayakta tedavi teminatı birlikte satın almıştır. Ayrıca yatarak ve ayakta tedavi teminatına ek olarak doğum teminatını satın alan 5 kişi vardır. Yatarak ve ayakta tedavi teminatını satın alan katılımcı sayısının yüksek olduğu gözlenmektedir. Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ($p=0,011<0,05$) olması nedeniyle yaş değişkeni ile satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşı, satın alınacak olan tamamlayıcı sağlık sigortası teminat yapısını etkilemektedir.

4.8.2.13 Gelir Değişkeni ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 27'de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünün teminat yapısına göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 27. Sigortalının Gelir Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Gelir Durumu	Teminat Yapısı			Toplam	P Değeri
	Sadece Yatarak Tedavi Teminatını İçeriyor	Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeriyor	Yatarak+Ayakta+ Doğum Tedavili Teminatı İçeriyor		
2020 ve altı	17	18	2	37	0,001
2021-3500	15	43	8	66	
3501-5000	10	52	20	82	
5001-7000	6	33	7	46	
7000 üstü	3	21	6	30	
Toplam	51	167	43	261	

Tablo 27' de gelir düzeyi 2020 ve altı olan katılımcıların %45,9'u (17 kişi) yalnızca yatarak tedavi teminatını satın alırken %48,6'sı (18 kişi) yatarak ve ayakta teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca katılımcıların % 5,4'ü (2 kişi) yatarak ve ayakta tedaviye ek olarak doğum teminatı satın almıştır. Gelir düzeyi 2021-3500 TL olan kişilerin %22,7'si (15 kişi) yalnızca yatarak tedavi teminatını satın alırken %65,2'si (43 kişi) yatarak ve ayakta teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca katılımcıların %12,1'i (8 kişi) yatarak ve ayakta tedaviye ek olarak doğum teminatı satın almıştır. Gelir düzeyi 3501-5000 TL olan kişilerin %12,2'si (10 kişi) yalnızca yatarak tedavi teminatını satın alırken %63,4'ü (52 kişi) yatarak ve ayakta teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca katılımcıların %24,4'ü (20 kişi) yatarak ve ayakta tedaviye ek olarak doğum teminatı almıştır. Bu yaş aralığında doğum paketinin daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Gelir düzeyi 5001-7000 TL olan kişilerin %13'ü (6 kişi) yalnızca yatarak tedavi teminatını satın alırken %71,7'si (33 kişi) yatarak ve ayakta teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca katılımcıların %15,2' si (7 kişi) yatarak ve ayakta tedaviye ek olarak doğum teminatı satın almıştır. Gelir düzeyi 7000 TL üstü olan kişilerin %10'u (3 kişi) yalnızca yatarak tedavi teminatını satın alırken %70'i (21 kişi) yatarak ve ayakta teminatını birlikte satın almıştır. Ayrıca katılımcıların %20'si (6 kişi) yatarak ve ayakta tedaviye ek olarak doğum teminatı satın almıştır. 7000 üstü TL gelire sahip olanlar çalışmamızda % 11,5'lik (30 kişi) bir kısmı kapsamaktadır. Genel olarak yatarak ve ayakta tedavi teminatının, katılımcılar tarafından daha fazla tercih edildiği görülmektedir.

Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,001<0,05$) olması nedeniyle gelir değişkeni ile satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir düzeyi satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası teminat yapısını etkilemektedir.

4.8.2.14 Poliçe Prim Tutarını Karşıllayan Taraf ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı Arasındaki İlişki

Aşağıda Tablo 28’de tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişilerin bu ürünün teminat yapısına göre dağılımını gösteren çapraz tablo ve Ki- Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 28. Poliçe Prim Tutarını Karşıllayan Taraf Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Primin Karşılama Tarafı	Teminat Yapısı			Toplam	P Değeri
	Sadece Yatarak Tedavi Teminatını İçeriyor	Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeriyor	Yatarak+Ayakta+ Doğum Tedavili Teminatı İçeriyor		
Bir kısmını işverenim ödüyor geri kalanını kendi bütçemden karşılıyorum	9	33	5	47	0,576
Tamamı işverenim tarafından karşılanıyor	11	47	14	72	
Tamamını kendi bütçemden karşılıyorum	31	87	24	142	
Toplam	51	167	43	261	

Tablo 28 incelendiğinde poliçe priminin "bir kısmının işverenim ödediği geri kalan kısmının kişinin kendi bütçesinden karşılandığı" kişilerin %19,1'inin (9 kişi) tamamlayıcı sağlık sigortası yalnızca yatarak tedavi teminatını içerirken, %70,2'nin (33 kişi) sigortası yatarak ve ayakta tedavi teminatını içermektedir. Ayrıca %10,6'sının (5 kişi) sigortası yatarak ve ayakta teminatına ek olarak doğum teminatını da içermektedir.

Poliçe priminin "tamamının işveren tarafından karşılandığı" kişilerin %15,3'ü (11 kişi) tamamlayıcı sağlık sigortası yalnızca yatarak tedavi teminatını içerirken, %65,3'ünün (47 kişi) sigortası yatarak ve ayakta tedavi teminatını içermektedir. Ayrıca %19,4'ünün (14 kişi) sigortası yatarak ve ayakta teminatına ek olarak doğum teminatını

da içermektedir. Poliçe priminin "tamamının kendi bütçesinden karşılandığı" kişilerin %21,8'inin (31 kişi) poliçesi yalnızca yatarak tedavi teminatını içerirken %61,3'ünün (87 kişi) poliçesi yatarak ve ayakta tedavi teminatını içermektedir. Ayrıca %16,9'unun (24 kişi) poliçesi yatarak ve ayakta teminatına ek olarak doğum teminatını da içermektedir.

Tablo 28 incelendiğinde anket çalışmasına katılan kişilerin %18'inin (47 kişi) poliçesinin priminin bir kısmını işvereni geri kalanını kendisinin ödediği gözlenmektedir. %27,6'sının (72 kişi) poliçesinin priminin tamamı işvereni tarafından karşılanmaktadır. %54,4'ünün (142 kişi) poliçesinin prim tutarının tamamı sigortalının kendi bütçesinden karşılandığı gözlenmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi prim ödemeleri için kendi bütçelerinden ödeme yapan kişi sayısının fazla olduğu gözlenmiştir. Bu gözleme dayanarak tamamlayıcı sağlık sigortasının önemli bir ihtiyaç olduğu yorumu yapılabilir.

Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,526>0,05$) olması nedeniyle poliçe prim tutarını karşılayan taraf değişkeni ile satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin poliçe prim tutarını karşılayan taraf, satın alınacak olan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısını etkilememektedir.

4.8.2.15 Yaş ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki

Aşağıda yaş değişkenine göre satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili “ TSS primlerini yüksek buluyorum” görüşüne katılım düzeylerinin çapraz tablo ve Ki-Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 29. Birleştirilmiş Yaş Değişkenine Göre TSS Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Yaş	TSS Ürünü İle İlgili Görüş “Primlerini Yüksek Buluyorum”					Toplam	P Değeri
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum		
0-29	50	43	13	9	1	116	0,008
30 ve üstü	37	53	25	25	5	145	
Toplam	87	96	38	34	6	261	

Ki-Kare bağımsızlık analizinin yapılabilmesi için yeniden kodlama ile yaş değişkeni, 0-29 yaş aralığındaki katılımcılar ve 30 yaş ve üstü katılımcılar olarak iki grupta analiz edilmiştir. Tablo 29 incelendiğinde, 0-29 yaş aralığındaki kişilerden, "TSS primlerini yüksek buluyorum" görüşüne % 43,1'i (50 kişi) kesinlikle katılmakta, %37,1'i (43 kişi) katılmakta, %11,2'si (13 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %7,8'i (9 kişi) katılmamakta ve %0,9'u (1 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. 30 yaş ve üstü olan katılımcılardan "TSS primlerini yüksek buluyorum" görüşüne % 25,5'i (37 kişi) kesinlikle katılmakta, %36,6'sı (53 kişi) katılmakta, %17,2'si (25 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %17,2'si (25 kişi) katılmamakta ve %3,4'ü (5 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. Çapraz tabloda TSS primlerinin genel olarak yüksek bulunduğu gözlenmektedir. 1 yaş grubundaki kişilerin 2. yaş grubundaki kişilere göre tamamlayıcı sağlık sigortası primlerini daha yüksek buldukları söylenebilir. Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,008<0,05$) olması nedeniyle yaş değişkeni ile “TSS primlerini yüksek buluyorum” görüşüne katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşı, “TSS primlerini yüksek buluyorum” görüşüne katılım düzeyini etkilemektedir.

4.8.2.16 Gelir ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki

Aşağıda gelir değişkenine göre satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili “ TSS primlerini yüksek buluyorum.” görüşüne katılım düzeylerinin çapraz tablo ve Ki-Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 30. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre TSS Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Gelir	TSS Ürünü İle İlgili Görüş “Primlerini Yüksek Buluyorum”					Toplam	P Değeri
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum		
			Ne Katılmıyorum				
0-3500	50	33	12	7	1	103	0,008
3500+	37	63	26	27	5	158	
Toplam	87	96	38	34	6	261	

Yeniden Kodlama ile satır düzeylerinde birleştirme yoluna gidilerek geliri 2020 ve altı ile 2020-3500 TL geliri olan kişiler 1.grupta, geliri 3500 TL ve üstü olanlar 2.grupta birleştirilerek beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısının %20’nin altına düşürülebileceği öngörülmüştür.

Tablo 30’da, 0-3500 TL gelire sahip kişilerden "TSS primlerini yüksek buluyorum." görüşüne % 48,5’i (50 kişi) kesinlikle katılmakta, %32’si (33 kişi) katılmakta,%11,7’si (12 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %6,8’i (9 kişi) katılmamakta ve %1’i (1 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. 3500 TL üzeri gelire sahip katılımcılardan "TSS primlerini yüksek buluyorum." görüşüne % 23,4’ü (37 kişi) kesinlikle katılmakta, %39,9’u (63 kişi) katılmakta, %16,5’i (26 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %17,1’i (27 kişi) katılmamakta ve %3,2’si (5 kişi) kesinlikle

katılmamaktadır. Çapraz tabloda TSS primlerinin genel olarak yüksek bulunduğu gözlenmektedir 0-3500 TL gelir grubunda olan kişilerin, tamamlayıcı sağlık sigortası primlerini daha yüksek buldukları gözlenmektedir.

Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,000<0,05$) olması nedeniyle gelir durumu değişkeni göre tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili “TSS primlerini yüksek buluyorum” görüşüne katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, “ TSS primlerini yüksek buluyorum.” görüşüne katılım düzeyini etkilemektedir.

4.8.2.17 Eğitim ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check- Up Teminatı Eklenmesine İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki

Aşağıda eğitim durumu değişkenine göre satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili “Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check- up teminatı eklemek isterim” görüşüne katılım düzeylerinin çapraz tablo ve Ki-Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 31. Birleştirilmiş Eğitim Durumu Değişkenine Göre TSS Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check -Up Teminatı Eklenmesine İlişkin Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Eğitim Durumu	TSS Ürünü İle İlgili Görüş “ Daha Yüksek Prim Ödeyerek Sağlık Poliçeme Geniş Kapsamlı Check Up Teminatı Eklemek İsterim”					Toplam	p Değeri
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum		
Lisans Öncesi	15	13	7	9	2	46	0,056
Lisans ve sonrası	64	88	43	15	5	215	
Toplam	79	101	50	24	7	261	

Yeniden Kodlama ile satır düzeylerinde birleştirme yoluna gidilerek eğitim durumu, lisans öncesi ve lisans ve sonrası olarak Tablo 31’de gruplandırılmış ve aşağıdaki analiz sonuçlarına ulaşılmıştır.

Tablo 31’de, daha yüksek prim ödeyerek poliçesine geniş kapsamlı check- up teminatı eklenmesine ilişkin görüşe, lisans öncesi eğitime sahip katılımcıların % 32,6’sı (15 kişi) kesinlikle katılmakta, %28,3’ü (13 kişi) katılmakta, %15,2’si (7 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %19,6’sı (9 kişi) katılmamakta ve %4,3’ü (2 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. Bu görüşe eğitim düzeyi lisans ve sonrası olan katılımcılardan % 29,8’i (64 kişi) kesinlikle katılmakta, %29,8’i (88 kişi) katılmakta, %20’si (43 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %7’si (15 kişi) katılmamakta ve %2,3’ü (5 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. Tabloda, genel olarak tamamlayıcı sağlık sigortasına check-up teminatının eklenmesini isteyen katılımcı sayısının yüksek olduğu gözlenmektedir. Check-up teminatlı TSS, özellikle eğitim seviyesi yüksek katılımcıların tercih edeceği bir üründür. Sigorta şirketlerinin check-up teminatının TSS’ye eklemesi sigorta şirketlerinin üretim seviyelerinin yükselmesine ve müşteri memnuniyetinin artmasına olumlu etkisi olacağı söylenebilir.

Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,056 \leq 0,05$) olması nedeniyle eğitim değişkeni ile “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check-up teminatı eklemek isterim.” görüşüne katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin eğitim durumu, “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check-up teminatı eklemek isterim.” görüşü katılım düzeyini etkilemektedir.

4.8.2.18 Gelir ve Satın Alınan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check Up Teminatı Eklenmesine İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri Arasındaki İlişki

Aşağıda gelir durumu değişkenine göre satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili “Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check -up teminatı eklemek isterim.” görüşüne katılım düzeylerinin çapraz tablo ve Ki-Kare bağımsızlık testi sonucu verilmiştir.

Tablo 32. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre TSS Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check -Up Teminatı Eklenmesine İlişkin Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

Gelir Durumu	TSS Ürünü İle İlgili Görüş “ Daha Yüksek Prim Ödeyerek Sağlık Poliçeme Geniş Kapsamlı Check Up Teminatı Ekleme İsterim”					Toplam	P Değeri
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum		
0-3500	32	29	24	12	6	103	0,008
3500 +	47	72	26	12	1	158	
Toplam	79	101	50	24	7	261	

Yeniden Kodlama ile satır düzeylerinde birleştirme yoluna gidilerek 0-3500TL geliri olan katılımcılar ve 3500 TL üstü olan katılımcılar iki grup olarak sınırlandırılmıştır. Tablo 32 incelendiğinde, daha yüksek prim ödeyerek TSS’ye daha geniş kapsamlı check –up teminatı eklenmesine ilişkin görüşe, 0-3500 TL aylık gelire sahip katılımcıların % 31,1’i (32 kişi) kesinlikle katılmakta, %28,2’si (29 kişi) katılmakta, %23,3’ü (24 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %11,7’si (12 kişi) katılmamakta ve %5,8’i (6 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. Bu görüşe gelir düzeyi 3500 TL üzeri olan katılımcılardan % 29,7’si (47 kişi) kesinlikle katılmakta, %45,6’sı (72 kişi) katılmakta, %16,5’i (26 kişi) ne katılmakta ne katılmamakta, %7,6’sı (12 kişi) katılmamakta ve % 0,6’sı (1 kişi) kesinlikle katılmamaktadır. Tabloya göre, bu görüşe katılmayanların sayısı oldukça azdır. Check- up teminatının TSS’ye ilave edilmesi müşteri memnuniyetini olumlu etkileyecektir. Gelir düzeyi yüksek olan katılımcılar check- up teminatını almaya daha fazla istekli olduğu yorumu yapılabilir.

Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise ($p=0,008<0,05$) olması nedeniyle gelir durumu değişkeni “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check- up teminatı eklemek isterim.” görüşü katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check- up teminatı eklemek isterim.” görüşü katılım düzeylerini etkilemektedir.

Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçların yorumlanabilmesi için, beklenen değeri 5’ten küçük olan gözenek sayısının toplam gözenek sayısının %20’sini aşmaması

gerekmektedir. Bu kuralın sağlanamaması nedeniyle yukarıda yer alan değişkenler dışındaki değişkenlerin Ki-Kare bağımsızlık testine ilişkin sonuçları yorumlanmamış ve çalışmada ayrı bir başlık altında gösterilmemiştir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortalama insan ömür beklentisinin artış göstermesi ve tıp biliminin gelişmesi sağlık hizmetleri talebini artırmıştır. Tıp biliminin gelişmesiyle insanlar, maliyeti yüksek tedavi yöntemlerini kullanmaya yönelmiştir. Bu durum, sağlık harcamalarının daha da yükselmesine sebep olmuştur. İnsan sağlığı söz konusu olduğunda, maliyetlerin yüksek olması sağlık hizmet kullanımını azaltmamış aksine her geçen gün daha da artırmıştır. Ülkeler, sağlık hizmetlerine kaynak yaratma arayışına girerek ve sağlık finansman reformlarına yönelerek sağlık hizmetleri maliyetlerinin paylaşılması ve maliyetlerin sınırlandırılmasına odaklanmıştır.

Sağlık hizmetleri teknoloji ve yoğun emek gerektirdiğinden, hizmet arzının pahalı olduğu bilinmektedir. Ülkemizin var olan kaynaklarının sağlık hizmet arz ve talebine göre verimli kullanılması amaçlanmaktadır. Genel sağlık sigortası, sağlık finansmanında oldukça önemli bir yere sahip olmasına rağmen toplumdaki bireylerin tüm sağlık risklerini güvence altına alacak imkâna sahip değildir. Genel sağlık sigortası ile toplumdaki bireyler, sağlık harcamalarının finansmanına prim ödeme yoluyla katılmaktadır. Devletin sunacağı sağlık hizmetleri ile optimal sağlık hizmetleri arasında fark vardır. Bu fark, sağlık hizmetinden faydalanan kişinin cepten harcama yapmasıyla ya da özel sağlık sigortası aracılığı ile karşılanmaktadır.

Özel sağlık sigortası türü olan tamamlayıcı sağlık sigortası, kamu bütçesi üzerindeki baskıyı hafifletmektedir. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası ürünün tüm toplumda yayılması için genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan maliyetlerin karşılanması, hizmet ihtiyacına yönelik sigorta kapsamının genişletilmesi gerekmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişim göstermesi, Sosyal Güvenlik Kurumu’nda ortaya çıkan gelir-gider dengesizliğinin minimize edilmesini desteklemekte, sağlık sektöründe rekabet yaratmakta ve sağlık hizmetlerinin sunumunun iyileştirilmesi bakımından alternatif finans kaynakları oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin genel bilgiler verilerek ülke uygulamalarından sözedilmiş ve tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin sosyo-demografik özellikleri, tercihleri ve beklentilerine ilişkin bir ilişki analizi yapılmıştır. Anket yöntemi kullanılarak yapılan araştırmaya, İstanbul ilinde yaşayan tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip rastgele seçilen 261 kişi katılmıştır. Anket çalışmasında katılımcılara 33 soru yönlendirilerek elde edilen bulgular SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ortaya çıkan sonuçlar tablolaştırılarak Ki-Kare bağımsızlık testinin sonuçlarına göre analiz edilmiştir.

Yapılan çalışmada tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, gelir durumu, çocuk sayısı gibi sosyo-demografik özellikleri araştırılmış ve aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların %49'u erkek ve %51'i kadındır.
- Katılımcıların yaşa göre dağılımına bakıldığında çoğunluğun %43,3 oranla (113 kişi) 18-29 yaş aralığında olduğu ve bunu %41,4 oranla (108 kişi) 30-45 yaş aralığındaki katılımcıların takip ettiği görülmüştür. Katılımcıların genel itibari ile genç bir grup olduğu söylenebilir.
- Katılımcıların 56,7'si evli, %43,3'ü bekdir. Evli katılımcı sayısının bekar katılımcı sayısından fazla olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında en yüksek katılımın %64,4 ile Lisans mezunu oldukları gözlenmiştir. Ankete katılanların %18'i lisans üstü/doktora mezunu, %14,9'u lise mezunu ve %2,7' si ilkokul mezunudur. Bu durum katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip katılımcıların yarısından fazlasının aylık geliri 3500 TL'den fazladır.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip katılımcıların %48,7'sinin (127 kişi) çocuk sahibi olmadığı görülmüştür.

Ki-Kare bağımsızlık testi sonuçlarına bakıldığında;

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları ile ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortalının yaşları, ürünü satın alma memnuniyetlerini etkilemektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin medeni durumları ile ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortalının medeni durumu, ürünü satın alma memnuniyetini etkilemektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları ile poliçesini yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları, poliçe yenileme isteğini etkilemektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin medeni durumları ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilmektedir. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin medeni durumları, poliçe yenileme isteğini etkilemektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumları ile poliçeyi yenileme istekleri arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, poliçeyi yenileme isteklerini etkilemektedir.

Yaş değişkeni ile satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşı, satın alınacak olan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısını etkilemektedir.

Gelir değişkeni ile satın alınan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir düzeyi satın alınacak olan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesinin teminat yapısını etkilemektedir.

Yaş değişkeni ile “TSS primlerini yüksek buluyorum.” görüşüne katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşı, “ TSS primlerini yüksek buluyorum.” görüşüne katılım düzeyini etkilemektedir.

Gelir durumu değişkeni göre tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü ile ilgili “TSS primlerini yüksek buluyorum.” görüşüne katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, “ TSS primlerini yüksek buluyorum” görüşüne katılım düzeyini etkilemektedir.

Eğitim değişkeni ile “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check -up teminatı eklemek isterim.” görüşüne katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin eğitim durumu, TSS ürünü ile ilgili “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check-up teminatı eklemek isterim.” görüşü katılım düzeyini etkilemektedir.

Gelir durumu değişkeni “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check-up teminatı eklemek isterim.” görüşü katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin gelir durumu, “ Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı check-up teminatı eklemek isterim.” görüşü katılım düzeylerini etkilemektedir.

Çalışmada belirlenen hipotezler sırasıyla test edildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

H₁ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir) ile müşterilerin memnuniyet durumları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Cinsiyet, gelir ve eğitim değişkeni ile müşterilerin memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı; yaş ve medeni durum değişkeni ile müşterilerin memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

H₂ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı analiz edilmiştir. Cinsiyet ve eğitim düzeyi değişkeni ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı ilişkinin olmadığı; yaş, medeni durum ve gelir değişkeni ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

H₃ hipotezi ile müşterilerin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma süresi ile poliçe yenileme isteği arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı, poliçe sahiplerinin büyük bir çoğunluğu poliçe yenileme konusunda kararlı olduğu, bu soruya “hayır” yanıtını verenlerin sayısı her poliçe sahipliği yılı için çok düşük kaldığından dolayı Ki-Kare analizi yapılmamıştır.

H₄ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile tamamlayıcı sağlık sigortasında alınan teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Medeni durum, eğitim durumu ve cinsiyet değişkeni ile tamamlayıcı sağlık sigortasında alınan teminat yapısı arasında anlamlı ilişkinin olmadığı; yaş ve gelir değişkeni ile alınan teminat yapısı arasında anlamlı ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

H₅ hipotezi ile sağlık sigortası poliçe prim tutarının karşılanma tarafı ile tamamlayıcı sağlık sigortasında alınan teminat yapısı arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı analiz edilmiş ve aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

H₆ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile TSS ürünlerinin önerilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir değişkenleri ile TSS ürünlerinin önerilme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

H₇ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile TSS primlerinin yüksekliğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Medeni durum, eğitim durumu ve cinsiyet değişkeni ile TSS primlerinin yüksekliğine ilişkin görüşler arasında ilişkinin olmadığı; yaş ve gelir değişkeni ile TSS primlerinin yüksekliğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

H₈ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile TSS poliçesinin satın alınmasında devlet desteğinin olması gerektiğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiş ve aralarında anlamlı ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

H₉ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile TSS poliçesine ek teminatlar (diş, check- up, deprem, terör) satın alma isteği arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı analiz edilmiştir. Yalnızca gelir ve eğitim değişkeni ile yüksek prim ödeyerek sağlık sigortasına check- up teminatı eklenmesine ilişkin görüşüne katılım düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

H₁₀ hipotezi ile sosyo-demografik değişkenler ile müşterilerin TSS satın alma sebepleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmada 5’li likert ölçeği uygulanan sorularda katılımcıların cevaplarında “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum” seçeneğini tercih edenler oldukça fazla olmuştur. Kararsızların fazla olması, potansiyel müşteriye yönelik çalışmaların yapılmasına ilişkin bir gösterge olabilir. Şirketler, ürün çeşitlendirme yoluna giderek ve verilen teminatlara ilave teminat ekleyerek bu kişileri değişik faktörlere göre ikna etme çalışmalarına önem vermelidir. Böylelikle, sigorta şirketleri kararsız kişileri potansiyelden mevcuda çevirme gücünü elde ederek stratejilerini geliştirebilirler.

Araştırmadan elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, anket çalışmasında “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini tercih eden ya hiç ya da çok az kişi vardır. Bu durum sektörde tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında genel olarak olumsuz bir düşüncenin bulunmadığı ve bu sebeple satın alma faaliyetlerinin sürdürülebileceği pazar imkânının olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Mevcut çalışma, İstanbul ili ve birkaç sigorta şirketinin mevcut müşterileri ile sınırlandırılmıştır. Bu sınırlama dikkate alınarak sonraki araştırmalarda, sigorta şirketi sayısı artırılarak daha fazla sigorta şirketinin mevcut müşterilerini içeren daha büyük örneklemeler ile araştırmanın tekrarlanması önerilmektedir. Bu sayede birçok sigorta şirketi müşterileri arasındaki farklılıklar ortaya konularak ve karşılaştırma yapılarak

daha genellenebilir sonuçlara ulaşılmış olacaktır. Ayrıca sonraki araştırmalarda müşteri profilini yansıtan özellikler ve ürüne ilişkin nitelikler daha geniş kapsamlı tutularak yapılabilir.



EKLER

EK 1

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Olan Kişilere Uygulanan Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Yüksek Lisans Programında Prof. Dr. Serpil ERGÜN BÜLBÜL danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tezimde kullanılacaktır.

Anketin amacı, tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilerek kişilerin tercihlerini etkileyen nedenlerin satın alma davranışları üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Araştırma sonuçları bilimsel çalışmada kullanılacağından kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Lütfen bütün sorulara cevap veriniz.

İlginiz ve vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederim.

GÜLNUR BİTİMLİ

Aşağıda yer alan bilgilerden size uygun olanını (X) işaretleyiniz.

1.Cinsiyetiniz?

Kadın ☐

Erkek ☐

2.Yaşınız?

18 altı ☐

18-29 ☐

30-45 ☐

46-55 ☐

55 üzeri ☐

3.Eğitim Durumunuz?

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Lisans

☐ Yüksek Lisans/Doktora

4. Medeni durumunuz?

Evli ☐

Bekâr ☐

5. Çocuk sayınız?

Yok ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ve üzeri ☐

6. Aylık gelir durumunuz?

☐ 2020 ve altı

☐ 2021-3500

☐ 3501-5000

☐ 5001-7000

☐ 7000 üstü

7. Son 1 yılda hastaneye gitme sayınız?

☐ Hiç gitmedim.

☐ 1-2

☐ 3-4

☐ 5 ve Üstü

8. Hastalandığınızda ilk nereye gidersiniz?

☐ Aile Hekimliği

☐ Devlet Hastanesi

☐ Semt Polikliniği

☐ Özel Hastane

☐ Üniversite Hastanesi

9. Son 1 yıl içinde yaptığınız sağlık harcaması?

☐ Sağlık harcaması yapmadım

☐ 0-500

☐ 500-1500

☐ 1501-3000

☐ 3000 üzeri

10. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet ☐

Hayır ☐

11. Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet ☐

Hayır ☐

12.Sosyal güvencenizi kimden sağlıyorsunuz?

- ☐ Kendim
☐ Eşim
☐ Anne-Baba

13.Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından nasıl haberdar oldunuz?

- ☐ Arkadaş/Tavsiye
☐ Sigorta Şirketi/Acente
☐ TV/Basın/Sosyal Medya
☐ Kendi araştırmalarım sonucu

14. Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi durumunuzu değerlendiriniz?

- ☐ Bilgim yok
☐ Çok az bilgim var
☐ Biraz bilgim var
☐ Yeterince bilgim var
☐ Tamamen biliyorum.

15.Kaç yıldır tamamlayıcı sağlık sigortanız var?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ve Üzeri

16.Sağlık sigortası poliçe prim tutarını;

- ☐ Tamamını kendi bütçemden karşılıyorum
☐ Bir kısmını işverenim ödüyor geri kalanını kendi bütçemden karşılıyorum
☐ Tamamı işverenim tarafından karşılanıyor
☐ Diğer:.....

17.Tamamlayıcı sağlık sigortasında aldığınız teminat yapısı;

- ☐ Sadece yatarak tedavi teminatını içeriyor.
☐ Yatarak ve ayakta tedavi teminatı içeriyor.
☐ Yatarak+ayakta+doğum tedavili teminatı içeriyor.

18.Tamamlayıcı Sağlık Sigortası(TSS) ürünü ile ilgili görüşlerinizi katılım derecenize göre değerlendiriniz.	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
TSS ürününü yakınlarıma tavsiye ederim.	()	()	()	()	()
TSS primlerini yüksek buluyorum.	()	()	()	()	()
Devletin TSS yaptırımları desteklemesi gerektiğini düşünüyorum.	()	()	()	()	()
Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme dış tedavi teminatı eklemek isterim.	()	()	()	()	()
Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme geniş kapsamlı Check- Up teminatı eklemek isterim.	()	()	()	()	()
Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme deprem teminatı eklemek isterim.	()	()	()	()	()
Daha yüksek prim ödeyerek sağlık poliçeme terör teminatı eklemek isterim.	()	()	()	()	()

19.Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Sebebin;	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Kaliteli sağlık hizmeti alma isteği	()	()	()	()	()
Özel hastanede personelin ve doktorların nazik ve ilgili davranması	()	()	()	()	()
Hastane ortamının temiz ferah ve gürültüsüz olması	()	()	()	()	()
Özel hastanelerin yüksek maliyetli tedavilerini karşılayabilmek	()	()	()	()	()
Sağlık ihtiyaçlarıma uygun olduğunu düşünmem	()	()	()	()	()
Kamu hastanelerinde sunulan hizmete güvenmemem	()	()	()	()	()
Randevuları daha yakın tarihte alarak hızlı tedavi imkanı sağlaması	()	()	()	()	()

20.Genel olarak tamamlayıcı sağlık sigortası hizmetlerinin tamamından memnun kaldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum

21.Poliçeyi yenilemeyi düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum



EK 2: Kİ- KARE BAĞIMSIZLIK TESTİ SONUÇLARI

1.Cinsiyet Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
CİNSİYET	Kadın	Count	7	27	99	133
		Expected Count	7,6	27,0	98,3	133,0
	Erkek	Count	8	26	94	128
		Expected Count	7,4	26,0	94,7	128,0
Total	Count		15	53	193	261
	Expected Count		15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,119 ^a	2	,942
Likelihood Ratio	,119	2	,942
N of Valid Cases	261		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,36.

2. Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
YAŞ	18 altı	Count	0	1	2	3
		Expected Count	,2	,6	2,2	3,0
	18-29	Count	7	31	75	113
		Expected Count	6,5	22,9	83,6	113,0
	30-45	Count	5	19	84	108
		Expected Count	6,2	21,9	79,9	108,0
	46-55	Count	2	2	27	31
		Expected Count	1,8	6,3	22,9	31,0
	55 üzeri	Count	1	0	5	6
		Expected Count	,3	1,2	4,4	6,0
	Count		15	53	193	261
	Expected Count		15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,245 ^a	8	,188
Likelihood Ratio	12,980	8	,113
N of Valid Cases	261		

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

3. Birleştirilmiş Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet

Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total	
		Hayır	Kararsızım	Evet		
YAŞ	1	Count	7	32	77	116
		Expected Count	6,7	23,6	85,8	116,0
	2	Count	5	19	84	108
		Expected Count	6,2	21,9	79,9	108,0
	3	Count	3	2	32	37
		Expected Count	2,1	7,5	27,4	37,0
Total		Count	15	53	193	261
		Expected Count	15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,974 ^a	4	,041
Likelihood Ratio	11,335	4	,023
N of Valid Cases	261		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,13.

4. Medeni Durum Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
MEDENİ DURUM	Bekar	Count	9	35	69	113
		Expected Count	6,5	22,9	83,6	113,0
	Evli	Count	6	18	124	148
		Expected Count	8,5	30,1	109,4	148,0
	Total	Count	15	53	193	261
		Expected Count	15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,345 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	17,340	2	,000
N of Valid Cases	261		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,49.

5.Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
EĞİTİM DURUMU	İlköğretim	Count	0	3	4	7
		Expected Count	,4	1,4	5,2	7,0
	Lise	Count	5	6	28	39
		Expected Count	2,2	7,9	28,8	39,0
	Lisans	Count	8	39	121	168
		Expected Count	9,7	34,1	124,2	168,0
	Yüksek Lisans/ Doktora	Count	2	5	40	47
		Expected Count	2,7	9,5	34,8	47,0
	Total	Count	15	53	193	261
		Expected Count	15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,512 ^a	6	,105
Likelihood Ratio	10,091	6	,121
N of Valid Cases	261		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

6. Birleştirilmiş Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası SatınAlma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
		Hayır	Kararsızım	Evet	
EĞİTİM DURUMU	1,00 Count	5	9	32	46
	Expected Count	2,6	9,3	34,0	46,0
	2,00 Count	8	39	121	168
	Expected Count	9,7	34,1	124,2	168,0
	3,00 Count	2	5	40	47
	Expected Count	2,7	9,5	34,8	47,0
	Total Count	15	53	193	261
	Expected Count	15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,436 ^a	4	,169
Likelihood Ratio	6,427	4	,169
N of Valid Cases	261		

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,64.

7.Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma

Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
EĞİTİM DURUMU	1,00	Count	5	9	32	46
		Expected Count	2,6	9,3	34,0	46,0
	2,00	Count	10	44	161	215
		Expected Count	12,4	43,7	159,0	215,0
Total	Count		15	53	193	261
	Expected Count		15,0	53,0	193,0	261,0

8. Birleştirilmiş (Üçlü) Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
GELİR	1,00	Count	6	26	71	103
		Expected Count	5,9	20,9	76,2	103,0
	2,00	Count	4	17	61	82
		Expected Count	4,7	16,7	60,6	82,0
	3,00	Count	5	10	61	76
		Expected Count	4,4	15,4	56,2	76,0
	Count		15	53	193	261
	Expected Count		15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,119 ^a	4	,390
Likelihood Ratio	4,303	4	,367
N of Valid Cases	261		

- a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,37.

9. Birleştirilmiş (İkili) Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Satın Alma Memnuniyet Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			MEMNUNİYET DÜZEYİ			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
GELİR	1,00	Count	6	26	71	103
		Expected Count	5,9	20,9	76,2	103,0
	2,00	Count	9	27	122	158
		Expected Count	9,1	32,1	116,8	158,0
Total	Count		15	53	193	261
	Expected Count		15,0	53,0	193,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,622 ^a	2	,270
Likelihood Ratio	2,584	2	,275
N of Valid Cases	261		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,92.

10. Cinsiyet Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			Yenileme İsteği			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
CİNSİYET	Kadın	Count	4	36	93	133
		Expected Count	4,6	33,6	94,8	133,0
	Erkek	Count	5	30	93	128
		Expected Count	4,4	32,4	91,2	128,0
Total	Count		9	66	186	261
	Expected Count		9,0	66,0	186,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,561 ^a	2	,755
Likelihood Ratio	,562	2	,755
N of Valid Cases	261		

- a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,41.

11. Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Yenileme İsteği			Total
		Hayır	Kararsızım	Evet	
YAŞ	Count	6	39	71	116
	Expected Count	4,0	29,3	82,7	116,0
	1,00 %	5,2%	33,6%	61,2%	100,0%
	Yenileme İsteği %	66,7%	59,1%	38,2%	44,4%
	Count	3	27	115	145
	Expected Count	5,0	36,7	103,3	145,0
	2,00 %	2,1%	18,6%	79,3%	100,0%
	Yenileme İsteği %	33,3%	40,9%	61,8%	55,6%
Total	Count	9	66	186	261
	Expected Count	9,0	66,0	186,0	261,0
	%	3,4%	25,3%	71,3%	100,0%
	Yenileme İsteği %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,498 ^a	2	,005
Likelihood Ratio	10,492	2	,005
N of Valid Cases	261		

- a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

12. Birleştirilmiş (Üçlü) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			Yenileme İsteği			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
EĞİTİM DURUMU	1,00	Count	3	14	29	46
		Expected Count	1,6	11,6	32,8	46,0
	2,00	Count	6	46	116	168
		Expected Count	5,8	42,5	119,7	168,0
	3,00	Count	0	6	41	47
		Expected Count	1,6	11,9	33,5	47,0
Total	Count		9	66	186	261
	Expected Count		9,0	66,0	186,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	8,810 ^a	4	,066
Likelihood Ratio	10,688	4	,030
N of Valid Cases	261		

a. 2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

13. Birleştirilmiş (İkili) Eğitim Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			Yenileme İsteği			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
EĞİTİM DURUMU	1,00	Count	3	14	29	46
		Expected Count	1,6	11,6	32,8	46,0
	2,00	Count	6	52	157	215
		Expected Count	7,4	54,4	153,2	215,0
Total	Count		9	66	186	261
	Expected Count		9,0	66,0	186,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,644 ^a	2	,267
Likelihood Ratio	2,388	2	,303
N of Valid Cases	261		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,59.

14. Medeni Durum Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Yenileme İsteği			Total
		Hayır	Kararsızım	Evet	
MEDENİ DURUM	Count	5	39	69	113
	Expected Count	3,9	28,6	80,5	113,0
	Bekar %	4,4%	34,5%	61,1%	100,0%
	Yenileme İsteği %	55,6%	59,1%	37,1%	43,3%
	Count	4	27	117	148
	Expected Count	5,1	37,4	105,5	148,0
	Evli %	2,7%	18,2%	79,1%	100,0%
	Yenileme İsteği %	44,4%	40,9%	62,9%	56,7%
Total	Count	9	66	186	261
	Expected Count	9,0	66,0	186,0	261,0
	%	3,4%	25,3%	71,3%	100,0%
	Yenileme İsteği %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,169 ^a	2	,006
Likelihood Ratio	10,126	2	,006
N of Valid Cases	261		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,90.

15. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			Yenileme İsteği			Total
			Hayır	Kararsızım	Evet	
GELİR DURUMU	1,00	Count	4	40	59	103
		Expected Count	3,6	26,0	73,4	103,0
	2,00	Count	5	26	127	158
		Expected Count	5,4	40,0	112,6	158,0
Total	Count		9	66	186	261
	Expected Count		9,0	66,0	186,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,111 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	16,872	2	,000
N of Valid Cases	261		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,55.

16. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Süresi Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yenileme İsteği ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Yenileme İsteği			Total
		Hayır	Kararsızım	Evet	
1	Count	8	45	58	111
	Expected Count	3,8	28,1	79,1	111,0
	%	7,2%	40,5%	52,3%	100,0%
	Yenileme İsteği %	88,9%	68,2%	31,2%	42,5%
2	Count	0	13	38	51
	Expected Count	1,8	12,9	36,3	51,0
	%	0,0%	25,5%	74,5%	100,0%
	Yenileme İsteği %	0,0%	19,7%	20,4%	19,5%
TSS YILI 3	Count	1	5	38	44
	Expected Count	1,5	11,1	31,4	44,0
	%	2,3%	11,4%	86,4%	100,0%
	Yenileme İsteği %	11,1%	7,6%	20,4%	16,9%
4	Count	0	1	20	21
	Expected Count	,7	5,3	15,0	21,0
	%	0,0%	4,8%	95,2%	100,0%
	Yenileme İsteği %	0,0%	1,5%	10,8%	8,0%
5 ve Üzeri	Count	0	2	32	34
	Expected Count	1,2	8,6	24,2	34,0
	%	0,0%	5,9%	94,1%	100,0%
	Yenileme İsteği %	0,0%	3,0%	17,2%	13,0%
Total	Count	9	66	186	261
	Expected Count	9,0	66,0	186,0	261,0
	%	3,4%	25,3%	71,3%	100,0%
	Yenileme İsteği %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**17. Sigortalının Yaş Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı
ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi**

		TSS TEMİNAT YAPISI			Total	
		Sadece Yatarak Tedavi Teminatını İçeriyor	Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeriyor	Yatarak+ Ayakta+ Doğum Tedavili Teminatı İçeriyor		
YAŞ	1	Count	33	63	20	116
		Expected Count	22,7	74,2	19,1	116,0
	2	Count	11	79	18	108
		Expected Count	21,1	69,1	17,8	108,0
	3	Count	7	25	5	37
		Expected Count	7,2	23,7	6,1	37,0
Total		Count	51	167	43	261
		Expected Count	51,0	167,0	43,0	261,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,984 ^a	4	,011
Likelihood Ratio	13,474	4	,009
N of Valid Cases	261		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,10.

**18. Sigortalının Gelir Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı
ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi**

		TSS TEMİNAT YAPISI			Total	
		Sadece Yatarak Tedavi Teminatını İçeriyor	Yatarak ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeriyor	Yatarak+ Ayakta+ Doğum Tedavili Teminatı İçeriyor		
GELİR	2020 ve altı	Count	17	18	2	37
		Expected Count	7,2	23,7	6,1	37,0
		%	45,9%	48,6%	5,4%	100,0%
		Teminat Yapısı %	33,3%	10,8%	4,7%	14,2%
	2021-3500	Count	15	43	8	66
		Expected Count	12,9	42,2	10,9	66,0
		%	22,7%	65,2%	12,1%	100,0%
		Teminat Yapısı %	29,4%	25,7%	18,6%	25,3%
	3501-5000	Count	10	52	20	82
		Expected Count	16,0	52,5	13,5	82,0
		%	12,2%	63,4%	24,4%	100,0%
		Teminat Yapısı %	19,6%	31,1%	46,5%	31,4%
	5001-7000	Count	6	33	7	46
		Expected Count	9,0	29,4	7,6	46,0
		%	13,0%	71,7%	15,2%	100,0%
		Teminat Yapısı %	11,8%	19,8%	16,3%	17,6%
	7000 üstü	Count	3	21	6	30
		Expected Count	5,9	19,2	4,9	30,0
		%	10,0%	70,0%	20,0%	100,0%
		Teminat Yapısı %	5,9%	12,6%	14,0%	11,5%
	Total	Count	51	167	43	261
		Expected Count	51,0	167,0	43,0	261,0
		%	19,5%	64,0%	16,5%	100,0%
		Teminat Yapısı %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,081 ^a	8	,001
Likelihood Ratio	24,927	8	,002
N of Valid Cases	261		

- a. 1 cells (6,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,94.

19. Poliçe Prim Tutarını Karşılamanın Karşılıyan Taraf Değişkenine Göre Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Teminat Yapısı ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

			TSS TEMİNAT YAPISI			Total
			Sadece Yatarak Tedavi Teminatını İçeriyor	Yatarak Ve Ayakta Tedavi Teminatı İçeriyor	Yatarak+ Ayakta+ Doğum Tedavili Teminatı İçeriyor	
PRİMİN KARŞILANMA TARAFI	Bir kısmını	Count	9	33	5	47
	işverenim	Expected Count	9,2	30,1	7,7	47,0
	ödüyor geri	%	19,1%	70,2%	10,6%	100,0%
	kalanını kendi	Teminat Yapısı %	17,6%	19,8%	11,6%	18,0%
	bütçemden					
	karşılıyorum					
	Tamamını	Count	11	47	14	72
	işverenim	Expected Count	14,1	46,1	11,9	72,0
	tarafından	%	15,3%	65,3%	19,4%	100,0%
	karşılanıyor	Teminat Yapısı %	21,6%	28,1%	32,6%	27,6%
Total		Count	31	87	24	142
	Tamamını kendi	Expected Count	27,7	90,9	23,4	142,0
	bütçemden	%	21,8%	61,3%	16,9%	100,0%
	karşılıyorum	Teminat Yapısı %	60,8%	52,1%	55,8%	54,4%
Total		Count	51	167	43	261
		Expected Count	51,0	167,0	43,0	261,0
		%	19,5%	64,0%	16,5%	100,0%
		Teminat Yapısı %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,895 ^a	4	,576
Likelihood Ratio	3,049	4	,550
N of Valid Cases	261		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,74.

20. Birleştirilmiş Yaş Değişkenine Göre TSS Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Tercih Sebebi					Total
		1	2	3	4	5	
YAŞ	Count	50	43	13	9	1	116
	Expected Count	38,7	42,7	16,9	15,1	2,7	116,0
	%	43,1%	37,1%	11,2%	7,8%	0,9%	100,0%
	Tercih Sebebi %	57,5%	44,8%	34,2%	26,5%	16,7%	44,4%
	Count	37	53	25	25	5	145
	Expected Count	48,3	53,3	21,1	18,9	3,3	145,0
	%	25,5%	36,6%	17,2%	17,2%	3,4%	100,0%
	Tercih Sebebi %	42,5%	55,2%	65,8%	73,5%	83,3%	55,6%
Total	Count	87	96	38	34	6	261
	Expected Count	87,0	96,0	38,0	34,0	6,0	261,0
	%	33,3%	36,8%	14,6%	13,0%	2,3%	100,0%
	Tercih Sebebi %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,919 ^a	4	,008
Likelihood Ratio	14,366	4	,006
Linear-by-Linear Association	13,710	1	,000
N of Valid Cases	261		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

21. Birleştirilmiş Gelir Durumu Değişkenine Göre TSS Ürünü Primlerinin Yüksek Bulunmasına İlişkin Görüşe Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Tercih Sebebi					Total
		1	2	3	4	5	
1,00	Count	50	33	12	7	1	103
	Expected Count	34,3	37,9	15,0	13,4	2,4	103,0
	%	48,5%	32,0%	11,7%	6,8%	1,0%	100,0%
	Tercih Sebebi %	57,5%	34,4%	31,6%	20,6%	16,7%	39,5%
2,00	Count	37	63	26	27	5	158
	Expected Count	52,7	58,1	23,0	20,6	3,6	158,0
	%	23,4%	39,9%	16,5%	17,1%	3,2%	100,0%
	Tercih Sebebi %	42,5%	65,6%	68,4%	79,4%	83,3%	60,5%
Total	Count	87	96	38	34	6	261
	Expected Count	87,0	96,0	38,0	34,0	6,0	261,0
	%	33,3%	36,8%	14,6%	13,0%	2,3%	100,0%
	Tercih Sebebi %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,214 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	20,558	4	,000
Linear-by-Linear Association	17,062	1	,000
N of Valid Cases	261		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,37.

22. Birleştirilmiş Eğitim Durumu Değişkenine Göre TSS Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check Up Teminatı Eklenmesine İlişkin Katılım Düzeyleri Ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Tercih Sebebi					Total
		1	2	3	4	5	
EĞİTİM DURUMU	Count	15	13	7	9	2	46
	Expected Count	13,9	17,8	8,8	4,2	1,2	46,0
	%	32,6%	28,3%	15,2%	19,6%	4,3%	100,0%
	Tercih Sebebi %	19,0%	12,9%	14,0%	37,5%	28,6%	17,6%
	Count	64	88	43	15	5	215
	Expected Count	65,1	83,2	41,2	19,8	5,8	215,0
	%	29,8%	29,8%	20,0%	7,0%	2,3%	100,0%
	Tercih Sebebi %	81,0%	81,0%	86,0%	62,5%	71,4%	82,4%
	Count	79	101	50	24	7	261
	Expected Count	79,0	101,0	50,0	24,0	7,0	261,0
Total	%	30,3%	38,7%	19,2%	9,2%	2,7%	100,0%
	Tercih Sebebi %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,233 ^a	4	,056
Likelihood Ratio	8,095	4	,088
Linear-by-Linear Association	1,950	1	,163
N of Valid Cases	261		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,23.

23. Birleştirilmiş (İkili) Gelir Durumu Değişkenine Göre TSS Ürününe Daha Yüksek Prim Ödeyerek Check Up Teminatı Eklenmesine İlişkin Katılım Düzeyleri ve Ki-Kare Bağımsızlık Testi

		Tercih Sebebi					Total
		1	2	3	4	5	
GELİR	Count	32	29	24	12	6	103
	Expected Count	31,2	39,9	19,7	9,5	2,8	103,0
	1,00 %	31,1%	28,2%	23,3%	11,7%	5,8%	100,0%
	Tercih Sebebi %	40,5%	28,7%	48,0%	50,0%	85,7%	39,5%
	Count	47	72	26	12	1	158
	Expected Count	47,8	61,1	30,3	14,5	4,2	158,0
	2,00 %	29,7%	45,6%	16,5%	7,6%	0,6%	100,0%
	Tercih Sebebi %	59,5%	71,3%	52,0%	50,0%	14,3%	60,5%
Total	Count	79	101	50	24	7	261
	Expected Count	79,0	101,0	50,0	24,0	7,0	261,0
	%	30,3%	38,7%	19,2%	9,2%	2,7%	100,0%
	Tercih Sebebi %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,831 ^a	4	,008
Likelihood Ratio	14,135	4	,007
Linear-by-Linear Association	4,908	1	,027
N of Valid Cases	261		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,76.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

AKBULAK, Sevinç ve Yavuz AKBULAK. **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri**, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Alınması Gereken Önlemler” 17.Baskı, Ankara: Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, 2004.

ATEŞ, Metin. **Sağlık Sistemleri**, 3.Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi, 2016.

BÖLÜKBAŞI, Ayşe Gül ve Baturalp PAMUKÇU. **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, 2.Baskı, İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2010.

BÜYÜKÖZTÜRK, Şener. **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**, 22.Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2016.

CİVAN, Ali. **Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi**, İstanbul: Umut Matbaacılık, 2010.

ÇEKER, Mustafa. **Sigorta Hukuku**, 5.Baskı, Adana : Karahan Kitabevi Yayını, 2012.

ÇELİK, Yusuf. **Sağlık Ekonomisi**, 3.Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, Eylül 2016.

ERGÜN BÜLBÜL, Serpil. **Çözümsel İstatistik**, 1.Baskı, Alfa Yayıncılık, İstanbul, 2001.

GÜVEN, Ercan. **Sosyal Sigortalar**, Eskişehir: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları, 1976.

GÜZEL, Ali ve Ali Rıza OKUR. **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 2.Baskı, İstanbul: Beta Yayınevi, 1990.

Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP). **Pazarlama ve Perakende, Sağlık Sigortası**, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011.

http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf (20.04.2019).

ORAL, A. İlhan. **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:1331, 2002.

ORHANER, Emine. **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, 1.Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi Yayını, 2014.

TALAS, Cahit. **Sosyal Ekonomi**, 3.Baskı, Ankara: Sevinç Matbaası, Ankara Üniversitesi Yayınları, 1972.

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara: 1.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayını, Mart 2005.

Sürelî Yayınlar/Makaleler:

AKSAKOĞLU, Gazanfer. “İngiltere Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 9, Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995.

ALPER, Yusuf. “ ABD Sosyal Güvenlik Sistemi Bir Model Olabilir Mi?”, **Çimento İşveren Dergisi**, Mart-Nisan 2008.

ALTAN, Mikail ve İsmail ASLANLAR. “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli” **Reasürör Dergisi**, Sayı 42, Ekim 2001.

ALTINDAĞ, Özgür ve Çağrı SEVİN. “Küba’da Sağlık Sisteminin Ve Sosyal Hizmetlerin Gelişimine Bir Bakış”, **Ufkun Ötesi Bilim Dergisi**, Cilt 17, Sayı 1, Aralık 2017.

ALU, Ali. “Sağlığın Temel Kavramları”, **Sağlık Yönetimi Dergisi**, Cilt 1, Sayı 2, Ocak 2017.

ATAAY, Faruk. “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 41, Sayı 3, 2008.

BELEK, İlker. “Sosyalizm ve Sağlık Hakkı: Küba’nın Başarıları”, **Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu**, Antalya, 22-23 Ekim 2009.

BOSTANCI, Yalçın. “Sosyal Güvenlik Hukukunda İsteğe Bağlı Sigortalılık”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı. 12, 2004.

BULUT, Mehmet. “Kayıt dışı İstihdamın Ortaya Çıkmasında Sosyal Güvenlik Bilinci Eksikliği Ve Sosyal Güvenlik Ahlakı”, **HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi**, Cilt 2, Sayı 4, 2013.

ÇELEBİ, A. Kemal ve Serkan CURA. “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz” **Maliye Dergisi**, Sayı 164, Ocak-Haziran 2013.

ÇELİK, Hüseyin ve Diğerleri. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Aktüer Dergisi**, Cilt 2 Sayı 1, 2004.

EKİN, Ali. “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, 2012.

ERDOĞAN, Sarper ve Galip EKUKLU. “Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 9, Sayı 64-65, Kasım 1994 - Şubat 1995.

ERDOĞAN, Eyüp Serdar. **Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Değerlendirilmesi**, 1.Baskı, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, 2018.

ERGÜZELOĞLU, Fatma. “Türkiye’nin Sağlıkta Tamamlayıcı Sağlık Sigortaya İhtiyacı Var: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Lüks Mü?” **Hospital Manager Dergisi**, Ağustos 2011.

ERKEK, Nuray ve Fatih ERKEK. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Sayı 79, Mayıs– Haziran 2012.

GÜVERCİN, Ali, Halil İbrahim MİL ve Bülent TARIM. “ Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ”, **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt 7, Sayı 13, 2016.

GÜZEL, Ali. “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mü?” **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Cilt 4, Sayı 7, 2005.

HAYRAN, Osman. “Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 7, Sayı 49, Mart 1992.

İSTANBULLUOĞLU, Hakan, Mahir GÜLEÇ ve Recai OĞUR “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, 2010.

KARAGÖZ, Yalçın. “İlişki Katsayıları ile Öğrenci Başarısını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 9, Sayı 32, 2010.

KARAGÖZ, Yalçın. “Nonparametrik Tekniklerin Güç Ve Etkinlikleri”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt 9, Sayı 33, 2010.

KILIÇ, Bülent ve Çiğdem BUMİN. “İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi” **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 8, Sayı 56, Ağustos 1993.

KILIÇ, Bülent ve Gazanfer AKSAKOĞLU. “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 9, Sayı 64-65, Kasım 1994-Şubat 1995.

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

KORKUSUZ, Mehmet Refik ve Bahar BURTAN DOĞAN, “Sağlık Hakkının Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri ve Önemi ile Gelişim Sürecindeki Eğilimler”, **Dicle Üniversitesi IBF Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, Ocak 2011.

MOSSIALOS, Elias ve Ana DJORDJEVIĆ. “International Profiles of Health Care Systems” , **London School of Economics and Political Science**, Mayıs 2017.

ORHANER, Emine. “Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü” **Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, Cilt 3. Sayı 3, 2017.

ÖCEK, Zeliha. “Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 22, Sayı 1-2, Ocak - Şubat- Mart - Nisan 2007.

ÖZDEMİR, Abdullah ve Hatice EROL. “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi” **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 4, Sayı 1, Ocak 2014.

ÖZER, Özlem ve Diğerleri. “Türkiye’de Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı 42, 2014.

ÖZGEN, Hacer ve Mehtap TATAR. “ Sağlık Hizmetleri Finansmanında Informal Ödemeler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 11, Sayı 1, 2008.

ÖZMEN, Zeynep. “Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme.” **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 7, Sayı 2, 2017.

ÖZMEN, Zeynep. “Refah Modelleri Açısından Avrupa’da Ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı”, **Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt 7, Sayı 1, 2017.

ÖZSARI, Haluk. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Süreci ve Geline Nokta” , **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 18 Ekim 2017, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1035/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi-sureci-ve-gelinen-nokta.aspx> (10.06.2019).

PALA, Kayıhan. “Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 18, Sayı 2, Mart - Nisan 2003.

PEKTEN, Ali. “ Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Cilt 17, Sayı 61, Nisan 2006.

SALİBA, Berengere ve Bruno VENTELOU. “Complementary Health Insurance In France Who Pays? Why? Who Will Suffer From Puplic Disengagement?”, **Healt Policy**, Sayı 81, 2007.

SARGUTAN, A. Erkan. “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 3, 2005.

ŞAHBAZ, İbrahim. “Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sayı 86, 2009.

TAJİKA, Eiji ve Jun KİKUCHİ, “The Roles of Public and Private Insurance for The Health-care Reform of Japan” **Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review**, Cilt 8. Sayı 2, 2012.

TAPAN, Birkan ve Diğerleri,(Aktaran) “Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi” **FNG & Bilim Tıp Dergisi**, Cilt 1, Sayı 2, 2015.

TATAR, Fahreddin. “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 11, Sayı 72, Mart – Nisan 1996.

TATAR, Mehtap. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, Haziran 2011.

THOMSON, Sarah ve Elias MOSSIALOS. “Private Health Insurance In The European Union LSE Health and Social Care”, **London School of Economics and Political Science**, 2009.

THOMSON, Sarah ve Elias MOSSIALOS. “Voluntary Health Insurance in the European Union”, **European Observatory on Health Systems and Policies**, 2004.

THOMSON, Sarah ve Elias MOSSIALOS. Health Care Systems in Transition France, **European Observatory on Health Systems and Policies**, 2004.

TÜĞEN, Kamil. “Türkiye’de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısı ve Gelişimi”, 10.Maliye Sempozyumu Antalya,14-18 Mayıs 1994.

UĞURLUOĞLU, Ece ve Hacer ÖZGEN. “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 11, Sayı 2, 2008.

UĞURLUOĞLU, Özgür ve Yusuf ÇELİK. “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 1, 2005.

VAROĞLU, Fatma Özge. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye’deki Gelişim Süreci”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı 3, 2013.

YENİHAN, Bora. “Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Sosyal Güvenlik: Dünya’da ve Türkiye’de Gelişimi Üzerine Bir İnceleme” **Yönetim Bilimleri Dergisi**, Cilt 15. Sayı 30, 2017.

YÜCEL, Ali N. “Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, **Reasürör Dergisi**, Sayı 17.

ZENGİN, Nazmi. “Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Cilt 1, Sayı 1, Ocak 2010.

İnternet Adresleri:

AKTAN, Coşkun Can ve Kadir IŞIK. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf> (03.08.2018).

Allianz Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları, https://www.allianz.com.tr/content/dam/onemarketing/aztr/allianz/pdf/saglik-sigortalari/tamamlayici-saglik-“”sigortasi/TSS_Ozel_Sartlar_150617.pdf (10.06.2019).

Amerika Bülteni, 16 Temmuz 2017, <http://amerikabulteni.com/2017/07/16/amerikan-federal-hukumeti-gecen-yil-yaklasik-4-trilyon-dolar-harcadi/> (01.12.2018).

BİDGOD, Elliot, Emily CLARKE, David GREEN ve Benedict IRVINE. Healthcare Systems: Germany, The Institute For Study Of Civil Society (Civitas), 2013. <http://www.civitas.org.uk/content/files/germany.pdf> (15.06.2019).

ÇİFTÇİ Halil İbrahim. “Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansman”, <https://docplayer.biz.tr/36802801-Cesitli-ulkelerde-saglik-sistemi-ve-finansmani-halil-ibrahim-ciftci.html> (31.01.2019).

DELOITTE, Haziran 2015, “Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu” [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20\(1\).pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20(1).pdf) (10.06.2019).

DİZDAR, Tarkan. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Kasım 2014, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-SaglikSigortasi_TDizdar.pdf (12.06.2019).

DOĞUKAN, Mümine Nurdan. 13 Kasım 2014. SGK-Özel Sağlık Sigortası http://sasder.org/content/docs/sunumlar/3/tamamlayici-saglik-sigortasi_mnurdan_dogukan.pdf (26.05.2019).

KARACIK, Abdullah ve Hakkı ATLI. Sağlık Sigortaları, http://www.saglikplatformu.com/statik/sigorta.htm#_ftn2 (05.06.2019).

KARAKOÇ, Özlem. “SPSS Eğitimler-İki Örneklem Ki-Kare Testi”, 19 Haziran 2018, <https://ozlemkarakocblog.wordpress.com/2018/06/19/spss-egitimleri-24-iki-orneklem-ki-kare-testi/> (22.08.2019).

LEVENT, Recep. Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Gelişimi, 23.02.2013, <https://www.isvesosyalguvenlik.com/dunyada-ve-turkiyede-sosyal-guvenligin-gelisimi/> (04.05.2019).

Resmi Gazete, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> (10.06.2019).

SALTIK, Ahmet. “ Genel Sağlık Sigortası: Ne Dediler Ne Oldu?”

TTB Raporu, 07 Mart 2018.

http://ahmetsaltik.net/arsiv/2018/03/Genel_Saglik_Sigortasi_Ne_Dediler_Ne_oldu_2018.pdf (19.05.2019).

SARGUTAN, A. Erkan. “Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri”, 2011, <http://www.sargutan.com/page17.html> (09.03.2019).

SGK Rehberi, Yurt Dışında Tedavi Olma Şartları Nelerdir? 12 Nisan 2014, <https://www.sgkrehberi.com/haber/19676/yurt-disinda-tedavi-olmanin-sartlari-nelerdir.html> (06.05.2019).

SGK Rehberi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) nedir? <https://www.sgkrehberi.com/haber/154509/saglik-uygulama-tebligi-sut-nedir.html> (16.04.2018).

SGK, Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulaması Hakkında Yayınlanan Genelgeyi İlişkin Bilgilendirici Duyuru, 2012, <http://ozelrastaneler.org.tr/tamamlayici-veya-destekleyici-saglik-sigortasi-uygulamasi-hakkinda-yayinlanan-genelgeye-iliskin-bilgilendirici-duyuru/> (12.06.2019).

SGK, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/istege_bagli_sigortalilik%20 (10.05.2019).

SGK, www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/emekli/is_kazasi_ve_meslek_hastaligi/kisa_vadeli_sigorta_kollari (02.05.2019).

Sigortam.Net, <https://www.sigortam.net/saglik-sigortasi/yatarak-tedavi-teminatları-nelerdir> (20.05.2019).

Sigortam.Net,
<https://www.sigortam.net/saglik-sigortasi/ozel-saglik-sigortasindan-kimler-yararlanabilir> (20.05.2019).

Sosyal Güvenlik Kanunu. <https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf>
(18.04.2019).

TAŞLI, Tijen. “Nasıl bir Sağlık Sistemi Amerika Birleşik Devletleri”, Milliyet Blog, 7 Ekim 2007, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi----2--amerika-birlesik-devletleri/Blog/?BlogNo=68365> (28.01.2019).

TAŞLI, Tijen. “Nasıl bir Sağlık Sistemi Küba?” Milliyet Blog, 15.11.2007, <http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---kuba--son-/Blog/?BlogNo=75824>
(09.02.2019).

TBMM Başkanlığı, “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”,
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> (25.12.2018).

TOPÇU, Yılmaz. Genel Sağlık Sigortasından Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Yöneliş, Aralık 2012, http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1571.htm (15.06.2019).

TÜİK, 15.11.2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27621>
(12.05.2019).

TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017 (Yayınlanma Tarihi: 5 Kasım 2018), <http://www.tuik.gov.tr> (10.05.2019).

Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Şirketleri Birliği, 2006. Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları, <https://www.tsb.org.tr/seyahat-saglik-sigortasi.aspx?pageID=516> (25.05.2019).

Türkiye Sigortası Enstitüsü Vakfı, Sağlık Sigortasının Türleri Nelerdir?
<http://www.tsev.org.tr/sayfa/saglik-sigortasinin-turleri-nelerdir> (25.05.2019).

