

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ * SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

FİNANS TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASININ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ: ÖĞRETİM
ELEMENLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Furkan SERDAR

TEMMUZ – 2020

TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ * SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

FINANS TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASININ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ: ÖĞRETİM
ELEMENLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Furkan SERDAR

ORCID: 0000 – 0001 – 7643 – 1163

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ahmet KURTARAN

TEMMUZ – 2020

TRABZON

ONAY

Furkan SERDAR tarafından hazırlanan “Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği: Öğretim Elemanları Üzerine Bir Araştırma” adlı bu Çalışma 14.08.2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği / oyçokluğu ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalı Finans Tezli Yüksek Lisans Programı’nda **yüksek lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi		Karar		İmza
Unvanı – Adı Soyadı	Görevi	Kabul	Ret	
Prof. Dr. Mustafa EMİR	Başkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hasan AYAYDIN	Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ahmet KURTARAN	Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylıyorum.

Prof. Dr. Yusuf SÜRMEŒEN

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca KTÜ - Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanan bu Çalışmada yararlanılan kaynakların tümüne eksiksiz atıf yapıldığını, aksinin ortaya çıkması durumunda her tür yasal sonucu kabul edeceğimi beyan ediyorum.

Furkan SERDAR

10/07/2020

ÖNSÖZ

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında faydalanılan sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde memnuniyet oluşturmaması sağlık alanında bir değişikliğin yapılmasına neden olmuştur. Ortaya çıkan bu değişiklikler sebebiyle devletin beklentilerinin var olan finansal kaynaklarla karşılanmaması sonucu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli ortaya çıkmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile devletin sağlık hizmetleri ve sunumunda karşılaşılabilecek risklerin paylaşılması amaçlanmıştır. Bu sigorta sayesinde hem hizmet sunucularında hem de bireylerin hizmet standartlarında en yüksek düzeyde maliyet kontrolü sağlanmıştır. Bu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasının kavramsal olarak tanımı, bu sigortanın yıllar itibariyle gelişimi, Türkiye ve diğer ülkelerdeki durumu ve günümüzde tanınırlık düzeyi açıklanarak öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki farkındalıkları, bilgi düzeyleri ve bu sigortaya yönelik fikirleri çeşitli analizler yardımıyla ortaya koyulmuştur.

Gerek lisans ve gerekse de yüksek lisans eğitimimde değerli katkılarıyla birçok konuda bana yol gösteren, bu çalışmanın ortaya çıkmasında bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendirerek yardımlarını esirgemeyen, kendisine ne zaman danışsam kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, güler yüzünü ve samimiyetini benden eksik etmeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Ahmet KURTARAN’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Çalışmanın hazırlanması sürecinde bana her konuda yardımcı olup bilgi birikimlerini paylaşan, yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, çalışmam boyunca değerli bilgi ve değerlendirmeleriyle bana büyük destek veren çok değerli hocam Doç. Dr. Ayten TURAN KURTARAN’a gönülden teşekkürü bir borç bilirim.

Temmuz, 2020

Furkan SERDAR

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
TABLolar LİSTESİ	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIV
GRAFİKLER LİSTESİ	XV
KISALTMALAR LİSTESİ	XVI
GİRİŞ	1-4

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN TEMEL ESASLARI VE TARİHSEL

GELİŞİMİ.....	5-16
1.1. Sosyal Güvenliğin Temel Kavramları.....	5
1.1.1. Sosyal Güvenlik Kavramı	5
1.1.1.1. Dar Anlamda Sosyal Güvenlik Kavramı	6
1.1.1.2. Geniş Anlamda Sosyal Güvenlik Kavramı	7
1.1.2. Sosyal Güvenliğin Araçları.....	8
1.1.2.1. Sosyal Sigorta	8
1.1.2.2. Sosyal Yardım	8
1.1.2.3. Sosyal Hizmetler.....	9
1.2. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi	9
1.2.1. Dünyada ve Batı Avrupa’da Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi	10
1.2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Kurumları.....	11
1.2.2.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi	11
1.2.2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumları	12
1.2.2.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	12
1.2.2.2.2. Emekli Sandığı	13
1.2.2.2.3. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)	13
1.2.2.2.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart)	14
1.3. Sosyal Güvenlik Sisteminin Yöntemleri.....	15

1.3.1. Beveridge (Ulusal) Yöntemi	15
1.3.2. Bismarck (Sosyal Sigorta) Yöntemi	15
1.3.3. Karma Yöntem.....	16

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

UYGULAMALARI.....	17-38
2.1. Genel Sağlık Sigortası.....	17
2.1.1. Genel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı	18
2.1.2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları	19
2.1.3. Genel Sağlık Sigortası Primine İlişkin Hususlar.....	19
2.1.3.1. Prime Esas Kazançlar	19
2.1.3.2. Prim Oranları	20
2.1.3.3. Prim Ödeme Yükümlülüğü.....	21
2.1.4. Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları.....	21
2.2. Özel Sağlık Sigortası.....	23
2.2.1. Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı	24
2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Ürünleri ve Çeşitleri.....	26
2.2.3. Özel Sağlık Sigortası Teminat Yapısı.....	29
2.2.4. Türkiye ve Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları	30
2.2.4.1. Türkiye Özel Sağlık Sigortası Gelişimi ve Mevcut Durumu.....	30
2.2.4.2. Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları	33
2.2.5. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Alanında Yaşanan Sorunlar	36
2.3. Genel Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Karşılaştırılması	37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ

UYGULAMALARI.....	39-75
3.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Tanımı.....	39
3.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı.....	41
3.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği ve Önemi	43
3.3.1. Kamu Sağlık Harcamaları Üzerindeki Harcama Baskıları	43
3.3.2. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları.....	44
3.3.3. Kayıt Dışı Sağlık Harcamaları	44
3.3.4. Kamu Sağlık Hizmet Sunucularından Farklı Hizmet Arayışı	44
3.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları.....	45
3.4.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Avantajları	45
3.4.2. Tamamlayıcı Sağlık Sektörünün Dezavantajları.....	46

3.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Türkiye Uygulaması ve Gelişimi.....	47
3.6. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamaları.....	51
3.6.1. İngiltere.....	52
3.6.1.1. İngiltere’de Sağlık Sistemi ve Sigortacılık.....	52
3.6.1.2. İngiltere’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	53
3.6.2. Almanya.....	55
3.6.2.1. Almanya’da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık.....	55
3.6.2.2. Almanya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	56
3.6.3. Fransa.....	58
3.6.3.1. Fransa’da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık.....	58
3.6.3.2. Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	59
3.6.4. Hollanda.....	60
3.6.4.1. Hollanda’da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık.....	60
3.6.4.2. Hollanda’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	62
3.6.5. Belçika.....	63
3.6.5.1. Belçika’da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık.....	63
3.6.5.2. Belçika’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	65
3.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alanında Yapılan Literatür Çalışmaları.....	67
3.7.1. Yabancı Literatürde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alanında Yapılmış Çalışmalar....	67
3.7.2. Yerli Literatürde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alanında Yapılmış Çalışmalar.....	72

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDA ÖĞRETİM ELEMANLARININ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ: ANKET ÇALIŞMASI.....	76-116
4.1. Araştırmanın Konusu.....	76
4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	76
4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtları.....	77
4.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	77
4.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı.....	78
4.6. Verilerin Analizi ve Bulgular.....	79
4.6.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler.....	80
4.6.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdiği Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları.....	84
4.6.3. Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeğine Verdikleri Cevaplara İlişkin İstatistik Sonuçları.....	90
4.6.4. Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeğine İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	91
4.6.5. Anket Soruları İçerisinde Oluşturulan Çapraz Tablo İstatistikleri.....	92

4.6.6. Araştırma Ölçeği İçin Yapılan Güvenirlilik Analizi	97
4.6.7. Araştırma Verileri İçin Normallik Analizi	98
4.6.8. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Düzeyi ile Öğretim Elemanlarının Algılamalarına İlişkin Farklılık Testi Analizleri	99
4.6.8.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Düzeyi ile Öğretim Elemanlarının Algılamalarına İlişkin T Testi Analizleri	99
4.6.8.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Düzeyi ile Öğretim Elemanlarının Algılamalarına İlişkin ANOVA Testi Analizleri	105
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	117
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	125
EKLER.....	135
ÖZGEÇMİŞ.....	140

ÖZET

Tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortasının bir ürünüdür. Genel sağlık sigortası teminat paketleri içerisinde dahil olmayan ya da teminat paketine dahil olup ancak kısmen karşılanan durumlarda bireyin cepten ödeme yapması gereken veya daha üst standartlarda hizmet almak istediği durumlarda ortaya çıkan bir sigorta türüdür. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası ilk defa 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda yer almıştır. Bu sigortanın tanımı, kapsamı ve uygulaması 28.06.2012 tarihli genelgede SGK tarafından ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmanın amacı, Karadeniz Teknik Üniversitesi’ndeki öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeylerinin tespit edilmesi, tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile ilgili bakış açılarının irdelenmesi ve bu sigortanın sürdürülebilirliğine yönelik fikirlerinin ele alınmasıdır. Bununla birlikte, öğretim elemanlarının görüşlerinin demografik kriterlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenip, seçilen hipotezlerle aralarındaki ilişkinin varlığı araştırılmıştır.

Araştırmada veri toplama tekniği olarak anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan anket çalışması kapsamında Karadeniz Teknik Üniversitesi’nde bulunan toplam 420 öğretim elemanına anket soruları yöneltilmiştir. Araştırmaya katılanlar içerisinde; Profesör, Doçent, Doktor Öğretim Üyesi, Araştırma Görevlisi ve Öğretim Görevlisi unvanlarına sahip öğretim elemanları bulunmaktadır. Elde edilen verilerin incelenmesi için T ve ANOVA analizlerden faydalanılmıştır. Araştırma sonucunda; tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında; cinsiyet, medeni durum, görev yapılan fakülte, aylık gelir durumu, sağlık kuruluşu tercihi, özel hastaneye gitme sıklığı, yapılan sağlık harcamaları, özel sağlık sigortasına sahip olma, tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri ve tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma bakımından farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte öğretim elemanlarının %47,10’unun bu sigortadan haberdar olduğu ve sadece %29,30’unun bu sigortaya sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Genel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Sigortacılık, Sağlık Finansmanı

ABSTRACT

Complementary health insurance is a product of private health insurance. General health insurance is a type of insurance that is not included guarantee packages or is included in collateral package but in cases where partially met, the individual must pay out of pocket or wants to receive services to higher standards. Complementary health insurance in Turkey has been included in Social Insurance and General Health Insurance Law No.5510 for the first time. The definition, scope and application of this insurance were revealed by the Social Security Institution (SSI) in the circular dated 28.06.2012.

The aim of this study is to identify the level of knowledge about complementary health insurance of lecturers at Karadeniz Technical University, examine their perspectives on complementary health insurance application and address ideas for the sustainability of this insurance. In addition, it was investigated whether the opinions of the lecturers differ according to the demographic criteria and the existence of the relationship between them with the selected hypotheses was investigated.

In the study, the survey method was used as a data collection technique. Within the scope of the survey study, survey questions were directed to 420 lecturers at Karadeniz Technical University. Among the participants in the study; there are lecturers with the titles of Professor, Associate Professor, Assistant Professor, Research Assistant and Instructor. T and ANOVA analyses were used to examine the obtained data. As a result of the research; among the lecturers in terms of the sustainability of complementary health insurance, it was found that there were differences in gender, marital status, faculty at university, monthly income status, preference of the health institution, frequency of going to private hospital, health expenditures, having private health insurance, being aware of complementary health insurance, information levels about complementary health insurance and having complementary health insurance. In addition, it was concluded that 47.10% of lecturers were aware of this insurance and only 29.30% had this insurance.

Keywords: General Health Insurance, Complementary Health Insurance, Insurance Business, Health Financing.

TABLolar LİSTESİ

Tablo Nr.	Tablo Adı	Sayfa Nr.
1	Statüye Göre Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları	20
2	Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları.....	23
3	Satış Kanalı Bazında 2019 Yılı Prim Üretimi	32
4	Hastalık/Sağlık Sigorta Şirketlerinin 2019 Yılı Pazar Payları ve Prim Değişimleri.....	32
5	2009-2018 Yılları Arası Türkiye'nin GSYİH'sı ve Özel Sağlık Sigortası Verileri.....	33
6	Genel Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Karşılaştırılması.....	38
7	Güneşim Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi Teminat Listesi	42
8	Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Branş Bazlı Prim Üretimleri-2019.....	49
9	Satış Kanalı Bazında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Prim Dağılımı-2019	50
10	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Toplam Sigortalı Kişi Sayısı-2019	50
11	Avrupa Birliği Ülkelerinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tarafından Sağlanan Yardımlar.....	51
12	Birleşik Krallık'ta Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı	55
13	Almanya'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı	58
14	Fransa'da Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı	59
15	Fransa'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı	60
16	Hollanda'da Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı	62
17	Hollanda'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı	63
18	Belçika'da Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı.....	64
19	Belçika'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı	66
20	Ankete Katılan Öğretim Elemanlarının Demografik Bilgileri.....	81
21	Katılımcıların Hastalanınca İlk Başvurdukları Kurum	84
22	Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisinde Hastaneye Gitme Sıklıkları	84
23	Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisinde Özel Hastaneye Gitme Sıklıkları	84
24	Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisinde Yaptıkları Sağlık Harcaması.....	85
25	Katılımcıların Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumu	85
26	Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri	86
27	Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Yaptırmama Nedenleri	86
28	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamasından Haberdar Olma Durumları.....	86

29	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Kanalları	87
30	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyleri	88
31	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumu.....	88
32	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Yıllık Bütçelerinden Ayırdıkları Tutar.....	89
33	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Düşünceleri	89
34	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırmama Nedenleri.....	89
35	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırmaları Durumunda Yıllık Bütçelerinden Ayıracakları Tutar	90
36	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeğine Yönelik Verdikleri Cevaplara İlişkin Bilgiler	91
37	Katılımcıların Ölçeğe İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	92
38	Cinsiyet-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu	93
39	Yaş Aralığı-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu.....	93
40	Medeni Durum-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu.....	94
41	Çocuk Sayısı-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu	94
42	Akademik Unvan-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu	95
43	Fakülte/Enstitü-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu	95
44	Aylık Gelir Durumu-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu.....	96
45	Özel Hastaneye Gitme Durumu-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu	96
46	Özel Sağlık Sigortası-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu	97
47	Araştırma Ölçeği Güvenirlilik Katsayısı.....	98
48	Araştırma Ölçeğinin Eğrilik ve Basıklık Değer Tablosu.....	98
49	Cinsiyet Değişkeni İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları.....	100
50	Cinsiyet Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	100
51	Medeni Durum Değişkeni İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları.....	101
52	Medeni Durum Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo.....	101
53	Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları.....	101
54	Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo ...	102
55	Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumu İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları	102
56	Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumu İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	103
57	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları	103
58	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo.....	103

59	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları.....	104
60	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo.....	104
61	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Ayrılan Bütçe Tutarına İlişkin T Testi Analiz Sonuçları.....	105
62	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Ayrılan Bütçe Tutarına İlişkin Hipotez Test Sonucu	105
63	Yaş Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları.....	106
64	Yaş Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	106
65	Çocuk Sayısı Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları.....	107
66	Çocuk Sayısı Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	107
67	Akademik Unvan Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları.....	108
68	Akademik Unvan Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	108
69	Görev Yapılan Fakülte/Enstitü Değişkeni İçin Uygulanan ANOVA Testi Analiz Sonuçları.....	108
70	Görev Yapılan Fakülte/Enstitü Bazında Uygulanan Games-Howell Post Hoc Analiz Sonuçları	109
71	Görev Yapılan Fakülte/Enstitü Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	110
72	Aylık Gelir Durumu Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları	110
73	Aylık Gelir Durumu Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları.....	111
74	Aylık Gelir Durumu Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo.....	111
75	Sağlık Kuruluşu Tercih Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları	112
76	Sağlık Kuruluşu Tercih Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları.....	112
77	Sağlık Kuruluşu Tercih İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	113
78	Özel Hastaneye Gitme Sıklığı Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları.....	113
79	Özel Hastaneye Gitme Sıklığı Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları.....	114
80	Özel Hastaneye Gitme Sıklığı Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	114
81	Sağlık Harcaması Tutarı İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları	115
82	Sağlık Harcaması Tutarı Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları	115
83	Sağlık Harcaması Tutarı İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo	116
84	Sürdürülebilirlik Ölçeğiyle İlgili Tüm Hipotez Sonuçları	116

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil Nr.	Şekil Adı	Sayfa Nr.
1	İngiltere’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri.....	54
2	Almanya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri.....	57
3	Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri	60
4	Hollanda’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri.....	63
5	Belçika’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri	66

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik Nr.	Grafik Adı	Sayfa Nr.
1	2018 Yılı Hayat Dışı Branşlarda Direkt Primlerin Branş Bazında Dağılımı	31
2	2008-2017 Yılları Avrupa Birliği Toplam Primler	34
3	2009-2018 Yılları Avrupa'da Özel Sağlık Sigortası Primleri.....	35
4	2018 Yılı Avrupa'da Kişi Başına Düşen Özel Sağlık Sigortası Primi.....	35
5	Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Satış Kanalı Oransal Dağılımı	50
6	Birleşik Krallık Sağlık Sistemi Finansman Kaynakları	53
7	Almanya Sağlık Sistemi Finansman Kaynakları	56
8	Belçika Sağlık Sistemi Finansman Kaynakları.....	65
9	Katılımcıların Akademik Unvanlara Göre Dağılımı.....	83
10	Katılımcıların Aylık Gelir Durumlarına İlişkin Dağılımı	83
11	Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisindeki Sağlık Harcamaları	85
12	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumları	87
13	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Kanalları	87
14	Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumları	88

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
GSSİY	: Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
Haz.	: Hazırlayan
ILO	: International Labour Organization – Uluslararası Çalışma Örgütü
MEGEP	: Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
NHS	: National Health Service – İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	: The Organisation For Economic Co-Operation and Development – Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilâtı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSGSSK	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TİSK	: Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu
TUSİAD	: Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği

GİRİŞ

Sanayi devrimiyle beraber sosyal risklerle yüzleşen insanlar yeni sosyal korunma yöntemlerini aramaya başlamışlardır. Başlarda sosyal anlamda risk oluşturan yoksulluk, hastalık ve yaşlılıklar karşısında aile içi, bölgesel veya din temelli olarak yapılan kısıtlı destekler sanayi devrimi sonrasında oldukça yetersiz kalmıştır. Sanayi devrimiyle çeşitlenmeye ve değişmeye başlayan sosyal tehditler karşısında daha yararlı ve üstün sosyal güvenlik önlemleri arayışı başlanmış ve bu arayışın önemi giderek artmıştır. Artan bu riskler karşısında daha kapsamlı devlet yardımlarının alınması mecbur hale gelmiştir. Bu durum modern bakımdan sosyal güvenlik sistemlerinin oluşmasına yardımcı olmuştur. Sosyal güvenliğin bir kavram olarak ortaya çıkmasıyla birlikte sosyal güvenlik evrensel bir nitelik kazanmış ve ekonomi politikaları ile sosyal güvenlik arasında etki ve bağların kurulması içeren bir yaklaşım oluşmuştur.

Bağımsız ve uygar bir ülke olmanın en asli koşullarından birisi, sosyal güvenliğin sağlanması için bir kurumsal yapının oluşturulmasıdır. Sosyal güvenlik sistemlerinin ilk oluşumları ve kurulan ilk sistemler Batı ülkelerinde görülmüştür. Dünyada sosyal güvenlik 18.yüzyılda sanayileşmenin ortaya çıkışıyla birlikte gelişmeye başlamıştır. Bu dönemde işçilerin yoksulluk ücretleri ile zor şartlar altında çalışmak zorunda kalmaları devletlerin koruyucu ve düzenleyici önlemler almalarını gerektirmiştir. Türk tarihine bakıldığında ise sosyal güvenlik, İslamiyet'in doğuşu temel alınarak bu tarihten öncesi ve sonrası olarak ele alınmıştır. Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin gelişmesi sanayileşmiş ülkelerin gelişme seyrine benzerlik göstermiştir.

Sosyal güvenlik hizmetlerinin sunulabilmesi için çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Bu araçlar içerisinde en önemli olanları; sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerdir. Türkiye'de sosyal sigorta kurumlarının uzun zamandır tek çatı altında toplanması arzulanıyordu. 20 Mayıs 2006 tarihinde 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahibi kişiler Genel Sağlık Sigortası çatısı altında toplanmıştır. Buna ilaveten 1 Ekim 2008 tarihinde emeklilik rejimi ve genel sağlık sigortası birleştirilerek 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Son olarak 2012 yılından itibaren zorunlu genel sağlık sigortası sistemine geçilmiştir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu genel sağlık sigortasını, bireylerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları durumunda oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta biçiminde tanımlamıştır. Genel sağlık sigortası, kişilerin iktisadi gücüne ve iradesine bakılmaksızın, ortaya çıkabilecek hastalık tehditlerine karşı

toplumun bütün fert ve kişilerinin sağlık olanaklarından eşit, ulaşabilir ve aktif bir şekilde faydalanmasını amaçlayan bir sağlık sigortası sistemidir.

Devletin imkân sağladığı sağlık hizmetlerinin dışında, kişilerin kendi istek ve arzusuyla zorunda olmaksızın, sigorta şirketleri aracılığıyla sağlıkla ilgili bütün risklerin değerlendirilerek sunulduğu sigortaya ise özel sağlık sigortası denir. Özel sağlık sigortası, kişinin Sosyal Güvenlik Kurumu'na kayıt olup olmadığına bakılmaksızın yaşayacağı riskler sonucu ortaya çıkabilecek hastalık, kaza ve buna benzer durumlarda ihtiyaç duyulan tanı ve tedavi masraflarının karşılanmakta olduğu bir sigorta türüdür. Özel sağlık sigortalarının üç farklı çeşidi vardır. Bunlar; ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı sağlık sigortalarıdır. Bu üç özel sağlık sigortası çeşidi arasında en yaygın olan tamamlayıcı sağlık sigortalarıdır.

Türkiye'de genel sağlık sigortası kapsamında faydalanılan sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde memnuniyet oluşturamaması sağlık alanında bir değişikliğin yapılmasına neden olmuştur. Ortaya çıkan bu değişiklikler nedeniyle devletin beklentilerinin mevcut finansal kaynaklarla karşılanmaması sonucu bu sistem süreklilik noktasında birtakım sıkıntılar doğurmuştur. Bu sebeple sağlık alanında yapılmak istenilen farklılık ve değişiklikler sonucu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli ortaya çıkmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası özel sağlık sigortasının bir ürünüdür. Genel sağlık sigortası teminat paketleri içerisine dahil olmayan veya teminat paketine dahil olup ancak kısmen karşılanan durumlarda kişinin cepten ödeme yapması gereken ya da daha üst standartlarda hizmet almak istediği durumlarda tamamlayıcı sağlık sigortası ortaya çıkmaktadır. Kısacası tamamlayıcı sağlık sigortası, kurum tarafından kapsama alınmayan veya kapsama alındığı halde ek ücret ödemesi gereken sağlık hizmetlerinin bu sigorta aracılığıyla kapsam altına alınmasını ifade etmektedir. Bu sigortaya ilk kez 5510 sayılı Kanun'un 98.maddesinde değinilmiştir. 23.03.2013 tarihinde çıkartılan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 18.maddesinde; tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası, SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlere ilave masraflar, SGK tarafından karşılanmayan ülkemizdeki giderlerin ise özel sağlık sigortası şirketleri aracılığıyla karşılanacağı belirtilmiştir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası modeliyle devletin sağlık hizmet ve sunumunda karşılaşılabilecek risklerin paylaşılması hedeflenmiştir. Bu sigorta modeli sayesinde hem hizmet sunucularında hem de kişilerin hizmet standartlarında en üst düzeyde maliyet kontrolü sağlanmıştır. Tamamlayıcı sigortanın mevcut sistemden en önemli farkı; mevcut sistemde bireylerin kamu sağlık kurumlarından hizmet almak istemediği durumlarda kamu sigortasının acil durumlar dışında hiçbir ödeme yükümlülüğünün bulunmamasıdır.

Hastanelerde uzun kuyrukların olması ve bu sebepten ötürü hizmet sunucularının vatandaşlara gereken zamanı ayıramaması, hastalara hastalıklarıyla ilgili teşhis ve tedavileri için oldukça uzak tarihlere randevu verilmesi, birçok kamu hastanesinin fiziki şartlarının ve otelcilik

hizmetlerinin yeterli olmaması gibi nedenler kişilerin kamu sağlık hizmet sunucularının vermiş olduğu hizmetlerin dışında daha farklı hizmet talebi içerisinde bulunmalarına neden olmaktadır. Bu sebepten ötürü tamamlayıcı sağlık sigortası ile sağlık hizmeti alan bireylerin istedikleri hekim ve hastaneyi seçmeleri hususunda sınırları genişletilerek ortaya çıkabilecek yoğun talepler kontrol altına alınmakta ve bunun sonucunda hekim ve hastaneler üzerinde yoğunluk azalmaktadır. Ayrıca artan rekabet sayesinde hizmet kalitesi de yükselmektedir.

Bu çalışmada Karadeniz Teknik Üniversitesi'ndeki öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki farkındalıkları tespit edilmiş, tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile ilgili bakış açıları irdelenmiş ve bu sigortanın sürdürülebilirliğine yönelik fikirleri ele alınmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarının tanınırlık düzeylerinin oldukça düşük olması, bireylerin sigortacılığa karşı sahip olduğu olumsuz bakış açısı ve genel sağlık sigortasında yaşanan eksiklikler ele alındığında bu çalışma bilinen bu yargıların öğretim elemanları açısından da benzerlik taşıyıp taşımadığını ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçlarının sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü üzerinde çalışmalarını geliştirmesi ve ürün çeşitlendirmesi yapması konusunda yol gösterici olacağı ve ayrıca ulusal ve uluslararası literatüre yeni veriler sunması, bu alanda yeni çalışmalar yapılmasını teşvik etmesi bakımından önemli katkılar sunması beklenmektedir.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyal güvenlik kavramı dar ve geniş anlamda tanıtılmış, sosyal güvenlik sisteminin araçları olan sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetler anlatılmıştır. Ayrıca sosyal güvenliğin tarihsel gelişimi ele alınmış ve Dünyada ve Türkiye'deki gelişimleri detaylıca açıklanmıştır. Özellikle Türkiye'deki gelişimi anlatılırken sosyal güvenlik kurumlarından da bahsedilmiştir. Bu bölümün en sonunda ise sosyal güvenlik sisteminin yöntemleri ortaya koyulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortaları detaylıca anlatılmıştır. Bu bölümde genel sağlık sigortasının amacı, kapsamı, yararlanma şartları ve primlerine yönelik bilgiler sunulmuştur. Aynı zamanda özel sağlık sigortalarının ürünleri ve çeşitleri ile teminat yapılarına da yer verilmiştir. Özellikle özel sağlık sigortalarının Türkiye ve AB ülkelerindeki durumları ve gelişimleri üzerinde durulmuştur. Bu bölümün sonunda genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortaları arasındaki benzerlik ve farklılıklar da ortaya koyulmuştur.

Çalışmanın üçüncü bölümünde tamamlayıcı sağlık sigortası tanıtılıp, bu sigortanın kapsamı, teminatı, gerekliliği ve önemi üzerinde durulmuştur. Bununla birlikte tamamlayıcı sağlık sigortasının Türkiye'de ve Dünya'da uygulaması ve gelişimi çeşitli örnek ülkelerle kıyaslamalarla ele alınmıştır. Dünya örnekleri üzerinde toplam 5 ülke incelenmiştir ve bu ülkeler; İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda ve Belçika'dır. Ayrıca bu bölümde tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında daha önceden yapılmış yerli ve yabancı literatür çalışmalarına da yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise, araştırmanın konusu, amacı, önemi, kapsamı ve kısıtları verilip, araştırmanın evreni ve örnekleme açıklanmış ve araştırmanın yöntemi ve veri toplama aracı ortaya konulmuştur. Bununla birlikte tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında öğretmenlerin bilgi düzeyleri anket çalışması ile ölçülüp, araştırma ölçeği için güvenilirlik ve normallik analizleri uygulanmıştır. Verilerin güvenilir ve normal dağılması sonucuna ulaşıldıktan sonra, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği ile öğretmenlerin algılamalarına ilişkin farklılık analizleri yapılmıştır. Farklılık analizleri olarak sunulan T ve ANOVA analizleri yapıldıktan sonra elde edilen bilgiler sunulup sonuçları ortaya konulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNİN TEMEL ESASLARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1. Sosyal Güvenliğin Temel Kavramları

1.1.1. Sosyal Güvenlik Kavramı

Bireylerin sosyal hayatları, siyasi ve iktisadi olaylar çerçevesinde şekillenmektedir. Özellikle iktisadi bakımdan yaşanan değişimler konusunda insanlar oldukça hassastırlar. Sanayi devrimi öncesinde farklı biçimlerde sosyal güvenlikten bahsedilse de, sanayi devriminin yeni bir üretim tarzını, şehirleşmeyi ve işçi sınıfının ortaya çıkışını beraberinde getirmesi, bununla birlikte işçi sınıfının kentlerde yoğunlaşp, “kendi için üretim” modelinin dışında olması, toplumda sistemli koruyucu tedbirlerin alınmasının gereğini ortaya çıkarmıştır (Helvacı, 2014: 11). Çünkü sanayi devrimiyle tüm toplumun yaşam şekli değişmiştir.

Sanayi toplumuna geçildikten sonra, sosyal risklerle karşılaşan insanlar yeni sosyal korunma yöntemleri arayışına başlamışlardır. İlk zamanlar sosyal anlamda tehdit oluşturan yoksulluk, hastalık ve yaşlılıklar karşısında aile içi, bölgesel veya dine dayalı olarak yapılan kısıtlı destekler sanayi devriminden sonra etkisiz kalmıştır. Sanayi devriminin gelmesiyle çeşitlenmeye ve değişmeye başlayan sosyal tehditler karşısında daha faydalı ve kuvvetli sosyal güvenlik önlemleri aranmaya başlanmış ve bu arayışın önemi giderek artmıştır. Artan sosyal riskler karşısında daha kapsamlı devlet yardımlarının alınması zorunlu hale gelmişti. Bu durum modern açıdan sosyal güvenlik sistemlerinin temellerinin atılmasına yardımcı olmuştur. Bununla birlikte ilkel tekniklerden arınan sosyal güvenlik oluşumları kendine ait ve esas hukuksal biçimine kavuşmuştur. Örneğin, dini yardımlar, yardımlaşma sandıkları gibi ilkel yardımlaşma anlayışları sosyal sigortaların kurulmasıyla bir değişim yaşamış ve sosyal güvenlik bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak siyasi, ekonomik ve hukuksal manada modern bir varlığa kavuşarak sosyal yaşamdaki yerini sağlamlaştırmıştır. Böylece sosyal güvenlik, ihtiyaçların yanında zorunluluk ilkesine de kavuşmuştur (Güzel vd., 2008: 2-7).

Sosyal güvenliğin bir kavram olarak ortaya çıkışı ile beraber sosyal güvenlik evrensel bir boyut kazanmış ve ekonomi politikaları ile sosyal güvenlik arasında etki ve bağların kurulmasını içeren yeni bir yaklaşım ortaya çıkmıştır (Uşan, 2009: 28-29).

Sosyal güvenlik kavramı, bireylerin karşılaşılabilecekleri ve hayatları için tehlikeli olabilecek olay ve durumlara karşı bir güvence arayışından doğmuştur. Bu güvenceyi sağlaması gereken ilk ve en temel kurum devlettir (Yiğit, 2007: 7).

Modern bir medeniyetin simgesi olan ve gittikçe evrensel bir hale gelen sosyal güvenlik kavramı, tehlikeyle karşılaşan bireye asgari düzeyde bir güvence sağlamasıyla varoluş nedenini ortaya koymaktadır. Modern dönemlerde yaşanan ekonomik buhranlar ve küreselleşmenin sonuçları, sosyal güvenliğin önemini ve yerini gittikçe arttırmıştır (Güzel vd., 2008: 2).

Sosyal güvenlik, şu anını ve geleceğini teminat altına almayı hedefleyen bir ülke halkının birbiri arasında sınımsız ve uyum içinde almış olduğu tedbir ve kurumlar bütünüdür (Talas, 1997: 32).

Sosyal güvenlik, temelde bireylerin arzu ve iradeleri dışında ortaya çıkan ve onların kazançlarında, mal varlıklarında ve çalışma güçlerinde eksiklik ve kayıplara neden olarak bireylerin kendilerinin ve bakmakla sorumlu oldukları bireylerin hayatlarının bundan sonraki akışlarını zorlaştıran ve olanaksız hale getiren tehlikelerin yarattığı zararları telafi ve karşılamaya yönelik tedbirlerden oluşmaktadır. Bununla birlikte sosyal güvenlik, toplumdaki bireylere iş olanağı sağlamak, herhangi bir işte çalışmayan bireye bakmak, sağlık ve bakım hizmetlerinin belirli bir seviyesini ücretsiz olarak sunmaktadır (TUSAİD, 1997: 97).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün yapmış olduğu tanıma göre sosyal güvenlik kavramı, “yaşlılık, hastalık, iş kazaları, hamilelik ve ölüm gibi ciddi riskler olarak adlandırılan olay ve durumlar karşısında bireye ve bireyin kendi sorumluluğunda bakmakla sorumlu olduğu bireylere sağlık hizmeti ve gelir açısından garanti sağlamayı hedefleyen bir güvence sistemidir” (Erdal, 2012: 95).

Sosyal güvenlik hakkında yapılan tanım ve açıklamalar daha da çoğaltılabilir. Fakat yapılan tüm tanımlarda ortak nokta, ifade edilen sayıdaki sosyal tehditlerin neden olabilecekleri gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı bir ülkede yaşamakta olan insanların iktisadi açıdan emniyetlerinin sağlanmasıdır. (Güzel vd., 2008: 5-6)

1.1.1.1. Dar Anlamda Sosyal Güvenlik Kavramı

Dar anlamda sosyal güvenlik kavramı dizgisel bir yapı içerisinde belirlendiğinde, sosyal güvenlik politikalarını ve sistemlerini kapsamına alan bir organizasyon biçimini ifade etmektedir. Burada politika, amaç ve hedefler saptanırken, sistem hem amaçları hem de bu amaçların hayata geçirilmesinde önemli rol oynayacak hukuki zemini belirlemektedir. Kısacası bu açıdan

bakıldığında sosyal güvenlik, sosyal riskler nedeniyle ortaya çıkan zararlı bireyler üzerindeki etkisini sistematik yapıyla gidermektedir (Güzel vd., 2008: 8).

Dar anlamda sosyal güvenlik, bireyler karşılaşacağı risklere karşı korunması, bireye bu konuda bir güvenliğin sağlanmasını ifade etmektedir. Riskler ile yüzleşen birey, risklerin niteliklerine göre gelir azalması ve giderlerde beklenmeyen artışlar ile karşılaşmak zorunda kalmaktadır (Arıcı, 1999: 3).

Bu anlamda sosyal güvenlik; hastalık, kazalar, sakatlık, yaşlılık, ölüm ve işsizlikten ortaya çıkan her türlü gelir kayıpları ile gider artışlarını karşılama amacındadır (Dilik, 1991: 5). Bir başka tanıma göre, “çalışma gücünü, fiziksel ve psikolojik sağlığını sürdürürebilmek için gelir kaynaklarını sürekli ve geçici şekilde kaybedenlere bir bütün olarak destek olmak amacıyla, onları ihtiyaçlarının tutsaklığından kurtarmaktır (Talas, 1997: 328). Sosyal güvenlik sosyal devletin bir gereği olarak, toplumda yoksul ve muhtaç bireylere destek olarak onların asgari yaşam düzeyini sağlamak ve çeşitli sosyal risklere karşı ekonomik güvence altına almayı amaçlamıştır (Kapani, 1987: 133).

1.1.1.2. Geniş Anlamda Sosyal Güvenlik Kavramı

Geniş anlamda sosyal güvenlik kavramı ise, sosyo-ekonomik politikaların bir bölümünü oluşturmaktadır. Buna göre sosyal güvenlik, belirli bir derecede geçimi garantileme hedefini oluşturan tüm tedbirleri ve bunları uygulayan kurumları içermektedir. Tanımda geliri garanti altına alan veya tanımlayan tedbir ve önlemlerin hepsi sosyal güvenlik düzenlemeleri olarak kabul edilmektedir (Demirbilek, 2005: 20). Bununla birlikte geniş manada sosyal güvenlik anlayışı, geleneksel sosyal sigorta uygulamaları ve diğer sosyal önlemlere ilave olarak eğitim bursu, konut yardımı gibi önlemler de sosyal güvenlik kapsamı altındadır.

Tanımdan da anlaşılacağı üzere geniş anlamdaki sosyal güvenlik, dar anlamda sosyal güvenliği kapsayan risklerin dışında, istihdam, verimlilik artışı, sağlık, mesleki gelişim, konut riskleri gibi ilave riskler de kapsam dahilinde tutulmuştur (Dilik, 1991: 6-8).

Kısacası, geniş anlamda sosyal güvenliğin oluşabilmesi için, sosyal güvenliğin gelirin yeniden dağılımını sağlama, sigorta ve tasarruf fonksiyonlarını göz önünde bulundurarak, hem yaygın olarak bilinen sosyal riskler ortaya çıkmadan bu riskleri önlemeye yönelik faaliyetler yapacak, ortaya çıktığında ise zararlarını giderecek, hem de bireylerin toplumsal hayatın içerisinde karşılaşabilecekleri her türlü tehlikeye karşı, yaşanan zararların ortadan kaldırılması anlamında korunmalarını garanti edecek kurum ve kuruluşların sistemli bir şekilde oluşturulmalıdır (Bakhshaliyeva, 2019: 15).

1.1.2. Sosyal Güvenliğin Araçları

Sosyal güvenlik sistemleri toplumda fakirlik ve gelir eşitsizliğini önlemede ve toplumun huzurunun sağlanmasında oldukça önemlidir. Dünyada çoğu ülkede sosyal güvenlik sistemleri mevcuttur. Bağımsız, çağdaş ve modern bir ülke olmanın en temel koşullarından birisi, sosyal güvenliğin sağlanması için oluşturulacak olan kurumsal bir yapıdır (Başbakanlık, 2005: 30). Bugün dünyada sosyal güvenlik hizmetleri sunabilmek adına çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Bunların en önemlileri; sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerdir.

1.1.2.1. Sosyal Sigorta

Sosyal sigortalar, 1880 yılında Almanya'da Bismarck tarafından kurulan bir modeldir. Modern sosyal güvenlik sistemlerinin ilki sayılmaktadırlar (Rosanvallon, 2004: 125-126). Çalışan kesimlerin sosyal güvenlik ihtiyaçlarını karşılayarak, işgücünü korumak ve geleceklerini garanti altına alarak korunmalarını sağlama amacıyla kurulmuş zorunlu sigortalardır (Ayhan, 2012: 46-47). Bu modelde, bireylerin sigorta kapsamına girebilmeleri için belirli bir mesleki alanda faaliyette bulunmaları zorunludur. Bu modelin finansman ihtiyacı ise, işçi ve işverenlerin ödemiş oldukları primler ve bununla birlikte devletin katkısı ile gerçekleşmektedir. Sosyal sigortalarda esas amaç, belirli risklerle yüzleşen bireyleri bir sigortalı topluluğu içerisinde bir araya getirtip, bu bireylerin karşılaşacakları zararları tüm sigortalılar arasında paylaştırarak, zararlara karşı önceden bir güvence sağlamaktır (Dilik, 1988: 79)

Sosyal sigortalar sosyal yardımlardan farklı olarak, sigortalıların belirli miktarda prim ödemesi yaparak gerçekleştirdikleri sosyal güvenlik yöntemidir. Bunun sonucu olarak da, sigortalılar sosyal sigorta kapsamında aldıkları hizmetleri, ödedikleri primlerin karşılığı olarak görmekte ve düzenli şekilde bu hizmetleri talep edebilme haklarına sahip olabilmektedirler (Bakhshaliyeva, 2019: 23).

1.1.2.2. Sosyal Yardım

Sosyal güvenliğin temel araçlarından biri olan sosyal yardımlar, sosyal sigortalar gibi örgütlü ve kapsamlı bir yapıya sahip olmamakla birlikte daha insancıl bir yapıya sahiptir. Çünkü, primsiz sosyal güvenlik rejimi olarak da bilinen sosyal yardımlarda karşılık ilkesi yoktur ve sosyal yardımların finansmanı devletin vergi gelirleriyle sağlanmaktadır. Genelde yerel yönetimler yoluyla faaliyet gösteren sosyal yardımlar ilk kez 1891 yılında Danimarka'da uygulanmaya başlanmıştır ve daha sonra başta İskandinav ülkeleri olmak üzere Avrupa'ya ve en sonunda da dünya ülkelerine yayılmıştır (Kılınç, 2005: 22).

Sosyal sigorta sistemi temel odak noktası olarak çalışanları ele alırken, sosyal yardımlar özellikle belirtilen kesimler dışında kalmış muhtaç ve yoksul bireyleri kapsama eğilimindedir. Bundan dolayı, sosyal yardımlar, sosyal güvenliğin açıklarını kapatan ve sosyal sigortayı tamamlayıcı bir özellik taşımaktadır. Sosyal yardımda temel amaç, yardım gören bireylerin olabildiğince kısa bir sürede yeniden çalışabilir ve gelir elde edebilir vaziyette olup, bunun da devamında kendini geçindirebilir bir seviyeye çıkabilmelerini sağlamaktır (Aydın, 1999: 27).

Sosyal yardımlar, devlet ve gönüllü kuruluşlar tarafından muhtaç ve yoksul olan bireylere para ya da mal şeklinde yapılabilmektedir. Yaşlı ve engellilere aylık bağlatılması, muhtaç olanlara kira, yakacak, giyim yardımı gibi yapılan yardımlar en fazla yapılmış olan sosyal yardım türleridir.

1.1.2.3. Sosyal Hizmetler

İnsanlar doğuştan veya sonradan kontrolleri dışında kendi bünye veya çevre şartlarından doğan, maddi ve manevi açıdan kendilerini etkileyen zorluklarla karşılaşır. Sosyal hizmetler, bu zorlukların giderilmesinde ve bireylerin ihtiyaçlarının karşılanmasında, başkalarına bağımlı olmalarının önüne geçilmesinde oldukça etkilidir. Aile ilişkilerinin güçlenmesinde, bireylerin, grupların hatta toplumların sosyal işlevlerini yerine getirmelerinde sosyal hizmetler son derece yardımcıdır. Sosyal hizmetler genel olarak, bireylerin hayat düzeylerinin iyileştirilmesi ve belirli seviyede kalmasını sağlamak için alınacak “koruyucu-önleyici, iyileştirici-tedavi edici nitelikteki sistemli ve düzenli faaliyetlerin bütünü” olarak tanımlanabilir (Başbakanlık, 2005: 29). Sosyal hizmetlerin amacı, bireylerin yaşadıkları sosyoekonomik sorunların çözümünü sağlamak ve onlara yaşanılabilir bir sosyal çevre sunmaktır. Bu hizmetlere örnek olarak; ihtiyaç sahibi yaşlıların ve çocukların korunması, sakat ve hastaların bakımı, gelir sıkıntısı yaşayan ailelere konut yardımı gibi hizmetler söylenebilir (Tuncay, 2017: 16).

1.2. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi

Sosyal güvenlik, son derece geniş kapsamlı bir tarihi sürecin ürünüdür. Bu ürünün iktisadi zeminlerini ve hukuki boyutlarını anlayabilmek için, sistemlerin tarihsel ölçütler içinde ele alınması gerekmektedir. Bununla birlikte, sosyal güvenliğin çağdaş ve modern eğilim ve sorunlarına yol göstermede, tarihsel oluşumun azımsanmayacak bir katkısı vardır (Güzel vd., 2008: 15).

Sosyal güvenlik sistemlerinin oluşumunu hazırlayan durumlar ve ilk sistemler Batı ülkelerinde gözükmemektedir. Bu sebeple, ilk olarak bu ülkelerdeki tarihsel süreç üzerinde durulacaktır. Daha sonrasında ise, Türk sosyal güvenlik sisteminin gelişimi ve Türk sosyal güvenlik kurumları detaylı olarak açıklanacaktır.

1.2.1. Dünyada ve Batı Avrupa’da Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi

Dünyada sosyal güvenlik özellikle 18.yüzyıl ile sanayileşmenin de ortaya çıkmasıyla gelişmeye başlamıştır. Çünkü, söz konusu dönemde işçilerin yoksulluk ücretleri ile son derece zor şartlarda çalışmak zorunda bırakılmaları, devletlerin sosyal güvenlik hukuku alanında bazı koruyucu ve düzenleyici önlemler almalarını zorunlu kılmıştır (Akad, 1992: 6).

Avrupa’nın batı kesimlerinde genelde sosyal güvenlik sistemleri iki dönem içinde ele alınmaktadır: Klasik dönem olarak bilinen ve Almanya’da Bismarck’ın öncü olarak adlandırıldığı dönem ile 1918 yılından sonraki dönem olan Birinci Dünya Savaşı sonrası dönemidir. Bununla birlikte, yaşanan iki dünya savaşı arası ve bu savaşların sonrasında yaşanan dönemde sosyal güvenlik alanında yapılan çalışmalar oldukça fazladır. Modern sosyal güvenlik sistemlerinin temelleri tam bu dönemde atılmıştır. (Güzel vd., 2008: 15).

Tarihsel olarak bakıldığında, sosyal güvenliğin gelişimi açısından ilk sırada adı söylenebilecek ve en büyük pay sahibi Alman Başbakan Bismarck tarafından oluşturulmuştur. Bismarck, sosyal sigorta modelinde öncü olarak kabul edilmektedir (Korkusuz ve Uğur, 2010: 54).

Sosyal güvenlik anlamında ilk oluşturulan sigorta kolu, 1883 yılında Almanya’da ortaya çıkan hastalık sigortası olmuştur. Devam eden süreçte, 1884’te iş kazası sigortası kolu, 1889’da yaşlılık ve malullük sigortası kolları ortaya çıkmıştır. Almanya ile yaygınlaşmaya başlayan bu sosyal sigorta hareketine katılan ilk ülke Avusturya olmuştur. Sosyal sigorta yöntemi olarak bilinen Bismarck yöntemi, 1929 Büyük Bunalım yıllarında Kanada, ABD ve Güney Amerika’da hayata geçirilmişken, İkinci Dünya Savaşı’nın sonrasında bütün dünyada yaygınlaşmıştır (Dupeyroux vd., 2001: 40-62).

Sosyal güvenlik kavramı olarak ilk kez 1935’te Amerika Birleşik Devletleri’nde “Sosyal Güvenlik Kanunu” başlıklı adıyla dünya literatüründe gözükmüştür. Devam eden yıllarda, 1941’de Lord Beveridge başkanlığında sosyal tehditleri güvence altına almaya çalışan Başkanlıklararası Komisyon’u tarafından oluşturulan “Beveridge Planı” ile gerçek anlamına kavuşmuştur. Sosyal güvenlik sistemi aynı zamanda 12 Ağustos 1941 yılında imzalanan “Atlantik Beyannamesi’nde de bahsedilmiş ve devamında sosyal güvenliğin yürütme alanlarıyla alakalı olarak İkinci Dünya Savaşı’nın sebep olduğu iktisadi ve sosyal sorunlara çözüm sunabilmek adına ILO’nun (Uluslararası Çalışma Örgütü) 1944 yılında Philadelphia’da yaptığı 26. Dönem Bileşimi’nde bazı temel öneriler ve teklifler getirmiştir. Sosyal güvenlik kavramı, evrensel politika mevzuat ve uygulamasındaki gelişmeleri tesir eden 10 Aralık 1948 Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde en geniş anlamıyla yer almış ve evrensel boyutlara ulaşmıştır (Ayhan, 2012: 42-48).

1.2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Kurumları

1.2.2.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi

Türk tarihine bakıldığında sosyal güvenlik, İslamiyet temel çıkış noktası baz alınarak bu tarihten öncesi ve bu tarihten sonrası olacak şekilde ele alınmaktadır. İslamiyet öncesi dönemde, göçebe yaşam tarzının gerektirdiği etkiyle boy bağlarının güçlü olması, boy ve aile içi yardımlaşmaları ön plana çıkarmıştır (SGK, 2009: 5). Bu dönemde yerleşik yaşam tarzı süren toplumlarda görülmekte olan sosyal yardımlaşmalara rastlanılmaz. Fakat yerleşik düzen ve ardından İslamiyet’e geçişin ardından şifahane, imarethane, vakıf gibi sosyal yardımlaşma ve dayanışma kuruluşları ortaya çıkmıştır. Bunun yanında, 13.yüzyılda Anadolu’da ahilik sistemi ortaya çıkmış ve tarihi bakımdan önemli bir sosyal güvence sistemi oluşturmuştur (Çayıroğlu, 2017: 444).

Cumhuriyet öncesi sosyal güvenlik sistemine bakıldığında, ilk olarak Selçuklu Devleti ele alınmaktadır. Süleyman Şah’ın ülkesi Selçuklu’da halk göçebe, köylü ve şehirli olmak üzere üç gruba ayrılmıştı. Göçebeler, hayvancılıkla; köylüler, hayvancılık ve tarımla; şehirli ise ticaret ve zanaatla uğraşmışlardır. Şehirlerde Ahi Teşkilatı ile loncalar oluşturulmuş ve zanaatkarlar arasında sosyal yardımlaşmayı esas alan vakıf ve dernekler kurulmuştur. Bu tür vakıf ve derneklerden sağlanan gelirler, toplumsal dayanışma ve yardım kuruluşlarının harcamaları için kullanılmıştır (SGK, 2009: 6).

Selçuklu Devleti’nin varisi olan Osmanlı Devleti’nde sosyal güvenlikle alakalı ilk örgütlenmeler 13.yüzyılda Ahilik ile başlamış ve devamında daha sonra Gedik en son ise Lonca örgütleri ortaya çıkmıştır. Değişen ve gelişen koşullar sonucunda Lonca sistemi, Avrupa’da ticaretin gelişmesiyle eski gücünü kaybetmiştir. Lakin 19. Yüzyıl ile başlayan çağdaşlaşma ve endüstrileşme ile bugünkü Türkiye’nin kurumsallaşmasındaki en büyük adımları o dönemde atılmıştır (SGK, 2009: 7).

Osmanlı Devleti’nde sanayileşme faaliyetleri ve işçi sınıfının doğuşu Avrupa’ya nazaran oldukça geç başladığından Türkler çağdaş ve medeni manada sosyal güvenlik sistemine zamanın ötesinde geç kavuşabilmişlerdir. 19.yüzyılda “Darülaceze” ve “Darüşşafaka” gibi kuruluşların ortaya çıkışıyla birlikte Loncaların yardımlaşma sandıkları modasını kaybetmiş fakat yine de yüzyılın sonuna kadar ayakta kalabilmişlerdir (SGK, 2009: 8).

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin gelişme seyri, sanayileşmiş ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin gelişme seyrine paralellik göstermiştir. Çağdaş sosyal güvenlik kurumları olarak bahsedilen ilk kurumlar Tanzimat Dönemi sonrası kamu kesim çalışanları için oluşturulmuştur ve 1886 yılında “Askeri Tekaüt Sandığı” ve 1881 yılında “Sivil Memurlar Emekli Sandığı”

kurulmuştur. Bu kuruluşları daha sonrasında maden işçileri için çıkartılan 1865 tarihli “Dilaver Paşa Nizannamesi” ve 1869 tarihli “Maadin Nizannamesi” izlemiştir (Dilik, 1988: 120).

Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenlik ile ilgili direkt olarak bir düzenleme yapılmış olmasa da, “Borçlar Kanunu (1926), Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930)” gibi yasalarla dolaylı olarak düzenlemeler yapılmıştır (Giray, 2010: 27). Cumhuriyetin ilanından sonra sosyal güvenlik sisteminin gelişmesi çok yavaş ilerlemiştir ve çağdaş anlamda sosyal sigortaların ilk adımları ancak 1936 yılında İş Kanunu ile atılabilmektedir. Bu yasada çıkan düzenlemelerin hayat geçirilebilmesi İkinci Dünya Savaşından sonrasına kalabilmiştir (Güzel vd., 2008: 26).

İkinci Dünya Savaşının sona ermesinden sonra, pek çok ülkede yaşandığı gibi Türkiye’de de oldukça fazla sosyal anlamda hamleler atılmıştır. Çünkü savaş pek çok ülkede ortaya çıktığı gibi Türkiye’nin de ekonomisini zayıflatmış ve halkın yaşam düzeyi ve kalitesinde zafiyetler ve eksiklikler yaşamasına sebep olmuştur. Bu sebepten ötürü, Türkiye’de yeni bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması zorunlu hale gelmiştir (Talas, 1983: 379-380).

Sosyal güvenlik açısından tüm düzenlemelerin haricinde en önemli gelişme 1961 Anayasası’nda belirtilmiştir. 1961 Anayasası ile birlikte, sosyal güvenlik kavramı olarak ilk defa çalışma hayatı ve sosyal politikalara dair temel yasal literatüre girebilmiştir. Devlet, güvenliği sağlayacak tedbirleri alır ve teşkilatı kurar ibaresi maksadıyla, sosyal güvenlik alanında devlete ciddi görev ve misyonlar yüklenmiştir (Talas, 1983: 45-48).

1.2.2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumları

Sosyal sigorta kurumları uzun yıllardan beri tek çatı altında birleştirilmesi arzulanıyordu. Sosyal Güvenlik Reformu’nun kurumsal yapısıyla ilgili olan kısmı 5502 sayılı Kanunu ile 20 Mayıs 2006 tarihinde gerçekleşmiştir. Yürürlüğü giren bu kanun ile “Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Yeşil Kart” sahibi kişiler Genel Sağlık Sigortası çatısı altında toplanmışlardır. Daha sonrasında emeklilik rejimi ve genel sağlık sigortası kısmı ile birleştirilerek 5510 sayılı Kanun’la düzenlenen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 01.10.2008 tarihinde yürürlüğü girmiş ve 2012 yılından itibaren zorunlu Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 13).

1.2.2.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal güvenlik sisteminin en önemli aracı görevini yürüten Sosyal Sigortalar Kurumu, riski yüksek olan işçi kesimini kapsamaya, işçi sayısının artışı ile birlikte uygulama alanı oldukça genişlemiş ve büyük bir konuma sahip olmuştur. SSK; aktif sigortalı, çalışan ve aylık alan bireyleri

kapsar ve bu kesime sunduğu hizmet ve görev ile ülkenin sosyal güvenliğinde ciddi bir rol oynamaktadır (Bitimli, 2019: 58).

Sosyal Sigortalar Kurumunun temel amacı, kanunda belirtilen bir hizmet sözleşmesine bağlı bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan sigortalı bireylerin çalışma yaşamının çeşitli risklere karşı sigortalatmak yoluyla sosyal güvenliklerini sağlamaktır. Bir başka deyişle, sosyal sigortacılık prensiplerine bağlı, finansal açıdan sürdürülebilir, çağdaş ve medeni düzeylerde sosyal güvenlik sistemini yürütmektir (Egeli, 2009: 24).

Çeşitli kanunlarla karışık bir biçimde yürütölen sosyal sigortalar uygulaması 01.03.1965'te "506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu" ile düzenlenmeye tabi tutulmuş ve Sosyal Sigortalar Kurumu altında yükümlölüklerine devam etmiştir (Tüğen, 1994: 306-307).

1.2.2.2.2. Emekli Sandığı

T.C. Emekli Sandığı, memurların sosyal güvenlik ihtiyaçlarını sosyal sigorta sistemi ile sağlayan kamu kurumudur. Kuruluş aşaması 19.yüzyıla dayanan Emekli Sandığı, ilk defa 1866'da kurulan ve subay dul ve yetimleri kapsayan "Askeri Personel Sandığı" biçiminde kurulmuştur. Daha sonrasında ise, 1880 yılında "Mülki İdare Sandığı" adını almıştır. Bu iki sandık 1909 yılında "Askeri ve Mülki Amirler Sandığı" adı altında bir araya getirilerek faaliyetlerine bu şekilde devam ettirilmiştir. Devam eden süreçte 1944 yılına kadar çeşitli adlar alarak faaliyetlerini sürdürmüştür (Duygulu ve Pehlivan, 2004: 26).

Türkiye'de kamu kurum ve kuruluşlarda çalışmakta olan memur kesimi, 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren, 1949 tarih ve 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Yasası ile sosyal güvenlik kapsamına dahil olmuştur. Emekli Sandığı, düzenli olarak faaliyette bulunan ve yükümlölük ve sorumluluklarını yürüten ilk sosyal güvenlik kurumları olma özelliği taşımaktadırlar (Orhaner, 2018: 133).

Emekli Sandığı, tüzel bir kişiliğe sahip aynı zamanda Maliye Bakanlığı'na bağlı bir kuruluştur. Memurların ölüm, malullük ve emeklilik gibi durumlarında ortaya çıkması muhtemel uzun vadeli riskleri karşılamaktadır. Bunun dışında, memurların aile fertlerinin ve kendilerinin sağlık sigortaları T.C. Emekli Sandığı tarafından yerine getirilmektedir (Tüğen, 1994: 298-299).

1.2.2.2.3. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)

Sosyal güvenlik alanında önemli faaliyetlerden bir diğeri de, 1971 yılında esnaf ve sanatkârlarla, tarımsal alanların haricinde faaliyet gösteren diğer bağımsız çalışanların sosyal

güvenliğe kavuşmaları olmuştur. Fakat, bunlar mevcut yapıdaki kapsama dahil edilmemiş, ayrı bir sosyal sigorta örgütü kurulmuştur. Bu sebepten ötürü, 02.09.1971 tarihinde Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, diğer bir deyişle “Bağ-Kur”, bir sosyal örgütün kurulması için 1479 sayılı Kanun çıkartılmıştır. Çıkarılan bu kanunla, esnaf ve sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanlara malullük, yaşlılık ve ölüm gibi gelir kayıplarına sebep olabilecek sosyal risklere karşı güvence sağlanmış olundu (Güzel vd., 2008: 35).

Bağ-Kur, sosyal güvenlik sisteminde üç temel sosyal güvenlik kurumu arasında en son kurulan sosyal güvenlik kurumu özelliği taşımaktadır (TÜSİAD, 2004: 64).

Bağ-Kur sosyal güvenlik sisteminde SSK ve Emekli Sandığından daha farklı olarak primler Bağ-Kur’un sigortalıları tarafından ödenmektedir. Ödenen bu primlerden %20’lik kısım yaşlılık sigortası, malullük sigortası ve ölüm sigortası olarak, %12,5’lik kısım ise sağlık primi olarak ödenmektedir. Sigortalılar, her yıl belirlenen miktara bağlı olarak aylık şekilde ödeme yapmak zorundadırlar (Sofuoğlu, 2019: 24).

Bağ-Kur sistemi ayrıca herhangi bir sigortaya tabi olmayan kişilere isteğe bağlı sigortalı olma yolunu da açmıştır. “Tarım sektöründe kendi nam ve hesabına çalışanlar” 1983’de Bağ-Kur sistemine dahil edilmiştir. Kısacası Bağ-Kur sosyal güvenlik sistemi, bağımsız çalışanların sosyal güvenliklerini korumaktadır (Orhaner, 2018: 132-133).

1.2.2.2.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart)

Türkiye’de uygulanan sosyal güvenlik sistemi içerisinde, devlet tarafından finanse edilen güvenlik hizmetleri mevcuttur. Sosyal güvenlik hizmetinden faydalanan kişinin herhangi bir ücret ve katkısının bulunmadığı hizmetler primsiz uygulamalar olarak adlandırılır. Türkiye’de yürütülen bu hizmetler “Sosyal Yardımlar” ve “Sosyal Hizmetler” olarak iki temel bölüme ayrılmıştır (TÜSİAD, 1997: 97-100).

Sosyal Yardımlar, sosyal sigortalar aracılığıyla kapsam altına alındığı halde korunmayan kişileri devletin mali katkıları ve desteği sonucu korumayı amaçlayan bir uygulamadır. Direkt olarak devletin kendisinin sağladığı bu sistemde, yoksullar, kimsesiz ve muhtaç yaşlı ve çocuklar, görev malulleri gibi sıkıntı çeken kişilere destek ve koruma sağlanmaktadır (Yiğit, 2007: 12).

Sosyal Hizmetler ise, kişilerin içinde bulunduğu olumsuz ve sıkıntılı durumlara karşı, mümkün olabilecek asgari düzeyde yaşam seviyesine kavuşabilmeleri için zorunlu olan sosyal etkenleri çalıştırmaya yönelik uygulamalardır. Türkiye’de aktif olarak Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart Uygulaması ve Gönüllü Kuruluşlar olarak hizmette bulunan kurumlar mevcuttur (Şakar, 2011: 15).

1.3. Sosyal Güvenlik Sisteminin Yöntemleri

Tarihi gelişim açısından birbirlerinden farklı iki sosyal güvenlik modelinin ortaya çıktığı ve faaliyet gösterdiği görülmektedir. Bunlardan ilki, Beveridge ya da diğer adıyla “Ulusal Sosyal Güvenlik Yöntemi”, diğeri ise Bismarck veya diğer adıyla “Sosyal Sigorta Yöntemi”dir (Güzel, 2005: 61). Fakat bu iki sistem haricinde, bunlardan farklı ve pek fazla değişkenlik göstermesede, “Karma Sosyal Güvenlik Yöntemi” de mevcuttur.

1.3.1. Beveridge (Ulusal) Yöntemi

Ulusal Yöntem olarak da bilinen Beveridge Yöntemi, Birleşik Krallık’ta 1942 yılında yayımlanmış olan Beveridge Raporu’na dayanmaktadır. Sosyal güvenlik yardımları ve yönetim bakımından teklik ilkesini ileri sürmektedir. Beveridge sisteminin tüm finansman ihtiyacı ulusal bütçeden karşılanmakta ve kapsama dahil edilen nüfus bakımından belirli bir sosyal güvenlik yardımını öngörmektedir (Güzel, 2005: 61).

Beveridge Yöntemi, Birleşik Krallık’ta yeni bir sosyal güvenlik politikası oluşturmak amacıyla Lord William Beveridge tarafından 1 Aralık 1942 tarihinde hazırlanmıştır. Bu yöntemde amaç, tüm bireylerin sistemden faydalanması ve toplumsal adaletsizliğin giderilmesidir (Egeli, 2009: 44). Bu sistemde sosyal güvenlik yardımları sabit şekilde olup, sisteme katılım zorunludur. Savunulan teklik ilkesinin gereği olarak sosyal güvenlik politikasının tek elde tutulması, sosyal güvenliğin sadece çalışanları değil, tüm bireyleri kapsamı ve ulusal bir sağlık hizmeti sunulması da sistemin bir diğer amacını oluşturmaktadır (Şakar, 2011: 20). Bu yöntem sadece Birleşik Krallık değil, aynı zamanda İsveç, İrlanda ve Finlandiya gibi ülkelerde uygulamaktadır.

Beveridge Yöntemi’nde, sosyal güvenlik sisteminin temel ilkeleri şu şekilde belirtilmiştir: (Gerek ve Oral 2004: 12-13).

- Geneli kapsama ve sigorta desteklerinde teklik,
- İdarede birliğin sağlanması,
- Primlerde teklik ve vergilerle desteklenmesi,
- Sosyal güvenliğin sosyal politikalarla takviye edilmesi,
- Bütün risklerin kapsama alınmasıdır.

1.3.2. Bismarck (Sosyal Sigorta) Yöntemi

Sosyal Sigorta Yöntemi olarak da tanımlanan Bismarck Yöntemi, ilk defa Almanya’da endüstrileşme sürecinde, 1883-1889 yılları arasında işçileri korumak amacıyla uygulanmıştır (Günay, 2004: 554). Bugünlerde özellikle Avrupa Birliği üyesi ülkelerin büyük bir kısmı bu

yöntemi benimsemişlerdir. Başta Almanya olmak üzere Avusturya, Fransa, Hollanda, Belçika, Lüksemburg ve Danimarka bu yöntemi uygulamakta olan bazı AB üyesi ülkelerdir. Bu yöntemde birey, bağımlı veya bağımsız çalışma şekillerine göre sisteme dahil edilmektedir (Korkusuz ve Uğur, 2010: 67-68).

Bismarck Yönteminde, sosyal güvenlik politikası devletin kendi gözetimi ve denetimi altındadır. Aynı zamanda devletin tekelindedir. Bu sistemin finansman kaynağı kazanca göre kesilen sigorta primleridir. Bu bakımdan Beveridge Yönteminden temel bir şekilde ayrılmaktadır (Güzel, 2005: 61).

Türkiye açısından bakılırsa eğer, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun yürürlüğü girdiği 2006 tarihine kadar uygulanmış olan sosyal güvenlik yöntemi, Bismarck Yöntemi dahilinde değerlendirilebilir (Güzel, 2005: 65). Fakat 1980'in ortası ve 2006'dan sonraki süreç Karma Yöntem olarak adlandırılan yönetime daha yatkın olarak değerlendirilir.

1.3.3. Karma Yöntem

Karma Yöntem, Beveridge ve Bismarck yöntemlerinin birlikte uygulandığı bir sistemdir. İkinci Dünya Savaşı'nın bitişiyle ortaya çıkan Karma Yöntem, 1980'lerin iktisadi açıdan kötüleşmesi, cinsiyet bakımından yaşanan rol karmaşası, bireyselleşme gibi gelişmelere cevap olarak yeniden düzenlenme sürecine girmiştir. Devlet, muhtaç durumdaki kişilerin koşullarını daha iyi bir konuma getirme görevini üstlenmiştir. Bugünkü mevcut durumda Yunanistan, İspanya, İtalya ve Portekiz gibi ülkelerde bu yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemde, mesleki riskten ziyade, sosyal risk esas olarak alınmaktadır (Atatanır, 2011: 13).

İşgücü açısından bireyin bütünleşmesi, Bismarck modelinin temel yapısını oluştururken, Beveridge modeli refah devleti uygulamaları ile farklı bir yapı göstermektedir. Bismarck modelinde sadece işgücü piyasasından sağlanan katılım dikkate alınırken, Beveridge modelinde nüfusun tamamı esas olarak alınır. Bu bakımdan AB ülkelerinde tam anlamıyla ne Bismarck ne de Beveridge uygulanabilmiştir. Her ülke, kendi şartlarına ve koşullarına göre sistemine uyan bir yöntemi seçmekte veya ikisini dengeli ya da karma bir biçimde kullanmaktadır (Gülcan, 2006: 12).

Türkiye, ilk başta Bismarck Yöntemi'ne bağlı bir sosyal güvenlik sistemini benimserken, 1980'lerin başından ve özellikle de 2006 yılından itibaren Karma Yöntem'e yönelmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

2.1. Genel Sağlık Sigortası

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu genel sağlık sigortasını, “Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta” şeklinde tanımlamıştır (SSGSSK, 2006: madde 3).

Genel sağlık sigortası kavramı sık kullanılmasına rağmen bu kavramın kapsamı hakkında net bir yargı bulunmamaktadır. Dolayısıyla, kavramda yer alan genel ifadesi, bütün vatandaşları kapsam altına alma gerekliliği sunmaktadır. Çalışan bireylerin yanında çalışmayan her bir bireyin hak sahibi konumunda olduğu bir sigortadır. Bu anlamda, yabancı, sığınmacı ve vatansız olanları da bu kapsamda yer almaları mümkündür. Bununla birlikte, genel ibaresine karşılık, nüfusun belirli bir bölümünün (örneğin sosyal sigorta kapsamında yer almayanlar) kapsama dahil edilmesi de mümkündür (Sözer, 2007: 125).

Yukarıda yapılan tanıma göre, genel sağlık sigortasını, bireylerin iktisadi gücüne ve iradesine bakılmaksızın, ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı, toplumun tüm fert ve bireylerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde yararlanmasını amaçlayan sağlık sigortası sistemi şeklinde tanımlamak mümkündür (Bostancı, 2007: 60).

Genel sağlık sigortası ile ilgili hükümler, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Üçüncü Kısımında düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanunun 60.maddesi ile başlayıp 78.maddesi ile biten toplam 19 maddede, genel sağlık sigortasının hak ve yükümlülüklerine değinilmiştir.

01.01.2012 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren genel sağlık sigortası ile primli ve primsiz sigortacılık tek elden yürütülmeye başlanmış ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar ise 5510 sayılı Kanunun 60.maddesi kapsamında tescil edilmiştir. Bu gruba dahil olanlara, SGK tarafından yapılan tebligat ile ikâmet adreslerinin bağlı bulunduğu “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları”na başvurmaları ve gelir testi yaptırmaları istenmiştir. Yapılan gelir testi sonucuna bağlı olarak ödeme gücü olmayanların genel sağlık sigortası primi devlet tarafından karşılanmış, belirli

bir ödeme gücüne sahip kişilerin primleri ise belirlenen kriterler ışığında kendilerince ödenmiştir. Bu şekilde toplumun tamamı genel sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Genel sağlık sigortasının kurulmasıyla birlikte 01.01.1992 tarihinden itibaren yürürlükte olan ve kamuoyunda “yeşil kartlı” olarak bilinen kişiler, 01.01.2012 tarihi itibarıyla genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiş, kart sürelerinin bitmesine yakın gelir testine başvurma zorunluluğu getirilmiştir. Sonuç olarak bakıldığında, genel sağlık sigortası primli bir rejimi dönüştürülmüş ve sigortalı olan veya olmayan herkes kapsama alınmıştır (Tan, 2015: 2-3).

2.1.1. Genel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı

Genel sağlık sigortası, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından faydalanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu kanunun uygulanması açısından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer tüm kurum ve kuruluşları kapsamaktadır (Şakar, 2011: 6). 5510 sayılı Kanun ile, sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak amaçlanmıştır.

Genel sağlık sigortasının temel amaçları kısaca şöyledir; (Uşan, 2009: 270)

- Bütün ülke vatandaşlarını kapsamaması,
- Kişilerin tercihlerine kalmadan, sağlık sigortasının zorunlu olması,
- Sağlık hizmetlerinin eşit, adil, tarafsız ve erişilebilir olmasının sağlanması,
- Genel sağlık sigortası sistemine katılanların belirli oranda prim ödemelerinin zorunlu olması,
- Hastaların ödedikleri primlere ek ayrıca katkı payını da ödemesi,
- Düzgün bir sevk sisteminin kurulması ve işletilmesidir.

5510 sayılı Kanununun 60.maddesine göre, öncelikle Kanun kapsamında yer alabilmek için kişinin ikametgâhının Türkiye’de bulunması şarttır.

Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği’nin 8.maddesinde genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalanla belirtilmiştir. Buna göre (Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği, 2014: madde 8);

- Askerlik hizmetini er ve erbaş olarak yapanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,
- Yabancı ülkelere Türkiye’ye bir iş için gönderilenlerden kendi ülkesinde sigortalı olduğunu belgelendirenler ile Türkiye’de bağımsız çalışanlardan, ikamet yurt dışında olup da o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- Kamu idarelerinin dış temsilcilerinde istihdam edilip de bulunduğu ülkede sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- Milletvekillerinin, bakanların ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler,

- Sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir ve aylık alanlardan yürürlükten kaldırılan mevzuat hükümleri çerçevesinde yurt dışı hizmet borçlanmasından istifade ederek aylık bağlananlardan Türkiye’de ikamet etmeyenler genel sağlık sigortalı sayılmazlar.

2.1.2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları

Genel sağlık sigortasının sunmuş olduğu haklardan faydalanabilmek için öncelikle Kanun kapsamında genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişi olmak gerekmektedir.

Kural olarak, genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvurma tarihinden önceki son bir yıl içerisinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödenmesi zorunludur (SSGSSK, 2006: madde 67). Kanunda prim ödeme zorunluluğu olmayan durumlar da belirtilmiştir (Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, 2008: madde 32). Buna göre;

- 18 yaşını doldurmamış kişilere sağlanan sağlık hizmetleri,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler,
- Acil durumlarda yalnızca acil durum sebebiyle verilen sağlık hizmeti bedelleri,
- İş kazası ile meslek hastalığına uğrayanların bu durumu belgelemeleri halinde sağlanan sağlık hizmetleri,
- Analık halinde sağlanan sağlık hizmetleri,
- Afet ve savaş halleri, grev ve lokavt durumlarında sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için prim ödeme şartı aranmaz

Yukarıda sayılanlar dışında, genel sağlık sigortalısı olup da maddi gücü bulunmayan veya 65 yaş aylığı alan, harp malulü, istiklal madalyası sahibi, vatansız, işsizlik sigortasından yararlanan kimseler ile sosyal güvenlik kurumlarından aylık veya gelir almakta olanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için bu anlamda geçmiş bir yıllık sürede 30 gün prim ödeme zorunluluğu yoktur.

2.1.3. Genel Sağlık Sigortası Primine İlişkin Hususlar

2.1.3.1. Prime Esas Kazançlar

Genel sağlık sigortalısı için prime esas kazançta önemli olan nokta, sadece genel sağlık sigortalısı olan içindir (SSGSSK, 2006: madde 80). Kendi gelirleri sebebiyle genel sağlık sigortalısı olanlar veya isteğe bağlı sigortalılarda özel bir durum söz konusu değildir (GSSİY, 2008: madde 12). Bunun haricinde, Kanunun 60.maddesinde sayılanlar için asgari ücret, aylık aile içi gelir ortalaması asgari ücretin üçte birinden düşük olduğu iddiası ile bu fırsattan faydalanmak isteyip de

araştırma ve yöntemler sonucu daha fazla geliri olduğu ortaya çıkanlar için bazı özel durumlar mevcuttur.

2.1.3.2. Prim Oranları

Genel sağlık sigortası prim oranı, %12 ve %12,5 olmak üzere iki şekilde belirlenmiştir. Buna göre %12 prim oranı;

- Yalnızca genel sağlık sigortasına tabi olanlar,
- İşsizlik ödeneği alan ya da kısa çalışma yapanlar,
- 4046 sayılı Kanun gereği özelleştirilen kuruluşlardan ayrılıp da iş kaybı tazminatı alanlar
- İsteğe bağlı sigortalı olanlar için söz konusudur.

Bunun dışında, sosyal güvenlik sözleşmesi imzalamayan ülkelere götürülen Türk işçileri için ayrıca genel sağlık sigortası primi ödenmez. Onlar için zaten kısa vadeli sigorta kolları kapsamında, Kanununun 4.maddesinde 4/a'lı sayılarak genel sağlık sigortası primi ödenir. Buna karşın, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları kapsamında olanlar için ise, genel sağlık sigortası prim oranı, prime esas kazancın %12,5'udur. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'u ise işveren hissesidir. Bağımsız çalışanlar (4/b'liler) için de genel sağlık sigortası prim oranı %12,5'tir (GSSİY, 2008: madde 13).

Yukarıda da belirtildiği gibi farklı statülere özgü prim oranları mevcuttur. Farklı statülere uygulanan genel sağlık sigortası prim oranları aşağıda Tablo 1'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 1: Statüye Göre Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları Tablosu

Statü	Prim Oranı	
	İşveren Hissesi	Sigortalı Hissesi
5510 sayılı Kanununun 4.maddesine tabi sigortalılar (Zorunlu Sigortalılar)	%7,5	%5
Tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar, Ticari taksi, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma araçları, İş yerleri ile kanununun 4' üncü maddesinin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen ve Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler,		%12,5
İsteğe Bağlı Sigortalılar		%12
Aday çırak, çırak, işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler, staj yapan meslek lisesi veya üniversite öğrencileri	%5	
Avukatlık Stajı Yapanlar	%6	
İş Kur Meslek Edindirme Kursu Kursiyerleri	%12,5	
İşsizlik ödeneği alanlar	%12	
İş kaybı tazminatı alanlar		
Yalnızca Genel Sağlık Sigortasına tabi olanlar		

Kaynak: SGK, 2013: 28

2.1.3.3. Prim Ödeme Yükümlülüğü

5510 sayılı Kanun genel sağlık sigortası ve isteğe bağlı sigorta bakımından prim ödeme yükümlüsünü belirlemiştir (GSSİY, 2008: madde 14). Buna göre;

- Kanun 4/a ve 4/c'liler için bunların işverenleri,
- Düşük geliri olan veya terörle mücadele aylığı alan vatansızlar ve sığınmacılar, şeref aylığı alanlar, harp malulleri, olimpiyat şampiyonu gibi primi yılı merkezi yönetim bütçesinden karşılanmak üzere ilgili kamu idareleri,
- Sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanmayan ülkelere götürülen Türk işçileri için bunların işverenleri, prim ödeme yükümlüsüdür.

2.1.4. Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları

Genel sağlık sigortasının avantajları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Genel sağlık sigortası, gelişmekte olan ülkelerde kısa zamanda sağlık altyapısını ve teknolojisini geliştirmektedir. Bunun sonucu olarak, ulusal sağlık sistemi açısından politik avantajlar sağlamada oldukça faydalıdır.
- Genel sağlık sigortası sistemi için alınan primler farklı bir yerde birikir ve sadece sağlık hizmetleri alanında değerlendirilir. Bu yöntemle toplanan primler bir nevi vergi toplamakla eş değerdir ancak sadece sağlık alanında değerlendirildiği için diğer sektörlerin bu vergiden pay almasının önüne geçilir.
- Genel sağlık sigortası modeli ile özel sektörün sağlık alanında yaptığı harcamalarda yüksek oranda artış meydana gelmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık hizmetlerinin sunumu açısından özel kurumlar iş birlikleri yaparak özel hastanelerin sayısında artış yaşanmıştır. Bunun sonucu olarak da kamunun sağlık yükü özel sektörle paylaştırılmıştır. Hatta devlet teşvik ve uygulamaları özel sektör açısından son derece ılımlı karşılanmış, özel hastaneler birer marka olma yolunda ilk adımlarını atmışlardır.
- Sağlık hizmet sunucularında meydana gelen artış aynı zamanda rekabeti de doğurduğundan, sağlık hizmet sunum ve kalitesinde etkinlik son derece önem kazanmıştır.
- Sağlık hizmetleri için oldukça etkili bir provizyon sistemi vardır. Prim sistemi vasıtasıyla kişilerin gelirlerine bakılmaksızın yüksek gelirli kişilerin düşük gelirli kişilere finansman sağlaması yoluyla risk paylaştırılmış olur.
- Sigorta prim hasılatlarının olabildiğince arttırılması sonucu kayıt dışı istihdamların önüne geçilmiş ve bunun sonucunda hizmet finansmanının sigorta primleri yoluyla yapılmasına olanak tanımıştır.

- Sosyal sigorta kurum ve kuruluşları tek çatı altında toplanmış ve bununla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından yaşanan karmaşıklık ve uygulama farklılıkları giderilmiştir (Tapan, 2008: 63-66).
- Sosyal Güvenlik Kurumu bireylerin sağlık harcamalarını karşılar. Genel sağlık sigortası sistemi ile ödeme imkânı olmayan bireylerin primleri devlet tarafından karşılanarak herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 86-99).

Genel sağlık sigortasının dezavantajları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Genel sağlık sigortası sisteminde bireyler tercihlerine bakılmaksızın herkes genel sağlık sigortası sistemine katılmak zorundadır. Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında 4/a, 4/b ve 4/c grubunda bulunan sigortalıların gelir durumlarına göre her ay sigorta primi ödemekle yükümlüdürler. Eğer bireyler primlerini ödemezlerse, prim borçları birikir ve faiziyle birlikte borç miktarı katlanarak artar. Dolayısıyla bu bireyler acil tedaviler dışında hiçbir sağlık hizmetinden yararlanamayacaklardır (Orhaner, 2018: 159-160).
- Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortasıyla karşılanması toplumun sağlığını ve bütçesini olumsuz şekilde etkilemektedir. Artan özel hastane sayısı ile yaşanan yatırım harcamaları özel sağlık sigortası primlerini artırmıştır. Primlerin artışıyla da sağlık hizmetlerine ilişkin maliyetler de artmıştır (Pala, 2003: 119).
- Toplumun çalışan kesiminin çalışmayanlara nazaran çok daha az olması sebebiyle sistemden faydalanan kişi sayısı oldukça azdır. Bunun sonucunda da, yapılan birçok gereksiz işlem hekim tarafından istenilmekte ve böylece arz ve talep dengesinden ötürü sorunlar yaşanmaktadır.
- Bu sistemin çalışabilmesi için yüksek yönetim maliyetlerine katlanılması gereklidir.
- Resmi sayılmayan sektörler ve tarım gibi sektörlerde çalışan bireyleri kapsam dahiline almaması nedeniyle tüm bireylere hizmet etme noktasında sıkıntı yaşatmaktadır (Yiğit, 2007: 45).
- Toplumda yaşama süresinin uzun olması, yaşlı bireylerin sayısındaki artış kamu sektörünün sağlık alanında daha fazla harcama yapmasına ve bunun sonucu olarak da bireylerden alınan primlerin yüksek olmasına sebebiyet vermektedir. Özellikle bu toplanan primlerin verimli bir şekilde kullanılmaması sonucunda meydana gelen maliyetler kamusal açıdan büyük bir yüke sebep olmaktadır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu primlerinden sağlanan gelirlerin temel işlevi dışında kullanılması finansman dengesini ve sistemin sürdürülebilirliğini riske atmaktadır (TİSK, 2013: 304-311).
- Halkın sistemdeki sevk zinciri, verilen reçete ve ödenen katılım payları konusunda bilgi seviyesi oldukça düşüktür. Bilgi noksanlığından ötürü bireyler hata yapmakta ve gereksiz şekilde fazladan katkı payı ödemesi gerçekleştirmektedir. Birinci ve ikinci basamak

sağlık hizmetleri bireylere detaylıca anlatılamamıştır. Hastalar da dolayısıyla sevk zincirinden bağımsız, direkt olarak üçüncü veya ikinci basamak hizmeti sunan hastanelere gidere sağlık hizmeti giderlerini arttırmaktadır.

- Halkın ödeme gücüne göre prim ödemesi ve sağlık hizmetleri ihtiyacı ölçüsünde yararlanabileceği beklenen genel sağlık sigortası sisteminde, sadece prim ödemek sağlık hizmetinden faydalanma noktasında eksik kalmıştır. Halk primin yanında, gelir testi, prim borcu katkı ücretini de ödemek zorunda kalmıştır. Bu fark ücreti ödemek istemeyen bireylerde, tamamlayıcı ve özel sağlık sigortası sistemlerine geçmek zorunda kalmıştır. Dolayısıyla, prim borcunu ödeyemeyen bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanamaz noktaya gelmiştir (Saltık, 2018: 8).
- Sağlık harcamalarının bütçeye yükü oldukça artmıştır. Prim borçlarının ödenmemesinin yanında harcamaların da azaltılmaması sonucunda devletin finansman yükü her yıl katlanarak artmaya devam etmiştir.

Sağlık harcamaları, 2018 yılında %17,5 oranında artarak 165 milyar 234 milyon TL'ye ulaşmıştır. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı 2018 yılında %93,8 olmuştur. Bunun yanında kişi başı sağlık harcaması 2012 yılından itibaren en fazla arttığı yıl 2018 yılı olmuştur. Aşağıda Tablo 2'de hizmet sunucularına sağlık harcamaları verileri gösterilmiştir.

Tablo 2: Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

	Toplam		Genel Devlet		Özel Sektör	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	140 467	165 234	109 744	128 021	30 904	37 213
Cari Sağlık Harcaması	130 981	154 998	101 786	119 941	29 195	35 057
Hastaneler	69 636	80 701	56 826	65 373	12 810	15 328
Evde Hemşirelik Bakımı	1	1	-	-	1	1
Ayakta Bakım Sunanlar	17 163	20 117	11 403	13 262	5 760	6 855
Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanlar	33 908	41 424	25 553	31 438	8 355	9 986
Halk Sağlığı Programının Sunumu ve Yönetimi	6 011	7 324	6 011	7 324	-	-
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	601	931	293	374	309	557
Sınıflandırılmayan Diğer Kategori	3 660	4 501	1 700	2 171	1 960	2 330
Yatırım	9 666	10 236	7 958	8 080	1 709	2 156

Kaynak: TÜİK, 2018.

2.2. Özel Sağlık Sigortası

Kişilerin hayatları süresince yaşayabilecekleri zarar durumlarının ekonomik ve sosyal sonuçlarından kaçınmak ve korunmak amacıyla önlem alma yollarından ötürü özel sigorta kavramı ortaya çıkmıştır. Özel sağlık sigortası ise, sigortalıların sigorta süresi içerisinde yaralanma veya hastalanma durumlarında tedavi giderlerinin poliçede belirtilmiş koşullara göre karşılandığı bir

sigorta türüdür. Birçok sağlık hizmeti tüketiminin ani veya beklenmedik durumda olması, aşırı derecede pahalı olması gibi sebeplerden ötürü sağlık bakımı ihtiyacı, talebi ve tüketiminde fazlaca belirsizlik vardır (Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 58). Beklenilmeyen ve öngörülemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını en az şekilde atlatmaya çalışan özel sağlık sigortaları, ülkeden ülkeye değişim göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin kapatmaya çalıştığı boşlukları kapatmasına yardımcı olmaktadır. Bunun dışında, alınan hizmeti daha özel şekilde talep eden bireylerin taleplerine cevap veren bir sistem olma özelliği de taşımaktadır (Tatar, 1996, 50).

Özel sağlık sigortası, devletin olanak sağladığı sağlık hizmetlerinin dışında, bireyin kendi istek ve arzusuyla zorunlu olmaksızın, sigorta şirketleri tarafından sağlıkla alakalı tüm risklerin değerlendirilerek sunulduğu bir sigorta türüdür. Türkiye’de bireylerin bu sağlık sigortasının talep etme eğilimleri gelir düzeyleri, eğitim seviyeleri, sigorta hakkında bilgi seviyeleri ve genel sağlık sigortası ile devletin sunduğu hizmetlerdeki sorunlar noktasında birçok değişkene bağlı olarak gelişim göstermektedir (Civan, 2010: 11-12).

Özel sağlık sigortası, bireyin Sosyal Güvenlik Kurumuna ister kayıtlı olsun ister olmasın yaşayacağı riskler sonucu ortaya çıkabilecek hastalık, kaza ve buna benzer durumlarda ihtiyaç duyulan tanı ve tedavi masraflarının karşılanmakta olduğu bir sigorta türüdür. Bireyin kendi talepleri sonucunda oluşturulan bu teminat türünde sigorta ile sigortalı arasında sigortanın çeşidini, bazı koşullarda sigortalıya yapılacak ödemeyi, sigortalının aldığı tedavi sonrasında yapacağı ödemeyi, sigortalının sahip olduğu sigorta poliçesinin hangi tarihlerde geçerli olduğu belirli kural ve usuller ışığında belirlenmektedir (Çelik, 2016: 1982).

2.2.1. Özel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı

Özel sağlık sigortaları, Türkiye’de hayat ve hayat dışı sigorta kollarında yer almakta olup, hastalık, sağlık ve seyahat sağlık sigortaları olarak varlığını sürdürmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde uygulanmakta olan özel sağlık sigortaları, 1 yıldan daha uzun veya ömür boyu teminat sunmaktadır. Türkiye’de ise bu tür uzunlukta olan özel sağlık sigortaları henüz faaliyet alanı bulamamış olup, bunun yerine özel ve tamamlayıcı sağlık sigortaları şeklinde faaliyetlerini sürdürmektedirler. Özel sağlık sigortalarının özellikleri aşağıda belirtilmektedir (Orhaner, 2017: 401):

- Sözleşme temeline bağlı kalındığından, poliçenin şartları tarafların ortak kararları göre şekillenmektedir.
- Sigortacı riski kabul etme noktasında söz sahibiyken, sigortalı ise riski devretme konusunda söz hakkına sahiptir.
- Ödenecek primler sigortalının mevcut risk derecelerine bakılarak değerlendirilir.

- Sigorta şirketinin temel önceliği yapılan sözleşmeden maddi kazanç sağlamak olup, bunun yanında da sigortalının da çıkarlarını gözetmektir.
- Yapılan her sözleşme mutlaka belirli bir süreyi kapsamaktadır.

Yukarıda belirtilen şartlarda her ne kadar özel sağlık sigortası sözleşmesi sigortalının hakkını koruyarak, sigorta ettiren ve sigorta şirketi arasında düzenlenmiş olsa da arada aracı konumda bulunan sigorta şirketleri bu sistemde, kamuya bağlı sosyal güvenlik sistemi, kamunun düzenleyici ve denetleyici kurumları ve özel sağlık hizmeti sunucuları arasında çok sık mekik dokumaktadır. Bu durumdan ötürü, özel sağlık sigortası piyasası birçok durumla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu durumlar şu şekildedir (Orhaner, 2017: 407-410):

- Sigorta yaptıran bireylerin sigorta yapılırken mevcut durumlarını gizlemesi sebebiyle sigorta şirketlerinin eksik ve yanlış bilgilerle fiyatlama yapması, poliçeyi daha fazla gereksinim duyan bireylerin satın alması sebebiyle tazminatlarda meydana gelen artışların sigorta şirketinin almış olduğu primlerden çok daha fazla olmasına neden olmaktadır.
- Özel sağlık sigortası hakkında çok fazla bilgi sahibi olunmaması ve ön yargılı yaklaşımlar talebi düşürücü etki göstermektedir.
- Özel sağlık sigortasına sahip bireylere karşı özel sağlık kurumlarının gereksiz ve fazladan hizmet sunumu gerçekleştirilmesi poliçenin kötüye kullanılmasına sebebiyet vermektedir.
- Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin mevcut hastalıklarının kapsam dahilinde olmaması ve bu hastalıklarıyla ilgili belirli bir limit veya ek ödeme uygulanması gibi nedenlerden ötürü sigortalı caydırıcı bir etkiye sahiptir.

Sağlık sigortasının genel şartlarının 1.maddesinde, sağlık sigortasının kapsamı detaylıca belirtilmiştir. Bu maddeye göre, sigorta şirketi, sigorta yaptıran bireylerin poliçe süreleri içerisinde herhangi bir kaza yaşamaları nedeniyle yaralanmaları veya hastalanmaları durumunda tedavi amaçlı yapılan masrafları, eğer varsa gündelik tazminatları, sahip olduğu poliçede yazılı olan tutara kadar karşılamaktadır. Burada bahsedilen tedavi geniş bir perspektifte olup, ilaç, cerrahi müdahale ve hastalığın teşhisi için ortaya çıkacak masraflar sigorta teminatı kapsamı dahilindedir (Türkiye Sigortalar Birliği Sağlık Sigortası Genel Şartları (2013), <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=513/>).

Özel sağlık sigortasını çoğunlukla 18-65 yaş arasında bulunan bireyler kendileri ve aileleri için satın almaktadırlar. Belirtilen bu yaş sınırı sigorta şirketleri açısından değişkenlik gösterebilir. Birçok sigorta şirketi yeni doğmuş bebeklerini bile bu sistemden faydalandırmaktadır. Özel sağlık sigortasının oluşabilmesi için detaylı bir şekilde sağlık beyanı verilmesi gerekmektedir. Yapılan sigorta sözleşmeleri 1 yıllık süreyi kapsar ve poliçede aksi belirtilmedikçe başlama ve sona erme tarihleri Türkiye saatine göre öğle 12.00'da başlar ve öğle saat 12.00'da sona ermektedir (Türkiye

Sigortalar Birliği Sağlık Sigortası Genel Şartları (2013), <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=513/>).

Özel sağlık sigortalarında bireylerin hastalık riskleri ile yaşları doğru orantılı bir şekilde değerlendirilmektedir. Risk rating olarak isimlendirilen bu sistemde düşük risk = düşük prim, yüksek risk = yüksek prim olarak derecelendirilmektedir. Bu sebepten ötürü, yaşlı ve sürekli hastalık yaşayan bireyler yüksek risk kategorisinde yer aldıklarından dezavantajlı bir konumdadırlar. Bu grubun içerisinde bulunan bireyler özel sağlık sigorta kapsamına dahil edilmemektedirler. Yüksek risk gruplarının kapsam dahilinde bırakılması eşitlik ve adalet ilkelerine ters düştüğünden bu sistem tek başına sürdürülebilir bir sistem olarak görülmemesi gerekmektedir. Zaten bir ülkenin sağlık sistemi sadece özel sağlık sigortası sisteminden oluşuyorsa, o ülkenin sağlık hizmetleri kâr amaçlı bir sisteme dönüşmekte denilebilir (Çelik, 2016: 183).

Özel sağlık sigortalarının amacı ise, bireylerin sigorta başlangıçlarından sonra ortaya çıkabilecek risklerini teminat altına almaktır. Ancak bireylerin sigortanın başlangıcından önce var olmuş bir takım hastalık durumları varsa bu durumda sigorta tarihinden önce yaşanan hastalıklar teminat dışı bırakılmaktadır. Belirtilen bazı risklerin oluşması durumunda ise sigortanın görevi, sigortayı yaptıran bireyin sigortalama yapmadan önceki haline kavuşmasını sağlamaktır. Aynı zamanda, özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigorta hizmetleri ek olarak kişilerin hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri hastalık ve kaza risklerine karşı, onların sağlık hizmet giderlerini paylaşmak ve belirli oranlarda kâr elde etmeyi amaçlamışlardır (Avşar, 2010: 53).

Son olarak toparlamak gerekirse, sağlık sektörünün risk, hastalık veya sakatlık halinin ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılabileceğinin tam olarak bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacının oluştuğu durumlarda bu hizmetlerin bireylerin ekonomisini zor duruma sokabileceği gibi kendine ait özellikleri, kişilerin sağlık hizmeti ihtiyaçlarını güvenceye alma ihtiyacı doğurmuştur. İşte bu ihtiyaç, özel sağlık sigortasının temel amacını oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortaları kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken herhangi bir bürokratik engel veya sorunlara takılmadan, kamu sağlık sigorta sistemlerine nazaran daha kolay bir şekilde faydalanmaları, özel sağlık sigortasına olan ihtiyacı daha da arttırmaktadır (Kender, 1985: 124-125).

2.2.2. Özel Sağlık Sigortası Ürünleri ve Çeşitleri

İlk olarak özel sağlık sigortasının ürünlerine bakılacak olursa karşımıza dört tür özel sağlık sigortası ürünü çıkmaktadır. Bunlar; ferdi (bireysel) sağlık sigortaları, aile sağlık sigortaları, grup sağlık sigortaları ve seyahat sağlık sigortalarıdır.

Ferdi Kaza Sigortası: Bireyin kendi bedenine zarar veren veya bedenine tehdit ve risk oluşturabilecek faaliyetlerde ortaya çıkabilecek konuyla ilgili durumlara ilişkin kişinin yasal

sorumluluklarını teminat kapsamı dahiline alan bir sigorta türüdür (Özbolet, 2014: 248). Ferdi kaza sigortası, sigorta sahibi kişinin ani ve beklenmedik bir olayın etkisiyle hayatını yitirmesi veya bedensel bir hasara maruz kalması durumunda kapsam dahiline alınmaktadır. Kaza hali sayılabilecek durumlar ise şunlardır (Kaya ve Kahya, 2017: 153):

- Ani ve beklenmedik bir şekilde maruz kalınan gazlar,
- Yanık ve ani bir hareketle ortaya çıkan kas ve sinir incinmesi, burkulması veya kopması,
- Yılan veya haşerat sokması sonucu meydana gelen zehirlenme hali,
- Isırılma durumunda meydana gelen kuduzun yol açabileceği ölüm veya bedensel sorunlar,

Ferdi kaza sigortası kapsamına dahil edilebilecek kaza türleridir.

Aile Sağlık Sigortası: Sigorta yaptıran kişi ile 18 yaşının altında sahip oldukları çocuklarının ve sigortalı eşinin sağlık sigortası kapsamına dahil edildiği sigorta türüdür. Prim ödemelerinde aile poliçeleri indirim bakımından kolaylıklarında sağlamaktadır.

Grup Sağlık Sigortası: Tüzel kişiliğe sahip kurum ya da kuruluşların sigorta ettiren konumunda bulunduğu, çalışan ve üyelerini bütün olarak sigortalattığı bir sağlık ürünüdür. Kurumsal açıdan yapılan sigortalar bireysel sigortalara göre oldukça kolaydır (Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi [MEGEP], 2011: 20).

Seyahat Sağlık Sigortası: Kişinin yurt içi veya yurt dışı seyahatlerde karşılaşılabileceği sağlık risklerini teminat kapsamına alan sigorta türüdür. Sigortayı yaptıran kişi seyahati sırasında yaptırdığı poliçenin geçerlilik tarihleri içerisinde ve organize edilen seyahat dönemi sürecinde meydana gelen bir kaza veya öncesinde var olan bir duruma bağlı olmaksızın ortaya çıkan hastalık sonucu, poliçede yazılı belirtilen teminatları kapsamaktadır. Kişinin seyahat sağlık sigortası genel şartlarının 5.maddesinde sigorta şirketinden aldığı poliçe asgari düzeyde şu şartları taşımakla yükümlüdür: (Türkiye Sigortalar Birliği Sağlık Sigortası Genel Şartları (2013), <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genel-sartlari.aspx?pageID=513/>).

- Bir anda ortaya çıkan rahatsızlık ve hastalıklarla ilgili tıbbi tedavi
- Sigorta yaptıran kişinin tedavi hizmeti alabileceği en yakın sağlık kuruluşuna sevki
- Sigorta yaptıran kişinin sağlık kuruluşundan taburcu edildikten sonraki ikametgâh adresine sevki
- Vefat etmiş olan sigortalı kişinin nakli

Özel sağlık sigortaları çeşitlerine bakıldığında ise karşımıza üç tür sağlık sigortası çıkmaktadır. Bunlar; ikame edici sağlık sigortası, destekleyici sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortasıdır.

İkame Edici Sağlık Sigortası: Kamu sağlık sigortalarının yerini alan ve temel teminat paketleri yoluyla sağlık risklerine teminat sunan özel sağlık sigortası türüdür (Orhaner ve Ekinci, 2019: 35). Türkiye’de kanunen tüm bireylerin zorunlu olarak genel sağlık sigortalısı olması nedeniyle uygulanması olanaksızdır. Birçok AB ülkesinde mevcut zorunlu sağlık sistemlerinin dışında tutulan bireyler ve isteğe bağlı zorunlu sigorta sisteminin kapsam alanı dışında kalan gruplar için bu sigorta türü uygulanmaktadır (SGK, 2014: 4).

Tamamlayıcı ve ilave edici sağlık sigortalarından tüm bireylerin faydalanma olanağı vardır ve AB üyesi ülkelerde bu sigorta türlerinden uygulanmaktadır. Ancak ikame edici sağlık sigortası için bazı kısıtlamalar mevcuttur. İkame edici sağlık sigortası sadece bazı ülkelerde ve o ülkelerde de belirli gruplara sunulmuştur. Örneğin, Hollanda’da bu sigorta türü 2006 yılından önce sadece gelir düzeyi yüksek kişiler kapsam dahiline girebilmekteydi. Hollanda gibi aynı şekilde Belçika ve Avusturya’da da iş statüsü veya mesleklere göre belirli kriterler ışığında sigorta hizmeti sunulmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2004: 16).

Destekleyici Sağlık Sigortası: Kamu sağlık sigortası kapsamı dışında tutulan, ek sağlık hizmetleri için temel sağlayan özel sağlık sigortası türüdür. Bu sigorta türünde amaç, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasından çok tüketicinin seçim şansını daha da arttırmak ve daha modern otelcilik hizmet erişimi sunmaktır. Bu sigorta türünde özel doktora tedavi olma, özel hastanelerden hizmet alma veya devlet hastanelerinde özel odalarda konaklama ve bekleme listelerinde öne geçme gibi birçok fırsat sunmaktadır.

Maliyeti kamu hastanelerinde aynı olan hizmetlerde ayrıcalık sağlayan ve özel fırsatlar sunan destekleyici sağlık sigortası Yunanistan, İspanya, İtalya ve İngiltere gibi ülkelerde sıklıkla kullanılmaktadır (SGK, 2014: 5).

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası: Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası ilk defa 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda yer almıştır. Kanunun 98.maddesinde, kurumun uygun gördüğü taktirde yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasının usul ve esaslarını Hazine Müsteşarlığı’nın ortaya koyacağı belirtilmiştir (SSGSSK, 2006: madde 98).

Özel Sağlık Sigortaları yönetmeliğinin 18.maddesine göre, genel sağlık sigortası kapsamı dahilinde SGK tarafından karşılanmayan veya tam olarak karşılanmayıp ilave bir ücrete tabi olan sağlık hizmetleri harcamalarının özel sağlık sigortası teminatı veren şirketler tarafından

karşılanacağı ifade edilmiştir. Ayrıca, bakıma muhtaç kişilerin bakım hizmetleri, yurt dışı sağlık hizmetleri ve tamamlayıcı sağlık sigortaları gibi durumları için de ilave teminat seçeneği sunmaktadır (Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 2013: madde 18).

2.2.3. Özel Sağlık Sigortası Teminat Yapısı

Sağlık sigortaları genel ve özel şartların toplamı sonucu oluşmaktadır. Genel şartlar tüm şirketlerin uyma yükümlülüğü göstermesi gereken kurallardır. Özel şartlar ise şirketlerin Türk Ticaret Kanunu'na aykırı olmamak kaydıyla belirlenen kurallardır. Türk Ticaret Kanunu'nun da sağlık sigortası teminatları ile ilgili şu hükümlere yer verilmiştir:

Sağlık sigortası ile sigortacı;

- Tedavinin tıbbi açıdan yatarak yapılmasının gerekli olduğu hallerde günlük hastane masrafları,
- Sigortalının yaşadığı hastalık sonucu çalışamaması sebebiyle elde edemediği gelirler için ortak uzlaşılan günlük iş görememe parası,
- Sigortalı bakıma muhtaç duruma geldiği an, bakımı sebebiyle doğan giderler veya uzlaşılan gündelik bakım parası için teminat vermektedir.

Teminat, aksi belirtilmedikçe, yukarıdaki tutarların hepsini kapsamaktadır. Sağlık sigorta teminatları sağlık poliçelerinin için oldukça önemlidir. Sağlık poliçelerinden en iyi şekilde faydalanabilmek için ihtiyaca uygun teminat yapıları ve şekilleri seçilmelidir. Özel sağlık sigortaları teminat yapılarına göre iki gruba ayrılmaktadır. Ayakta tedavi teminatı ve yatarak tedavi teminatı olarak iki gruba ayrılan teminat yapılarında standart teminat kapsam ve poliçe şartlarına ek olarak bir de ilave teminatlar bulunmaktadır (MEGEP, 2011: 5).

Ayakta Tedavi Teminatı: Ayakta tedavi teminatı, genelde tek başına satılmayıp hastane tedavisi teminatlarına ilave olarak sunulmaktadır. Hastane tedavisi teminatı ameliyat ve hastanede tıbbi tedavi giderleri gibi yüksek harcama gerektiren maliyetlerin yerine hekim muayenesi, reçeteli ilaç gibi nispeten daha düşük maliyet ve riskleri kapsamaktadır. Fakat, sigorta sahibi kişinin seçim yaptığı bir durumda kullanım önceliğinin kendinde olması bu teminatın sık kullanılmasına ve kişi başına düşen maliyetlerin yüksek olmasına ve bunun da sonucunda sigorta priminin yüksek olmasına neden olmaktadır (Özbolet, 2014: 154).

Yatarak Tedavi Teminatı: Yatarak tedavi teminatı, sigorta sahibi kişinin tıbbi bakımdan hastanede yatmasını veya acil hastane hizmetlerinden ya da hastanede yatmasına gerek olmayan fakat hastanede yapılması şart olan gündüz hastane hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır. Herhangi bir cerrahi müdahalenin olup olmadığına bakılmaksızın yatılı tedavilerde, ameliyathane masrafları,

tıbbi malzeme giderleri ve kullanılmakta olan ilaçların giderleri poliçenin kapsamı dahilindedir (Özbolet, 2014: 155).

İlave Teminatlar: Yatarak tedavi teminatları ve ayakta tedavi teminatları dışında kalan, ilave prim ödeyerek poliçe kapsamı dahilinde olan teminatlardır. İlave teminatları daha çok grup sağlık sigortalılara uygulanmaktadır. İlave teminat kapsamında olan teminatlar; gündelik tazminat giderleri teminatı, yurtdışı tedavi giderleri teminatı, doğum teminatı, kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz giderleri teminatı, ambulans hizmetleri teminatı, yardımcı tıbbi malzeme ev suni uzuv giderleri teminatı ve diğer teminatlardır (MEGEP, 2011: 9).

2.2.4. Türkiye ve Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları

2.2.4.1. Türkiye Özel Sağlık Sigortası Gelişimi ve Mevcut Durumu

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı Avrupa ve Amerika’ya nazaran daha geç başlamıştır. Sağlık konusunun kötüye kullanıma açık olmasından ötürü şirketler çok uzun bir süre bu alana girmemişlerdir. Bugünlerde mevcut olan sağlık sigortası kapsamında ilk sağlık sigortası ürünü 1976’da “Başak Sigorta” olmuştur. Başak Sigorta 1976’da, Ziraat Bankası’nda hesabı olan kişilerin teminat altında olduğu gündelik tazminatı dahil eden bir grup sağlık sigortası uygulamıştır. 1982 yılında Şark Sigorta, Uluslararası Bankası’nın çalışanlarının kendileri ve ailelerini kapsayan oldukça geniş bir teminat paketi sunmuştur. Paket kapsamında doktor, muayene ve ilaç harcamalarının %80’ini, yatar hasta konumunda ise tamamını sigorta karşılamaktaydı. 1987-1988 yıllarında Batı Sigorta, yaş ve cinsiyet ayrımı gözetilmeksizin tüm yaş toplulukları için teminat paketleri sunmuştur. 1988-1989 yıllarında Halk Sigorta, ferdi sağlık sigortasını yürürlüğe koymuştur. Yine 1989 yılında Anadolu Sigorta, Genel Sigorta ve Oyak Sigorta grup sağlık sigortalarını içeren sigorta teminat paketleri sunmuşlardır. 1990 yılında ayrı bir branş olana kadar özel sağlık sigortaları küçük çaplı olarak hizmetlerine devam etmişlerdir. 12.01.1990 tarihinde Bakanlar Kurulu Kararı ile özel sağlık sigortaları ayrı bir branş olmuşlardır ve 11.02.1990 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmışlardır (Güçkan ve Tuncel, 2000: 146-153).

Genellikle devlet tarafında sunulan teminatlara ek bir güvence vermek, daha kaliteli sağlık kuruluşlarında tedavi imkanları sağlamak, sosyal sigortanın dahil olmadığı alanlarda teminat olanağı sunmak amacıyla kurulan özel sağlık sigortaları, 1991 yılından sonra oldukça tanınır hale gelmiş ve özellikle özel sektörde faaliyet gösteren işletmelerin grup sigortaları uygulamasıyla kapsam alanını daha da büyütülmüştür (Uzun, 2015: 113).

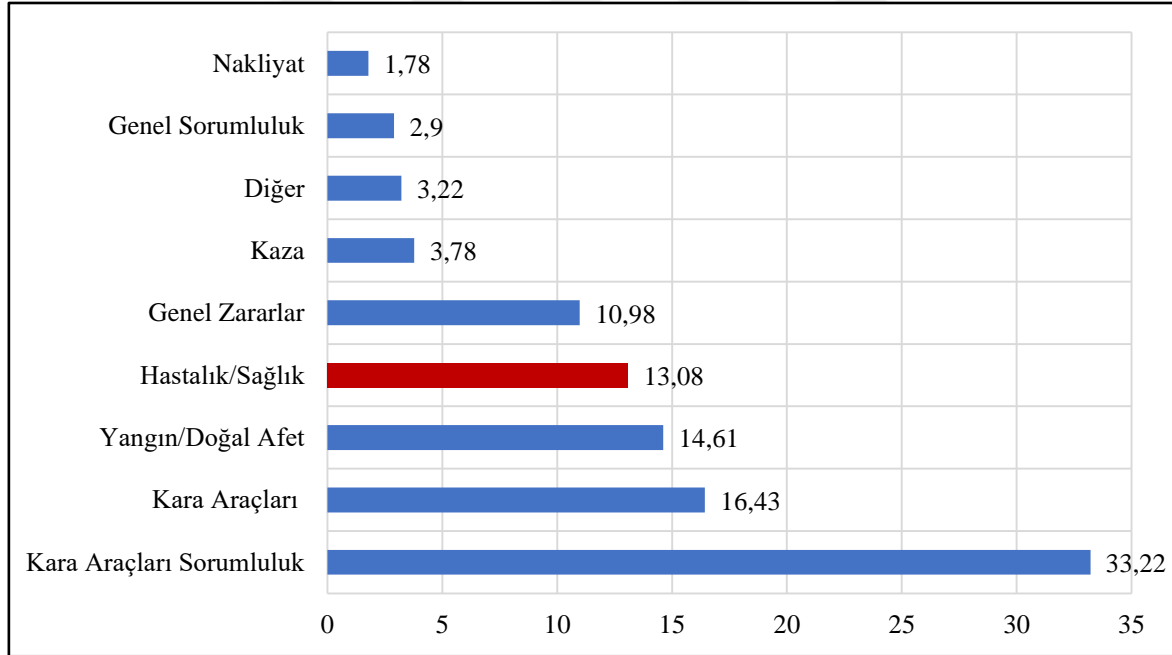
1980 sonrasında bütün devletlerin benimsediği yeni liberal politikaların yaygınlaşmasıyla Türkiye’de de bu tür politikalar kapsamında yenilikler yaşanmıştır. “Sağlık Reformu” ve “Sağlıkta Dönüşüm” adı altında sunulan sağlık hizmetlerinde hem finansman hem de sunum bakımından

büyük değişiklikler meydana gelmiş ve devlet sağlık hizmetleri alanında büyük bir değişim gerçekleştirmiştir. Bu dönemler itibariyle sağlık alanında özel hastanecilik ve özel sağlık sigortacılığı büyük bir hız kat etmiş ve gerçekleştirilen politikalarla ihtiyaç sahipleri bu alana teşvik edilmiştir. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti anlayışının yerine tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı benimsenmiştir. Bu sebeple özel sağlık sigortalarının önemi daha da artmış ve bu durum ekonomik büyüme ve gelişmede sağlık alanında yapılan yatırımlara ön hazırlık sağlamıştır.

Özel Sağlık Sigortacılığı Yönetmeliği 2007 yılında hazırlanmaya başlamış ve 2008 yılında 5510 sayılı Kanun'un 98.maddesinde "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" adı altında değinilmiştir.

Türkiye'de 2018 yıl sonu itibariyle sigorta sektörünün %88,9'u hayat dışı, %11,1'i hayat sigortalarından oluşmaktadır. 2018 yılı sonunda mevcut 45 sigorta şirketi faaliyetlerine devam etmektedir. Bununla birlikte sigorta sektörünün %11,43'ü hastalık/sağlık sigortalarından oluşmaktadır (Türkiye Sigortalar Birliği Resmi İstatistikler (2018), <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909/>).

Grafik 1: 2018 Yılı Hayat Dışı Branşlarda Direkt Primlerin Branş Bazında Dağılımı (%)



Kaynak: TSB, 2018.

Grafik 1'de görüldüğü gibi 2018 yılında hayat dışı branşlarda üretilen toplam primlerin %13,08'ini özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır. Hastalık/Sağlık Sigortası tüm branşlar içerisinde prim üretimi açısından 4.sırada yer almaktadır.

Tablo 3: Satış Kanalı Bazında 2019 Yılı Prim Üretimi (%)

Branşlar	Merkez	Acente	Banka	Broker	Diğer	Toplam
Sağlık	10,1	53,1	8,6	28,2	0	100
Seyahat	5,0	80,8	6,9	7,4	0	100
Acil Sağlık	1,1	19,3	76,5	1,2	1,8	100
Tamamlayıcı Sağlık	11,3	56,2	17,2	15,3	0,1	100
Yabancılar için Sağlık	0,1	69,2	0,3	30,4	0	100
Toplam	9,8	53,4	9,4	27,4	0	100

Kaynak: TSB, 2018.

Tablo 3'te 2019 yılındaki sağlık sigortası satış kanalı bazındaki prim üretimleri incelendiğinde, sağlık, seyahat sağlık, tamamlayıcı sağlık ve yabancılar için sağlık sigortası branşlarından en yüksek prim ödemesini acentelerin yaptığı görülmektedir. Acenteler, sağlık sigortasında %53,1, seyahat sigortasında %80,8, acil sağlık sigortasında %19,3, tamamlayıcı sağlık sigortasında %56,2 ve yabancılar için sağlık sigortasında %69,2 oranında prim üretimi gerçekleştirmiştir. Acentelerden sonra en fazla prim ödemesi ise brokerler aracılığıyla gerçekleşmiştir.

Tablo 4: Hastalık/Sağlık Sigorta Şirketlerinin 2019 Yılı Pazar Payları ve Prim Değişimleri

Şirketler	Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı (%)
Allianz Sigorta AŞ	3.046.699.823	36,45
Bupa Acıbadem Sigorta AŞ	1.578.795.793	18,89
Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	822.909.219	9,85
Mapfre Sigorta AŞ	707.782.796	8,47
Aksigorta AŞ	390.931.857	4,68
Axa Sigorta AŞ	386.168.238	4,62
Güneş Sigorta AŞ	281.347.687	3,37
Groupama Sigorta AŞ	203.869.222	2,44
Sompo Sigorta AŞ	114.624.801	1,37
HDI Sigorta AŞ	109.749.489	1,31
İlk 10 Şirketin Toplamı	7.642.878.923	91,44
Sektör Toplamı	8.358.100.508	100,00

Kaynak: TSB, 2018.

Tablo 4'e bakıldığında, Türkiye'de hastalık/sağlık branşında faaliyet gösteren toplam 40 şirket arasından ilk 10 şirketin 2019 yılı toplam üretim ve pazar payları ve sektör toplamı görülmektedir. Pazar payı oranlarına bakıldığında Allianz Sigorta AŞ %36,45; Bupa Acıbadem Sigorta AŞ %18,89; Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi %9,85 ve Mapfre Sigorta %8,47'dir. Hastalık/sağlık branşında aktif faaliyet gösteren bu ilk 10 şirket, pazarın toplam payının %91,44'ünü oluşturmaktadır. Özellikle ilk 2 şirket Allianz Sigorta ile Bupa Acıbadem Sigorta şirketleri toplam payın yarısından daha fazla bir üretim gerçekleştirmektedirler.

Tablo 5: 2009-2018 Yılları Arası Türkiye'nin GSYİH'sı ve Özel Sağlık Sigortası Verileri

Yıllar	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (000 TL)	Toplam Sağlık Harcaması (000 TL)	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içinde Sağlık Payı (%)	Özel Sağlık Sigortası Prim Tutarı (000 TL)	Özel Sağlık Sigortalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)
2009	999.191.848	57.911.000	5.80	1.415.181	2.44
2010	1.160.013.978	61.678.000	5.32	1.705.491	2.76
2011	1.394.477.166	68.607.000	4.92	1.998.946	2.91
2012	1.569.672.115	74.189.000	4.73	2.237.100	3.01
2013	1.809.713.087	84.390.000	4.66	2.473.114	2.93
2014	2.044.465.876	94.750.000	4.63	2.930.346	3.09
2015	2.338.647.494	104.568.000	4.47	3.436.530	3.29
2016	2.608.525.749	119.756.000	4.59	4.226.078	3.53
2017	3.110.650.155	140.647.000	4.52	5.026.464	3.57
2018	3.724.387.936	165.234.000	4.44	6.244.295	3.78

Kaynak: TSB, 2018.

Tablo 5'te görüldüğü gibi 2009 yılında 999 Milyon TL olan Türkiye'nin Gayrisafi Yurtiçi Hasılası 2018 yılında 3.724 Milyon TL seviyesine çıkmıştır. Bununla paralel olarak GSYİH içinde sağlığa yapılan harcamalar 57.9 Milyon TL'den 165.2 Milyon TL seviyesine gelmiştir. 2018 yılı verilerine göre GSYİH'nin %4,44'ü sağlığa ayrılmaktadır. 2009 yılında tüm sağlık harcamaları içinde özel sağlık sigortasının oranı 2,44 iken, 2018 yılında bu oran 3,78 seviyelerine ulaşmıştır. Özel sağlık sigortası primleri 2009 yılında 1,41 Milyon TL düzeylerinden 2018 yılında 6.24 Milyon TL düzeylerine çıkmıştır. Böylece özel sağlık sigorta primlerinin son 10 yılda %441 oranında arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

2.2.4.2. Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları

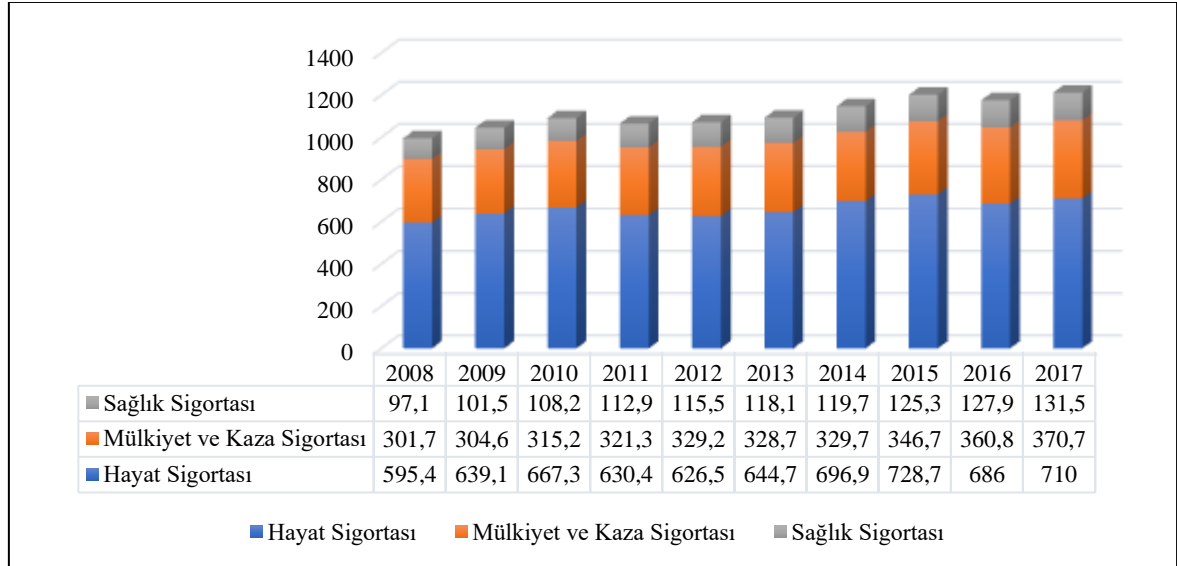
Avrupa Birliği ülkeleri kamu tarafından finansmanı sağlanan zorunlu sağlık sigortalarının yanına ek olarak özel sağlık sigortaları sunmaktadır fakat ülkelerin sağlık sistemlerinde özel sağlık sigortalarının rolü, büyüklüğü ve işleyişi açısından büyük farklılıklar vardır. AB ülkelerinde özel sağlık sigortaları tek başına veya temel sağlık sigortalarından ayrı olarak kullanılmadığından bu sigortaları zorunlu sağlık sigortalarıyla birlikte ele almak gerekmektedir.

AB kapsamına yeni dahil olan ülkelerde özel sağlık sigortaları destekleyici bir işleve sahiptir. Ancak özel sağlık sigortalarına ait en büyük değişim eski AB üyesi ülkelerde yaşanmıştır. Özellikle Belçika ve Hollanda gibi ülkelerde zorunlu sağlık sigortalarının yaygınlaşmasıyla özel sağlık sigortaları zamanla ortadan kalkmaktadır. Fakat İrlanda ve Danimarka'da da tam aksine son yıllarda tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilginin daha çok arttığı gözlemlenmektedir.

AB ülkeleri genelinde özel sağlık sigortalarına erişim 65 yaş ile sınırlandırılarak kısa dönemli sözleşmeler yapılmaktadır. İsteğe bağlı teminat sunan sigorta şirketlerinde genelde bazı konular istisna dışı bırakılmıştır. Örneğin son yıllarda Almanya’da alternatif özel sağlık sigortaları ile Belçika, Fransa ve Slovenya’daki özel sağlık sigortalarına daha katı kurallar getirilmiştir. Bunun dışında birçok AB ülkesi vergi kolaylığı sağlamak amacıyla özel sağlık sigortalarını özendirilmektedir. Zamanında yapılan büyük ölçekli vergi destekleri özellikle Hollanda ve İrlanda olmak üzere birçok AB ülkesinde özel sağlık sigortalarına olan talebi oldukça arttırmıştır. Son 5-10 yıl içerisinde bu vergi kolaylıkları ortadan kalkmasına rağmen özel sağlık sigortalarına olan ilgi azalmamıştır (Thomson ve Mossialos, 2004: 261-275).

Avrupa Birliği’nde sağlık hizmetlerinin yönetim, finans ve sunumu her üye ülkenin kendi sorumluluğundadır. Avrupa Birliği, kendi üye ülkelerine tek bir tip sağlık sistemi uygulaması şart koşmamaktadır. Hatta üye ülkelerin kendi sağlık sistemlerine kavuşmaları konusunda çaba bile sarf etmektedirler. Bu sebeple AB ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri birbirinden farklılık göstermektedir. AB ülkelerinde kamu tarafından prim ve vergi yoluyla finanse edilen zorunlu sağlık sigortaları ile özel sağlık sigortaları birlikte kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortalarının zorunlu sağlık sigortalarından ayrı olarak sunulduğu bir üye ülke bulunmamaktadır. Bu yüzden AB üyesi ülkelerde özel sağlık sigortalarını değerlendirirken zorunlu sağlık sigortaları ile ele almak daha faydalı sonuçlar doğuracaktır (Tunç ve Kıyak, 2015: 420-421).

Grafik 2: 2008-2017 Yılları Avrupa Birliği Toplam Primler

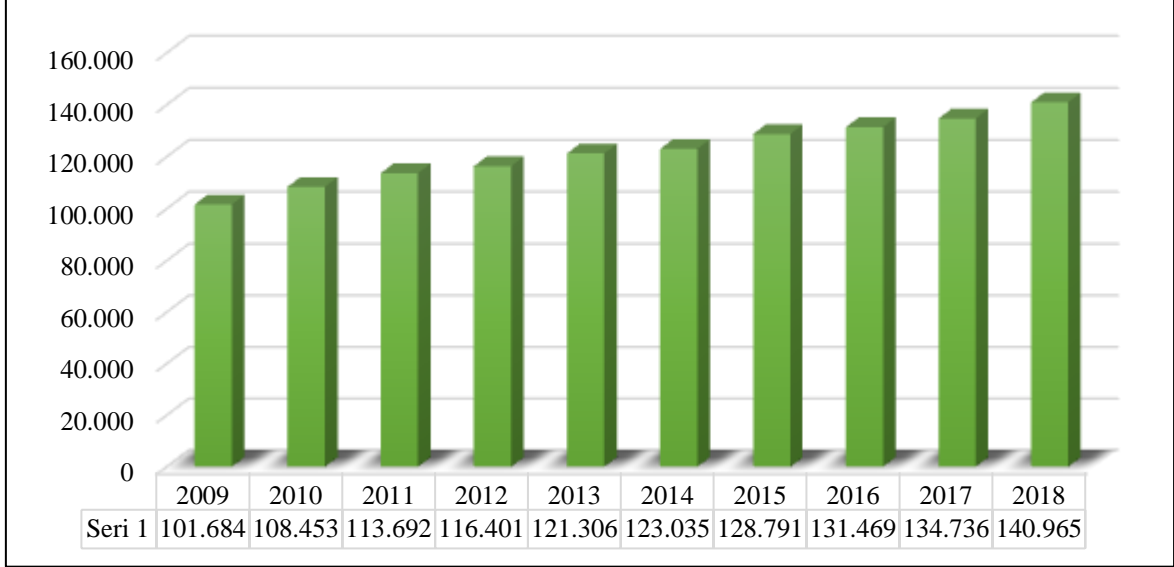


Kaynak: Insurance Europe, 2019.

Grafik 2’de görüldüğü gibi Avrupa Birliği sigorta piyasası yıllar itibariyle dalgalı bir performans izlemiştir. 2008-2010 yılları arası artış sağlanan sigortalar 2011’de tekrar düşüşe geçip

2014'te tekrar artışa geçmektedir. Branş bazında bakıldığında ise, en yüksek istikrar sağlık sigortalarında yaşanmıştır. Sağlık sigortaları 2008-2017 yılları arası her yıl artış göstermektedir.

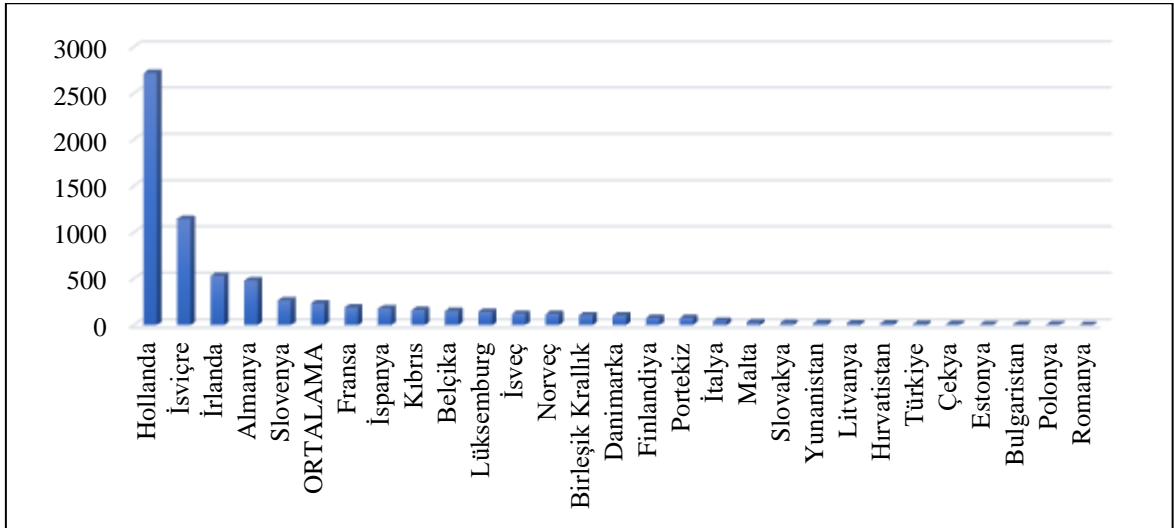
Grafik 3: 2009-2018 Yılları Avrupa'da Özel Sağlık Sigortası Primleri (Milyar €)



Kaynak: Insurance Europe, 2019.

Grafik 3'de görüldüğü gibi özel sağlık sigortası son 10 yılda sürekli artış gösteren bir performans göstermiştir. Özel sağlık sigortalarında bu denli artışın sebebinin AB üyesi ülkelerde artan yaşlı nüfus ve buna paralel olarak artan sağlık harcamalarının sonucu olduğu söylenebilir.

Grafik 4: 2018 Yılı Avrupa'da Kişi Başına Düşen Özel Sağlık Sigortası Primi (€)



Kaynak: Insurance Europe, 2019.

Grafik 4'te görüldüğü gibi, 2018 yılı verilerine göre Avrupa'da kişi başına düşen özel sağlık sigortası priminin en yüksek olduğu ülke 2.719 Euro değeri ile Hollanda'dır. Hollanda'yı 1.146 Euro ile İsviçre ve 532 Euro ile İrlanda takip etmektedir. Kişi başına düşen özel sağlık sigortası ortalamasının 235 Euro olduğu Avrupa'da ortalamanın üstünde kalan diğer iki ülke Almanya ve Slovenya'dır. Türkiye ise 28 ülkenin yer aldığı bu tabloda kişi başına düşen sigorta prim tutarı 13 Euro olarak 23.sırada yer almaktadır.

Avrupa'da toplam sağlık primi 2018 yılında %4,8 artarak 140 Milyar Euro seviyesine yükselmiştir. Sağlık sigortası penetrasyonu ise çok hafif bir miktarda artarak %0,79'dan %0,80'e gelmiştir. En az değişimin olduğu ülke olarak Macaristan'da bu değişim %0,01 iken en yüksek değişimin gerçekleştiği Hollanda'da bu oran %6'dır. Avrupa'da kişi başına düşen özel sağlık sigorta harcama tutarı 2017 yılında 222 Euro iken 2018 yılında 235 Euro olmuştur. Sağlık sigortası yoğunluğu Macaristan'da 1 Euro iken Hollanda'da 2.719 Euro'ya kadar çıkmaktadır. Ülkeler arasında gözlenen büyük farklılıkların sebebi her ülkenin kendi ulusal sağlık ve sosyal sistemine sahip olmasındandır.

2.2.5. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Alanında Yaşanan Sorunlar

Türkiye'de özel sağlık sigortası şirketleri ayrı bir branş olarak 1990 yılından bugünlere süregelen zamanda hem bir misyon üstlenme hem de en iyi şekilde hizmet verme çabası içindedirler. Ancak özel sağlık sigortası şirketleri gelişen sektörde gerekli ve düzenli bir şekilde örgütlenme oluşturamadıkları için çeşitli sorunlarla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Diğer sigorta branşları mal ve sorumluluğa yönelik olmasına karşın sağlık sigortaları insana yönelik olmasından ötürü diğer branşlardan tamamen ayrılmaktadır ve daha farklı sorunlarla karşılaşmaktadır (MEGEP, 2011: 28). Bu sorunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Sıklığı: Ödenen tazminat tutarlarının fazla olması yani başka bir ifadeyle Tazminat/Prim dengesinin sigorta şirketinin aleyhine olması özel sağlık sigortası için ilk olarak ele alınması gereken sorunların başında gelmektedir. Sigorta kapsamı dahilinde olan bir kişi için sağlık hizmeti sıfır veya çok az bir miktarda olacağından, yaşanan bu durum kişiyi daha fazla hizmet tüketmeye yönlendirecektir. Sigortalı kişi primin bir şekilde ödenmiş olduğu düşüncesiyle fazladan sağlık hizmeti başvurusu sonucunda gereksiz talep oluşturmaktadır. Sigorta şirketleri de bu durumdan kurtulabilmek adına daha fazla kişiyi sigortalı yapmak için uğraşmaktadırlar. Alınacak hizmetin fiyatının (0) olmasından ötürü bu sigortayı satın alanların doktora gitme sıklıkları artacak ve bununla sonucunda da özel sağlık sigortası sigorta şirketlerinin maliyetini arttıracaktır.

Karşılıklı İyi Niyet Prensibine Uymama: Sağlık hizmeti almak isteyen kişiler hakikaten de sağlık yönünden bir eksiklik veya sıkıntılarının olması gerekmektedir ve sadece bu durumlarda

sağlık kuruluşlarına başvurmalıdırlar. Ancak sigortalı kişi sigorta şirketi yapmış olduğu ödemenin karşılığını geri alma isteği düşüncesiyle bu durumu ihlal etmektedir. Sonuç olarak kişi yaptığı bu davranış sonucunda “karşılıklı iyi niyet prensibi” ile uyumamaktadır. Sunulan sağlık hizmeti, bu hizmeti talep eden kişilerin gerçekten ihtiyacı görüldüğünde karşılanmalıdır. Çünkü bu şekilde sunulan sağlık hizmeti sosyoekonomik açıdan oldukça faydalar sağlamaktadır (Özbolet, 2014: 260).

Hekim ve Sağlık Kuruluşlarının İnisyatifi: Özel sağlık sektörü alanında sigorta şirketi, sigortalı ve sağlık hizmeti sunan hastanelerden oluşan bir üçlü ilişki ağı mevcuttur. Sigortalı kişi kadar hekim ve sağlık kuruluşlarının tavır ve davranışları da özel sağlık sigortası için önemlidir. Fakat; özel sağlık sigortasına sahip olan kişiler ile sigorta sahibi olmayan kişilere uygulanan farklı fiyat tarifesi, ticari açıdan bir kazanç sağlamak maksadıyla bu olaya alet olunması ve ekonomik bakımdan daha uygun teşhis ve tedavi yöntemleri varken daha pahalı yöntemlerin tercih edilmesi özel sağlık sigortasının karşılaştığı en başlıca sorunlardandır ve bu durumun özel sağlık sigortasının geleceğini de olumsuz yönde etkilemesi muhtemeldir (MEGEP, 2011: 28).

Rekabetin Sadece Fiyat Boyutunda Yaşanması: Özel sağlık sigortası piyasasında aşırı rekabet sadece fiyatlara yönelik meydana gelmektedir. Özellikle grup sigortalarında pazara yeni giren şirketlerin, büyüme amacına bakılmaksızın, iş alma isteklerinden ötürü fiyatlar gerçek değerinden daha aşağıya doğru bir hareket içinde olmaktadır. Ayrıca rekabetin yalnızca fiyatla yapılması, diğer tüm unsurların rekabete konu olamaması, verilen hizmetlerin yetersiz kalmasına ve sigortacılık alanında bir gelişme sağlanamamasına neden olmaktadır (Özbolet, 2014: 262).

Limitsiz Poliçe Satışı Sorunu: Son dönemlerde sağlık sigortası poliçelerinde limitsiz teminat sunan yeni ürünler ortaya çıkmaktadır. Pazarlama anlayışı rahatlatıcı bir faktör olarak kullanılma arzusu güdülen “limitsizlik” olgusu, beklenen ilgiyi yaratmış olmasına karşın bir o kadar da sorunları beraberinde getirmiştir. Limitsiz poliçelerin potansiyel konumdaki sigortalı kişilere istedikleri ölçüde harcama yapma imkânı sağlamaları sektörü negatif etkilemiştir. Sigortalı kişiler “limitsiz” kavramından hareketle, sigorta süreleri boyunca en küçük sıkıntılarında onlara sunulan tetkik ve tahlilleri yaptırmaktan kaçınmamakta ve bu durumu kötü niyete kullanmaya devam etmektedirler. Bunun dışında, herhangi bir hasar talebinde bulunmamaktan rahatsızlık bile duymaktadırlar. Bu tür poliçeler, sektörün genelinde Hasar/Prim oranının %98'lere ulaşmasında büyük bir önem arz etmektedirler (MEGEP, 2011: 30).

2.3. Genel Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Karşılaştırılması

Genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası sistemleri arasında birtakım farklılıklar mevcuttur. Her şeyden önce temel farklılık amaçta ortaya çıkmaktadır. Genel sağlık sigortalarında amaç, toplumda dayanışmayı sağlayarak ekonomik ve sosyal risklere karşı kişilere insan hakkının

gereğince devletin de ekonomik gelişmişliğine paralel olarak birtakım yardım, hizmet ve parasal desteklerde bulunulmasıdır. Ancak özel sağlık sigortalarında amaç kar güdülmesidir. Bundan ötürü sigorta şirketi sosyal bir amaçtan ziyade karlılığı ön planda tutmaktadır. Genel sağlık sigortalarında zorunluluk esası vardır. Buna karşın özel sağlık sigortalarında ise isteğe bağlılık söz konusudur. Bireyler anayasal hak olan sosyal güvenlik hakkından kendi istekleri ile feragat da edemezler. Bir diğer önemli fark ise sosyal güvenliğin finansmanı ile ilgilidir. Sosyal güvenlikte primli ve/veya primsiz bir rejim söz konusudur. Hatta primli bir rejimde kişinin faydalandığı imkanların tam karşılığını ödemesi de muhtemel değildir. Bununla birlikte kişinin kendisinin prim ödemesine ilaveten işverenin ve bazı durumlarda devletin de desteği vardır. Ancak özel sağlık sigortasından karşılık kişiler tarafından ödenmektedir.

Ancak bu iki sigortanın kesiştiği bir ortak yön de söz konusudur. Hem özel sağlık sigortalarında hem de genel sağlık sigortalarında tehlikenin yükü geniş kitlelere dağıtılarak zarar kolayca telafi edilmeye çalışılmaktadır (Şakar, 2011: 53-55). Bu iki sigortanın birbirinden ayrılan tarafları Tablo 6'da gösterilmektedir:

Tablo 6: Genel Sağlık Sigortası ile Özel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Karşılaştırılması

GENEL SAĞLIK SİGORTASI	ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI
Sigorta ilişkisinin kaynağı Kanuna dayanmaktadır.	Sigorta ilişkisinin kaynağı sigorta sözleşmesidir.
Bu sigortadan faydalanabilmek için kişinin belirli bir statüyü kazanmış olması (memur, serbest çalışan vb.) ve bu statü dışında kalması durumunda devlet tarafından tespiti yapılarak sigorta kapsamına dahil edilir.	Bu sigorta türü herkese açıktır. Kişilerin yaş, cinsiyet, statü özellikleri gibi faktörlere bakılmadan değerlendirme yapılmaktadır.
Bu sigorta türünün sağlamış olduğu sağlık hizmetlerini sigortacı pozisyonunda bulunan devlet sunmaktadır.	Bu sigorta türünde ise sigortacı konumunda bulunan kurum özel sağlık sigorta şirketleridir.
Asıl amaç, toplumun sağlığını korumak, toplumdaki hastaları tedavi edebilmek ve iyileştirmektir. Çünkü toplumun sağlıklı olması, sosyal ve ekonomik gelişim için son derece önemlidir.	Burada ise bireysel çıkarlar ön plandadır. Genel sağlık sigortasındaki gibi toplumsal amaçlar göz ardı edilmektedir.
Bu sigorta türünde kamu hizmeti olarak sağlık hizmetleri sunulur ve sunulan hizmet kamu hizmeti olarak adlandırılır. Devletin herhangi bir kâr elde düşüncesi söz konusu değildir.	Burada ise sunulan hizmetler kâr elde etme amacıyla sunulmaktadır.
Bu sigorta türünün süresi devamlıdır. Her yıl yenileme işlemi gibi bir durum yoktur.	Özel sağlık sigortalarında ise sigorta süresi genellikle bir yıldır ya da bir yıldan daha kısa sürelerde yapılabilmektedir.
5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası hükümleri geçerlidir.	5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ile 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu sigorta hukuku hükümleri geçerlidir.
Genel sağlık sigortası zorunludur. Herhangi bir riske karşı herkese eşit koruma sağlar ve kötü riskler dışlanmamaktadır. Ayrıca kişilerin sözleşme içeriğini tespit etme özgürlükleri bulunmamaktadır.	Özel sağlık sigortası ise isteğe bağlıdır. Sigortacı sigortalayıp sigortalatmama, sigortalı ise prim ödeyip ödememe, sigortacıyı seçme ve sözleşme içeriğini istediği gibi tespit etme hakkına sahiptir. Ayrıca sigortalı kişi genellikle kötü riskleri teminat dışı tutmaktadır.

Kaynak: Orhaner, 2018: 126-127

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ UYGULAMALARI

3.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Tanımı

Sosyal sigorta sistemlerinden hiçbiri tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacı taşımamaktadır. Bilinen bu gerçek, karşılanmayan veya bireylerin beklentileri karşısında eksik ve yetersiz kalan alanlarda iki yöntemi ön plana çıkarmaktadır. Bu yöntemlerden birincisi, riskin gerçekleşmesi halinde doğrudan cepten yapılan ödemelerdir. İkinci yöntem ise, riskin paylaşılarak özel sigorta aracılığıyla ödenmesidir. Hakikaten, emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da bireylerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara ilişkin “Bireysel Emeklilik Kanunu” yasalarla faaliyete geçirilmiş bulunmaktadır. Yapılan bu faaliyetin sağlık alanında da gerçekleşmiş hali “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” adıyla yeni bir özel sağlık sigortası ürününü ortaya çıkarmıştır (Tapan, 2008: 76).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, kamunun vermekte olduğu sağlık sigortasının teminat paketi kapsamına dahil olmayan ya da dahil olmasına karşın ek ücret ödemesi ile sağlık hizmet giderlerinin, hizmeti alan bireyler tarafından cepten ödemesi yoluyla finanse edilen bir özel sağlık sigorta ürünüdür. Bu hizmetten yararlanan bireyin üzerinde olan sağlık harcama risklerini sigorta şirketleri belirli bir prim karşılığında kendi üzerinde tutmaktadır (SGK, 2012: 1). Minimum düzeyde yaşam şartlarını garanti eden sosyal sigortanın karşılamadığı sağlık giderleri, hizmeti alan bireylerin kendi sorumluluğundadır. Hizmeti alan bireyler, taşıdığı riski hem teminat kapsamı hem de belirli teminat yüzdeleri bakımından çeşitli paketlerle sağlık riski paylaşım yöntemi olan tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığıyla karşılamaktadır. Dolayısıyla, hizmeti alan birey ayakta ve yatarak tedavi giderlerinde oluşan maliyet farkını tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla karşılamaktadır (Çelik vd., 2004: 28).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortasının bir ürünüdür. Genel sağlık sigortası teminat paketleri içerisine dahil olmayan ya da teminat paketine dahil olup ancak kısmen karşılanan durumlarda bireyin cepten ödeme yapması gereken veya daha üst standartlarda hizmet almak istediği durumlarda bu sigorta türü ortaya çıkmaktadır. Kısacası, kurum tarafından kapsama alınmayan veya kapsama alındığı halde bireyin ek ücret ödemesi gereken sağlık hizmetlerinin

tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla kapsam altına alınmasını ifade etmektedir (Önder vd., 2016: 28).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, hem özel hizmet almak isteyen bireyler için daha az maliyetli bir sigorta olması hem kamu maliyetlerini düşürücü etkisi hem de özel sağlık kuruluşları için nefes anlamına geldiğinden tüm taraflarca pozitif bir şekilde karşılanmakta ve aynı zamanda özel sağlık sigortacılığında sigortalı kişi sayısı ve prim üretiminde yüksek oranda artışa sebep olmaktadır (Çelik vd., 2004: 31). Tamamlayıcı sigortanın mevcut uygulanan sistemden en önemli farkı; mevcut sistemde bireylerin kamu sağlık kurumlarından hizmet almak istemediğı durumlarda kamu sigortasının acil durumlar dışında hiçbir ödeme yükümlülüğünün bulunmamasıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortasında ise, bireylere hekim ve hastane seçme özgürlüğü sunulmakta ve ayrıca kamu ve özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmeti, kamu tarafından belirlenen fiyat tarifesi kadar ödemesi gerçekleştirilmektedir (Çelik vd., 2004: 40).

Genel sağlık sigortasının halkın sağlığı konusunda beklenen faydayı sunamadığı durumlarda sağlık sistemi kendi bünyesinde bazı alternatif çözüm olanaklarını içermektedir. Genel sağlık sigortasının sürekli bir şekilde büyüme eğilimi ülkeleri finansal bakımdan sıkıntıya sokmaktadır. Sosyal sağlık sigortası uygulamasını yürüten tamamlayıcı sağlık sigortası, gerçekleşen bu finansal yükü kısmen de olsa üzerine almaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlanmış olduğı faydalar, kamu sağlık sigortasının kapsamından fazlaca etkilenmektedir. Geri ödeme oranları, ülkeden ülkeye ve ülkelerdeki çeşitli sigorta poliçelerinin sunmuş olduğı alternatiflere göre farklılık göstermektedir (Mossialos ve Thomson, 2004: 66).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının en önemli özelliklerinden biri yüksek oranda olan erişilebilirliktir. Katılım paylarının oldukça yüksek olması, düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetine olan erişimini azaltmakta ve bunun sonucu olarak da sağlık hizmetleri eşit ve adil olmayan bir şekilde kullanılmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının tanınırlık düzeyi arttıkça ve düşük gelirli bireylerin bu sigortayı satın alması kolaylaştıkça bu eşitsizlik gittikçe ortadan kalkmaktadır. Bu sigortanın bir başka önemli özelliğı ise, sağlık hizmeti kullanımının artmasıdır. Tedavi ve ilaç masraflarının paylaşımı bireyleri (hastaları) maliyetler konusunda daha bilinçli yapacaktır. Fakat, eğer sigorta, masrafların bu kısmına uygulanırsa bireyler sağlık hizmetinin marjinal maliyetlerinin düştüğünü fark edecekler ve bunun sonucu olarak da daha fazla tüketeceklerdir. Ortaya çıkan bu ahlaki tehlike, artan sağlık hizmeti maliyetleriyle sona erecektir (Tajika ve Kikuchi, 2012: 129).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının sahip olduğı ilkeler ise şu şekilde özetlenebilir (Çelik vd., 2004: 51):

- Kapasitesinin çok altında çalışan özel sağlık kurumlarına daha yüksek kapasite sağlanarak maliyet avantajı yaratacak katkıları gözetmesi,

- Özel sağlık sigorta kurumlarının belirlediği tedavi endikasyonları, tedavi sürelerinin kontrolünde uyguladıkları denetim sistemlerinin gider azaltıcı faydalarından temel teminat paketi için de faydalanılması,
- Özel sağlık sigorta şirketlerinin ekonomik ve farklı seçeneklerle daha geniş bir kitleye ulaşma yönünde oldukça fazla katkı sağlayacak biçimde düzenlenmesi,
- Özel sağlık sigortası şirketleri arasında ortaya çıkabilecek agresif rekabete yönelik kamusal denetim mekanizmalarının oldukça verimli bir şekilde çalıştırılması.

3.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı

Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla kapsama dahil edilen genel sağlık sigortasına sahip birey ve bu bireylerin bakmakla sorumlu oldukları kimseler, SGK ile anlaşmalı sağlık hizmet sunucularından herhangi bir hizmet almaları durumunda ortaya çıkan ek ücretleri tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırarak “Sağlık Sigortası Genel Şartları ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel Şartları” kapsamında teminat altına almaktadırlar. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 98.maddede, katılım paylarının ödenmesi yükümlülüğünün sağlık hizmetlerinden faydalananlar tarafından yapılacağı ve bu ödeme yükümlülüğünün özel sigorta kurumları tarafından ödeme veya teminat konusu yapılamayacağı belirtilmiştir. Bu sebepten ötürü, katılım payları poliçe kapsamında değerlendirilmemektedir (SSGSSK, 2006: madde 98).

Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsadığı hizmetler bakımından; yatarak tedavi, ayakta tedavi, hekim muayenesi, reçeteli ilaçların temini, fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, doğum ek teminatı ve benzeri birçok sağlık hizmetini karşılamaktadır. Bu teminatlar daha detaylı olarak ele alınırsa üç grupta toplamak mümkündür. Bunlar; ayakta tedavi teminatı, yatarak tedavi teminatı ve doğum ek teminatıdır. Bir de bunların dışında uygulamada istisnai durumlarda söz konusudur (Çelik vd., 2004: 64).

Her sigorta şirketinin sağladığı teminat miktarı farklıdır. Aşağıda Türkiye’de sigortacılık faaliyetini sürdüren Güneş Sigorta AŞ’nin tamamlayıcı sağlık sigortası teminat listesi örnek olması bakımından sunulmuştur:

Tablo 7: Güneşim Tamamlayıcı Sağlık Poliçesi Teminat Listesi

Yatarak Tedavi Teminatları	Anlaşmalı Sağlık Kurumu					Anlaşmasız Sağlık Kurumu		
	Uygulama	Yıllık Limit	Olay Başı Limit	Yıllık Limit Grubu	Sigortalı Katılım %	Uygulama	Yıllık Limit	Yıllık Limit Grubu
Ameliyat	Yıllık	Limitsiz			0		Geçersiz	
Dahili Yatış	Yıllık	Limitsiz			0		Geçersiz	
Kara Ambulans	Yıllık	Limitsiz			0		Geçersiz	
Küçük Müdahale	Yıllık	Limitsiz			0		Geçersiz	
Özellikle Tıbbi Malzeme	Yıllık	30.000 TL			0		Geçersiz	
Suni Uzuv	Yıllık	10.000 TL			0		Geçersiz	
Yoğun Bakım	Yıllık	Limitsiz			0		Geçersiz	
Ayakta Tedavi Teminatları	Anlaşmalı Sağlık Kurumu					Anlaşmasız Sağlık Kurumu		
Teminatlar	Uygulama	Yıllık Limit	Olay Başı Limit	Yıllık Limit Grubu	Sigortalı Katılım	Uygulama	Yıllık Limit	Yıllık Limit Grubu
Doktor Muayene	Yıllık			Doktor Muayene	0		Geçersiz	
Fizik Tedavi	Yıllık	2.000 TL		Doktor Muayene	0		Geçersiz	
İleri Tam	Yıllık			Doktor Muayene	0		Geçersiz	
Tahlil Röntgen	Yıllık			Doktor Muayene	0		Geçersiz	
Yıllık Limit Grubu Listesi								
Limit Grubu	Limit	Muafiyet	Adet Limiti	Gün Seans Limiti				
Doktor Muayene			10 adet					

Kaynak: Güneş Sigorta, 2020.

Uygulamada istisnai durumlar ise şu şekilde özetlenebilir (Uzun, 2015: 136-138):

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin yürürlükte olabilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olması gereklidir.
- Poliçede belirtilen teminatlar sadece poliçede adı geçen kişiler için geçerlidir. Acil durumlar da dahil olmak üzere anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavileri ait giderler teminat kapsamı dışında ele alınmaktadır. Ayrıca poliçe kapsamında, SGK tarafından uygulanan bekleme süreleri dışında başka herhangi bir bekleme süresi uygulanmamaktadır.

- Sadece SGK tarafından kapsam altına alınan Genel Sağlık Sigortalı kişiler poliçeyi satın alabilmektedir. Bu kişiler aynı zamanda kendi isteklerine bağlı olarak yükümlü oldukları aile üyeleri için de ayrı birer poliçe alabilirler.
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası 0-60 yaş aralığında yapılabilmektedir, fakat 55 yaşından önce bu sisteme dahil olan ve istikrarlı bir şekilde primini yenileyen kişiler 60 yaşından sonra da sigortalanabilirler.
- Diş tedavisi ve diş hekimleri aracılığıyla yapılan tüm işlemler ve bununla birlikte diyetisyen ve psikolog hizmetleri de teminat kapsamı dışındadır.
- SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri teminat kapsamı dışında değerlendirilmektedir. Poliçelerde coğrafi sınır şartı söz konusudur, yani poliçede yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Dolayısıyla yurt dışı tedavi giderleri poliçe teminatı kapsamı dışındadır.

3.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği ve Önemi

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının gereklilik açısından dört temel nedeni vardır. Bunlar, kamu sağlık harcamaları üzerindeki harcama baskısı, cepten yapılan sağlık harcamaları, kayıt dışı sağlık harcamaları ve kamu sağlık hizmet sunucularından farklı hizmet arayışlarıdır.

3.3.1. Kamu Sağlık Harcamaları Üzerindeki Harcama Baskıları

Zorunlu olarak yapılan kamu sağlık sigortası uygulamalarında genelde ülkelerin üzerinde hissedilen harcama baskısını denetlemek ya da bu baskıyı azaltmak amacıyla, toplanan prim gelirlerinin artırılması, temel teminat paketlerinin kapsamlarının daraltılması ve fiyat tarifelerinin düşürülmesi ve bireylerin beklentilerine cevap verilmesi maksadıyla kullanılan araçların en başında tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi gelmektedir.

Bahsi geçen uygulamalardan en zor olanları prim gelirlerinin artırılması ile temel teminat paketlerinin daraltılmasıdır. Çünkü, sosyal devletin sahip olduğu rol ve bütün vatandaşlara sağlanan fırsat eşitliği bu kapsam neticesinde zarar görmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin yapısı sebebiyle fiyat tarifelerinin düşürülmesi ise toplam sağlık harcamalarının denetlenmesinde katkı sağlayabilmesine rağmen istenilen katkının elde edilebilmesinde birtakım sıkıntılar doğurmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin yapısı sağlık harcamalarını nispeten azaltmakta fakat genel nüfusun gittikçe yaşlanması ve mevcut hayat koşulları bu sistemin kullanım esnekliğini azaltmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ise yukarıda bahsedilen diğer sistemlerden farklı olarak, kamu sağlık sigortası üzerindeki harcama baskısını kontrol etmek ve azaltmak hususunda bütün araçların esnekliğini arttıran bir yapıya sahiptir (Çelik vd., 2004: 70).

3.3.2. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Cepten yapılan sağlık harcaması, direkt olarak hastalar veya hane halkı tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir. Cepten yapılan sağlık harcamaları pek çok ülkede toplam sağlık harcamalarının büyüklüğü ve payı açısından kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarından sonra gelen ikinci finansman kaynağıdır (Bora Başara ve Şahin, 2008: 321). Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasıyla bireylerin, belirli miktarlarda prim ödeyerek risk ve maliyet paylaşımı yoluyla cepten yapılan sağlık harcamalarını azaltıcı bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Cepten ödeme sisteminin tek başına bir sağlık hizmet finansmanı olarak uygulanması sorunlara neden olabilmektedir. Cepten yapılan ödemeler ayrıca hakkaniyet ve risk koruma bakımından da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle düşük gelir grubu ve düşük sağlık statüsü arasından doğrusal bir ilişkinin olduğu dikkate alınır, finansman yükü hem gelir hem de sağlık statüsü açısından en kötü konumda olan kişilere yüklenmektedir (Tatar, 2011: 113-114).

3.3.3. Kayıt Dışı Sağlık Harcamaları

Cepten yapılan sağlık harcamaları sürekli olarak kayıt altında tutulmamaktadır. Bu durum, ülkelerde var olan ekonominin kayıt altında tutulmasına olumsuz bir etki yapmakta ve ek bir yük getirerek sağlık harcamalarının külfetini arttırmaktadır. Bir ülkede gerçekleşen toplam sağlık harcamaları farklı sağlık finans kuruluşları arasında dağılmaktadır. Fakat ülkede sağlık alanında yapılan bütün harcamalar kayıt altında tutulmadığı için toplam sağlık harcaması rakamları tam anlamıyla gerçek sonucu göstermemektedir (Özgen, 2007: 52).

3.3.4. Kamu Sağlık Hizmet Sunucularından Farklı Hizmet Arayışı

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Reformu kapsamında, sağlık finansmanında sadece kamu sağlık finans kuruluşu oluşturulmuş ve genel sağlık sigortası sistemine geçilmiş ve aynı zamanda yeniden yapılandırılmalar gibi uygulamalar yürürlüğe girmiştir. Yapılan tüm bu reformlar ile sağlık sektörüne erişimin kolaylaştığı ve bu hizmetlerden herkesin adil bir şekilde hizmet alması sebebiyle kamu sağlık hizmet sunucularına olan talep gittikçe artmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre; yıllık kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında 3,1 iken 2018 yılında bu sayı 9,5’e yükselmiştir. Bu durum vatandaşların sağlık hizmetlerine rahat bir şekilde erişebildiğini göstermektedir. Aynı zamanda bu oran OECD ortalaması olan 6,8’den de yüksek bir orandır (Sağlık Bakanlığı, 2018: 159-165).

Genel olarak bakıldığında, hastanelerde uzun kuyrukların olması ve bu sebepten ötürü hizmet sunucularının vatandaşlara gereken zamanı ayıramaması, hastalara hastalıklarıyla ilgili teşhis ve tedavileri için oldukça uzak tarihlere randevu verilmesi, birçok kamu hastanesinin fiziki şartlarının

ve otelcilik hizmetlerinin yeterli olmaması gibi nedenler kişilerin kamu sağlık hizmet sunucularının vermiş olduğu hizmetlerin dışında daha farklı hizmet talebi içerisinde bulunmalarına neden olmaktadır (Öztürk, 2014: 38).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel sağlık sigortası üzerindeki harcama baskısını dengeleme ve kontrol etmede genel sağlık sigortası araçlarının esnekliklerini arttırmakta ve sistemin bir nevi sigortası konumunda bir yapı sunmaktadır. Bu özellikle birlikte, diğer çözümlerin çıkartabileceği sorunlar azalmakta ve sistem daha iyi bir işlev kazanmaktadır. Bununla birlikte, sosyal güvenlik kapsamı dahilinde kişiler, ödedikleri prim tutarı artmadan, teminat kapsamı daralmadan ve provizyon sistemi sebebiyle oluşabilecek gecikmeler yaşanmadan sağlık hizmeti kullanılabilir (Giray, 2010: 108-110).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının özel sağlık sigorta şirketleri tarafından uygun koşullarda sunulması ile (Özbolet, 2014: 55):

- SGK sağlık harcamalarında kontrollü kullanıma bağlı olarak bir azalış meydana gelecektir,
- SGK anlaşmalı özel sağlık kurumlarında meydana gelen finansal kırılganlık ve belirsizlikler son bulmuş olacaktır,
- Sigorta sektöründe ciddi ölçüde bir hacim artışı ve canlılık oluşacaktır,
- Hasta birey ile SGK anlaşmalı özel sağlık kurumları arasındaki para alışverişi büyük miktarda azalacaktır.

3.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları

3.4.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Avantajları

Tamamlayıcı sağlık sigortasının bazı avantajları oldukça önem arz etmektedir. Bunlar ele alınacak olursa (Tajika ve Kikuchi, 2012: 129; Tuncay ve Ekmekçi, 2005: 42; Çelik vd., 2004: 84):

- Tamamlayıcı sağlık sigortası, sigortalı kişiye yüklenen maliyetleri ciddi ölçüde azaltmaktadır. Ortaya çıkabilecek önemli hastalıklar nedeniyle oluşabilecek maliyetlere karşı sigortalı kişiyi korumaktadır.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasının sunduğu ürünlerin çeşitlilikleri yoluyla daha geniş kitlelere ulaşılmaktadır.
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat faktörü sebebiyle meydana gelebilecek baskılar azaltılmakta ve sağlık hizmeti sunucuları, belirlenen standartlara kadar olan ödemeleri kamudan, standart üstü olarak hesaplanan ödemeleri ise özel sağlık sigorta kurumlarından tahsil edebildiklerinden hizmet kalitesi açısından yaşanabilecek sorunlar önlenmektedir.

- Sağlık hizmeti alan bireylerin istedikleri hekim ve hastaneyi seçmeleri hususunda sınırları genişletilerek ortaya çıkabilecek yoğun talepler kontrol altına alınmakta ve bunun sonucunda hekim ve hastaneler üzerinde yoğunluk azalmakta, muayene için beklenen süreler kısaltılmakta ve hastanelerde gereksiz yığılmalar ortadan kalkmaktadır.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası ile hizmet sunucu görevinde olan sağlık kurumlarında kapasite kullanım oranı arttırılarak maliyet avantajları sağlanmaktadır.
- Özel ve kamu sağlık sektörü arasında risk paylaşımının pozitif etkilenmesi sonucu hizmet sunucularına yeni kaynaklar oluşturulmakta ve bu da sağlık alanında önemli ilerlemelerin oluşmasını sağlamaktadır.
- Genel sağlık sigortasına olan oldukça yüksek taleplerin tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına yönlendirilmesi sağlanmaktadır.
- Daha fazla kalemin tamamlayıcı sağlık sigortasına dahil edilmesiyle özel sigortalar yaygınlaşmakta, rekabet artmakta ve fiyatlar daha uygun hale gelmektedir. Bunun sonucunda da, özel sektörde paylaşılacak bazı giderler kamu üzerindeki sağlık harcaması yükünü hafifletmekte ve uzun vadede sürdürülebilir olması sağlanmaktadır.
- Var olan koşullarda yaşanmakta olan ve çoğu kez görmezden gelinen yaşanan etraftan dolaşma işi bu uygulama ile sona ermekte ve daha doğru ve daha sağlam bir sisteme geçilmektedir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası ile SGK'da lüzumsuz ve kötüye kullanım oranı oldukça azalmaktadır. Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortası, SGK sistemindeki tıkanıkları çözme konusunda en önemli aşamalardan biri olmaktadır.
- Artan rekabet ile sistem kendi içinde bir dengede oturmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile bu dengede; SGK, özel sigortalar, hastalar ve kurumlar eş zamanlı kazanımlar içinde olmaktadır.

3.4.2. Tamamlayıcı Sağlık Sektörünün Dezavantajları

Tamamlayıcı sağlık sigortasının bazı dezavantajları oldukça önem arz etmektedir. Bunlar ele alınacak olursa (Özer vd., 2014: 13; Tapan, 2008: 85; Çelik vd., 2004: 86):

- Genel sağlık sigortası teminat paketi kapsamının daraltılmasıyla kapsam dışında kalan sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası paketine eklenmeye çalışılmasıyla sosyal devlet kavramının gereğinden uzaklaşmaktadır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'ne göre teminat altına alınmayan hizmetlerin genel sağlık sigortası kapsamına eklenmesi hususunda kamusal açıdan oldukça ciddi bir baskı oluşturulmaktadır.
- Katılım paylarının özel sağlık kuruluşlarındaki kişilerin ceplerinden ödemesi ve emeklilerin kendi aylıklarından belirtilen tutarın sürekli kesiliyor oluşu yani kısacası

katılım paylarının sigorta kapsamı dahilinde olmaması tamamlayıcı sağlık sigortaları üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır.

- SUT'a göre reçetelere yalnızca bir kutu bedeli ve en fazla dört kalem sınırlamasının getirilmesi tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamlarını kısıtlamaktadır.
- Sigorta şirketleri, kâr amacı güttüğünden hitap edeceği hedef kitlesi ödeme imkanları oldukça yüksek ve risk düzeyleri de nispeten düşük kişilerdir. Ancak bu koşulda bu hizmete en çok ihtiyacı olan gruplar örneğin yaşlılar veya kronik hastalığı olan kişiler bu hizmetleri satın almak noktasında ve bu hizmete erişim konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası düşük gelirliler ve ödeme konusunda sıkıntı yaşamakta olan kişiler üzerinde bir finansal yük oluşturmakta ve bu kişiler sağlık hizmetlerinden diğerlerine nazaran daha düşük standartlarda faydalanmak durumunda kalmaktadırlar. Bu kişiler, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına dahil edilmediğinden ceplerinden daha fazla harcama yapmaktadırlar. Yaşanan bu durumu vatandaşlar arasında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanması hususunda birçok sorunu beraberinde getirmektedir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile sağlık hizmeti normalden daha fazla kullanılmaktadır. Bu da ahlaki tehlike sorununu ortaya çıkarmaktadır. Ahlaki tehlikenin neden olduğu etkiler de sağlık masraflarının artmasına sebep olmaktadır.
- Kamunun ödediği rakamın oldukça düşük olması ve bu tutarın gerçekte poliçe primlerinde ciddi anlamda bir indirim sağlayamayacağı bu sigorta uygulamasının bir diğer olumsuz etkilerindendir.
- Kamu sektörü, özel sağlık kurumları ile fiyat pazarlığı hususunda gücünü kaybetmektedir.
- Özel sağlık kuruluşlarının tamamlayıcı sağlık sigorta uygulamasını serbest bıraktıklarında ortaya çıkabilecek fiyat artışlarının kamu tarafından da olumsuz bir şekilde etkilenmesi söz konusudur.
- Özel sağlık sigortalarının fiyatlandırma ve uygulama ile ilgili farklılıkları, geniş kapsamlı ve oldukça çok seçenekli poliçelerde hata paylarını arttırmaktadır.

3.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Türkiye Uygulaması ve Gelişimi

Türkiye'de genel sağlık sigortası kapsamında faydalanılan sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde memnuniyet oluşturmaması sağlık alanında bir değişikliğin yapılmasına neden olmuştur. Ortaya çıkan bu değişiklikler sebebiyle devletin beklentilerinin var olan finansal kaynaklarla karşılanmaması sonucu bu sistem süreklilik noktasında birtakım sıkıntılar doğurmuştur. Bu sebeple sağlık alanında yapılmak istenilen farklılık ve değişiklikler sonucu tamamlayıcı sağlık sigortası modeli ortaya çıkmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile devletin sağlık hizmetleri ve sunumunda karşılaşılabilecek risklerin paylaşılması amaçlanmıştır. Bu sigorta sayesinde hem hizmet

sunucularında hem de bireylerin hizmet standartlarında en yüksek düzeyde maliyet kontrolü sağlanmıştır (Şahin, 2018: 30).

Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası kavramı ilk kez 1990’lı yıllarda gündeme gelmiştir. Bahsi geçen bu yıllarda “Sağlık Reformu” sistemi hazırlanırken; genel sağlık sigortası, sağlık finansman kurumu ve kişisel sağlık sigortası gibi çeşitli isimlerle adlandırılan taslaklarda tamamlayıcı sağlık sigortası da yer almıştır. Yasa maddelerinde “teminat paketleri dışında ilave hizmet almak isteyenler” ibaresiyle sürekli bahsedilmiştir. Mayıs 1996’da Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Yasa Tasarısı 20.maddesinde tamamlayıcı sağlık sigortası yer almış ve gerekçesinde de, “Kişilerin istekleri halinde kendi olanakları ile teminat paketi dışında ek hizmet de alabilecekleri ve özel sigortacılığın gelişmesine imkan sağlamak üzere, özel sigortacılık hizmetlerinden yararlanabilme haklarının saklı tutulduğu” ifade edilmiştir (Özsarı, 2017: 82-87).

Bu sigortaya ilk kez 5510 sayılı Kanun’un 98.maddesinde değinilmiştir. Kanun’un 98.maddesinde, yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortalarına dair usul ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmektedir. Hazine Müsteşarlığına verilen bu yetki 2013 yılında çıkarılan yönetmeliğe de bir dayanak oluşturmuştur. 23.03.2013 tarih ve 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği’nin 18.maddesinde; “Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası, SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki giderlere ilave masraflar, SGK tarafından karşılanmayan Türkiye’deki giderlerin ise özel sağlık sigortası şirketleri aracılığıyla karşılanacağı belirtilmiştir”. Bununla birlikte yasa maddesinde, sigorta şirketleri bakıma muhtaç koşulların oluşması halinde bakım hizmet giderleri, yurt dışı sağlık giderleri, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasına dair diğer konular için ilave bir teminat verebileceği, sözleşmenin şartları ve teminatları kapsamında sigorta şirketinin karşılayacağı ifade edilmiştir (Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 2013: madde 18).

28 Haziran 2012 tarihinde SGK tarafından tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları uygulamalarına dair 2012/25 sayılı bir genelge yayınlanmıştır. Yayınlanan bu genelgeye göre; ilave ücret tutarları, SGK tarafından karşılanmayan sağlık giderleri, otelcilik masrafları gibi hizmet alıcılarından alınan ödemelerin sigorta şirketleri tarafından ödenmesi sağlanarak, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar ile sigorta şirketleri arasında yapılan anlaşmaya göre, SUT bedeli SGK’ya, SUT bedelinin üstünde kalan kısmın ise sigorta şirketi tarafından ödenmesi sağlanmıştır (SGK, 2012: 2).

Genel olarak tamamlayıcı sağlık sigortasına bakıldığında bu sigorta türünün yürürlükte olabilmesi için genel sağlık sigorta sisteminin aktif bir şekilde olması gerekmektedir. Genel sağlık sigortası hak sahipliğini kaybeden bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası yürürlükte olmasına rağmen genel sağlık sigorta sistemleri aktif olmadığından sigorta teminat paketlerinden

faidalanamamaktadır. Bunun dışında, poliçede sigortalı olarak yer alan bireyler için sigorta teminat kapsamları geçerlidir. Poliçede yer almayan bireyler ise tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından yararlanamazlar. Ayrıca, tamamlayıcı sağlık sigortası Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde geçerli olup poliçede yer alan anlaşmalı sağlık kuruluşlarında geçerlidir ve SGK'nın karşılamadığı sağlık hizmetleri teminat paketi kapsamında değerlendirilmemektedir. (Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 2013: madde 18).

Sonuç olarak, yaklaşık 20 yıldır gelinen bu noktada, kamu ve özel sektörde planlayıcılar, karar vericiler ve uygulayıcılar genel sağlık sigortasına dayanak olacağı düşüncesiyle tamamlayıcı sağlık sigortasını yasal ve operasyonel açıdan olumlu şekilde karşılamışlardır. Bir başka bakış açısıyla genel sağlık sigortasının yasalaşma sürecinde “Eksik mi yapıldı ki tamamlanması gerekiyor” düşüncesini benimseyen teknokratların sayılarının oldukça azaldığı veya artık tamamen ortadan kalktığı söylenebilmektedir. Bir başka kesim ise “Her şey zaten var, tamamlanacak ne kaldı?” düşüncesini bırakıp bunun yerine “Hizmet kapsamını bu yolla da genişletmek mümkün olabilecek” fikrini savundukları gözlenmektedir (Özsarı, 2017: 84).

Üzerinde durulması gereken bir diğer önemli konu ise, tamamlayıcı sağlık sigortası sürecinde yaşanan prosedürlerin benzerinin genel sağlık sigortasında da yaşanmasıdır. Genel sağlık sigortası sistemi de uzun süre oldukça tartışılmıştır. Hatta halk için bir dönem ulusal bir politika seviyesine bile çıkmıştı. Fakat buna rağmen genel sağlık sigortası son 15 yıldır uygulanmaya başlamıştır. Genel sağlık sigortasına ilişkin ilk yasa tasarısı 30.Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından yaklaşık 55 yıl önce ortaya atılmıştır. Bu yüzden tamamlayıcı sağlık sigortasının eksiklik ve prosedür işlemleri genel sağlık sigortası gibi uzun soluklu olmaktan ziyade bir an önce hız kazanması ve genel sağlık sigortası sistemi ile paralel şekilde hizmete sunulması gerekmektedir (Tuncay ve Ekmekçi, 2005: 45).

Tablo 8: Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Branş Bazlı Prim Üretimleri-2019 (TL)

Prim Üretimi	Tüm Şirketler					
	Direkt		Endirekt		Toplam	
	Yurtiçi	Yurtdışı	Yurtiçi	Yurtdışı	Yurtiçi	Yurtdışı
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	985.475.586	0	10.512.985	0	995.988.571	0
Yatarak Tedavi	123.224.503	0	853.825	0	124.078.328	0
Yatarak ve Ayakta Tedavi	862.251.083	0	9.659.160	0	871.910.243	0

Kaynak: TSB, 2019.

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının 2019 yıl sonu itibariyle branş bazlı prim üretimlerine bakıldığında direkt primlerin 985 milyon, endirekt primlerin 10 milyon toplamda 995 milyon civarı prim üretim olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu üretimin 871 milyon civarı yatarak ve ayakta tedavi olarak karşılanırken, yalnızca yatarak tedavi primlerin sayısı 124 milyon civarındadır.

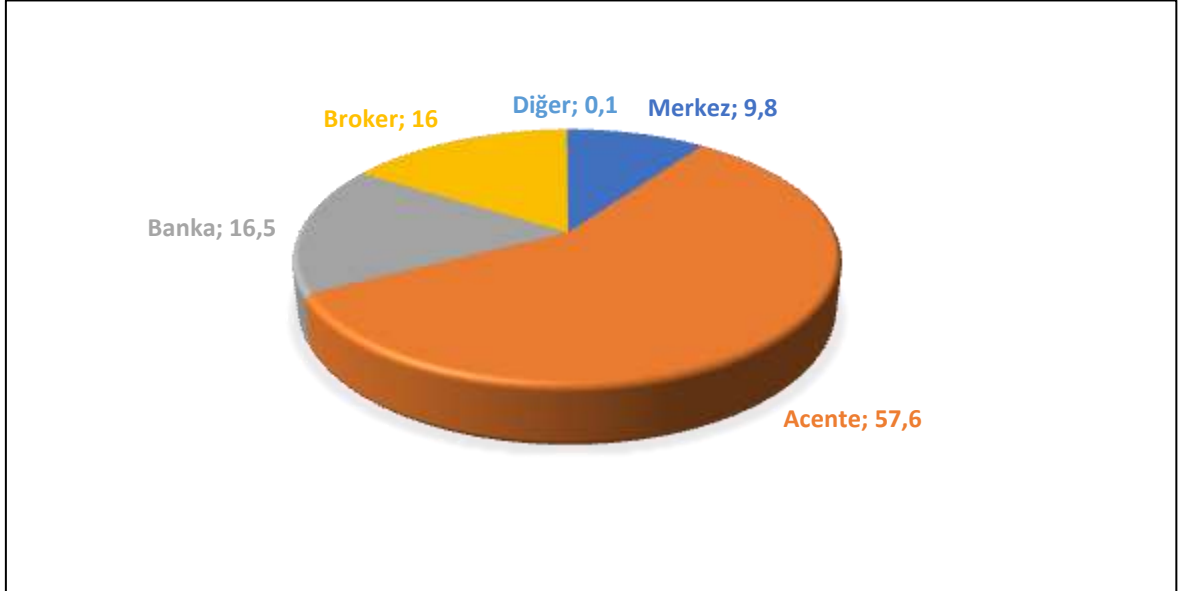
Tablo 9: Satış Kanalı Bazında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Prim Dağılımı-2019 (TL)

Branşlar	Merkez	Acente	Banka	Broker	Diğer	Toplam
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	97.423.915	573.583.371	164.598.720	159.723.720	658.845	995.988.571
Yatarak Tedavi	3.372.092	37.081.946	77.623.152	5.778.258	222.881	124.078.328
Yatarak ve Ayakta Tedavi	94.051.823	536.501.425	86.975.569	153.945.462	435.964	871.910.243

Kaynak: TSB, 2019.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının 2019 yılı prim dağılımlarında en yüksek pay acente şirketlerindedir. Acente şirketleri tek başlarına tüm primlerin %57,6'sına sahiptir. Acente şirketlerinden sonra en yüksek paya sahip 2.branş ise %16,5 oranıyla bankalar olmuştur. Aşağıda Grafik 5'te bu oransal dağılım detaylı olarak ele alınmıştır:

Grafik 5: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Satış Kanalı Oransal Dağılımı-2019



Kaynak: TSB, 2019.

Tablo 10: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Toplam Sigortalı Kişi Sayısı-2019

	Sigortalı Adedi		
	Hayat dışı Sigorta Şirketleri	Hayat ve Emeklilik Şirketleri	Tüm Şirketler
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	1.285.048	69.334	1.354.382
Yatarak Tedavi	272.422	9.576	281.998
Yatarak ve Ayakta Tedavi	1.012.626	59.758	1.072.384

Kaynak: TSB, 2019.

2019 yıl sonu itibariyle Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip toplam 1 milyon 354 bin civarı sigortalı kişi mevcuttur. Bu nüfusun 1 milyon 285 bin civarı hayat dışı sigorta

şirketlerinden oluşmaktadır. Tamamlayıcı sigortaya sahip 1 milyon 354 bin civarı kişinin 1 milyon 70 bin civarı yatarak ve ayakta ve yatarak tedavi imkanlarından faydalanmaktadır.

3.6. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamaları

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması Türkiye'ye nazaran Avrupa'da daha yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Genelde adı değişkenlik gösteren bu sigorta türüne "Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortaları" ismiyle tanınmaktadır.

Hizmet alıcıları, Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Portekiz ve İspanya'da ayakta tedavi hizmeti için sıklıkla tamamlayıcı sağlık sigortası satın almaktadırlar. Fakat dış tedavisi için çoğu Avrupa Birliği ülkesinde kapsama dahil edilmesi noktasında ayrımlar bulunmaktadır. Örneğin; Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere'de dış tedavisi kapsam altına alınmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2004: 68).

Aşağıda Tablo 11'de Avrupa Birliği ülkelerinde tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında neler olduğu ayrıntılı bir şekilde ifade edilmiştir.

Tablo 11: Avrupa Birliği Ülkelerinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tarafından Sağlanan Yardımlar

Almanya	Ayakta Bakım Hizmetleri, Dış Tedavisi
Avusturya	Hastanelere Günlük Ödeme (Nakit Faydası), Alternatif Tedavi
Belçika	Yatan Hasta veya Ayakta Hastaların Maliyetlerinde Ön Ödemesi Olmayan Hizmetler İçin Ortak Ödemeler, Bakıcı Maliyetleri (Muhtaç Durumda Olanlar İçin)
Danimarka	İlaçlar, Dış Tedavisi, Lensler Gibi Hizmetler İçin Ortak Ödemeler
Finlandiya	Bazı Kamu Sektörlerindeki Hastaların Maliyetleri, Seyahat Harcamaları
Fransa	Ortak Ödemeler, Ev Yardımları, Hastanelere Günlük Ödeme
Hollanda	Çoğunlukla Dış Bakımı, İlaçlar İçin Ortak Ödeme, Alternatif Tedavi
İngiltere	Nakdi Faydalar, Dış Tedavisi, Alternatif Tedavi
İrlanda	Ayakta Hastaların Uzman Danışmanlıkları ve Alternatif Tedaviler, Annelik Yardımları, Huzurevinde İyileşme Dönemleri İçin Yapılan Yardımlar
İspanya	Dış Tedavisi
İsveç	İlaçlar, Dış Tedavisi ve Alternatif Tedavi İçin Geri Ödeme
İtalya	Ortak Ödemeler, Dış Tedavisi, Hastanelere Günlük Ödeme
Lüksemburg	Dış Protezi, Yurtdışındaki Cerrahi Tedaviler, Hastanelere Ortak Ödemeler
Portekiz	Dış Tedavisi, Göz Hekimliği, Ortak Ödemeler, Nakdi Yardımlar
Yunanistan	Hastanelere Günlük Ödenekler (Nakit Faydası)

Kaynak: Thomson ve Mossialos, 2004: 70

Deloitte tarafından hazırlanan Survey of Health Care Consumers adı rapora göre; nüfusun %99'unun genel sağlık sigortasına sahip olduğu Belçika'da nüfusun yaklaşık %84'lük kısmının tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu görülmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası 1970'ten beri Danimarka sağlık sigortacılığında oldukça yaygındır. Tamamlayıcı sağlık sigortaları geleneksel olarak bilinen zorunlu sistemde ve kamu tarafından sağlanan hizmetlerin tamamının kapsamadığı durumlarda ortak ödeme yöntemiyle kullanılmaktadır. Diğer ülkelere nazaran Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması zorunlu sağlık sigortası fonları ile kıyaslandığında bu sigortanın zorunlu sigortalar üzerinde finansal bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bir başka ifadeyle, tamamlayıcı sağlık sigortası zorunlu sağlık sigortasının kapsam dahilinde almadığı mal ve hizmetleri aynı sağlık programında bir araya getirmektedir (Bellanger vd., 2005: 3). İsviçre'de ise tamamlayıcı sağlık sigortaları hem hastalık fonları hem de kâr amacı güden özel sağlık sigorta şirketleri tarafından verilmektedir. Bu iki sistemde de, riskler primlere göre ayarlanmakta ve yüksek risk taşıyan bireyler kapsam dışı tutulmaktadır (Kifmann, 2006: 153).

Genel olarak bakıldığında, Fransa'da nüfusun hemen hemen tümü (%96) tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptirler. Tamamlayıcı sağlık sigortasının Fransa'da bu denli yaygın olmasının sebebi; genel sigortalardan daha önce ve daha büyük çapta geliştirilen karşılıklı sigortalardan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortası talebinde gelir etkisinin oldukça yüksek olduğu ve tamamlayıcı sağlık sigortası harcamasının gelirler birlikte aynı ölçüde arttığı ortaya çıkmıştır (Grignon ve Kambia-Chopin, 2009: 24). Bunların dışında, Hollanda'da nüfusun %84'ü tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir (Tajika ve Kikuchi, 2012: 129).

3.6.1. İngiltere

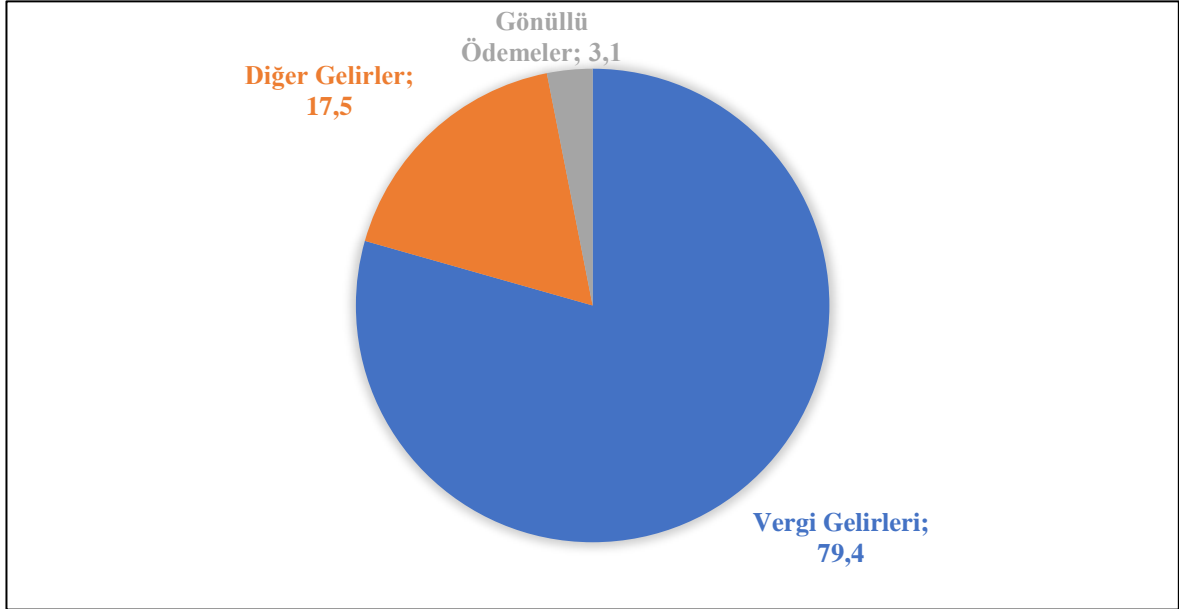
3.6.1.1. İngiltere'de Sağlık Sistemi ve Sigortacılık

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı devlet tarafından ücretsiz olarak karşılanmaktadır. İngiltere vatandaşlığı taşıyan herkes "NHS (Devlet Sağlık Hizmetleri)" tarafından sunulan sağlık sigortası kapsamına dahil edilmektedir. Ödenecek katkı payı, geliri belirli bir seviyenin üstünde olan tüm bireyler için zorunludur. Sağlık harcamalarının finansmanı genellikle iki temel kaynaktan sağlanmaktadır. Bu kaynaklar; %79'luk genel vergiler ve %18'lik çalışanlar kesilen ulusal katkı paylarıdır (Deloitte, 2015: 6).

Başka ülke vatandaşlığına sahip kişiler, EHIC (European Health Insurance Card) kartına sahip olmaları durumunda ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Bu karta sahip olmayıp, sadece ülkeye ziyaretçi olarak ya da yasa dışı göçmen olarak gelen kişiler ise yalnızca acil servis veya bulaşıcı hastalık tedavileri kapsamlarından ücretsiz yararlanmaktadırlar. NHS tarafından sunulan ve destek sağlanan bu sigortanın yanında İngiltere'de bir de gönüllülük

esasına dayalı özel sağlık sigortaları mevcuttur. Toplam nüfusun %8'i bu sigorta türünden de faydalanmaktadır (NHS Constitution, 2014: 3-4).

Grafik 6: Birleşik Krallık Sağlık Sistemi Finansman Kaynakları



Kaynak: OECD, 2018.

3.6.1.2. İngiltere’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

İngiltere’de sağlık sistemi içerisinde tamamlayıcı veya destekleyici terimleri kullanılmamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, poliçelerde “Özel Sağlık Sigortası” adıyla sunulmaktadır. Poliçenin adının özel sağlık sigortası olmasına karşın özellikleri incelendiğinde tamamlayıcı hizmetler içeren bir poliçe türü olduğu poliçe üzerinde belirtilmektedir. Commonwealth Fund yayınına göre İngiltere’de ortalama nüfusun %10,4’ü tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İngiltere’de “Özel Sağlık Sigortaları” olarak adlandırılan tamamlayıcı sağlık sigortaları her yıl yenilenmektedir. Bireyler kendi isteklerine bağlı olarak sigorta şirketlerini veya sigorta kapsamlarını değiştirebilmektedirler. Sigorta şirketleri, bu sigorta için başvuran tüm bireyleri kabul etme zorunluluğu taşımamaktadır (Deloitte, 2015: 9).

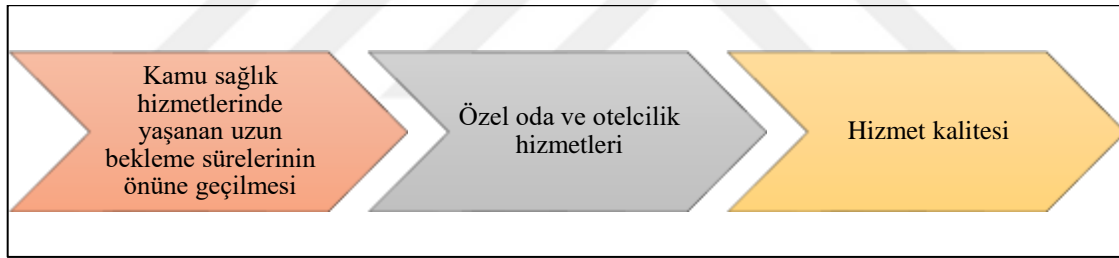
Sağlık hizmetlerinin belirli bir bölümü NHS tarafından karşılanmazken, bir bölümü ücrete tabi tutulmaktadır. NHS kapsamında; pratisyen hekim tedavisi, yatarak veya ayakta tedavi hizmetleri ve ilaçları, dış hizmetleri ve rehabilitasyon gibi hizmetler mevcuttur. İlaçlar, alınan katkı paylarına göre Birleşik Krallık bölgesi içinde farklılık göstermektedir. Örneğin, İngiltere’de reçete katılım payı alınmakta iken İskoçya ve Galler’de bu pay alınmamaktadır. Tezgâh üstü satılan ilaçlar ise NHS tarafından karşılanmamakta olup, halkın %41’i ilaçları bu şekilde temin etmektedirler. NHS hizmetleri aynı zamanda dış bakım hizmetlerini de karşılanmaktadır ancak

kozmetik amaçlı yapılan bir işlem söz konusu ise NHS bu tür işlemleri kapsam içine dahil etmemektedir (The Commonwealth Fund, 2017: 49-50).

Özel sağlık sigortaları, bireylerin ihtiyaçlarına göre sunulmaktadır. Örneğin, dar gelirli gruba mensup kişiler daha ekonomik bir paketi seçip, yalnızca yatarak tedavi, sınırlı sayıda hastane ağında cepten ödemelerin kısıtlı miktarını karşılayabilirken, daha kapsamlı ve yüksek gelir grubuna hitap eden poliçelerde, özel nitelikli Londra hastanelerinde ayakta veya yatarak tedavileri, fizik tedavileri ve psikoterapi gibi tedavilerde cepten ödemelerin büyük bir kısmını karşılayabilmektedir. Acil servis hizmetleri ise özel hastanelerde böyle bir birimin bulunmaması sebebiyle poliçe kapsamı dışında değerlendirilmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamı dışında bulunan bir diğer hizmet olan kronik hastalık tedavileri ise devam eden hastalık niteliğine sahip olduğundan kapsam dışı bırakılmaktadır. Fakat bu tür hastalıklar, poliçeye, sigorta şirketine ve durumlara bağlı olarak poliçe kapsamına dahil edilebilmektedirler (Eke ve Kişi, 2019: 2690-2694).

İngiltere’de tamamlayıcı sağlık sigortalarının tercih edilmesinde en temel etkenler kısaca şu şekilde ifade edilmektedir (Deloitte, 2015: 10):

Şekil 1: İngiltere’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri



Kaynak: Deloitte, 2015.

İngiltere vatandaşı olan tüm bireylerin NHS tarafından sunulan ücretsiz sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi sağlık hizmetlerine olan talebi de aynı ölçüde arttırmaktadır. NHS’nin kendisinden beklenen bu hizmetleri tam anlamıyla ve istenilen sürede verebilmesi çok zordur. Dolayısıyla pratisyen hekim tedavisi bekleyen ya da pratisyen hekim tarafından doktor randevusunu verilen hastaların bekleme süreleri oldukça uzundur. Son 10 yıl içerisinde tedavi kaydı yapılan 40.000 hasta, tedavilerine başlamak için yaklaşık olarak 18 haftadan uzun bir süre beklemişlerdir. Bu kişilerden 13.000’i 26 haftadan daha fazla beklemişlerdir. İşte bu uzun bekleme sürelerinin önüne geçilmesi adına tamamlayıcı sağlık sigortaları İngiltere için oldukça büyük önem arz etmektedir (Boyle, 2008: 75).

İngiltere’deki tamamlayıcı sağlık sigortalarının genel olarak nüfusu kapsama oranı Türkiye’ye de benzerlik göstermektedir. İngiltere’de devletin sağladığı sağlık sigortasının geniş

kapsamlı olması, kullanıcı katılım paylarının görece düşük olması ve tamamlayıcı sağlık sigortasının bilinirliğinin nispeten düşük olması bu sigorta türünün kullanımını azaltmaktadır. Ancak buna karşın nüfusun yaklaşık % 8'inin bu sigortaya sahip olması gelecek adına pozitif bir tablo çizmektedir. Çünkü, NHS'nin içinde bulunduğu finansal sıkıntılar, sistemin mali istikrarının sağlanması gibi hususlardan ötürü İngiltere'de tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanımı gittikçe yaygınlaşma eğilimi gösterecektir (Nuffield, 2013: 56).

Tablo 12: Birleşik Krallık'ta Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tamamlayıcı (Özel) Sağlık Sigortası	12,4	12,3	11,7	11,2	10,9	10,8	10,6	10,4	10,5	10,4	10,4

Kaynak: OECD, 2018.

3.6.2. Almanya

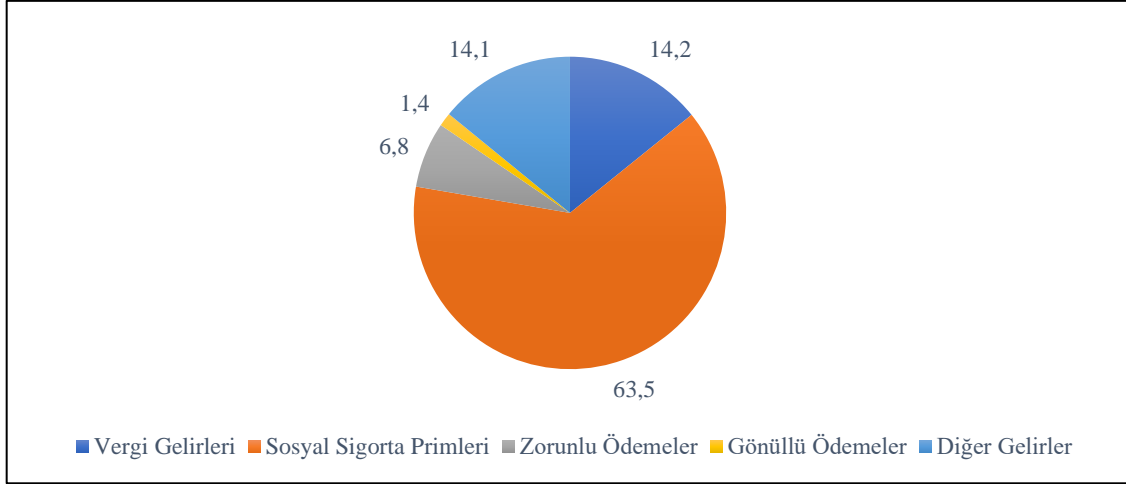
3.6.2.1. Almanya'da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık

Almanya, varlıklı ve bolluk açısından oldukça yüksek bir ülke olarak sağlık alanında son derece önemli gelişmeler katetmiştir. Ülkenin gelir bakımından seviyesinin yüksek olması sağlık alanında gelişmişliklerinin en temel faktörüdür. Almanya sağlık sistemi oldukça köklü bir geçmişe sahiptir. 1883 yılında Otto Von Bismarck'ın önderliğinde hayata geçirilen zorunlu sosyal sağlık sigortası Alman sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Hatta Almanya, Bismarck Modeli sisteminin ortaya çıktığı temel ülke konumundadır (Sargutan, 2006: 55). Almanya, toplam 16 eyaletten oluşmaktadır. Ülkenin nüfusu yaklaşık 82 milyon civarındadır. Genel politik ve siyasi konularda olduğu gibi sağlık sektöründe yapılacak reform ve yeniliklerde merkezi yönetim ve yerel yönetimler arasında karar alma noktasında bir güç paylaşımı vardır. Fakat, zorunlu sigortaların yönetiminde hükümet dışı kuruluşlar söz hakimidir (Karagan, 2008: 34-36). Alman sağlık sisteminde genelde merkezi bir bakış açısından ziyade daha çok özerklik benimsenmektedir. Lander olarak bilinen eyaletlerin yönetim kademelerinde geniş yetkiler söz konusudur. Merkezi yönetimler sağlık sistemleri için gerekli yasaları düzenlemektedirler ve bunların uygulanma noktasında yerel yönetimler ön plana çıkmaktadırlar (Busse ve Riesberg, 2004: 72).

Almanya'da sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı özel sektör ve kamu sektörünün birlikte çalışmasıyla elde edilmektedir. Ülkenin sağlık hizmet sistemlerinin iki temel dayanağı bulunmaktadır. Bunlar; zorunlu sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasıdır. Zorunlu sağlık sigortasının finansman kaynakları; işçi, işveren, devlet prim katkıları ve diğer gelirlerden oluşmaktadır. Burada bahsedilen prim katkıları, sigortalı kişinin gelirlerini belirli bir yüzdesi

kesilerek elde edilir. Kesilen bu prim oranları her yıl değişmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 87).

Grafik 7: Almanya Sağlık Sistemi Finansman Kaynakları



Kaynak: OECD, 2018.

Almanya, nüfusunun %99'dan fazlası sosyal sigorta kapsamı içindedir ve en önemli sosyal güvenlik aracı sosyal sigortalardır. Sosyal sigorta kapsamında bazı riskler mevcuttur. Bu riskler; iş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile işsizlik ve çocuk yardımlarıdır. Bu riskler için sigortalı kişilere 5 temel sigorta branşından belirli sigorta hizmetleri sunulmaktadır. Bu sigortalar; hastalık sigortası, bakım sigortası, kaza sigortası, yaşlılık sigortası ve işsizlik sigortasıdır (Ergin, 2007: 77). Almanya'da hizmet alıcılarına, hastane ve uzman doktor seçim konusunda belirli serbestlikler tanınmış, herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir. Özel sağlık sigortası dışında kalan kişiler hastalık sigortasının sağladığı imkanlar neticesinde sağlık sunucularına başvurabilmektedirler. Zaten sağlık sunucularının ve hekimlerin büyük bir çoğunluğu hastalık sigortası kapsamı dahilindedir (Belek, 2009: 25).

3.6.2.2. Almanya'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Almanya'da tamamlayıcı sağlık sigortalarının öneminin daha iyi anlaşılabilmesi için sosyal güvenlik kapsamında sunulmakta olan sigortaların içeriklerinin tam olarak bilinmesi gerekmektedir. Sosyal güvenlik kapsamı dahilinde sunulan sağlık sigortaları; önleyici hizmetler, ruh sağlığı, diş bakımı, fizik tedavi, yatarak veya ayakta hastane bakımı, doktor hizmetleri, tıbbi yardımlar, rehabilitasyon ve bakımevi gibi hizmetleri içermektedir. Kapsam dahilinde bahsedilen önleyici hizmetler ise, düzenli diş hekim muayenesi, temel aşılar, kronik hastalıklar için yapılan kontroller ve kanser taramalarını kapsamaktadır. Yasalarca herhangi bir sorun teşkil etmeyen reçeteli ilaçlar da sunulan sağlık sigortası kapsamı dahilindedir (Clarke ve Bidgood, 2013: 2-11).

Almanya’da tamamlayıcı sağlık sigortaları, sağlık sigortası kapsamında bulunmayan birçok hizmeti sunarken, sağlık hizmeti maliyetlerinin kapsam dahilinde sunulan sigortalara nazaran daha büyük bir bölümünü karşılayarak cepten ödemeler hususunda sigortalı kişiye çeşitli fırsatlar sunmaktadır. Sigortanın primleri, bireyin yaşına, sağlık durumuna ve kapsanan hizmete göre değişkenlik göstermektedir. Sosyal güvenlik kapsamı dahilinde yer alan bireylerden farklı olarak, tamamlayıcı sağlık sigortalarından faydalanan bireylerin kapsam dahilinde sunulan sağlık sigortalarının içerisinde belirtilen hizmetler için ödemesi gereken tutar oldukça düşüktür. Fakat bu sigorta tüm aile fertlerini kapsamamaktadır, her kişi için ek prim ödenerek sigorta yaptırılması gerekmektedir. Bu sebepten ötürü tamamlayıcı sağlık sigortası bekâr veya çocuk sahibi olmayan kişiler tarafından daha çok tercih edilmektedir (Gress, 2007: 25). Bununla birlikte Almanya, bekleme süreleri bakımından diğer ülkelere nazaran daha iyi bir konumdadır. Yapılan araştırmalar sonucunda Almanya’da ikame edici sağlık sigortalarının bulunması nedeniyle tamamlayıcı sağlık sigortalarının gelişimine veya yaygınlaştırılmasına yönelik tenzili muafiyet (hasarın belirli bir miktarının sigortalı tarafından yüklenilmesi) dışında herhangi bir finansal teşvik bulunmamaktadır (Finkenstadt ve Niehaus, 2015: 17-21).

Kısaca, Almanya’da tamamlayıcı sağlık sigortalarının tercih edilme sebepleri iki grupta toplanabilir (Deloitte, 2015: 49):

Şekil 2: Almanya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri



Kaynak: Deloitte, 2015.

Almanya’da 2009 yılından itibaren sosyal sağlık sigortası veya özel sağlık sigortası aracılığıyla bütün vatandaşlar ve daimî olarak Almanya’da ikamet edenler için sağlık sigorta zorunlu hale getirilmiştir. 2009 yılından sonra sigorta sahibi olmayan bireylere bir önceki sigorta statülerine göre tekrardan sosyal güvenlik kapsamına dahil olma şansı tanınmıştır. Birçok ülkeden farklı olarak, Almanya’da genel sağlık sigortasına ek olarak ikame edici sağlık sigortaları mevcuttur (Tengilimoğlu ve Güzel, 2011: 15).

OECD 2018 verilerine göre, gayrisafi yurtiçi hasılanın en yüksek sağlık harcamalarına sahip olduğu ülkelerin başında Almanya gelmektedir. Almanya, Amerika ve İsviçre’nin ardından %11,2’lik oranıyla üçüncü sıradadır. Veriler incelendiğinde, Almanya’da sağlık sisteminin nispeten pahalı olduğu ve bu yüzden de kişi başına düşen sağlık harcamalarının yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Almanya'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	17,8	19,1	20	20,6	21,4	21,8	22	22,9	23,1	23,2	23,7

Kaynak: OECD, 2018.

3.6.3. Fransa

3.6.3.1. Fransa'da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık

Fransa'da sağlık hizmetleri, bütünüyle devlet kontrolü altında olan, ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası ve vergiler aracılığıyla finansmanı sağlanan bir sistemdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında “dünyanın en iyi sağlık sistemi” olarak Fransa sağlık sistemi seçilmiştir. Fransız sağlık hizmetleri, ikamet esasına dayalı olarak bütün vatandaşları kapsamaktadır. Bütün vatandaşlar, sosyal sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişim sağlamaktadırlar. Sağlık hizmet sunumları açısından kamu ve özel sektör arasında karma bir niteliğe sahiptir (Rodwin, 2003: 31-35).

Fransa'da ulusal açıdan sağlık strateji ve kararlarını belirleyen yegâne kurum Sağlık Bakanlığı'dır. 1945 yılında Bismarck temelli hizmet veren sağlık sigortası, 2000 yılında hayata geçirilen Genel Sağlık Sigortası Kanunu, yalnızca çalışan kişilerin faydalandığı bir sistemden ziyade, istihdam durumundan ayrı biçimde vatandaşlık esasında hizmet sunmaktadır. Bunun sonucu olarak da daha öncesinde sosyal güvenlik kapsamı dahilinde sunulan sağlık sigortasından faydalanamayan düşük gelire grubuna mensup kişiler de genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmişlerdir (Türk, 2007: 162-170).

Fransa'da yardımlaşma amaçlı kurulan kâr amacı gütmeyen bazı kuruluşlar mevcuttur. Bu kuruluşların başında “Mutualler” gelmektedir. Mutualler'in Fransa'da sağlık sigorta sistemlerine vermiş olduğu en önemli destek, özel sağlık sigortalarının gelişimine verdikleri katkılardır. Bugünkü Fransa'da özel sağlık sigortacılığının bu denli yüksek olmasının en temel nedeni Mutualler'in varlığı sürdürüp faaliyetlerine devam etmesinden kaynaklanmaktadır. Fransa sağlık sistemi, bütün maaşlara uygulanmakta olan zorunlu sağlık sigorta katkıları ile finanse edilmektedir. Yapılan bu katkılar, işveren ve çalışan kesimler tarafından karşılanmaktadır. Fransa'da son yıllarda yaşanan ekonomik sorunlar ve nüfusun yaşlanma sorunu sağlık sisteminin verimli bir şekilde çalışmamasına neden olmaktadır. İşte tam da bu aşamada, Mutualler devreye girerek, tamamlayıcı ve özel sağlık sigortası ile açığa çıkan farkları kapatmayı üstlenerek sorunların büyümesini engellemiştir (Akpınar vd., 2006: 988).

Tablo 14: Fransa'da Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı (%)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fransa Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3	11,2

Kaynak: OECD, 2018.

Fransa'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2018 yılı itibariyle %11,2 civarındadır. Bu oran yaklaşık 10 yıllık bir dönemde genelde sabit bir şekilde artıp azalmaktadır. Fransa, %11,2'lik oranıyla Almanya ile aynı seviyede olup, OECD ülkeleri arasında üçüncü sırayı paylaşmaktadır.

3.6.3.2. Fransa'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Fransa sağlık sisteminde özel sağlık sigortalarının tamamlayıcı fonksiyonları vardır. Kamu hizmetinin gerektirdiği maliyetin paylaşımı için, tıbbi malzeme ve kamu için daha önceden belirlenmiş ücretlendirmeden daha düşük bir ödeme pozisyonu oluşturduğunda devreye tamamlayıcı sağlık sigortası girmektedir. Buna ilaveten, özel sağlık sigortasına sahip olmayan düşük gelir grubuna mensup bireylerin herhangi bir sorun yaşamamaları adına 2000 yılından itibaren Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ismiyle yeni bir kamu hizmeti yürürlüğe girmiştir. Fransa hükümeti isteğe bağlı olarak tasarladığı ve prim ödeme koşulu olmadan sahip olunabilen bu sigorta hizmeti ile tüm bireylerin sağlığa erişiminin sağlanmasını hedeflemiştir. Bu hizmetten faydalanabilmenin de yegâne koşulu; kişinin yıllık gelirinin belirlenen düzeyin altında olmasıdır. Bunun dışında, Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigorta sunucuları temelde üç grup etrafında şekillenmektedir. Bu grupların en önemlileri arasında da "Mutual olarak adlandırılan kâr amacı taşımayan sigorta şirketleri" bulunmaktadır. Mutualler, sosyal sorumluluk ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde hizmet sunmaktadırlar (Deloitte, 2015: 20-25).

Diğer ülkelere nazaran Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortası kullanımının en temel amacı, uzun bekleme kuyruklarının önüne geçilmesi veya doktor seçme noktasında sunulan özgürlükler değildir. Öncelikli neden, genel sağlık sigortası kapsamı ile tatmin edici düzeyde karşılanmayan sağlık ürün ve hizmetler için daha yüksek kapsama oranına sahip olunmasıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile poliçe sahipleri tedavilerde ve servisler için gerekli yüksek ödemelerde herhangi bir sıkıntı yaşamamaktadırlar. Bununla birlikte, Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmanın bir başka temel sebebi, ilaç teminatında yaşanan faydalardır. Sosyal güvenli çatısı altında sunulan sağlık sigortası sahibi kişiler, reçeteli ilacın sigorta kapsamı dahilinde yer almaması durumunda ilaç masrafının tamamını ilacı satın aldıkları an ödemekle yükümlüdürler (Franc ve Pierre, 2015: 62-68).

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmanın sağladığı bir diğer avantaj ise; yardımcı tıbbi malzeme veya hizmet ihtiyacıyla ilgilidir. Sosyal güvenlik sisteminin düşük kapsama oranından ötürü yardımcı tıbbi malzeme veya hizmet ihtiyacı olan bireyler, ihtiyacı olmayan bireylere nazaran daha yüksek ihtimal tamamlayıcı sağlık sigortası sahibi olabilmektedirler (Buchmueller ve Couffinhal, 2004: 8-13).

Kısacası Fransa’da tamamlayıcı sağlık sigortalarının seçiminde en temel iki faktör aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir (Deloitte, 2015: 23):

Şekil 3: Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri



Kaynak: Deloitte, 2015.

Fransa’da halkın sayıca yüksek kesimi tamamlayıcı sağlık sigortasının sunduğu imkanlardan ötürü oldukça memnundur. Yaşanılan bu memnuniyet halkın tamamlayıcı sağlık sigortası kullanma oranlarında da artış sağlamıştır. En son 2014 yılında OECD tarafından yapılan değerlendirme sonucunda Fransa’da halkın %95,5’i özel sağlık sigortasına sahiptir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının bu denli yüksek oranlarda kullanılmasının nedeni, sağlığa erişimde eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaşmasıdır. Bunun dışında özel sektör çalışanlarının, işverenleri aracılığıyla tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olması şartı, tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanım oranını da gittikçe arttırmaktadır (Franc ve Pierre, 2015: 74).

Tablo 15: Fransa'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı (%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Kullanım Oranı	87,3	-	91,6	-	93,7	-	95,8	-	95	-	95,5

Kaynak: OECD, 2018.

3.6.4. Hollanda

3.6.4.1. Hollanda’da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık

OECD kuruluşunun kurucu üyeleri arasında bulunan Hollanda parlamenter monarşi sistemiyle yönetilmektedir (Sargutan, 2006: 1191). Hollanda’nın sağlık sistemi; Bismarck temeline dayalı sosyal sağlık sigortası sistemine sahip, sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında da kamu ve özel katkıların bir arada bulunduğu karma bir yapıdan oluşmaktadır. Alınacak son karar mercii

merkezi hükümet olmakla birlikte, yerel birimler, meslek örgütleri ve sağlık sigorta şirketleri de bu yapı içerisinde söz sahibidir (Ministry of Public Health, 2016: 7). Hollanda’da sağlık hizmetlerinin finansman ve gelişimi diğer Avrupa ülkeleri gibi İkinci Dünya Savaşı sonrası hızlanmıştır. 1913 yılında kurulan Hastalık Sigorta Fonu, bütün vatandaşları sağlık sigortası kapsamı dahiline almayı hedeflemiştir. Fakat, 1960 yılına kadar bu sigorta sadece belirli hastalıkların ödemesinde kolaylıklar sağlarken, 1960 yılında oluşturulan reform paketiyle akıl sağlık hizmetleri, uzun vadeli bakım ve evde sağlık hizmetleri gibi birçok hizmet kapsam altına alınmıştır (Kroneman vd., 2016: 13-16).

Hollanda sağlık sistemi içerisinde üç farklı sigorta çeşidi ortaya çıkmıştır. Bunlar; Sosyal Sağlık Sigortası, Uzun Süreli Bakım Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortaları da özel sağlık sigortaları kapsamı içinde değerlendirilmektedir.

Sosyal Sağlık Sigortası: Güncel olarak yürürlükte olan Hollanda Sağlık Sigortası Yasası 1966 yılında uygulanmaya başlamış ancak bugünkü şeklini alana kadar birçok değişikliğe maruz kalmıştır. Bu sigorta sisteminde; bireyler herhangi bir kanuna bağlı olmaksızın otomatik olarak sigortalı olmaktadır ve bu bireylere sunulan yardımlara bağlı kalınmadan yasal katkı payını ödemekle yükümlüdürler. 1998 yılında itibaren 65 yaş üstü vatandaşlarda bu sigortanın kapsamındadır. Sunulan bu sigortanın finansman kaynağı ödenen primlerden oluşmaktadır (Sargutan, 2006: 1203-1207).

Uzun Süreli Bakım Sigortası (İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi): Hollanda’da 1962 yılında Sağlık Bakanı olan Veldkamp, bütün ülkeyi dahil edecek bir sigorta sistemi oluşturmuştur. Oluşturulan bu sistemde; uzun dönemli hastalıklar, sakatlıklar, bakım isteyen hastalar ve ruh sağlığı bozuk olan kişiler kapsam içerisine dahil edilmiştir. Bu sebepten ötürü bu sistemin diğer ismi “İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi” olarak kalmıştır. Hollanda uzun dönemli bakım sigortasını bütün vatandaşları için zorunlu hale getiren ilk ülke olmuştur. Bu sigortanın kapsam altına aldığı kesim; Hollanda vatandaşları, Hollanda’da aktif yaşamayıp vergi mükellefi olanlar ve yurtdışında hayatını sürdüren emeklilerdir.

Özel Sağlık Sigortası: Kamu sağlık sigortaların sunmakta olduğu standart düzeyde sigorta paketini oluşturmakla yükümlü olup, belirlenmiş riskler ile ödenmesi gerekli azami prim miktarları yasal düzenlemeler ile belirlenmiştir. Özel sağlık sigortası sahibi kişiler, sağlık hizmet sunucuları seçme konusunda özgürdürler. Bu hizmetlerin maliyetleri poliçelerde belirlenen şartlar ölçüsünde sigorta şirketleri tarafından ödenmektedir. Fakat sosyal sağlık sigortası sisteminin köklü ve düzenli bir şekilde faaliyetlerini sürdürmesi özel sağlık sigortalarına olan talebi nispeten azaltmaktadır (Mossialos ve Djordjevic, 2017: 116).

Tablo 16: Hollanda'da Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı (%)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hollanda Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	9,9

Kaynak: OECD, 2018.

Hollanda'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2018 yılı itibariyle %9,9 civarındadır. 2010 ile 2013 yılları arasına kadar artış gösteren bu oran 2014 yılından itibaren azalma eğilimi göstermektedir. Bunun dışında, kamu sağlık sigortasına yapılan toplam harcamalar özel sağlık sigortasına yapılan harcamaların dört katından daha fazladır. Çıkan bu sonuç, kamu sağlık sigortasının kalitesi ve gelişimini ortaya koymaktadır.

3.6.4.2. Hollanda'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortaları kapsamında bulunmayan dış tedaviler, fizik tedavi ve estetik operasyonlar gibi sağlık hizmetlerini içermektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları sigorta alıcılarının bu sigorta için ödedikleri primler ile finanse edilmektedir. Ödenen bu primlerin oranları risklere göre düzenlenmektedir. Aynı zamanda bireyin yaşına ve sağlık durumuna göre değişkenlik de göstermektedir. Yeni getirilen prim sistemiyle önceki dönemde sosyal güvenlik çatısı altında sunulan sağlık sigortalarından faydalanmakta olan bireyler mevcut koşullarda çok daha yüksek community rate primleri ödemektedir. Bunun dışında, reformun tamamlayıcı sağlık sigortası sunan şirketler üzerindeki etkisine bakıldığında ise rekabet düzeyinin bu denli yüksek olduğu piyasa şartlarında sigorta şirketlerinin olabildiğince düşük toplumsal derecelendirme primleri sunmaya çalıştıkları gözlenmektedir (Berg ve Grinten, 2001: 11-34).

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının Hollanda'da tercih edilmesinin en temel nedenleri arasında tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamı ile maliyeti bakımından özel sağlık sigortalarını tamamlaması olarak söylenebilir. Yapılan araştırmalar sonucunda Hollanda'da dış tedavi masraflarının tamamlayıcı sağlık sigortası ile tamamlanması poliçelerin alınmasında büyük bir etki göstermektedir. Bunun dışında özel sağlık sigorta şirketlerinin sunmuş olduğu avantajlı tarifeler tamamlayıcı sağlık sigortasının tüm nüfusu kapsama noktasında ağını büyütmede yardımcı olmaktadır. Hollanda'da tamamlayıcı sağlık sigortalarının tercih edilme sebepleri şu şekilde ifade edilmektedir: (Deloitte, 2015: 66).

Şekil 4: Hollanda'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri



Kaynak: Deloitte, 2015.

Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında Hollanda'da var olan rekabetçi yapı ve sağlık sigortası hizmet sunumları özel sektörün yükselen rolü nedeniyle farklılık göstermektedir. 2006 yılında yapılan reform ile getirilen yeni düzenlemeler doğrultusunda karar verme otoritesinin merkezi hükümetten serbest piyasa kaydırılması, sigortalar üzerinde devlet baskılarının azaltılması ve sigorta şirketleri ile hizmet sağlayıcılar arasındaki rekabetin artması gibi sonuçlar ortaya çıkmıştır. Yaşanan tüm bu süreçte yalnızca tamamlayıcı sağlık sigortaları değil bütün sigortacılık anlayışı bütünüyle değişmiştir (Maarse ve Paulus, 2011: 125-134).

Hollanda'da OECD'den elde edilen son veriler ışığında 2017 yılı itibariyle halkın yaklaşık %84,1'i tamamlayıcı sağlık sigortası kullanmaktadır. Hollanda'da sevk zinciri uygulamasının mecburi olmasından ötürü bekleme sürelerinin önüne geçmek ve tedavilerde yaşanan gecikmelerden kurtulabilmek adına bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına geçmektedirler. Sosyal sağlık sigortası tarafından karşılanmayan hizmetlerin tamamlayıcı sağlık sigortası tarafından farklı poliçe ve imkanlarla sunulması ve bu poliçelerin hizmet sunumlarında sürekli yapılandırılması tamamlayıcı sağlık sigortası piyasasını önemli ölçüde genişletmektedir. Hollanda'da sosyal sağlık sigortasının sağladığı temel teminat paketinin içeriği ne kadar zengin olursa olsun bazı sağlık hizmetleri bakımından ya kısmen ya da kapsam dışı kalma durumları yaşanmaktadır. Bu tip durumlarda sağlık hizmetlerini genişletip tedavi kapsamlarını arttırmak isteyen bireyler tamamlayıcı sağlık sigortasından faydalanmaktadır (Deloitte, 2015: 67).

Tablo 17: Hollanda'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası	93	92	90	89	89,2	88	85,7	84,5	84,1	84,3	84,1

Kaynak: OECD, 2018.

3.6.5. Belçika

3.6.5.1. Belçika'da Sağlık Sistemi ve Sigortacılık

Belçika parlamenter demokrasi sistemi ile yönetilen federal bir devlettir. OECD ülkeleri içerisinde kurucu üyeler arasında yer almaktadır. Belçika sağlık sistemi; merkezi hükümet, bölgesel

yönetimler ve yerel yönetimler olmak üzere üç ana kamu birimine ayrılmaktadır. Sağlık alanında alınan karar ve politikalar sadece federal devletin değil aynı zamanda bölgesel yönetimlerinde de sorumluluğundadır. Belçika’da uygulanmakta olan sağlık sisteminin en belirgin özelliği, liberal bakış açısının sağlık alanında kendine bir yer bulması ve hastaların hekim seçme konusunda özgür olmalarıdır (Sargutan, 2006: 430).

Belçika’da sağlık sigortalarının temelleri 19.yüzyılda işçileri hastalık, işsizlik ve iş göremezlik riskine karşı korumak maksadıyla kurulmuş olan toplum birliklerine dayanmaktadır. 1851 yılına kadar devlet tarafından herhangi bir destek sunulmayan bu birlikler bu yılda devlet tarafından resmi olarak tanınmış ve desteklenmeye başlanmıştır. Modern bakımdan sağlık sistemlerinin oluşması ve hayata geçirilmesi ise bütün Avrupa devletleri gibi İkinci Dünya Savaşı’ndan sonraki zamana kalmıştır. 1943 yılında hayata geçirilen Sosyal Güvenlik Yasası ile bütün işçi sınıfı zorunlu sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiştir. 1960 yılında oluşturulan reform paketi ise Belçika sağlık sistemi açısından bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Yürürlüğe giren bu reform paketi ile serbest meslek sahipleri, kamu çalışan kesim ve nüfusun hemen hemen tamamı kapsam altına alınmaya çalışılmıştır. 1967 yılında fiziksel engelli bireyler, 1968 yılında zihinsel engelliler ve 1969 yılında sağlık sigortası kapsamında bulunmayan bütün vatandaşlar sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (Gerken ve Merkur, 2010: 21).

Belçika’da sağlık hizmetleri sunan hastaneler arasında sevk zinciri sistemi bulunmamaktadır. Hastalar hizmet gördükleri hastanede doktor seçme konusunda özgürdürler ve sağlık hizmet sunumu çoğunlukla özel sektör tarafından verilmektedir. Özel sektör ve kamu sektörü hastanelerinde bulunan finansman yapıları benzerlik göstermektedirler. Belçika’da sosyal güvenlik sistemi bakımından Bismarck ve Beveridge modellerinin her ikisi de görülmektedir. Örneğin; emeklilik sistemi çalışan kesimin ödediği primlerin üzerinden kurulmuştur ve bu Bismarck yapısını oluşturmaktadır. Fakat bütün vatandaşlar yapmış oldukları hastane harcamaları için geri ödeme almaktadır ki bu da Beveridge yapısını oluşturmaktadır. Belçika sosyal güvenlik mekanizması bireyleri kapsam altına almak adına temelde üç grup oluşturmuştur. Bunlar; ücretli çalışanlar, kendi işlerinde çalışanlar ve resmi görevlilerdir (Sargutan, 2006: 434-438).

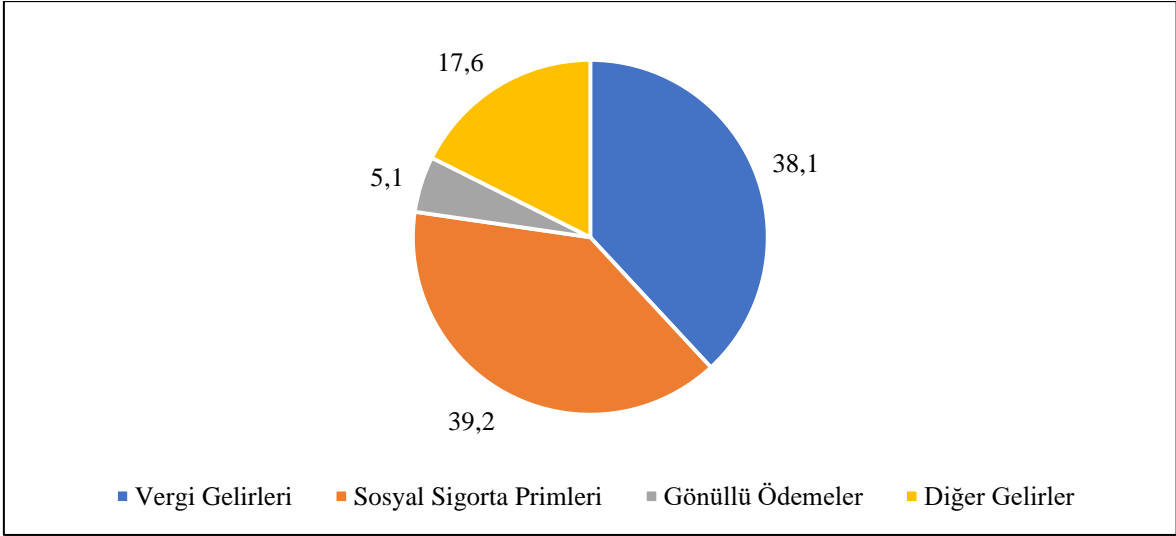
Tablo 18: Belçika’da Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı (%)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Belçika Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	10	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3	10,4

Kaynak: OECD, 2018.

Belçika’da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına bakıldığında son 9 yılda dengeli bir şekilde %10 civarlarında olduğu gözlenmektedir.

Grafik 8: Belçika Sağlık Sistemi Finansman Kaynakları



Kaynak: OECD, 2018.

Belçika sağlık sisteminin temel finansman kaynağı sosyal sigorta primleri ile vergi gelirleridir. Bu sistemde yüksek oranda kamu katılımı ve cepten yapılan harcamalar ile kâr amaçlı sigorta şirketlerinin olmaması sistemin en temel özelliklerinden birisidir. Sağlık sisteminde katkı payları bütün sosyal güvenlik grupları tarafından ödenmektedir. Kısacası katkı payları; işverenler, çalışanlar ve serbest meslek erbabı olan kişiler tarafından ödenmektedir. Bireylerin ödedikleri bu katkı payları ise işsizlik, malullük ve yaşlılık gibi sigorta türlerine finansman kaynağı oluşturmaktadır (Ateş, 2016: 86).

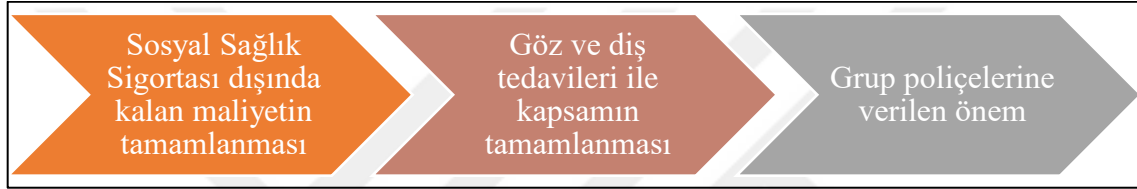
Yukarıdaki grafikte belirtildiği üzere, Belçika sağlık sistemi; %39,2 sosyal sağlık sigorta primleri, %38,1 vergi gelirleri (merkezi ve merkezi olmayan vergiler, merkezi yönetimin yerel hükümetlere yapmış olduğu destekler ve hibeler), %17,6 diğer gelirler (hane halkı, şirketler ve kâr amacı taşımayan kuruluşlardan elde edilen kaynaklar) ve %5,1 gönüllü ödemelerden oluşmaktadır.

3.6.5.2. Belçika’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Belçika’da 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusun yaklaşık %84,4’ü tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir. Belçika’da diğer ülkelere nazaran isteğe bağlı özel sağlık sigortaları uzun dönemli sunulmaktadır. Bireylerin yaşlılık dönemlerinde maruz kaldığı poliçe fiyatlarındaki ani artış sorunlarını yaşamamaları adına primler sigortalı bireyin sisteme giriş yaşına göre belirlenmekte ve yaşlılık rezervi tutulmaktadır. Sunulan bu sistemde bireyler gençlik dönemlerinde normalde ödemesi gerekli ücretten daha yüksek bir ödeme gerçekleştirerek yaşlılık dönemleri için rezerv bulundurmaktadır (Gerkens ve Merkur, 2010: 25).

Belçika’da tamamlayıcı sağlık sigortalarının tercih edilmelerindeki esas nedeni maliyetin ve kapsamın tamamlanmasıdır. Maliyetlerin tamamlanması genelde yatarak tedavilerde daha çok kullanılırken, kapsamın tamamlanması özel sağlık sigortalarının Mutualler adı verilen sigorta sunucuları ile yaşadıkları rekabetten ötürü sunulan ürün çeşitliliklerinde ön plana çıkmaktadır. Mutualler tarafından verilmekte olan tamamlayıcı sağlık sigortası ürünlerindeki kapsam özel sağlık sigorta şirketlerine nazaran daha dardır. Bununla birlikte, Belçika’da yaygın olarak grup kontratları yapılmaktadır. Bu kontratların yapılmasında işverenlerin bilinçli olmaları ve özel sağlık sigortalarının işveren ve çalışan kesim bakımından önemli bir hak olarak görülmesi kullanımı oldukça arttırmaktadır. Belçika’da tamamlayıcı sağlık sigortalarının yaygın olarak kullanılmalarındaki temel faktörler şu şekilde ifade edilmektedir (Deloitte, 2015: 36-37):

Şekil 5: Belçika’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri



Kaynak: Deloitte, 2015.

Belçika’da isteğe bağlı özel sağlık sigortalarının yaşam boyu sunulması ve tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerinde özel sağlık sigorta şirketlerinin Mutualler ile çekişme işine girmesi ile Belçika’yı diğer ülkelerden ayıran temel farklılıkların başında gelmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları maliyet ve kapsam bakımından tamamlanmaktadır. Ek ücretlerin %100 ile %300 arasında değişkenlik gösterdiği başkent Brüksel’de maliyeti tamamlama yönüyle ön plana çıkan tamamlayıcı sağlık sigortaları, kapsam tamamlama bakımından da ürün çeşitliliği sunmaktadır. Bununla birlikte 2007’de getirilen reform ile sigorta şirketlerinin 65 yaşının altındaki bireyleri geçmiş hastalıkları sebebiyle tamamlayıcı sağlık sigortalarına dahil etmemesi yasalarla engellenmiştir. Ayrıca, yasal düzenleme ile yaşlılık rezervleri oluşturulmaya başlanmıştır. Yapılan bu çalışma ile ilerleyen yaşla birlikte primlerdeki öngörülemez artışları durdurabilmek adına çabalar sarf edilse de akademik alanda yapılan çalışmalar sistemdeki var olan yasal boşluklar nedeniyle prim artışlarının devam ettiğini bunun da bireylerin seçim kararlarını olumsuz yönde etkileyeceğini göstermektedir (Schokkaert vd., 2010: 384).

Tablo 19: Belçika’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Toplam Nüfusu Kapsama Oranı (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	76,3	77,3	76,3	78,9	78,9	79,7	80,4	82,2	83,6	84,9	84,4

Kaynak: OECD, 2018.

Belçika’da 2017 yılı itibariyle OECD verileri ışığında halkın tamamlayıcı sağlık sigortası kullanım oranı %84,4’tür. 2007 yılında %76,3 olan bu oran son 10 yılda artan bir eğilim göstermiştir.

3.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alanında Yapılan Literatür Çalışmaları

Yapılan literatür çalışmaları yerli ve yabancı kaynaklar olarak iki grupta ele alınarak aşağıda anlatılmıştır.

3.7.1. Yabancı Literatürde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alanında Yapılmış Çalışmalar

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması Türkiye’ye nazaran Avrupa’da çok daha önceleri kullanılmaktaydı. Kapsam ve ismi ülkeden ülkeye değişiklik gösterse de genel olarak “Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası” adı altında sunulmaktadır. Genelde Avrupa’da daha yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili elde edilen yabancı literatür kaynakları şu şekilde ifade edilebilir:

Shahraki, 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada, İran halkının tamamlayıcı sağlık sigortası talebini araştırmıştır. Çalışmada, 18.809 kişiye anket yöntemi kullanılarak sorular sorulmuş ve bunların değerlendirilmesinde probit ekonometrik model uygulanmıştır. Analizler sonucunda, yaş, eğitim, okuryazarlık düzeyi gibi parametrelerdeki artışın tamamlayıcı sağlık sigortasına talep etme olasılığını arttırdığı tespit edilmiştir.

Bauer ve arkadaşları, 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada, Almanya’da tamamlayıcı sağlık sigortasının mevcut durumu ve tercih edilme sebepleri üzerinde durmuşlardır. Çalışmada, bir Alman sigorta şirketinden elde edilen 98.000’den fazla kişiye ait veriler kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan bireylerin diğerlerine nazaran daha düşük risk grubunda oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bireyin tamamlayıcı sağlık sigortası satın alma tercihi önünde ise üç temel faktör olduğu bunların da bireyin mesleği, yaşadığı yer ve sigorta kapsamı olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte uzun dönemli bakım sigortası maliyetleri de tamamlayıcı sağlık sigortasının tercih edilmesinde önemli bir faktörü oluşturduğu belirtilmiştir.

Holst ve arkadaşları, 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada, Hollanda’daki tüketicilerin sigorta şirketi tercih ve seçimlerinde tamamlayıcı sağlık sigortasının rolünü ortaya koymayı amaçlamışlardır. Toplam 2259 kişiye anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireylerin mevcut sigorta şirketlerini değiştirme oranı %6 iken, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmayan bireylerin mevcut sigorta şirketlerini değiştirme oranının %16 olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireyler kendi sigorta şirketlerine daha bağlı oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeni ise, tamamlayıcı

sağlık sigortasına sahip bireylerin riskten ve başka bir sigorta şirketine geçme kararlarından kaçınmalarının yüksek olmasıdır.

Kaplan ve arkadaşları, 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, İsrail halkının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bakış açılarını, tercihlerini ve bilgilerini ölçmeyi amaçlamışlardır. Çalışmada yaklaşık 350 kişiye telefonla anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan anket sonucunda, halkın %85'inin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla halkın bilinçli ve rasyonel olarak bir tercihte bulunduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Ancak bu sigortayı kullananların tamamlayıcı sağlık sigortasının sağladığı faydalar hakkında pek fazla bilgi sahibi olmadığı sonucu da ortaya çıkmıştır.

Green ve arkadaşları, 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, İsrail'deki Yahudiler ve Müslümanlar arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi ve kullanım düzeylerini ölçmeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya toplam 814 Yahudi ile 800 Müslüman katılmış ve telefonda anket yöntemi kullanılmıştır. Daha sonrasında anketten elde edilen veriler doğrusal regresyon yöntemiyle analiz edilmiştir. Analizler sonucunda; Yahudilerin %90'ı tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi iken, Müslümanlarda bu oran %62 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda Yahudi halkının tamamlayıcı sağlık sigortasının pratikte kapsadığı hizmetler ve tam olarak neleri kapsadığı hakkındaki bilgi ve tecrübelerinin Müslümanlara nazaran oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Rad ve arkadaşları, 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortası, cepten yapılan harcamalar ve sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişkileri ele almışlardır. Çalışmanın temel amacı; tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan ve olmayan bireylerin cepten yaptıkları harcamalar ve sağlık hizmetleri kullanımları arasındaki farkları tespit etmektir. Bu iki grubun karşılaştırılabilmesi için eğilim skoru yöntemi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler kullanılarak yapılan analizin sonucunda, cepten yapılan sağlık harcamalarında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma veya olmama durumu arasında bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Ancak tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireylerin hastanelerde uzman ziyaretleri ve dış hekimliği hizmetlerinde tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmayanlara nazaran yüksek bir skora sahip oldukları sonucuna da ulaşılmıştır.

Pierre ve Jusot, 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada, Fransa'da işverenler tarafından zorunlu olarak tutulan tamamlayıcı sağlık sigortasının etkilerini ele almışlardır. Fransa'da halkın yüksek kısmının tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olduğu ve 2016 yılından itibaren özel sektörde çalışan kesimlere zorunlu olarak yapıldığı ortaya koyulmuştur. Dolayısıyla bu sigorta sayesinde kapsam dışı kalanların oranı yıllar itibarıyla düşme eğilimi göstermiştir. Yapılan niteliksel çalışma sonucunda, ilaç teminatında sağlanan faydalar ve doktor seçme konusunda özgürlükler tamamlayıcı sağlık sigortasının Fransa'da başarılı bir şekilde yürütüldüğünü ortaya koymaktadır.

Biro ve Hellowell, 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada, İngiltere’de tamamlayıcı sağlık sigortası talebini ve kamu-özel sektör etkileşimlerini ele almışlardır. Çalışmada anket yöntemi kullanılarak vatandaşların sağlık kuruluşlarında tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açıları incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda, kamu hastanelerinde yaşanan bekleme sürelerinin uzun olması ve sunulan hizmet kalitesi açısından tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanımının arttığı ve mevcut durumun zamanla daha da artacağı sonucuna varılmıştır. Ülkedeki nüfusun artışı ile kamu hastanelerinde yaşanan sıkıntılar vatandaşları tamamlayıcı sağlık sigortasına yönlendirirken, bu sigorta için finansal iyileştirmeler yapılmadığı takdirde ise bu artışın pek fazla belirgin olmayacağı da tespit edilmiştir.

Arefnezhad ve arkadaşları, 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasının hastanelerde kalış sürelerini etkileyip etkilemediğine ilişkin bir inceleme gerçekleştirmişlerdir. Hedef kitle olarak akut koroner sendromlu hastaneler ele alınmıştır. Hastanelerin etkinliğinin ölçülmesinde önemli bir gösterge olan hastane kalış sürelerinin tamamlayıcı sağlık sigortasının etkisiyle ne ölçüde değişebileceği ortaya koyulmuştur. Çalışmada toplam 260 hasta üzerinde inceleme yapılmıştır. Analiz yöntemi olarak poisson regresyonunun kullanıldığı çalışmanın sonucunda, hastane kalış süresi ile tamamlayıcı sağlık sigortası arasındaki ilişkinin doğrusal olduğu ortaya çıkmıştır. Normal bir hastanın ortalama kalış süresi 4.13 gün iken tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip hastanın ortalama 5.31 gün kaldığı tespit edilmiştir.

Ebrahimzaded ve arkadaşları, 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada, İran’da tamamlayıcı sağlık sigortası talebinin belirleyicileri üzerine bir inceleme gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada 4055 kent hanesi ve 1594 kırsal alan lojistik regresyon modeli yöntemiyle incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda, kırsal bölgelerde hane halkı büyüklüğü arttıkça konut, giysi, yiyecek ve nakliyat gibi yüksek harcamalardan dolayı tamamlayıcı sağlık sigortası talebinin düştüğü tespit edilmiştir. Ayrıca, eğitim düzeyi ile tamamlayıcı sağlık sigortası arasında pozitif bir ilişkinin olduğu ve yüksek eğitimli kişilerin daha fazla tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte kentsel bölgelerde tamamlayıcı sağlık sigortası talebi kırsal bölgelere nazaran çok daha fazladır.

Boone, 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada, temel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarını karşılaştırarak bu iki sigorta için ahlaki tehlike ve ters seçim faktörlerini ele almıştır. Çalışmada temel sağlık sigortasının risk faktörlerini barındıran birçok tedaviyi kapsamaması gerektiğini ancak karşılama noktasında sıkıntı yaşandığı durumlarda da tamamlayıcı sağlık sigortasının devreye girerek yükü hafifletmesi gerektiği ortaya koyulmaktadır. Ayrıca kronik hastalıklar, diyabet, Alzheimer ve Parkinson hastalıklarının temel sağlık sigortası çatısı altında karşılanması gerektiği belirtilmiştir.

Valtonen ve arkadaşları, 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada, Finlandiya’da tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanımını araştırmışlardır. Çalışmada yaklaşık 650 kişiye anket yöntemi uygulanmıştır. Yürütülen anket sonucunda, yetişkin halkın %22,7’sinin ve çocukların %52’sinin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip oldukları tespit edilmiştir. Halkın tamamlayıcı sağlık sigortası alma sebebinin, daha hızlı erişim, daha geniş seçenek ve daha iyi kalite olduğu gözlemlenmiştir. Çocuklar ile ilgili en önemli faktörün ise, ebeveynlerinin eğitim seviyesi ile ilgili olduğu ortaya çıkmıştır.

Duijmelinck ve Van de Ven, 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada, Hollanda’da tamamlayıcı sağlık sigortası ile temel sağlık sigortasını ele alarak vatandaşların tercih farklılıklarını incelemişlerdir. Yapılan çalışma sonucunda, Hollanda’da temel sağlık sigortasına sahip vatandaşların %10’unun sahip olduğu sigortayı değiştirmeyeceği ve sunulan diğer sigorta fırsatlarını görmezden geldiğini belirtmişlerdir. Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan bireylerin ise %4’ünün sahip olduğu sigortayı değiştirmeyeceğini ifade etmişlerdir. Genel olarak bakıldığında Hollanda’daki vatandaşların sahip olduğu sigortayı ve sigorta kurumunu kolaylıkla değiştirmeyeceği ancak bu iki sigortanın yani temel ve tamamlayıcı sağlık sigortasının bir paket halinde birlikte sunulması durumunda ise karar mekanizmalarını değiştireceklerini belirtmişlerdir. Özellikle yaşı 55’ten yüksek olan yaşlıların bu iki sigortanın birlikte sunulması gerektiğini ve bunun etkili bir çözüm olacağını ortaya koymuşlardır.

Mahvadi ve Izadi, 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada, İran’da tamamlayıcı sağlık sigortasında ters seçimin varlığını incelemişlerdir. Çalışmada, 20-59 yaş arası toplam 420 pratisyen anket çalışması uygulanmıştır. Anket sonuçlarını değerlendirmek ve tamamlayıcı sağlık sigortası satın alma kararının ölçülmesinde ise lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda; daha yüksek eğitim ve gelir seviyesine sahip kişilerin diğerlerine nazaran çok daha az tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun da İran’da tamamlayıcı sağlık sigortası pazarında ters seçimin varlığının kanıtı olduğu ortaya çıkmıştır.

Ross ve Schut, 2012 yılında yapmış oldukları çalışmada, Hollanda’da tamamlayıcı sağlık sigortasının temel sağlık sigorta üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Çalışmada toplam 1.700-2.100 arasındaki katılımcıya anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan anket çalışması sonucunda, Hollanda’da sağlık sigortacılarının temel sağlık sigortasına ilave risk primi aracı olarak tamamlayıcı sağlık sigortasını sundukları ve halkın %89’una yakınının bu iki sigortanın bir arada sunulduğu sistemi savundukları ortaya çıkmıştır. Ayrıca risk seviyesi yüksek olan bireylerin temel sağlık sigorta noktasında eksik kalınan yerlerde tamamlayıcı sağlık sigortası bileşimiyle güvence altında olduklarını düşünmektedirler.

Augurzky ve Tauchmann, 2011 yılında yapmış olduğu çalışmada, Almanya’daki sosyal sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortası arasındaki ilişki ve tercih farklılıklarını ele

almışlardır. Çalışmada sosyal sağlık sigortasının kapsamı ele alınarak Almanya'daki vatandaşların tamamlayıcı sağlık sigortasına talep göstermesinin arkasında oluşabilecek faktörlere yoğunlaşmıştır. Özellikle dış bakım ve hizmetlerinin sosyal sağlık sigortası kapsamında çıkartılmasının en temel neden olduğu düşünülmüş ancak yapılan araştırmada bunun gerçek olmadığı, vatandaşların bilinçli tercihlerde bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak rasyonel şekilde davranış göstermeyen çoğu Almanya vatandaşı bilinçsiz bir şekilde sosyal sağlık sigortasını tercih ettiği ancak bilinçli ve rasyonel davranan kesimlerin ise tamamlayıcı sağlık sigortasının sağladığı faydalardan ötürü bu sigortayı tercih ettiği görülmektedir.

Schokkaert ve arkadaşları, 2010 yılında yapmış oldukları çalışmada, Belçika'daki tamamlayıcı sağlık sigortasını ele almışlardır. Yapılan araştırmada, zorunlu sağlık sigortasının kapsamının yeterli ve geniş olduğu, hastane kuyruklarının da yaşanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak buna rağmen halkın %76'sına yakını tamamlayıcı özel sağlık sigortalarını kullanmaktadır. Bunun arkasında yatan nedenlerin zorunlu sağlık sigortasında karşılaşılan maliyetler ve göz, diş gibi hizmetlerin zorunlu sağlık sigortasında bulunmamasıdır. Her ne kadar her 4 kişiden 3'ünün bu sigortayı tercih etmesi pozitif olarak gözükürken yine de tamamlayıcı sağlık sigortalarında ekstra faturalandırma işlemlerinin olması bu sigorta için negatif bir etki bırakmaktadır.

Kang ve arkadaşları, 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada, Kore'de tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmayanlara göre doktora gitme sıklığını ölçmüşlerdir. Araştırmada 11.043 kişiye anket yöntemi uygulanmıştır. Anket sonuçları ve kıyaslamalar için probit model kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda; tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin bu sigortaya sahip olmayanlara göre %14 daha fazla doktor ziyareti gerçekleştirdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak Korelilerin tıbbi masrafları karşılamada tamamlayıcı sağlık sigortasına güvendikleri ortaya çıkmıştır.

Saliba ve Ventelou, 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada, Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortasının durumunu ve satın alma kararının önündeki etkenleri ele almışlardır. Niteliksel yapılan bu çalışmada, risk seviyesi düşük olan bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu, risk seviyesi yüksek olanların ise kamu sağlık sigortasını kullandıkları tespit edilmiştir. Bunun önünde yatan en temel nedenin ise, gelir düzeyi olduğu ortaya koyulmuştur. Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etmeden en önemli faktör bireylerin gelir düzeyleridir. Oluşan bu durumun da kamusal anlamda eşitsizlikler yaratacağı endişesini doğurduğu belirtilmiştir.

Fernandes ve arkadaşları, 2007 yılında yapmış olduğu çalışmada, Brezilya'da tamamlayıcı sağlık sigortası sektörünün verimliliğini ele almışlardır. Analiz olarak, bu sektörde faaliyet gösteren şirketlerin finansal verimliliğini değerlendirmek için veri zarflama analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Brezilya'da tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında halkın ve şirketlerin bilgi birikiminin son derece sınırlı oldukları gözlenmiştir. Brezilya'da tamamlayıcı sağlık sektörünün

hala düzenleme olarak ilk aşamalarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun sebebinin ise Brezilya'daki sağlık kuruluşlarının verimsiz finansal performansının olduğu ortaya koyulmuştur.

Costa ve Rovira, 2005 yılında yapmış oldukları çalışmada, İspanya'da tamamlayıcı sağlık sigortasının mevcut durumunu ve satın alma nedenlerini ele almışlardır. Çalışmada, İspanya'da Ulusal Sağlık Sistemi her ne kadar yaygın olarak kullanılsa da son yıllarda tamamlayıcı sağlık sigortasına ilginin arttığı ortaya koyulmuştur. Bunun arkasındaki yatan en büyük sebepler arasında, ulusal sağlık sisteminin tekdüze hizmet sunması, vergilendirmenin yüksek olması ve yoğun talebe ayak uyduramaması olduğu görülmüştür. Ayrıca, daha iyi eğitilmiş bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortasına daha yatkın oldukları sonucuna da ulaşılmıştır. Bununla birlikte tamamlayıcı sağlık sigortasının sağladığı öncelikler ve önceden sıra beklemeksizin hizmet sağlaması bu sigortanın tercih edilmesinde en önemli etkenlerin olduğu tespit edilmiştir.

Stevens ve arkadaşları, 1998 yılında yapmış oldukları çalışmada, Belçika'da tamamlayıcı sağlık sigortasının durumunu ve artan rolünü ortaya koymuşlardır. Niteliksel olarak gerçekleşen bu çalışmada, Belçika'da sosyal güvenlik sisteminin kapsam ve ödenekler bakımından sınırlı olduğu ve bu sosyal güvensizliğe alternatif olarak ortaya çıkan tamamlayıcı sağlık sigortasının önemi vurgulanmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarının sunduğu bazı avantajların (dayanışma temelli sigorta) özel sigortalarda olmadığı gözlenmiştir. Sonuç olarak bazı dezavantajlar barındırsa da tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındaki kişi sayısının giderek arttığı ve ekonomik anlamda sağladığı bazı imkanlarla gelecekte çok daha yaygın bir hale geleceği belirlenmiştir.

3.7.2. Yerli Literatürde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alanında Yapılmış Çalışmalar

Tamamlayıcı sağlık sigortasının Türkiye'de yapılmış çalışmalarına bakıldığında erişebilecek kaynakların nispeten sınırlı oldukları gözlenmiştir. 1990'lı yıllardan başlayarak konuşulmaya başlayan bu uygulama SGK'nın 2012 yılında yayımlanmış olduğu genelge ile yasal olarak tanınır hale gelmiştir. Ancak Türkiye'de hala tam olarak yer edinmeyen bu uygulama ile ilgili elde edilmiş yerli literatür kaynakları şu şekilde ifade edilebilir:

Bitimli, 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortası satın alan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi ve görüşlerini değerlendirmiştir. Çalışmada, İstanbul ilinde tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip toplam 261 kişiye anket çalışması uygulanmıştır. Yapılan anket çalışması sonucunda, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip kişilerin yaşları ile medeni durumlarının ürünü satın alma memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, sektörde tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında genel olarak olumsuz bir düşüncenin bulunmadığı ve bu sebeple satın alma faaliyetlerinin sürdürülebileceği pazar imkanının olduğu sonucuna varılmıştır.

Cihangiroğlu, 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasını ele alıp Türkiye için bu modele neden ihtiyaç duyulduğuna yönelik bir araştırma ortaya koymuştur. Sağlık hizmet sunucuları ve sigorta şirketleri açısından tamamlayıcı sağlık sigortasının önemi vurgulanarak MEDULA sistemi detaylıca açıklanmıştır. Araştırmanın sonucunda ise, tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulama alanını genişletmek için bu sigorta adına tanıtıcı faaliyetlerin yapılması, alternatif ürünlerin ortaya koyulması ve MEDULA sistemiyle veri paylaşımını sağlayacak sistem alt yapısının geliştirilmesi yönünde önerilerde bulunulmuştur.

şahin, 2018 yılında yapmış olduğu çalışmada, Genel Sağlık Sigortasına sahip kişilerin, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına dair bilgi sahibi olma durumlarını tespit etmeyi amaçlamıştır. Çalışmada, toplam 123 kişiye anket çalışması uygulanmıştır. Yapılan anket çalışması sonucunda, ankete katılan 123 kişinin tamamlayıcı sağlık sigortasını duymuş oldukları ancak detaylı bir bilgiye sahip olmadıkları ve bu yüzden tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmayı düşünmedikleri ortaya çıkmıştır. Bu kişilerin, tamamlayıcı sağlık sigortasını yaptırmayı dşnmemelerinin nedeni ise; sigorta şirketlerinin ilgili teminat hakkında yeterli bilgiyi ulaştıramamış olmalarından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

nder ve arkadaşları, 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada, Nevşehir'de özel bir hastaneye başvuran hastaların tamamlayıcı sağlık sigortasından ne kadar haberdar olduklarını tespit etmeyi amaçlamıştır. Çalışmada, bu hastalara yüz yüze anket çalışması uygulanmıştır. Yapılan anket çalışması sonucunda, bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortasından yeterince haberdar olmadıkları ortaya çıkmıştır. Bu sigortaya sahip olanların ise memnuniyet düzeylerinin genel olarak iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak sonuç olarak, her ne kadar tamamlayıcı sigortanın sunduğu hizmetlerden genel olarak memnun olursa da bu uygulamanın yaygınlaşması için çok daha fazla tanıtım ve bilgilendirmeye ihtiyaının olduğu gözlemlenmiştir.

Tapan ve arkadaşları, 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada, genel sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliğini incelemişlerdir. Çalışmada, Türkiye Sigorta ve Reasürans şirketler Birliği'ne kayıtlı 15 sağlık sigorta şirketinde görev alan sağlık sigortacılarına anket çalışması uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların %74' genel sağlık sigortası sisteminin mevcut hali ile topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek adına sürdürülebilir bir sistem olmayacağı görüşünü beyan etmişlerdir. Bunun birlikte katılımcıların %93'ünün de genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortası bileşeniyle birlikte sunulması gerektiği sonucuna varmışlardır.

Orhan ve Kıyak, 2015 yılında yapmış oldukları çalışmada, Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarında tamamlayıcı sağlık sigortasının nasıl işlediği, faydalarının ne olduğu, ne gibi sorunları ve zararları olabileceğini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Çalışmada, 5 sigorta şirketinin st düzey yöneticileri ile bireysel derinlemesine görüşme yapılarak veri elde edilmiştir. Yapılan

çalışma sonucunda, yöneticilerin genel olarak, tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlığa ulaşımı kolaylaştıran, özel sağlık kurumlarında hiçbir fark ücreti ödmeden sağlık hizmetleri almaya olanak sağlayan yararlı bir sigorta türü olduğunu beyan etmişlerdir. Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortasının sosyal güvenlik kurumunun zaman içinde yapmış olduğu veya yapacağı yenilikler ile gelişme göstereceği sonucuna varılmıştır.

Uzun, 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada, Genel Sağlık Sigortasına sahip kişilerin, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumlarının saptanması ve kişilerin bu sigortayı tercih edip etmeme yönündeki görüşlerinin belirlenmesini amaçlamıştır. Çalışmada, Bursa ilindeki kamu ve özel hastanelere başvuran 18-60 yaş arası genel sağlık sigortasına bağlı rastgele seçilen 753 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Yapılan anket sonucunda, katılımcıların %25,6'sının tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olduğu, %74,4'ünün ise haberdar olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olan katılımcıların %54'ünün uygulama hakkında çok az bir bilgiye sahip olduğu, %46'sının ise uygulama hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığı ortaya çıkmıştır.

Orhan, 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada, Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarında tamamlayıcı sağlık sigortasının nasıl işlediği, faydalarının neler olduğu, ne gibi sorunları ve zararları olabileceğinin tespit edilmesini amaçlamıştır. Niteliksel bir araştırma olarak gerçekleştirilen çalışmada veri toplamak için 5 sigorta şirketinin üst düzey yöneticileri ile bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlığa ulaşımı kolaylaştıran, özel sağlık kurumlarında hiçbir fark ücreti ödmeden, SGK'nın karşılamadığı veya lüks olarak adlandırılan hizmetleri almaya olanak sağlayan yararlı bir sigorta türü olarak görülmüştür. Ancak sigorta şirketlerinin, bu sigorta türüne, Türkiye'de son 15 yıldır gündem de olmasına rağmen uygun koşulların sağlanmaması ve mevzuatın tam olarak düzenlenmemesi nedeniyle çok sıcak bakmadıkları belirlenmiştir.

İnce, 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada, Ankara'da bir üniversiteye bağlı semt polikliniğine başvuran hastaların tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açılarını tespit etmeyi amaçlamıştır. Çalışmada, toplam 278 hastaya anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, araştırmaya katılan kişilerin büyük bir çoğunluğu tamamlayıcı sağlık sigortasının farkında olmadıklarını, farkında olan kişilerin ise önemli bir bölümünün tamamlayıcı sağlık sigortasına sıcak bakmadığı ortaya çıkmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortasına bu yaklaşımın en temel nedeni ise; sigorta şirketlerine duyulan güvensizlik ve yeterli tanıtımın yapılmadığı sonucuna varılmıştır.

Öztürk, 2014 yılındaki çalışmasında, tamamlayıcı sağlık sigortasının ülkelerdeki rolü, uygulanış biçimi ve sosyal sağlık sigortasıyla birlikte kullanımını incelemiştir. Çalışmada, Ankara ilinde toplam 729 kişiye anket yöntemi uygulanmıştır. Çalışma neticesinde, tamamlayıcı sağlık

sigortasının vatandaşlar tarafından çok iyi bilinmediği, konuyla ilgili yeterli tanıtım ve bilgilendirmelerin yapılmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip vatandaşların ise bu uygulamadan oldukça memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Değer ve arkadaşları, 2013 yılında yapmış olduğu çalışmada, tamamlayıcı sağlık sigortasının Türkiye'deki önemini ve potansiyelini ortaya koymayı amaçlamışlardır. SGK, OECD yayınları ve Türkiye Sigorta Birliği'nin veri tabanı incelenerek elde edilen veriler sonucunda, özel hastane sayısının son 5 yılda %50 arttığı ve dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortasının da pazar payının arttığı tespit edilmiştir. 2012 yılına kadar Türkiye'de 2 milyon özel sağlık sigortalı kişinin olduğu ve gelecek yıllarda tamamlayıcı sağlık sigortasının da etkisiyle bu sayının daha da çok katlanacağı belirtilmiştir. Kısacası finansal açıdan sürdürülebilir bir sağlık sistemi için tamamlayıcı sağlık sigortasının bir alternatif olacağı görüşü önerilmektedir.

Giray, 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada, Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamında yaşanan gelişmeler ve 2003 yılından sonra meydana gelen değişiklikleri ele almıştır. Daha rasyonel bir genel sağlık sigortası sistemi için tamamlayıcı sağlık sigortası modeli anlatılmıştır. Yapılan niteliksel çalışma sonucunda, devletlerin en önemli refah politikalarından olan sağlık güvence sisteminin daha iyi işler hale gelmesi için tamamlayıcı sağlık sigortasının olması gerektiği ortaya koyulmuştur. Ayrıca, bu model sayesinde hem kamunun üzerinde oluşan maliyet baskısının azalacağı hem de sosyal güvenlik kapsamında yer almayan bireylerin hizmetten daha çabuk ve yüksek standartlarda yararlanma olanağına kavuşacakları görüşünde bulunulmuştur.

Tapan, 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman modeli olan genel sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliğini ortaya koymayı amaçlamıştır. Araştırmada, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'ne üye 30 şirkete anket yöntemi uygulanmıştır. Yapılan anket sonucunda, Genel Sağlık Sigortasının mevcut haliyle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir diyenler oranının sadece %13'lük bir kesim olduğu tespit edilmiştir. %74'lük kesim Genel Sağlık Sigortasının mevcut haliyle Türkiye'nin finansman sorununu çözemeyeceğini düşünmektedir. Sonuç olarak, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gerekliliği, sağlık sigortacılarının önemli bir bölümü tarafından kabul edildiği, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşenli Genel Sağlık Sigortasının beklentileri karşılayacağı sonucuna ulaşılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDA ÖĞRETİM ELEMANLARININ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ: ANKET ÇALIŞMASI

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın konusu, amacı ve önemi, kapsamı ve kısıtları anlatıldıktan sonra araştırmanın evreni ve örnekleme hakkında bilgiler sunulmuştur. Daha sonrasında araştırmanın yöntemi ve veri toplama aracıyla ilgili gerekli bilgiler verilmiştir. Son aşamada ise verilerin analizi yapılarak elde edilen bulgular hakkında değerlendirmeler yapılmıştır.

4.1. Araştırmanın Konusu

Yapılan araştırmanın konusu, tamamlayıcı sağlık sigortasının kavramsal olarak tanımı, bu sigortanın yıllar itibariyle gelişimi, Türkiye ve diğer ülkelerdeki durumu ve güncel durumdaki tanınırlık düzeyinin ortaya koyulmasını içermektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, kamunun vermekte olduğu sağlık sigortasının teminat paketi kapsamına dahil olmayan ya da dahil olmasına karşın ek ücret ödemesi ile sağlık hizmet giderlerinin, hizmeti alan bireyler tarafından cepten ödemesi yoluyla finanse edilen bir özel sağlık sigorta ürünüdür. Genel sağlık sigortası teminat paketleri içerisine dahil olmayan ya da teminat paketine dahil olup ancak kısmen karşılanan durumlarda bireyin kendisinin ödeme yapması gereken veya daha üst standartlarda hizmet almak istediği durumlarda bu sigorta türü ortaya çıkmaktadır.

Yapılan bu çalışmada, 2013 yılından beri Türkiye’de faaliyet gösteren tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında Karadeniz Teknik Üniversitesi’ndeki öğretim elemanlarının bu sigorta hakkındaki farkındalıkları tespit edilmiş, bu sigorta hakkındaki bakış açıları incelenmiş, bu sigorta için finansal olanakları değerlendirilmiş ve bu sigortanın sürdürülebilirliği hakkındaki fikirleri incelenmiştir.

4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmada, Karadeniz Teknik Üniversitesi’ndeki öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki farkındalıkları tespit edilmiş, tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile ilgili bakış açıları incelenmiş ve bu sigortanın sürdürülebilirliğine yönelik fikirleri ele alınmıştır. Bununla birlikte, öğretim elemanlarının görüşlerinin demografik kriterlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenip, seçilen hipotezlerle aralarındaki ilişkinin varlığı araştırılmıştır.

Mevcut durumda tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışmaların da çoğunluğu toplumdaki rastgele seçilen örneklem düzeyinde yapıldığı gözlenmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının ğretim elemanları düzeyinde yapılması ve bu sigortanın sürdürülebilirliği açısından gerekenleri ortaya koyması araştırmanın önemini göstermektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortalarının tanınırlık düzeylerinin oldukça düşük olması, bireylerin sigortacılığa karşı sahip olduğu olumsuz bakış açısı ve genel sağlık sigortasında yaşanılan eksiklikler ele alındığında bu çalışma bilinen bu yargıların ğretim elemanları açısından da benzerlik taşıyıp taşımadığını ortaya koymaktadır.

Araştırma sonuçlarının sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü üzerinde çalışmalarını geliştirmesi ve ürün çeşitlendirmesi yapması konusunda yol gösterici olacağı ve ayrıca ulusal ve uluslararası literatüre yeni veriler sunması, bu alanda yeni çalışmalar yapılmasını teşvik etmesi bakımından önemli katkılar sunması beklenmektedir.

4.3. Araştırmanın Kapsamı ve Kısıtları

Bu alışma kapsamında, Karadeniz Teknik niversitesi'nde bulunan toplam 420 ğretim elemanın tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi düzeyleri ve bu sigorta hakkında sahip oldukları bakış açıları ele alınmıştır. Araştırmaya katılanlar içerisinde; "Profesör, Doçent, Doktor ğretim yesi, Araştırma Görevlisi ve ğretim Görevlisi" unvanlarına sahip ğretim elemanları bulunmaktadır.

Üniversitelerde hizmet sunan bütün ğretim elemanlarıyla tek tek yüz yüze anket çalışması yapmak oldukça uzun bir zaman kapsamısından ötürü araştırma yalnızca Karadeniz Teknik niversitesi'ndeki ğretim elemanları düzeyinde ele alınmıştır. Bu sebepten ötürü, araştırmanın farklı şehir ve üniversitede bulunan ğretim elemanları düzeyinde genellenememesi bu araştırmanın kısıdını oluşturmaktadır. Araştırmanın bir diğer kısıdı ise tüm evrene ulaşılamamasıdır. Evren olarak belirlenen toplam 2156 ğretim elemanı içerisinden gönüllü olarak toplam 420 ğretim elemanına ulaşılmıştır.

4.4. Araştırma Evreni ve rnekleme

Araştırmanın evrenini Trabzon ilinde bulunan Karadeniz Teknik niversitesi'nde çalışmakta olan ğretim elemanları oluşturmaktadır. Karadeniz Teknik niversitesi'ndeki son verilere göre aktif olarak hizmet sunan 2156 ğretim elemanı mevcuttur. Araştırma evreninin tam olarak bilindiği durumlarda, bu evreni temsil eden örneklem sayısını bulabilmek için aşağıdaki formülden faydalanılır (Naing vd., 2006: 9-14):

$$n = \frac{N \cdot (t^2) \cdot (p \cdot q)}{d^2 \cdot (N-1) + (d^2) \cdot (p \cdot q)}$$

Bu formülde,

n = Örneklem alınacak birey sayısını

N = Evrendeki kişi sayısını

t = Kabul edilen anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değerini

p = İncelenen olayın görülme sıklığını

q = İncelenen olayın görülmemeye sıklığını

d = Araştırmacı tarafından kabul edilen örneklem hatası göstermektedir.

Araştırma evrenindeki kişi sayısının 2156 olduğu bilinmektedir. Örneklem çok homojen olmadığı, birbirinden farklılık gösterdiği durumlarda incelenen olayın görülme sıklığı 0,50 ve incelenen olayın görülmemeye sıklığı 0,50 değerlerini almaktadır. Yapılan bu çalışmada %95 güven düzeyi ve %5 kabul edilen örneklem hatası dikkate alındığında örneklem alınması yeterli olacak birey sayısı şu şekilde hesaplanır:

$$n = \frac{2156 \cdot (1,96^2) \cdot (0,50 \cdot 0,50)}{(0,05^2) \cdot (2156-1) + (0,05^2) \cdot (0,50 \cdot 0,50)} = \frac{2156 \cdot (3,84) \cdot (0,25)}{(0,0025) \cdot (2155) + (0,0025) \cdot (0,25)} = \frac{2070}{5,39} = 384$$

Örneklem hesabı için yapılan istatistik formüle dayanarak, bu çalışmadaki örneklem evreni temsil edebilmesi için minimum 384 örneklem sayısına ulaşılmalıdır. Yapılan bu çalışmada ise toplam 420 anket yapılmış ve bunların tamamı analize dahil edilmiştir.

4.5. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Bu çalışma kesitsel nitelikte tanımlayıcı bir araştırmadır. Öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili bilgi düzeyleri ve tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada veri toplama tekniği olarak yüz yüze anket yöntemi uygulanmıştır. Anketler, işletme ve yönetim araştırmalarında popüler ve yaygın bir stratejilerdir. Yapılan anketler genellikle kim, ne, nerede ve ne kadar sorularını cevaplamak için kullanılır. Aynı zamanda büyük bir miktardaki veriyi oldukça ekonomik bir şekilde toplamaya olanak sağlamaktadırlar (Sayım, 2017: 178).

Anket 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde öğretim elemanlarına ilişkin demografik bilgilerin bulunduğu toplam 8 soru yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde ise öğretim elemanlarının sağlık durumlarını, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi düzeylerini ve kullanım sıklıklarının ölçüldüğü toplam 15 soru bulunmaktadır. Bu sorular katılımcıların

cevaplarına göre birbirine geçişli şekilde hazırlanmıştır. Anketin son bölümünde ise genel sağlık sigortası bileşenli tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği tespit etmeye yönelik 5’li likert tipine uygun toplam 15 soru yer almaktadır. Likert ölçeğinde cevap seçenekleri “Tamamen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum” ve “Tamamen Katılmıyorum” şeklinde ifade edilmiştir. Ankette yer alan 1. ve 2.bölümdeki sorular bu konu ile ilgili literatürde yapılmış çalışmalardan yola çıkılarak yazar tarafından derlenerek hazırlanmıştır. 3.bölümde yer alan ölçek ise Tapan (2008)’ın doktora tezinden alınmıştır. Alınan bu ölçeğin ise geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Ankette elde edilen veriler SPSS 25 paket programı aracılığıyla hem tanımlayıcı istatistikler hem de parametrik testlerden T testi ve ANOVA analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

4.6 Verilerin Analizi ve Bulgular

Bu bölümde ilk olarak anket çalışmasına katılan öğretim elemanlarının demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilecektir. Daha sonrasında bu öğretim elemanlarının anketteki sorulara verdiği bütün cevaplara ilişkin sonuçlar yüzesel olarak sunulacaktır. Ardından “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği” için hesaplanmış ortalama ve standart sapma değerleri verilecektir. Bununla birlikte çapraz tablolar biçiminde hazırlanmış tablolar yardımıyla sorular arasındaki ilişkiler incelenecektir. Araştırma verilerinin güvenilirliği test edildikten sonra bu verilerin normallik analizi yapılacaktır. Son olarak tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik ölçeği ile anket soruları arasında T ve ANOVA testi kullanılarak istatistiksel analizler yapılacak ve sonuçları değerlendirilecektir.

Verilerin analizi ve bulgularına geçilmeden önce analize tabi tutulacak hipotezlerin belirtilmesi gereklidir. Bu sebepten ötürü, analiz sonucu test edilecek olan hipotezler aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

- H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sosyo demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, akademik unvan, görev yapılan fakülte ve aylık gelir durumu) bakımından fark vardır.
- H_{1a}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında cinsiyet bakımından fark vardır.
- H_{1b}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında yaş bakımından fark vardır.
- H_{1c}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında medeni durum bakımından fark vardır.
- H_{1d}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında çocuk sayısı bakımından fark vardır.

- H_{1e}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında akademik unvan bakımından fark vardır.
- H_{1f}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında görev yapılan fakülte bakımından fark vardır.
- H_{1g}: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında aylık gelir durumu bakımından fark vardır.
- H₂: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sağlık kuruluşu tercihi bakımından fark vardır.
- H₃: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıkları bakımından fark vardır.
- H₄: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamaları bakımından fark vardır.
- H₅: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında özel sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.
- H₆: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olup olmama durumu bakımından fark vardır.
- H₇: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından fark vardır.
- H₈: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.
- H₉: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası için ayrılan yıllık bütçe bakımından fark vardır.

4.6.1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Ankete katılan 420 öğretim elemanının cinsiyeti, yaş aralığı, medeni durumu, çocuk sayısı, akademik unvanı, görev yaptığı fakülte ve aylık gelir durumuna ilişkin bilgiler Tablo 20'de yer almaktadır.

Tablo 20: Ankete Katılan Öğretim Elemanlarının Demografik Bilgileri

Cinsiyete Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Erkek	254	60,50
Kadın	166	39,50
Toplam	420	100
Yaş Aralığına Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
18-24	1	0,20
25-35	143	34,10
36-45	134	31,90
46-55	118	28,10
56 ve üzeri	24	5,70
Toplam	420	100
Medeni Duruma Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Evli	328	78,10
Bekar	92	21,90
Toplam	420	100
Çocuk Sayısına Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Yok	110	26,20
1	85	20,20
2	155	37,00
3	64	15,20
4 ve üzeri	6	1,40
Toplam	420	100
Akademik Unvana Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Profesör Dr.	110	26,20
Doçent Dr.	77	18,30
Dr. Öğretim Üyesi	79	8,80
Öğretim Görevlisi	25	6,00
Araştırma Görevlisi	129	30,70
Toplam	420	100
Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
6.000 TL ve altı	5	1,20
6.001-7.000 TL	139	33,10
7.001-8.000 TL	89	21,20
8.001-9.000 TL	67	16,00
9.001 TL ve üstü	120	28,50
Toplam	420	100

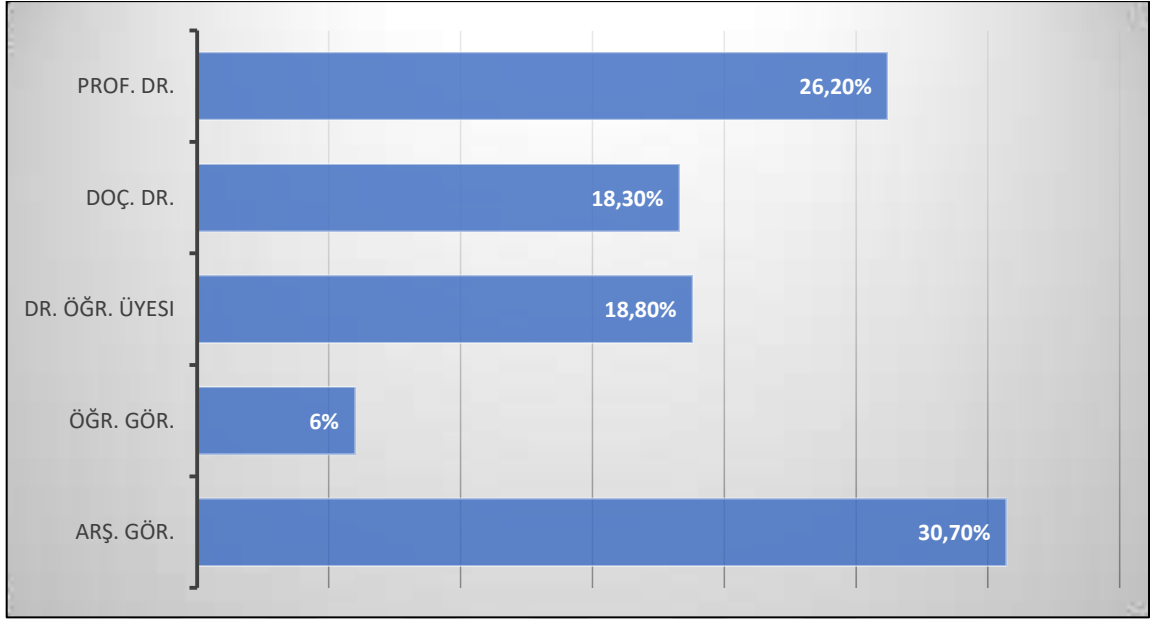
Tablo 20: (Devamı)

Görev Yapılan Fakülterle Göre Dağılım		
Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	83	19,80
Edebiyat Fakültesi	29	6,90
Fen Fakültesi	30	7,10
Orman Fakültesi	27	6,40
Mimarlık Fakültesi	34	8,10
Mühendislik Fakültesi	110	26,10
Tıp Fakültesi	30	7,10
Diş Hekimliği Fakültesi	15	3,60
Yabancı Diller Yüksekokulu	12	2,90
Eczacılık Fakültesi	8	1,90
Sağlık Bilimleri Fakültesi	15	3,60
Of Teknoloji Fakültesi	12	2,90
Sürmene Deniz Bilimleri Fakültesi	15	3,60
Toplam	420	100

Araştırmaya katılan 420 öğretim elemanının %60,50'lik kısmını 254 kişiyle erkekler, %39,50'lik kısmını ise 166 kişiyle kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan öğretim elemanlarının yaş aralıklarına bakıldığında, en yoğun katılımı %34,10'luk kısmıyla 25-35 yaş aralığında bulunan öğretim elemanları oluşturmaktadır. Bu gruptan sonraki en yoğun katılım 36-45 yaş aralığındaki öğretim elemanlarıdır. Bu grup çalışmanın %31,90'ını oluşturmaktadır. Öğretim elemanlarının medeni durumlarına bakıldığında çok yüksek oranda (%78,10) evli oldukları gözlenmektedir. Çocuk sayılarına ilişkin elde edilen verilerde ise, 2 çocuğa sahip öğretim elemanları araştırmanın %37'sini oluşturmaktadır. Bu grubu takip eden en yüksek kitle ise herhangi bir çocuğa sahip olmayan %26,20'lik kitledir.

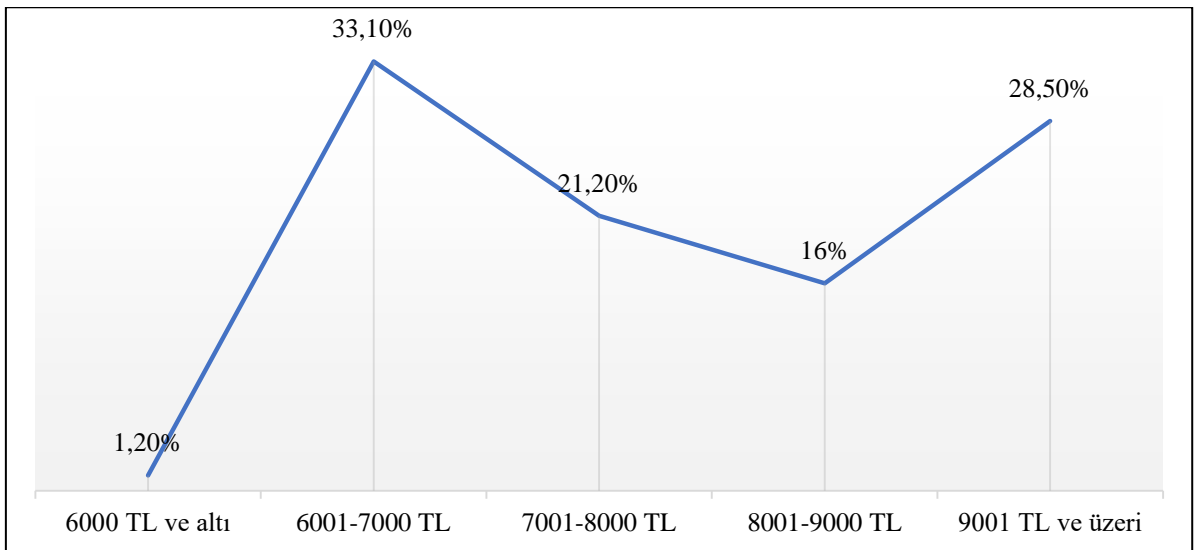
Çalışmada önemli bir parametre de akademik unvandır. Çalışmaya katılan 420 öğretim elemanı içerisinde en yoğun katılım araştırma görevlileri nezdinde gerçekleşmiştir. Araştırma görevlileri araştırmanın %30,70'lik kısmını oluşturmaktadır. Bu gruptan sonra en yoğun katılım profesörler tarafından gerçekleşmiştir. Profesörler çalışmanın %26,20'lik kısmını oluşturmaktadır.

Grafik 9: Katılımcıların Akademik Unvanlara Göre Dağılımı



Öğretim elemanlarının aylık gelir durumlarına bakıldığında, en yüksek payı 6000-7000 TL arasında geliri bulunan %33,10'luk kısmıyla 139 öğretim elemanı oluşturmaktadır. Bu oranı %28,50'lik kısmıyla 9001 TL ve üzeri kazanan 120 öğretim elemanı takip etmektedir. Görev yapılan fakülteye göre elde edilen verilerde en yüksek katılımı %26,10'luk kısmıyla Mühendislik Fakülteleri oluşturmaktadır. Mühendislik fakültelerini %19,80'lik kısmıyla İktisadi ve İdari Bilimler Fakülteleri takip etmektedir. Bu iki fakültenin devamında ise %8,10 kısmıyla Mimarlık ve %7,10'luk kısmıyla Fen ve Tıp Fakülteleri sıralanmaktadır.

Grafik 10: Katılımcıların Aylık Gelir Durumlarına İlişkin Dağılımı



4.6.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdiği Cevaplara İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Katılımcıların demografik bilgilerinden sonra ankette yer alan diğer sorulara ilişkin verileri değerlendirilmiştir. Katılımcıların ilk başvurdukları kurum, özel hastanelere gitme sıklıkları, özel sağlık sigortaları yaptırma durumları ve tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilişkin soruları barındıran bu bölümde toplam 15 soruya dair istatistiki sonuçlar verilmiştir.

Tablo 21: Katılımcıların Hastalanınca İlk Başvurdukları Kurum

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Aile Hekimliği	82	19,50
Devlet Hastanesi	138	32,90
Özel Hastane	125	29,70
Üniversite Hastanesi	75	17,90
Toplam	420	100

Yapılan çalışmada öğretim elemanlarının hastalandığında ilk başvurdukları kurumun %32,90'lık oranıyla devlet hastaneleri olduğu gözlenmektedir. Bu oranı %29,70 ile özel hastaneler izlemektedir.

Tablo 22: Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisinde Hastaneye Gitme Sıklıkları

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Hiç Gitmedim	54	12,90
1-2	280	66,70
3-4	67	15,90
5 ve üzeri	19	4,50
Toplam	420	100

Öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisinde hastaneye gitme sıklıkları incelendiğinde en yüksek katılımın %66,70'lik kısmıyla 280 kişinin hastaneye yılda 1-2 kez gittikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranı %15,90 ile hastaneye 3-4 kez giden öğretim elemanları takip etmektedir. Hastaneye yılda 3-4 kez giden öğretim elemanlarının sayısı ise 67'dir.

Tablo 23: Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisinde Özel Hastaneye Gitme Sıklıkları

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Hiç Gitmedim	192	45,70
1-2	147	35,00
3-4	73	17,40
5 ve üzeri	8	1,90
Toplam	420	100

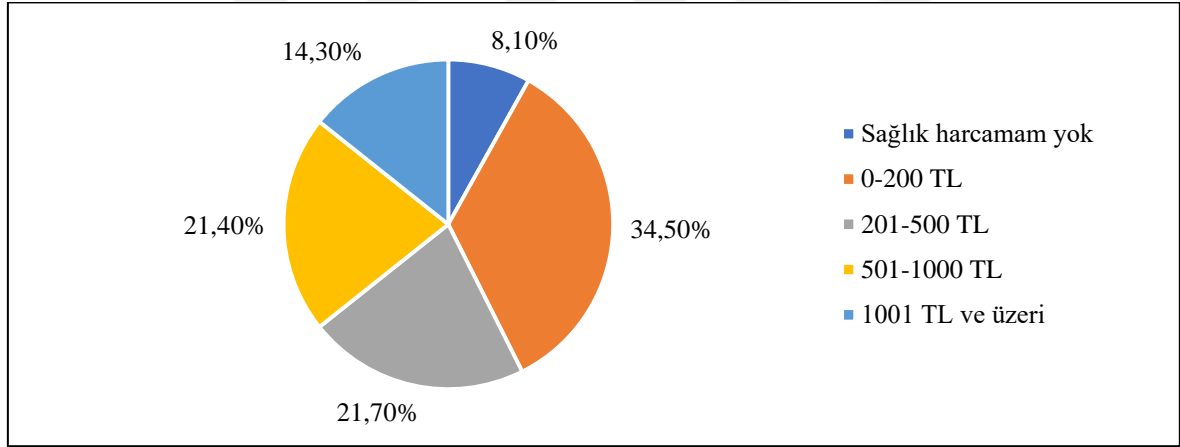
Öğretim elemanlarının özel hastaneye gitme sıklıkları incelendiğinde ise, neredeyse yarısının (%45,70) son 1 yıl içerisinde özel hastaneye hiç gitmediği sonucuna varılmıştır. %35’lik kısmını oluşturan 147 öğretim elemanının ise son 1 yılda 1-2 kez özel hastaneye gittiği gözlenmektedir.

Tablo 24: Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisinde Yaptıkları Sağlık Harcaması

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Sağlık Harcamam Yok	34	8,10
0-200 TL	145	34,50
201-500 TL	91	21,70
501-1000 TL	90	21,40
1001 TL ve üzeri	60	14,30
Toplam	420	100

Öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisinde yaptıkları sağlık harcamalarına bakıldığında en yüksek oranın %34,50 ile 0-200 TL arası harcama yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranı %21,70 ile 201-500 TL arası ve %21,40 ile 501-1000 TL arası harcama yapan öğretim elemanları izlemektedir.

Grafik 11: Katılımcıların Son 1 Yıl İçerisindeki Sağlık Harcamaları



Tablo 25: Katılımcıların Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumu

Grup	Kişi Sayısı	Oran
Evet	127	30,20
Hayır	293	69,80
Toplam	420	100

Öğretim elemanlarının özel sağlık sigortasına sahip olma durumları incelendiğinde, %69,80’lik kısmının özel sağlık sigortasına sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu da 420 öğretim elemanı içerisinde 293 kişiye karşılık gelmektedir. Öğretim elemanları içerisinde sadece %30,20’lik kesim özel sağlık sigortasına sahiptir.

Tablo 26: Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Kaliteli hizmet almak istediğim için	47	37,00
Sağlık yatırımının önemli olduğunu düşündüğüm için	25	19,70
Sürekli hekim kontrolünde olmam gerektiği için	29	22,90
Çevre tavsiyesi	1	0,80
Kısa sürede her türlü tedavi hizmetinden yararlanabilmek için	20	15,70
Ani olarak ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı önceden önlem alabilmek için	5	3,90
Toplam	127	100

Özel sağlık sigortasına sahip olan öğretim elemanlarının bu sigortayı tercih etme nedenleri arasında en yüksek oranı %37'lik kısmıyla kaliteli hizmet alma isteği oluşturmaktadır. Bu oranı %22,90 ile sürekli hekim kontrolünde olma gereksinimi izlemektedir. Sağlık yatırımının önemli olduğunu düşünen öğretim elemanlarının oranı ise %19,70'dir.

Tablo 27: Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Yaptırmama Nedenleri

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Primlerin çok pahalı olması	39	13,30
Devletin sağlamış olduğu sigortanın beni yeterince tatmin etmesi	161	55,00
Özel sağlık sigortası şirketlerinin anlaşmalı olduğu kurumların yeterince güvenilir ve kaliteli olmaması	52	17,70
Özel sigorta şirketlerine gittiğimde yeterince bilgi ve beklediğim ilgiyi alamamam	18	6,20
Çevremden çok şikâyet duymam	23	7,80
Toplam	293	100

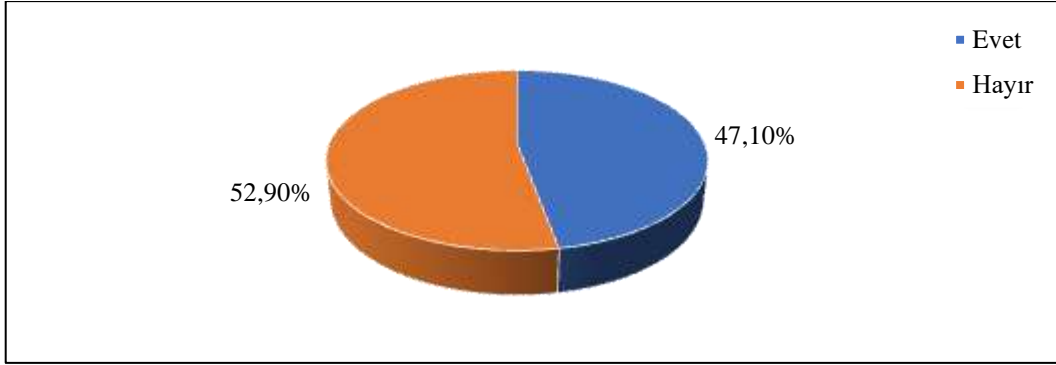
Özel sağlık sigortasına sahip olmayan öğretim elemanlarının bu sigortayı tercih etmemesindeki en temel neden %55'lik oranıyla devletin sağlamış olduğu sigortanın tatmin edici bulunmasıdır. Bunun dışında, %17,70'lik kısım özel sağlık sigortası şirketlerinin anlaşmalı olduğu kurumları yeterince güvenilir ve kaliteli düzeyde görmemektedir. Ayrıca, özel sağlık sigorta primlerinin oldukça pahalı olmasından ötürü yaptırmayanlar oranı da %13,30'dur.

Tablo 28: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamasından Haberdar Olma Durumları

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Evet	198	47,10
Hayır	222	52,90
Toplam	420	100

Öğretim elemanlarının özel sağlık sigortasının bir ürünü olan tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma durumlarına bakıldığında, %52,90'lık kısmının bu sigortayı daha önce hiç duymadığı tespit edilmiştir. Bu da 222 kişiye karşılık gelmektedir. Öğretim elemanlarının %47,10'unun ise tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından haberdar oldukları gözlenmektedir.

Grafik 12: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumları

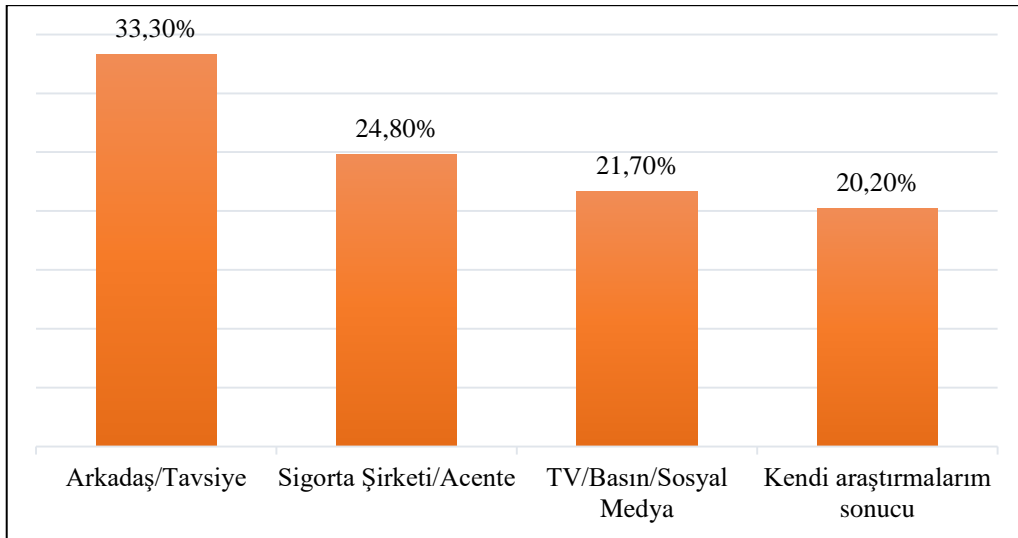


Tablo 29: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Kanalları

Grup	Kişi Sayısı	Oran
Arkadaş/Tavsiye	66	33,30
Sigorta Şirketi/Acente	49	24,80
TV/Basın/Sosyal Medya	43	21,70
Kendi araştırmaları sonucu	40	20,20
Toplam	198	100

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından haberdar olan 198 öğretim elemanının %33,30'luk kısmı arkadaş veya tavsiye aracılığıyla bu sigortadan haberdar olmuşlardır. %24,80'lik kısmı sigorta şirketi veya acenteler yoluyla, %21,70'lik kısmı elektronik kaynaklar ve yazılı basından ve %20,20'lik kısmı ise kendi araştırmaları sonucu tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olmuşlardır.

Grafik 13: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Kanalları



Tablo 30: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Duydum ama bilgim yok	22	11,10
Çok az bilgim var	74	37,40
Yeterince bilgim var	89	45,00
Konuya tamamen hakimim	13	6,50
Toplam	198	100

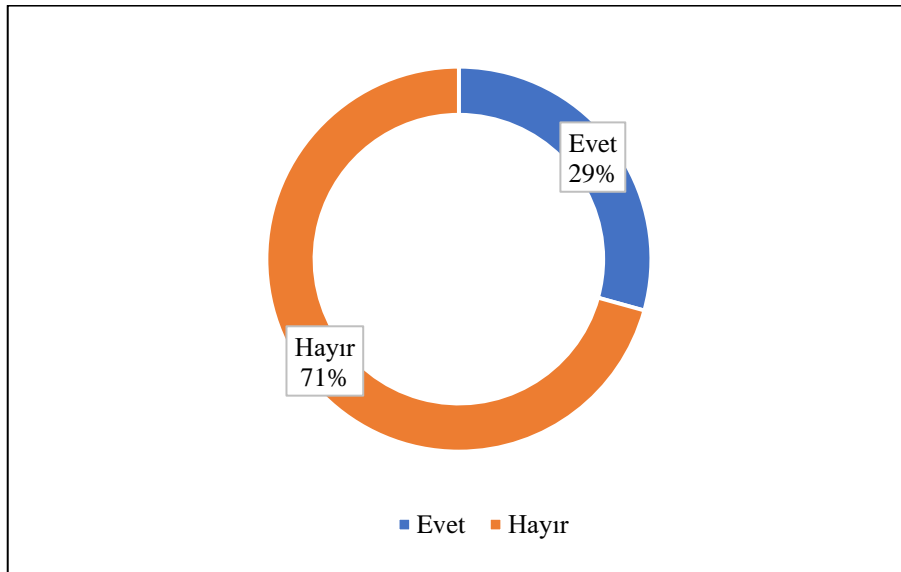
Tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olan toplam 198 öğretim elemanlarının bu sigorta hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde; %45’lik kısmının yeterince bilgisinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca %37,40’lık kısmının çok az bilgisi olduğu, %11,10’luk kısmının ise haberdar olduğu fakat bilgi sahibi olmadığı sonucuna varılmıştır. Konuya tamamen hâkim olanların oranı ise %6,50’dir.

Tablo 31: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumu

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Evet	58	29,30
Hayır	140	70,70
Toplam	198	100

Öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumları ele alındığında; %70,70’lik kısmıyla toplam 140 öğretim elemanının tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Geriye kalan %29,30’luk kısma denk gelen toplam 58 öğretim elemanı tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir.

Grafik 14: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumları



Tablo 32: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Yıllık Bütçelerinden Ayırdıkları Tutar

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
0-200 TL	3	5,20
201-400 TL	0	0,00
401-600 TL	2	3,40
601-800 TL	4	6,90
801-1000 TL	17	29,30
1001 TL ve üzeri	32	55,20
Toplam	58	100

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip öğretim elemanlarının bu sigorta için yıllık bütçelerinden ayırdıkları tutar ele alındığında, %55,20'lik oranıyla toplam 32 öğretim elemanının 1001 TL ve üzeri harcama yaptıkları gözlenmektedir. Bu oranı %29,30 oranıyla 801-1000 TL arası harcama yapan öğretim elemanları izlemektedir.

Tablo 33: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Düşünceleri

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Evet	69	19,10
Hayır	293	80,90
Toplam	362	100

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmayan toplam 362 öğretim elemanının %80,90'lık kısmına karşılık gelen toplam 293 öğretim elemanının hiçbir şekilde tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmayı düşünmedikleri sonucuna varılmıştır. Sadece %19,10'luk kısma denk gelen toplam 69 öğretim elemanı ilerleyen zamanda tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmaya sıcak bakmaktadır.

Tablo 34: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırmama Nedenleri

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
Özel sağlık sigortasına sahip olduğum için	18	6,10
Genel sağlık sigortasını yeterli gördüğüm için	118	40,30
Sigorta şirketlerini güvenilir bulmadığım için	60	20,50
Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığım için	91	31,10
Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında fazla şikâyet duyduğum için	6	2,00
Toplam	293	100

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmayı düşünmeyen toplam 293 öğretim elemanının bu sigortayı yaptırmama nedenleri arasından en yüksek pay %40,30 oranıyla genel sağlık sigortasının yeterli görülmesidir. Bu oranı %31,10'luk oranıyla tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip olunamaması takip etmektedir. Sigorta şirketlerini güvenilir bulmayanların oranı da %20,50 ile üçüncü neden olarak belirtilmektedir.

Tablo 35: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırmaları Durumunda Yıllık Bütçelerinden Ayıracakları Tutar

Grup	Kişi Sayısı	Oran (%)
0-200 TL	5	7,20
201-400 TL	8	11,60
401-600 TL	21	30,50
601-800 TL	22	31,90
801-1000 TL	11	15,90
1001 TL ve üzeri	2	2,90
Toplam	69	100

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmayıp ileride bu sigortayı yaptırmaya sıcak bakanların yıllık bütçelerinden ayırmayı düşündükleri tutarlar göz önüne alındığında en yüksek pay %31,90 oranıyla 601-800 TL arası harcama yapmayı düşünen öğretim elemanları oluşturmaktadır. Bu oranla neredeyse yakın değere sahip bir diğer tutar ise 401-600 TL arası harcama yapmayı düşünen öğretim elemanlarıdır. Bu oran ise %30,50'dir. 801-1000 TL arası harcama yapmayı düşünen öğretim elemanlarının oranı ise ancak %15,90'da kalmıştır.

4.6.3. Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeğine Verdikleri Cevaplara İlişkin İstatistik Sonuçları

Demografik sorular ve genel anket sorularının ardından bu bölümde "Sürdürülebilirlik Ölçeği" olarak adlandırılan Likert ölçekli sorulara ilişkin analizler yapılmıştır. Toplam 15 ifadeden oluşan bu ölçek genel olarak tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği, genel sağlık sigortasıyla birlikte sunulabilirliği ve finansman sorunlarına ilişkin sağlayacağı faydalar şeklinde oluşturulmuştur. Tamamen Katılıyorum'dan Tamamen Katılmıyorum'a toplam 5'li Likert tipi ölçek yardımıyla katılımcılara sorulmuş, gerekli cevaplar alınmış ve istatistikî sonuçları elde edilmiştir.

Tablo 36: Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeğine Yönelik Verdikleri Cevaplara İlişkin Bilgiler (%)

İFADELER	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
GSS, mevcut haliyle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir.	8,60	26,90	21,40	40,50	2,60
GSS, tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir.	13,10	30,50	27,60	27,40	1,40
GSS'nin sunduğu Temel Teminat Paketi'nin kapsamı yeterlidir.	9,30	25,00	29,30	29,80	6,70
GSS, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeni ile birlikte sunulmalıdır.	3,60	31,40	52,90	11,40	0,70
TSS bileşenli bir GSS toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını en iyi şekilde karşılar.	1,90	24,00	51,90	20,80	1,40
TSS, prim gelirlerinin artırılması konusunda GSS'ye katkı sağlayacaktır.	4,30	31,40	50,70	13,10	0,50
TSS, GSS'nin Temel Teminat Paketini kapsam olarak rahatlatacaktır.	8,30	50,20	36,00	5,00	0,50
TSS, GSS'nin fiyat tarifelerini düşürerek, devleti finansal açıdan rahatlatacaktır.	2,90	29,00	38,30	26,00	3,80
TSS, devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacak, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır.	8,80	37,10	40,00	13,60	0,50
TSS, GSS'nin mali riskini paylaşacaktır.	2,10	28,40	49,00	19,50	1,00
TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır.	11,10	49,50	30,50	7,90	1,00
TSS ile fiyat yönünden oluşan baskı azalarak sağlık hizmetlerinin kalitesi artacaktır.	4,50	24,60	43,10	25,20	2,60
TSS'nin uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir.	0,20	13,10	68,10	18,10	0,50
Özel sigorta şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir.	3,30	20,20	44,90	28,30	3,30
TSS bileşenli GSS, sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözecektir.	1,20	26,20	54,80	16,40	1,40

4.6.4. Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeğine İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Öğretim elemanlarına yönelik yapılan bu ölçeğin sonuçlarına göre; ortalama 2,83 standart sapma ise 0,59 olarak hesaplanmıştır. Ortalama bakımından en yüksek değer 3,08 ile özel sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası konusunda yeterli deneyime sahip olmadıkları seçeneğinde oluşmuştur. Ayrıca öğretim elemanları genel sağlık sigortasının sunduğu temel teminat paketinin kapsamı yeterlidir seçeneğinde de oldukça kararsız bir tutum ortaya koymuşlardır. Öğretim elemanlarının genellikle genel sağlık sigortasının tek başına hizmet sunmasına tam anlamıyla ikna oldukları söylenemez. Bununla birlikte öğretim elemanları, tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanabilirliği için yasal altyapının yeterli olduğu görüşünde de

çekimsen bir tavır ortaya koymuşlardır. 1'e en yakın ifadenin katılımcılar tarafından tamamen hemfikir olduğu bu ölçekte en yakın ifade tamamlayıcı sağlık sigortası bileşenli genel sağlık sigortası sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacağına dair oluşan ifadedir. Bunun dışında, öğretim elemanları tamamlayıcı sağlık sigortasının genel sağlık sigortasının kapsamını rahatlatmasına dair görüşleri pozitifdir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının devletin yükünü azaltacağına, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkisini arttıracığına olan inanç da oldukça yüksektir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37: Katılımcıların Ölçeğe İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

NO	İFADELER	\bar{x} (ORT)	S.S.
1-15	TSS SÜRDÜRÜLEBİLİR ÖLÇEĞİ	2,83	0,59
1	GSS, mevcut haliyle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir.	3,02	1,06
2	GSS, tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir.	2,74	1,04
3	GSS'nin sunduğu Temel Teminat Paketi'nin kapsamı yeterlidir.	3,00	1,09
4	GSS, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeni ile birlikte sunulmalıdır.	2,74	0,73
5	TSS bileşenli bir GSS toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını en iyi şekilde karşılar.	2,96	0,76
6	TSS, prim gelirlerinin arttırılması konusunda GSS'ye katkı sağlayacaktır.	2,74	0,75
7	TSS, GSS'nin Temel Teminat Paketini kapsam olarak rahatlatacaktır.	2,39	0,73
8	TSS, GSS'nin fiyat tarifelerini düşürerek, devleti finansal açıdan rahatlatacaktır.	2,99	0,90
9	TSS, devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacak, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır.	2,60	0,85
10	TSS, GSS'nin mali riskini paylaşacaktır.	2,89	0,77
11	TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır.	2,38	0,82
12	TSS ile fiyat yönünden oluşan baskı azalarak sağlık hizmetlerinin kalitesi artacaktır.	2,97	0,89
13	TSS'nin uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir.	3,05	0,58
14	Özel sigorta şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir.	3,08	0,86
15	TSS bileşenli GSS, sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözecektir.	2,91	0,72

4.6.5. Anket Soruları İçerisinde Oluşturulan Çapraz Tablo İstatistikleri

Araştırmanın bu bölümünde anket soruları içerisinde yer alan ve araştırmanın en önemli sorusunu barındıran tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu ile demografik sorular arasında ilişki kurulmaya çalışılmıştır. Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, akademik unvan, görev yapılan fakülte, aylık gelir durumu gibi demografik ölçekli soruların dışında son 1 yıl içerisinde özel hastaneye gitme sıklığı ve özel sağlık sigortası yaptırma durumuna ilişkin sorular tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu ile karşılaştırılıp, çapraz tablo haline getirilmiştir.

- **Cinsiyet ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 38: Cinsiyet-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Cinsiyet		
	Erkek	Kadın	Toplam
Evet	24	34	58
Hayır	95	45	140
Toplam	119	79	198

Tablo 38’de görüldüğü üzere, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip toplam 58 kişinin arasından %58,6’sı kadınlardan, %41,4’ü ise erkeklerden oluşmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bireylere bakıldığında, erkeklerin %20,20’si bu sigortaya sahip iken, kadınlarda bu oran %43’tür. Bu da kadınların bu sigortaya erkeklerden daha hassas yaklaştıkları ve oransal olarak da bu sigortaya erkeklere nazaran daha çok sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

- **Yaş Aralığı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 39: Yaş Aralığı-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Yaş Aralığı			Toplam
	18-35	36-45	46 ve üzeri	
Evet	15	17	26	58
Hayır	48	46	46	140
Toplam	63	63	72	198

Yaş aralıkları incelendiğinde, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan toplam 58 kişiden; %25,9’u 18-35 yaş aralığında iken %29,3’ü ise 36-45 yaş aralığındadır. Bu sigortaya sahip olanlar içerisinde en büyük paya sahip olan kesim ise 46 yaş ve üzeri olan gruptur. Bu grup %44,8’i oluşturmaktadır. Elde edilen bu veri bu sigortaya sahip olma oranının artması ile yaşlanmanın artmasının doğrusal bir ilişkisini ortaya koymaktadır. Yaş arttıkça sigortaya sahip olma oranı da artış göstermektedir. Yaş aralıkları kendi içlerinde ele alındığında ise; 18-35 yaş aralığındakilerin %28,8’inin, 36-45 yaş aralığındakilerin %27’sinin ve 46 yaş ve üzerindeki olanların ise %36,1’inin bu sigortaya sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

- **Medeni Durum ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 40: Medeni Durumu-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Medeni Durum		
	Evli	Bekar	Toplam
Evet	56	2	58
Hayır	108	32	140
Toplam	164	34	198

Tablo 40'ta görüldüğü üzere, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanının %96,6 gibi yüksek bir oranda evli oldukları gözlemlenmektedir. Sadece %3,4'lük kısma karşılık gelen 2 kişinin bekar oldukları görülmüştür. Bu da evli bireylerin sigorta konusuna bekarlara nazaran daha fazla önem verdikleri ve sonucunda da bu sigortaya sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Medeni durumlar kendi içinde değerlendirildiğinde, evli bireylerin %34,1'i ve bekarların yalnızca %5,9'unun bu sigortaya sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

- **Çocuk Sayısı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 41: Çocuk Sayısı-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Çocuk sayısı				Toplam
	Çocuksuz	1	2	3 ve üzeri	
Evet	2	12	34	10	58
Hayır	40	29	52	19	140
Toplam	42	41	86	29	198

Çocuk sayıları ele alındığında, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanı içerisinde, çocuk sahibi olmayanların oranı %3,4, sadece 1 çocuğa sahip olanların oranı %20,7, 3 ve üzeri çocuğa sahip olanların oranı ise %17,2'dir. Bu gruplar içerisinde en çok paya sahip olan grup ise 2 çocuğa sahip olan öğretim elemanlarının bulunduğu gruptur. Bu grup toplam grupların %58,6'sı gibi oldukça yüksek bir oranı kapsamaktadır. Grupların kendi iç analizlerine bakıldığında; çocuk sahibi olmayanların %4,8'i, 1 çocuk sahibi olanların %29,3'ü, 2 çocuk sahibi olanların %39,5'i ve 3 ve üzeri çocuğa sahip olanların ise %34,5'inin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip oldukları görülmektedir.

- **Akademik Unvan ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 42: Akademik Unvan-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Akademik Unvan					Toplam
	Araştırma Görevlisi	Öğretim Görevlisi	Doktor Öğretim Üyesi	Doçent Doktor	Profesör Doktor	
Evet	15	3	8	15	17	58
Hayır	42	6	31	20	41	140
Toplam	57	9	39	35	58	198

Tablo 42’de görüldüğü üzere, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanı içerisinde en çok paya sahip olan kesim %29,3 ile profesörlerdir. Profesörleri %25,9 ile aynı orana sahip doçentler ile araştırma görevlileri izlemektedir. Bu gruplar arasından en düşük orana sahip olanlar ise %13,8 ile doktor öğretim üyeleri ile %5,2 ile öğretim görevlileridir. Akademik unvanların kendi içlerinde yapılan istatistiklere göre; araştırma görevlilerin %26,3’ü, öğretim görevlilerin %33,3’ü, doktor öğretim üyelerinin %20,5’i, doçentlerin %42,9 ve profesörlerin ise %29,3’ü tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

- **Fakülte/Enstitü ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 43: Fakülte/Enstitü-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Fakülteler/Enstitüler			Toplam
	Sosyal Bilimler	Fen Bilimleri	Sağlık Bilimleri	
Evet	14	32	12	58
Hayır	44	62	34	140
Toplam	58	94	46	198

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanının görev yaptıkları fakülteler ele alındığında en yüksek payın %55,2 ile fen bilimleri fakülteleri olduğu sonucuna varılmıştır. Bu da tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip öğretim elemanlarının yarısından daha fazlasının fen bilimleri alanında hizmet verdiklerini ortaya koymaktadır. Fen bilimlerini %24,1 ile sosyal bilimler ve %20,7 ile sağlık bilimleri takip etmektedir. Fakültelerin kendi grup istatistiklerine bakıldığında; sosyal bilimlerdeki öğretim elemanlarının %24,1’i, fen bilimlerindeki öğretim elemanlarının %34’ü ve sağlık bilimlerindeki öğretim elemanlarının ise %26,1’inin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu gözükmektedir.

- **Aylık Gelir Durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 44: Aylık Gelir Durumu-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Aylık Gelir Durumu			
	5000-7000 TL	7001-9000 TL	9001 TL ve üzeri	Toplam
Evet	15	22	21	58
Hayır	46	47	47	140
Toplam	61	69	68	198

Tablo 44’ deki verilere bakıldığında, tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanının gelir durumları ele alındığında, %25,9’unun 5000-7000 TL aralığında gelire sahip olduğu, %37,9’unun 7001-9000 TL aralığında gelire sahip olduğu ve %36,2’sinin ise 9001 TL ve üzerinde gelire sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Farklı gelir aralıklarına sahip olan öğretim elemanlarının grupsal istatistiklerine bakıldığında; 5000-7000 TL aralığına sahip öğretim elemanlarının %24,6’sının, 7001-9000 TL aralığına sahip öğretim elemanlarının %31,9’unun ve 9001 TL ve üzerinde gelire sahip olan öğretim elemanlarının %30,9’unun tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip oldukları görülmektedir.

- **Özel Hastaneye Gitme Durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 45: Özel Hastaneye Gitme Durumu-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Özel Hastaneye Gitme Durumu			
	Hiç gitmedim	1-2	3 ve üzeri	Toplam
Evet	3	17	38	58
Hayır	49	63	28	140
Toplam	52	80	66	198

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanının son 1 yıl içerisinde özel hastaneye gitme sıklıkları ele alındığında, bu öğretim elemanlarının %5,2’sinin son 1 yıl içerisinde özel hastaneye hiç gitmedikleri, %29,3’ünün 1 veya 2 defa özel hastaneye gittikleri, %65,5’inin ise 3 ve 3’ten daha fazla özel hastaneye gittikleri sonucuna ulaşılmıştır. %65,5’ine karşılık gelen toplam 38 öğretim elemanı son 1 yıl içerisinde oldukça sık şekilde özel hastaneye gittikleri ve bunun sonucunda da tamamlayıcı sağlık sigortası sahibi oldukları ortaya çıkmaktadır. Özel hastaneye son 1 yıl içerisinde hiç gitmeyenlerin %5,8’i, 1 veya 2 defa giden öğretim elemanlarının %21,3’ü ve 3 ve üzeri giden öğretim elemanlarının ise %57,6’sının bu sigortaya sahip oldukları görülmektedir. Kısacası özel hastaneye gitme sıklığı arttıkça tamamlayıcı sağlık sigortasına yatkinlik da oldukça artmaktadır.

- **Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumuna İlişkin Çapraz Tablo Örneği**

Tablo 46: Özel Sağlık Sigortası-Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Çapraz Tablosu

Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Özel sağlık sigortası yaptırma durumu		
	Evet	Hayır	Toplam
Evet	56	2	58
Hayır	55	85	140
Toplam	111	87	198

Tablo 46’da özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma arasındaki ilişki ele alınmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan 58 öğretim elemanının özel sağlık sigortasına sahip olma durumuna bakıldığında %96,6’sının özel sağlık sigortasına da sahip oldukları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu da özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanan öğretim elemanlarının bu sigortaları eş güdümlü şekilde birlikte kullandıklarını göstermektedir. Özel sağlık sigortasına sahip olup tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmayanların oranı ise %50,5’tir. Kısacası bu iki sigortanın öğretim elemanları açısından oldukça yüksek bir oranda birlikte kullandıkları sonucuna ulaşılmaktadır.

4.6.6. Araştırma Ölçeği İçin Yapılan Güvenirlilik Analizi

Güvenirlilik analizi (Reliability Analysis) ölçmede kullanılan testlerin, anketlerin ya da ölçeklerin özelliklerini ve güvenirliliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir yöntemdir.

Güvenirlilik analizinde birçok farklı model mevcuttur. Bunlar; Cronbach α , Split half, Guttman, Parallel ve Strict Parallel modelleridir. Ancak genellikle bu ölçekler arasında en yaygın olarak kullanılan model Cronbach α modelidir. Bu yöntemde, ölçekte yer alan k sorusunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki k sorusunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir. 0 ile 1 arasında değer alan bu katsayı Cronbach Alfa Katsayısı olarak adlandırılır (Kalaycı, 2016: 403-405).

Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanır:

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, ve

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 47: Araştırma Ölçeğinin Güvenirlik Katsayısı

Ölçek	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı (α)
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği	0,922

Tablo 47’de görüldüğü üzere araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach α değeri 0.92 olarak hesaplanmıştır. Buradan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.6.7. Araştırma Verileri İçin Normallik Analizi

İstatistiksel çalışmalarda verilerin dağılımı oldukça önemlidir. Çünkü istatistik araştırmalarda yapılan birçok testin uygulanabilmesi için dağılımın normal veya normale yakın olması gerekmektedir.

Normallik testi, bir araştırmada elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığını gösteren istatistiksel bir ölçüttür. Veriler, binom dağılım, normal dağılım veya başka tür dağılım çeşitleri gösterebilirler ancak bunların içerisindeki en yaygın kullanılanı normal dağılımdır (Akça ve Demir, 2019: 137).

Çalışmada verilerin normal dağılıp dağılmadıklarını tespit etmek amacıyla verilerin skewness ve kurtosis değerleri incelenmiştir. Skewness bir diğer adıyla çarpıklık, dağılımın ortalama etrafında simetriden ne kadar saptığını yani verilerin simetrisini belirleyen ölçüttür. Sıfır değeri simetrik yani ortada dengelenmiş bir dağılıma işaretler. Pozitif çarpıklık, küçük değerlerin fazlalıkta olduğunu, negatif çarpıklık ise büyük değerlerin fazlalıkta olduğunu gösterir. Kurtosis yani basıklık ise, dağılımın dikliğinin veya düzlüğünün bir diğer ifadeyle verilerin tepe noktalarının durumu hakkında bilgi veren bir ölçüttür. Sıfıra yakın bir basıklık normal dağılıma yakın bir şekli oluşturur. Basıklık için pozitif bir değer, normalden daha dik bir dağılıma işaretler. Negatif bir basıklık değeri ise normalden daha düz bir dağılıma işaretler (Kalaycı, 2016: 58).

Yapılan çalışmalarda verilerin normal dağılım gösterebilmesi için bu değerlerin olması gereken aralık hakkında tam anlamıyla orta nokta bulunamamıştır. Örneğin; Hair ve arkadaşları bu değerlerin -1 ile +1 aralığında olması gerektiğini savunurken, Tabachnick ve Fidell -1,5 +1,5 aralığında olması gerektiğini ortaya koymuştur. George ve Mallery ise aralığın -2 ile +2 arasında olması gerektiğini belirtmiştir. Görüldüğü üzere bu noktada tam anlamıyla bir fikir birliğine varılamamıştır (Hair vd., 2014: 69-72).

Tablo 48: Araştırma Ölçeğinin Eğrilik ve Basıklık Değer Tablosu

Ölçek	Skewness (Eğrilik)	Kurtosis (Basıklık)
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği	-0,188	-0,147

Yapılan analiz sonucunda, çalışmada kullanılan verilerin -1 ile +1 değeri arasında yer aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hair ve arkadaşlarının da savunduğu görüş üzerine verilerin normal bir şekilde dağıldığı söylenebilmektedir. Dolayısıyla bundan sonraki aşamalarda verilerin analizinde parametrik testler kullanılacaktır.

4.6.8. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Düzeyi ile Öğretim Elemanlarının Algılamalarına İlişkin Farklılık Testi Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde öğretim elemanlarının sosyo demografik değişkenler ve tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açıları ile bu sigortanın sürdürülebilirliğine ilişkin verilen cevaplar çerçevesinde t ve ANOVA testi sonuçları sunulacaktır.

4.6.8.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Düzeyi ile Öğretim Elemanlarının Algılamalarına İlişkin T Testi Analizleri

T testi iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılır. T testi, bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirler. T testinde kritik nokta ikidir. T testi her zaman iki farklı ortalamayı ya da değeri karşılaştırır. Özellikle örneklem büyüklüğünün çok fazla olmadığı, örneklemin alındığı ana kütlelerin standart sapmasının bilinmediği ve ana kütlelerin parametrelerinin hipotez testinde kullanılmadığı durumlarda tercih edilir (Kalaycı, 2016: 74).

Çalışmada bağımsız iki örneklem grubu karşılaştırılacağı için “Bağımsız İki Örnek T Testi” uygulanmıştır. Bu testte seçilen iki grubun üyeleri birbirinden farklıdır. Bu testte kurulan hipotez şu şekilde oluşturulur:

H_0 : İki grubun ortalamaları arasında fark yoktur.

H_1 : İki grubun ortalamaları arasında fark vardır.

Analiz sonucunda anlamlılık değeri 0,05'ten küçük çıkmışsa alternatif hipotez (H_1) kabul edilirken, 0,05'den büyük çıkmışsa sıfır hipotez (H_0) kabul edilir. Ancak bu karar verilmeden önce Levene Testine bakılıp yorum yapılmalıdır. Eğer dağılımlar önemli derecede farklılık göstermiyorsa eşit dağılım varsayımını kullanmak, önemli derecede farklılık gösteriyor ise eşit olmayan dağılım varsayımını kullanılmalıdır.

- **Cinsiyet Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında cinsiyet bakımından fark yoktur.

H_1 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında cinsiyet bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 49'da sunulmuştur:

Tablo 49: Cinsiyet Değişkeni İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Cinsiyet	Erkek	254	2,88	0,546	2,320	0,021
	Kadın	166	2,74	0,639		

Yapılan istatistiki analiz sonuçlarına göre; 254 erkek katılımcının ölçek ortalaması 2,88 ve 166 kadın katılımcının ölçek ortalaması ise 2,74 olarak hesaplanmıştır. Anlamlılık değeri ele alındığında 0,021 değerine ulaşılmıştır. Bu değer 0,05'ten küçük olduğu için bu iki grup arasında anlamlı derecede önemli bir fark vardır sonucu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla sıfır hipotezi reddedilerek alternatif hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 50: Cinsiyet Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H_{1a}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında cinsiyet bakımından fark vardır.	Kabul

- **Medeni Durum Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında medeni durum bakımından fark yoktur.

H_1 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında medeni durum bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 51'de sunulmuştur:

Tablo 51: Medeni Durum Değişkeni İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Medeni Durum	Evli	328	2,79	0,616	-2,847	0,005
	Bekar	92	2,96	0,452		

Yapılan analiz sonucunda, 328 evli katılımcının ölçek ortalaması 2,79 ve 92 bekar katılımcının ölçek ortalaması ise 2,96 olarak hesaplanmıştır. Anlamlılık değerine bakıldığında 0,005 değerine ulaşılmıştır. Bu değer 0,05'ten küçük olduğu için bu iki grup arasında anlamlı derecede önemli bir fark vardır sonucuna ulaşılmaktadır. Dolayısıyla sıfır hipotezi reddedilerek alternatif hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 52: Medeni Durum Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H_{1c}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında medeni durum bakımından fark vardır.	Kabul

- **Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında özel sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark yoktur.

H_1 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında özel sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 53'te sunulmuştur:

Tablo 53: Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Özel sağlık sigortası yaptırma durumu	Evet	127	2,30	0,491	-15,043	<0,001
	Hayır	293	3,06	0,466		

Elde edilen verilere bakıldığında özel sağlık sigortasına sahip toplam 127 katılımcı, sahip olmayan ise toplam 293 katılımcı bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasına sahip katılımcıların ölçek ortalaması 2,30 olarak hesaplanırken, özel sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların ölçek ortalaması 3,06 olarak hesaplanmıştır. Yapılan t testi sonucunda anlamlılık değeri 0,001'den çok daha düşük bir değer olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu değer 0,05'ten küçük olduğu için bu iki

grup arasında anlamlı derecede önemli bir fark vardır sonucuna ulaşılmıştır. Bundan ötürü, sıfır hipotezi reddedilirken, alternatif hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 54: Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₅	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında özel sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.	Kabul

- **Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olup olmama durumu bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olup olmama durumu bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 55’te sunulmuştur:

Tablo 55: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumu İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından haberdar olma	Evet	198	2,54	0,569	-10,606	<0,001
	Hayır	222	3,09	0,474		

Yapılan istatistiki analiz sonucunda, tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından haberdar olan toplam 198 katılımcının ölçek ortalamaları 2,54 olarak hesaplanırken, bu uygulamadan haberdar olmayan toplam 222 katılımcının ölçek ortalamaları 3,09 olarak hesaplanmıştır. Test sonucunda anlamlılık değeri 0,001’den çok daha düşük bir değer elde edilmiştir. Bu değer 0,05’ten küçük olduğu için bu iki grup arasında anlamlı derecede önemli bir fark vardır sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla sıfır hipotezi reddedilerek alternatif hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 56: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumu İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₆	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olup olmama durumu bakımından fark vardır.	Kabul

- **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 57’de sunulmuştur:

Tablo 57: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyi	Bilgi seviyesi düşük	96	2,83	0,402	8,031	<0,001
	Bilgi seviyesi yüksek	102	2,27	0,570		

Tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olan toplam 198 katılımcının bu sigorta hakkındaki bilgi düzeyleri ölçüldüğünde; 96 katılımcının bilgi seviyesinin düşük, 102 katılımcının ise bilgi seviyesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilgi seviyesi düşük toplam 96 katılımcının ölçek ortalaması 2,83 iken, bilgi seviyesi yüksek olan 102 katılımcının ölçek ortalaması 2,27’dir. Yapılan test sonucunda anlamlılık değeri 0,001’den daha düşük bir değer olarak elde edilmiştir. Bu değer 0,05’ten küçük olduğu için bu iki grup arasında anlamlı derecede önemli bir fark vardır sonucuna ulaşılmıştır. Bundan ötürü, sıfır hipotezi reddedilirken, alternatif hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 58: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₇	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından fark vardır.	Kabul

- **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark yoktur.

H_1 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 59'da sunulmuştur:

Tablo 59: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Yapılan T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu	Evet	58	1,94	0,455	-12,856	<0,001
	Hayır	140	2,79	0,405		

Tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olan toplam 198 katılımcıdan 58'i bu sigortaya sahip iken, 140 katılımcı bu sigortaya sahip değildir. Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran 58 katılımcının ölçek ortalaması 1,94 iken, bu sigortaya sahip olmayan 140 katılımcının ölçek ortalaması 2,79 olarak hesaplanmıştır. Yapılan test sonucunda anlamlılık değeri 0,001'den oldukça düşük olduğu ve bunun da 0,05'ten küçük bir değer olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sebepten ötürü, sıfır hipotezi reddedilerek kurulmuş olan alternatif hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 60: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yaptırma Durumu İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H_8	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.	Kabul

- **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Yıllık Ayrılan Bütçe Tutarı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki T Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası için ayrılan yıllık bütçe bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası için ayrılan yıllık bütçe bakımından fark vardır.

Yapılan t testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 61’de sunulmuştur:

Tablo 61: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Ayrılan Bütçe Tutarına İlişkin T Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	t	p
Tamamlayıcı sağlık sigortası için yıllık ayrılan bütçe tutarı	0-1000 TL	26	2,06	0,523	1,751	0,085
	1001 TL ve üzeri	32	1,85	0,376		

Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan toplam 58 katılımcının bu sigorta için yıllık ayırdıkları bütçe tutarlarına bakıldığında, 26 katılımcının 0-1000 TL aralığında bütçe ayırdıkları, 32 katılımcının ise 1001 TL ve üzeri tutarında bütçe ayırdıkları hesaplanmıştır. 0-1000 TL bütçe ayıran 26 katılımcının ölçek ortalaması 2,06 iken, 1001 TL ve üzeri bütçe ayıran 32 katılımcının ölçek ortalaması 1,85’tir. Yapılan t testi sonucunda anlamlılık değeri 0,085 olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu değer 0,05’ten büyük olduğu için bu iki grup arasında anlamlı derecede önemli bir fark yoktur sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla alternatif olarak kurulan hipotez reddedilirken, sıfır hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 62: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İçin Ayrılan Bütçe Tutarına İlişkin Hipotez Test Sonucu

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₀	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası için ayrılan yıllık bütçe bakımından fark vardır.	Ret

4.6.8.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Düzeyi ile Öğretim Elemanlarının Algılamalarına İlişkin ANOVA Testi Analizleri

ANOVA analizi ya da bir diğer adıyla varyans analizi, iki ya da daha fazla ortalama arasında fark olup olmadığı ile ilgili hipotezi test etmek için kullanılır. ANOVA analizi kendi içinde birçok analiz yoluna ayrılabilir. Bunlardan en temel ve sık kullanılanı “Tek Yönlü ANOVA” analizidir. Tek Yönlü ANOVA’da iki tane değişken vardır. Bunlardan birisi kategorik özellik gösteren bağımsız değişkendir ve diğeri de metrik özellik gösteren bağımlı değişkendir. Tek Yönlü ANOVA, bu gruplara göre bağımlı değişkendeki ortalamalar arasında fark olup olmadığını test eder. Tek yönlü ANOVA’da iki temel varsayım vardır. Bu varsayımlara göre her bir grup normal dağılımdan gelir ve görel olarak grupların varyansları homojendir (Kalaycı, 2016: 131-135).

- **Yaş Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında yaş bakımından fark yoktur.

H_1 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında yaş bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 63'te sunulmuştur:

Tablo 63: Yaş Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Yaş Aralıkları	18-35	144	2,88	0,525	1,708	0,182
	36-45	134	2,85	0,597		
	46 ve üzeri	142	2,76	0,633		

Elde edilen veriler sonucunda 18-35 yaş aralığında bulunan katılımcıların ölçek ortalamaları 2,88, 36-45 yaş aralığında bulunan katılımcıların ölçek ortalamaları 2,85 ve 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların ölçek ortalamaları 2,76 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ANOVA test sonucunda anlamlılık değeri 0,182 olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu oran 0,05'ten oldukça yüksek olduğu için bu gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir fark yoktur sonucuna varılmıştır. Dolayısıyla herhangi bir post-hoc testine gidilmeye gerek duyulmamaktadır. Bundan ötürü, kurulmuş olan alternatif hipotez reddedilerek sıfır hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 64: Yaş Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H_{1b}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında yaş bakımından fark vardır.	Ret

- **Çocuk Sayısı Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H_0 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında çocuk sayısı bakımından fark yoktur.

H_1 : Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında çocuk sayısı bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 65’te sunulmuştur:

Tablo 65: Çocuk Sayısı Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Çocuk Sayısı	Çocuksuz	110	2,91	0,444	2,255	0,081
	1	85	2,84	0,539		
	2	155	2,74	0,675		
	3 ve üzeri	70	2,89	0,617		

Elde edilen veriler sonucunda, çocuk sahibi olmayan katılımcıların ölçek ortalaması 2,91, 1 çocuğa sahip olan katılımcıların ölçek ortalaması 2,84, 2 çocuğa sahip olan katılımcıların ölçek ortalaması 2,74 ve 3 ve daha fazla çocuğa sahip olan katılımcıların ölçek ortalaması 2,89 olarak hesaplanmıştır. ANOVA analizi sonucunda elde edilen anlamlılık değeri 0,081’dir. Bu değer 0,05’ten büyük olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olmadığı gözlenmiştir. Bundan ötürü, bu gruplar için post-hoc analizi uygulanmamaktadır. Sonuç olarak anlamlılık değerinin 0,05’ten büyük olmasından dolayı alternatif hipotez reddedilir, sıfır hipotez kabul edilir.

Tablo 66: Çocuk Sayısı Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H _{1d}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında çocuk sayısı bakımından fark vardır.	Ret

• Akademik Unvan Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında akademik unvan bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında akademik unvan bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 67’de sunulmuştur:

Tablo 67: Akademik Unvan Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Akademik Unvanlar	Araştırma Görevlisi	129	2,88	0,543	1,242	0,292
	Öğretim Görevlisi	25	2,85	0,584		
	Doktor Öğretim Üyesi	79	2,90	0,552		
	Doçent Doktor	77	2,77	0,673		
	Profesör Doktor	110	2,75	0,596		

Elde edilen veriler sonucunda, araştırma görevlisi olan 129 katılımcının ölçek ortalaması 2,88, öğretim görevlisi olan 25 katılımcının ölçek ortalaması 2,85, doktor öğretim üyesi olan 79 katılımcının ölçek ortalaması 2,90, doçent doktor olan 77 katılımcının ölçek ortalaması 77 ve profesör doktor olan 110 katılımcının ölçek ortalaması ise 2,75 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ANOVA analizi sonucunda elde edilen anlamlılık değeri 0,292 bulunmuştur. Bulunan bu değer 0,05'ten yüksek olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla herhangi bir post-hoc analizine başvurulmaz. Elde edilen sonuçlar neticesinde, alternatif hipotez reddedilerek, sıfır hipotez kabul edilir.

Tablo 68: Akademik Unvan Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H _{1e}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında akademik unvan bakımından fark vardır.	Ret

- Görev Yapılan Fakülteler Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında görev yapılan fakülte bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında görev yapılan fakülte bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 69'da sunulmuştur:

Tablo 69: Görev Yapılan Fakülte/Enstitü Değişkeni İçin Uygulanan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Görev yapılan fakülte/enstitü	Sosyal Bilimler	124	2,72	0,436	3,349	0,036
	Fen Bilimleri	228	2,89	0,639		
	Sağlık Bilimleri	68	2,82	0,624		

Elde edilen analiz sonucunda sosyal bilimler alanında çalışan toplam 124 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,72, fen bilimleri alanında çalışan toplam 228 öğretim elemanın ölçek ortalaması 2,89 ve sağlık bilimleri alanında çalışan öğretim elemanlarının ölçek ortalaması 2,82 olarak hesaplanmıştır. ANOVA testi sonucunda anlamlılık değeri 0,036 olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu değer 0,05'ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu farkın hangi gruplar arasında olduğu sonucuna ulaşmak için post-hoc testlerinin uygulanması gereklidir.

Post hoc testi, varyans analizi sonucunda eğer gruplar arasında bir fark bulunduğu takdirde, bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını göstermeye yarayan bir testtir. Post hoc testlerinde birçok seçenek bulunmaktadır. Hepsinin temel işlevleri aynıdır. Hangi gruplar arasında farklılık olduğunu anlamak için kullanılır. Kullandığı algoritmalara, hassaslık düzeylerine vs. göre aralarında bazı farklılıklar bulunsa da genellikle benzer sonuçlar vermektedirler (Kalaycı, 2016: 135).

Post testlerini uygulamadan önce bakılacak ilk değer gruplar arası varyansların homojenliğidir. Bu değer 0,05'ten daha yüksek ise Tukey, Bonferroni gibi testlere başvurulur. Ancak bu değer 0,05'ten küçük bir değer ise o zaman Games-Howell testi uygulanır. Görev yapılan fakülte ve ölçek arasında homojenlik değeri 0,05'ten küçük olarak hesaplandığı için Games-Howell Post Hoc analizi uygulanmıştır.

Tablo 70: Görev Yapılan Fakülte/Enstitü Bazında Uygulanan Games-Howell Post Hoc Analiz Sonuçları

Fakülte	Fakülte	Ortalama Farkları	p
Sosyal Bilimler	Fen Bilimleri	-0,168*	0,010
	Sağlık Bilimleri	-0,096	0,500
Fen Bilimleri	Sosyal Bilimler	0,168*	0,010
	Sağlık Bilimleri	0,072	0,683
Sağlık Bilimleri	Sosyal Bilimler	0,096	0,500
	Fen Bilimleri	-0,072	0,683

* = Ortalamalar arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur.

Games-Howell Post Hoc analiz sonucuna göre, sosyal bilimler ile fen bilimleri arasında anlamlı derecede önemli bir farkın bulunduğu görülmektedir. Fen bilimleri, sosyal bilimlere nazaran tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliğine daha yatkın ve bu sigortayı sosyal bilimlerdekilere daha fazla kullanmaktadırlar. Aralarındaki ortalama farkı 0,168'dir ve anlamlılık düzeyi 0,05'in altındadır. Sosyal bilimler ile fen bilimleri arasında ise anlamlı derecede önemli bir fark bulunmamaktadır. Aynı şekilde sağlık bilimleri ile de bu iki fakülte arasında bir fark bulunmamaktadır. Genel olarak bu fakülteler arasındaki farkın fen bilimleri ile sosyal bilimlerdeki öğretim elemanları arasında olduğu tespit edilmiştir.

Post hoc analizinde farkın hangi gruplar arasında gerçekleştiği belirlendikten sonra son olarak hipotez test sonucuna karar verilir. Gruplar arasında anlamlı derecede bir farkın bulunmasından ötürü sıfır hipotezi reddedilerek alternatif hipotez kabul edilir.

Tablo 71: Görev Yapılan Fakülte/Enstitü Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H _{1f}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında görev yapılan fakülte bakımından fark vardır.	Kabul

- **Aylık Gelir Durumu Değişkeni ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında aylık gelir durumu bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında aylık gelir durumu bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 72’de sunulmuştur:

Tablo 72: Aylık Gelir Durumu Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Aylık gelir durumu	5000-7000 TL	144	2,88	0,531	4,254	0,015
	7001-9000 TL	156	2,88	0,628		
	9001 TL ve üzeri	120	2,70	0,582		

Elde edilen veriler sonucunda, aylık gelir durumu 5000-7000 TL aralığında bulunan toplam 144 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,88, 7001-9000 TL aralığında bulunan toplam 156 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,88 ve 9001 TL ve üzeri geliri bulunan toplam 120 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,70 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ANOVA test sonucunda anlamlılık değeri 0,015 olarak elde edilmiştir. Bu değer 0,05’ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Bundan ötürü bu farkın hangi gruplar arasında olduğu sonucuna ulaşmak için post-hoc testlerinin uygulanması gerekmektedir. Aylık gelir durumu ile ölçek arasında homojenlik değeri 0,05’ten büyük olduğu için Tukey Post Hoc analizi uygulanmıştır.

Tablo 73: Aylık Gelir Durumu Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları

Gelir	Gelir	Ortalama Farkları	p
5000-7000 TL	7001-9000 TL	0,003	0,999
	9001 TL ve üzeri	0,185*	0,029
7001-9000 TL	5000-7000 TL	-0,003	0,999
	9001 TL ve üzeri	0,182*	0,028
9001 TL ve üzeri	5000-7000 TL	-0,185*	0,029
	7001-9000 TL	-0,182*	0,028

* = Ortalamalar arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur.

Tukey Post Hoc analiz sonucuna göre, 9001 TL ve üzeri gelire sahip olan öğretim elemanları ile 5000-7000 TL aralığında gelire sahip öğretim elemanları arasında anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır. Bu iki grup arasında ortalama fark 0,185 ve anlamlılık düzeyi 0,05'in altındadır. Aynı şekilde 9001 TL ve üzeri gelire sahip olan öğretim elemanları ile 7001-9000 TL aralığında gelire sahip öğretim elemanları arasında da anlamlı derecede bir fark bulunmaktadır. Bu iki grup arasında ortalama fark 0,182 ve anlamlılık düzeyi 0,05'in altındadır. 9001 TL ve üzeri gelire sahip öğretim elemanları diğer iki gruba nazaran tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma dereceleri yüksek ve bu sigortanın sürdürülebilirliğine ilişkin görüşleri diğerlerine nazaran daha olumludur. 5000-7000 TL ile 7001-9000 TL gelir aralığına sahip öğretim elemanları arasında ise anlamlı derecede önemli bir fark bulunmamaktadır.

Tukey Post Hoc analizi sonucunda farkın hangi gruplardan kaynakladığı tespit edilmiştir. Bundan ötürü, sıfır hipotezi reddedilerek alternatif hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 74: Aylık Gelir Durumu Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H _{1g}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında aylık gelir durumu bakımından fark vardır.	Kabul

- Hastalanıldığında İlk Başvurulan Kurum ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sağlık kuruluşu tercihi bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sağlık kuruluşu tercihi bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 75'de sunulmuştur:

Tablo 75: Sağlık Kuruluşu Tercih Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Hastalandığında ilk başvuru kurum	Aile Hekimliği	82	3,00	0,514	65,556	<0,001
	Devlet Hastanesi	138	3,08	0,474		
	Özel Hastane	125	2,32	0,501		
	Üniversite Hastanesi	75	3,02	0,449		

Elde edilen veriler sonucunda, öğretim elemanlarının hastalandığında ilk başvurdukları sağlık kuruluş tercihleri ele alındığında, aile hekimliğine başvuran 82 öğretim elemanının ölçek ortalaması 3,00, devlet hastanesine başvuran 138 öğretim elemanının ölçek ortalaması 3,08, özel hastaneye başvuran 125 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,32 ve üniversite hastanesine başvuran 75 öğretim elemanının ölçek ortalaması ise 3,02 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ANOVA analizi sonucunda anlamlılık değeri 0,001'den çok daha düşük olarak elde edilmiştir. Bu değer 0,05'ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Bundan ötürü bu farkın hangi gruplar arasında olduğu sonucuna ulaşmak için post-hoc testlerinin uygulanması gerekmektedir. Öğretim elemanlarının sağlık kuruluşu tercihi ile ölçek arasında homojenlik değeri 0,05'ten büyük olduğu için Tukey Post Hoc analizi uygulanmıştır.

Tablo 76: Sağlık Kuruluşu Tercih Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları

Sağlık Kuruluşu	Sağlık Kuruluşu	Ortalama Farkları	p
Aile Hekimliği	Devlet Hastanesi	-0,081	0,627
	Özel Hastane	0,682*	0,000
	Üniversite Hastanesi	-0,015	0,998
Devlet Hastanesi	Aile Hekimliği	0,081	0,627
	Özel Hastane	0,763*	0,000
	Üniversite Hastanesi	0,067	0,773
Özel Hastane	Aile Hekimliği	-0,682*	0,000
	Devlet Hastanesi	-0,763*	0,000
	Üniversite Hastanesi	-0,697*	0,000
Üniversite Hastanesi	Aile Hekimliği	0,015	0,998
	Devlet Hastanesi	-0,067	0,773
	Özel Hastane	0,697*	0,000

* = Ortalamalar arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur.

Tukey Post Hoc analiz sonucuna göre; özel hastaneler ile diğer hastane kuruluşları arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Özel hastane ile aile hekimliği, özel hastane ile devlet hastanesi ve özel hastane ile üniversite hastanesi arasında oluşan anlamlılık düzeyi 0,05'in altındadır. Çıkan sonuçlar neticesinde öğretim elemanlarının çoğunlukla hastalandığında ilk başvurduğu sağlık kuruluşunun özel hastaneler olduğu ve bu hastanelere başvuranların da çoğunluğunun tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olduğu veya sahip olmadıysa bile bu sigortaya sıcak baktığını ortaya koymaktadır. Bunun dışında diğer hastanelerin kendi aralarında anlamlı derecede önemli bir farklılık bulunmamaktadır.

Tukey Post Hoc analizinden sonra özel hastanelerin diğer hastanelerden farklı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla kurulmuş olan alternatif hipotez kabul edilir, sıfır hipotez ise reddedilir.

Tablo 77: Sağlık Kuruluşu Tercihi İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₂	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sağlık kuruluşu tercihi bakımından fark vardır.	Kabul

• **Özel Hastaneye Gitme Sıklığı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi**

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıkları bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıkları bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 78’de sunulmuştur:

Tablo 78: Özel Hastaneye Gitme Sıklığı Değişkeni İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Son 1 yılda özel hastaneye gitme durumu	Hiç gitmeyenler	192	3,12	0,476	90,919	<0,001
	1-2 kez gidenler	147	2,76	0,497		
	3 ve üzeri gidenler	81	2,26	0,517		

Elde edilen veriler sonucunda, öğretim elemanlarının özel hastaneye gitme sıklıkları ele alındığında, özel hastaneye hiç gitmeyen 192 öğretim elemanının ölçek ortalaması 3,12, 1 veya 2 kez giden toplam 147 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,76 ve 3 ve üzeri giden toplam 81 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,26 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ANOVA analizi sonucunda anlamlılık değeri 0,001’den çok daha düşük bir değer olarak elde edilmiştir. Bu değer 0,05’ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Bundan ötürü bu farkın hangi gruplar arasında olduğu sonucuna ulaşmak için post-hoc testlerinin uygulanması gerekmektedir. Öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisinde özel hastaneye gitme durumları ile ölçek arasında homojenlik değeri 0,05’ten büyük olduğu için Tukey Post Hoc analizi uygulanmıştır.

Tablo 79: Özel Hastaneye Gitme Sıklığı Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları

Özel Hastaneye Gitme Sıklığı	Özel Hastaneye Gitme Sıklığı	Ortalama Farkları	p
Hiç gitmeyenler	1-2 kez gidenler	0,363*	0,000
	3 ve üzeri gidenler	0,867*	0,000
1-2 kez gidenler	Hiç gitmeyenler	-0,363*	0,000
	3 ve üzeri gidenler	0,504*	0,000
3 ve üzeri gidenler	Hiç gitmeyenler	-0,867*	0,000
	1-2 kez gidenler	-0,504*	0,000

*= Ortalamalar arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur.

Tukey Post Hoc analiz sonucuna göre, bütün gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu görülmektedir. Öğretim elemanları içerisinde son 1 yılda özel hastaneye hiç gitmeyenler ile 1-2 kez gidenler arasında ortalama fark 0,363, son 1 yılda özel hastaneye hiç gitmeyenler ile 3 ve üzeri gidenler arasında ortalama fark 0,867 ve son 1 yılda özel hastaneye 1-2 kez gidenler ile 3 ve üzeri gidenler arasında ortalama fark 0,504'tür. Bu üç grup arasında oluşan anlamlılık düzeyleri 0,05'in altındadır. Elde edilen veriler sonucunda bütün grupların ANOVA test sonucunda da görüldüğü gibi birbirinden farklı olduğu ve özel hastaneye gitme sıklıklarının tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından fark oluşturduğu ortaya çıkmaktadır.

Yapılan Post Hoc analizi sonucunda bütün gruplar arasında oluşan farkın tespit edilmesinden ötürü sıfır hipotez reddedilirken oluşturulan alternatif hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 80: Özel Hastaneye Gitme Sıklığı Değişkeni İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₃	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıkları bakımından fark vardır.	Kabul

• Son 1 Yılda Yapılan Sağlık Harcaması Tutarı ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sürdürülebilirlik Ölçeği Arasındaki ANOVA Testi Analizi

Bu iki değişkeni analize tabi tutmak için aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H₀: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamaları bakımından fark yoktur.

H₁: Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamaları bakımından fark vardır.

Yapılan ANOVA testi sonucunda elde edilen veriler Tablo 81'de sunulmuştur:

Tablo 81: Sağlık Harcaması Tutarı İçin Yapılan ANOVA Testi Analiz Sonuçları

Değişken	Gruplar	N	Ortalama(\bar{x})	SS	F	p
Son 1 yılda yapılan sağlık harcaması tutarı	0-200 TL	179	3,12	0,478	75,521	<0,001
	201-500 TL	91	2,90	0,495		
	501 TL ve üzeri	150	2,44	0,547		

Elde edilen veriler sonucunda, öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisinde yapmış oldukları sağlık harcama tutarları ele alındığında, 0-200 TL aralığında harcama yapan toplam 179 öğretim elemanının ölçek ortalaması 3,12, 201-500 TL aralığında harcama yapan toplam 91 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,90 ve 501 TL ve üzeri harcama yapan toplam 150 öğretim elemanının ölçek ortalaması 2,44 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ANOVA analizi sonucunda anlamlılık değeri 0,001'den oldukça düşük bir değer elde edilmiştir. Bu değer 0,05'ten küçük olduğu için gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Bundan ötürü bu farkın hangi gruplar arasında olduğu sonucuna ulaşmak için post-hoc testlerinin uygulanması gerekmektedir. Öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisinde yapmış oldukları sağlık harcaması tutarı ile ölçek arasında homojenlik değeri 0,05'ten büyük olduğu için Tukey Post Hoc analizi uygulanmıştır.

Tablo 82: Sağlık Harcaması Tutarı Bazında Uygulanan Tukey Post Hoc Analiz Sonuçları

Sağlık Harcaması Tutarı	Sağlık Harcaması Tutarı	Ortalama Farkları	p
0-200 TL	201-500 TL	0,215*	0,003
	501 TL ve üzeri	0,671*	0,000
201-500 TL	0-200 TL	-0,215*	0,003
	501 TL ve üzeri	0,455*	0,000
501 TL ve üzeri	0-200 TL	-0,671*	0,000
	201-500 TL	-0,455*	0,000

*= Ortalamalar arasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir fark mevcuttur.

Tukey Post Hoc analiz sonucuna göre, bütün gruplar arasında anlamlı derecede önemli bir farkın olduğu görülmektedir. Öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisinde yapmış olduğu sağlık harcaması tutarı 0-200 TL aralığında olanlar ile 201-500 TL aralığında olanların arasında oluşan ortalama fark 0,215'tir. Yine, son 1 yıl içerisinde yapılan sağlık harcaması tutarı 0-200 TL olan öğretim elemanları ile 501 TL ve üzeri olan öğretim elemanları arasında oluşan ortalama fark 0,671'dir. Son olarak, son 1 yıl içerisinde yapılan sağlık harcaması tutarı 201-500 TL aralığında olan öğretim elemanları ile 501 TL ve üzerinde olan öğretim elemanları arasında oluşan ortalama fark 0,455'tir. Bu üç grup arasında oluşan anlamlılık düzeyleri 0,05'in altındadır. Sonuçta bütün grupların ANOVA test sonucunda da görüldüğü gibi birbirinden farklı olduğu ve öğretim elemanlarının son 1 yıl içerisindeki sağlık harcama tutarlarının tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından fark oluşturduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Post Hoc analizi sonucunda da görüldüğü gibi gruplar arasında farklılıklar mevcuttur. Dolayısıyla sıfır hipotez reddedilerek alternatif hipotez kabul edilmiş olur.

Tablo 83: Sağlık Harcaması Tutarı İçin Hipotez Test Sonucuna İlişkin Tablo

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H ₄	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamaları bakımından fark vardır.	Kabul

Tablo 84: Sürdürülebilirlik Ölçeğiyle İlgili Tüm Hipotez Sonuçları

Hipotez	Hipotez İçeriği	Kabul/Ret
H _{1a}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında cinsiyet bakımından fark vardır.	Kabul
H _{1b}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında yaş bakımından fark vardır.	Ret
H _{1c}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında medeni durum bakımından fark vardır.	Kabul
H _{1d}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında çocuk sayısı bakımından fark vardır.	Ret
H _{1e}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında akademik unvan bakımından fark vardır.	Ret
H _{1f}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında görev yapılan fakülte bakımından fark vardır.	Kabul
H _{1g}	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında aylık gelir durumu bakımından fark vardır.	Kabul
H ₂	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sağlık kuruluşu tercihi bakımından fark vardır.	Kabul
H ₃	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıkları bakımından fark vardır.	Kabul
H ₄	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamaları bakımından fark vardır.	Kabul
H ₅	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında özel sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.	Kabul
H ₆	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olup olmama durumu bakımından fark vardır.	Kabul
H ₇	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından fark vardır.	Kabul
H ₈	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından fark vardır.	Kabul
H ₉	Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası için ayrılan yıllık bütçe bakımından fark vardır.	Ret

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hiçbir sosyal sigorta sistemi bütün sağlık risklerini karşılaması iddiası taşımamaktadır. Bilinen bu gerçek, karşılanmayan ve kişilerin beklentileri karşısında yetersiz ve noksan kalan alanlarda iki yöntemi ortaya çıkarmaktadır. Bu iki yöntemden ilki, riskin oluşması durumunda direkt olarak cepten yapılan ödemelerdir. Diğer yöntem ise, riskin paylaştırılarak özel sigorta vasıtasıyla ödenmesidir. Nitekim, emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara ilişkin yasalarla aktif olarak hayata geçirilmiş Bireysel Emeklilik Kanunu bulunmaktadır. Uygulanan bu faaliyetin sağlık alanında yapılmış hali özel sağlık sigortasının yeni bir ürünü olan tamamlayıcı sağlık sigortasını ortaya çıkarmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, devletin sağlamış olduğu sağlık sigortasının teminat paketine dahil olmayan veya dahil olmasına rağmen ek ücret ödemesi ile sağlık hizmeti alan kişiler tarafından cepten ödeme yoluyla finansmanı sağlanan bir özel sağlık sigorta ürünüdür.

Asgari düzeyde hayat şartlarını garanti eden sosyal sigortaların karşılamadığı sağlık giderleri, bu hizmeti alan kişilerin kendi yükümlülüğündedir. Bu hizmetten faydalanan kişiler, yüklendiği bu riski hem teminat kapsamı hem de belirli teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle risk paylaşım yöntemi olan tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla karşılamaktadır. Bu sebepten ötürü, hizmeti alan bireyler ayakta veya yatarak tedavi giderlerinde oluşan maliyet farkını tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığıyla karşılamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, hem özel hizmet almak isteyen bireyler için daha az maliyetli bir sigorta olması hem kamudan oluşan maliyet açığını azaltıcı etkisi hem de özel sağlık kuruluşları için nefes anlamına geldiğinden tüm taraflarca pozitif karşılanmaktadır. Aynı zamanda özel sağlık sigortacılığında sigortalı kişi sayısı ve prim üretiminde de yüksek oranda artış gözlenmektedir. 2019 yıl sonu itibarıyla ülkemizde tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip toplam 1 milyon 354 bin civarı sigortalı kişi mevcuttur. Bu sayının 1 milyon 285 bin civarı hayat dışı sigorta şirketlerinden oluşmaktadır. Kalan 69 bin 334'ü ise hayat ve emeklilik şirketlerinden oluşmaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsadığı hizmetler bakımından; yatarak tedavi, ayakta tedavi, hekim muayenesi, reçeteli ilaçların temini, fizik tedavi ve rehabilitasyon masrafları, doğum ek teminatı ve benzeri birçok sağlık hizmetini karşılamaktadır. Tamamlayıcı sigortaya sahip 1 milyon 354 bin civarı kişinin 1 milyon 70 bin civarı yatarak ve ayakta ve yatarak tedavi imkanlarından faydalanmaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sunduğu ürünlerin oldukça çeşitli ve kapsamlı olmasından ötürü gün geçtikçe daha geniş kitlelere ulaşmaktadır. Çok daha fazla kalemin tamamlayıcı sağlık sigortasına dahil edilmesiyle bu sigorta türü yaygınlaşmakta, rekabet artmakta ve fiyatlar da daha uygun hale gelmektedir. Bununla birlikte, bu sigorta için yapılan bütün ödemeler provizyon süreci aracılığıyla olduğundan özel sektör ve kamu sektörü tarafından çift kademeli kontroller yapılmaktadır. Ayrıca tamamlayıcı sağlık sigortası sayesinde Sosyal Güvenlik Kurumu'nda oluşan işlerin gereksiz ve kötüye kullanım oranı oldukça azalmaktadır.

Yapılan bu çalışmada, Karadeniz Teknik Üniversitesi'ndeki öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki farkındalıkları tespit edilmiş, tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile ilgili bakış açıları irdelenmiş ve bu sigortanın sürdürülebilirliğine yönelik fikirleri ele alınmıştır. Bununla birlikte, öğretim elemanlarının görüşlerinin demografik kriterlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenip, seçilen hipotezlerle aralarındaki ilişkinin varlığı araştırılmıştır. Bu çalışma kapsamında Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde bulunan toplam 420 öğretim elemanına tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi adına anket çalışması uygulanmıştır. 420 öğretim elemanının 110'u Profesör, 77'si Doçent, 79'u Doktor Öğretim Üyesi, 25'i Öğretim Görevlisi ve 129'u ise Araştırma Görevlisi'dir. Hazırlanan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde öğretim elemanlarına ilişkin demografik bilgilerin bulunduğu toplam 8 soru yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde ise öğretim elemanlarının sağlık durumlarını, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi düzeylerini ve kullanım sıklıklarının ölçüldüğu toplam 15 soru yer bulunmaktadır. Anketin son bölümünde ise tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliğini tespit etmeye yönelik 5'li likert tipine uygun toplam 15 soru yer almaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik ölçeği ile ankette bulunan sorular arasında kurulmuş hipotezler sonucu çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirlik düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğundan, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında cinsiyet bakımından bir farkın olduğu tespit edilmiştir. 420 öğretim elemanının %60,50'lik kısmını 254 kişiyle erkekler, %39,50'lik kısmını ise 166 kişiyle kadınlar oluşturmaktadır. Cinsiyet farklılıklarının tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etmede önemli bir değişken olduğu sonucuna varılmıştır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile medeni durumu değişkeni arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında medeni durum bakımından bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının medeni durumlarına bakıldığında çok yüksek oranda (%78,10) evli oldukları gözlenmektedir. Medeni durum değişkeninin öğretim elemanlarının

tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etmesinde önemli bir değişken olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin ise evli bireylerin bekârlara nazaran aile sağlık sigortası adı altında tamamlayıcı sigortalarını yoğun tercih etmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile özel sağlık sigortası yaptırma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında özel sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından farkın olduğu gözlenmektedir. Öğretim elemanlarının özel sağlık sigortasına sahip olma durumları incelendiğinde, %69,80'lik kısmının özel sağlık sigortasına sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu da 420 öğretim elemanı içerisinde 293 kişiyi oluşturmaktadır. Öğretim elemanları içerisinde sadece %30,20'lik kesim özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel sağlık sigortasına sahiplik durumu tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etmede öğretim elemanları arasında tercih farklılıklarını ortaya çıkarmıştır. Özel sağlık sigortasını tercih eden bireyler bu sigortanın bir ürünü olan tamamlayıcı sağlık sigortasına ılımlı yaklaşırken herhangi bir özel sağlık sigortasına sahip olmayan bireyler zaten tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından haberdar olmamaktadırlar.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma durumu arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olup olmama durumu bakımından farkın olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının özel sağlık sigortasının bir ürünü olan tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma durumlarına bakıldığında, %52,90'lık kısmının bu sigortayı daha önce hiç duymadığı sonucuna ulaşılmıştır. Öğretim elemanlarının %47,10'u ise tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından haberdar oldukları gözlenmektedir. Öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma durumları bu sigortayı tercih etmede önemli bir parametredir. Bu uygulamadan haberdar olan bireyler çoğunlukla uygulamaya sıcak bakmaktadır ancak uygulamadan haberdar olmayan bireyler ise genellikle uygulamaya sıcak bakmamaktadır. Bunun en büyük nedenleri arasında tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasını tam olarak tanımamaları ve özel sigortacılığa karşı sahip oldukları bakış açılarıdır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından farkın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında haberdar olmuş olan toplam 198 katılımcının bu sigorta hakkındaki bilgi düzeyleri ölçüldüğünde; 96 katılımcının bilgi seviyesinin düşük, 102 katılımcının ise bilgi seviyesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi seviyesi yüksek olan öğretim elemanın bilgi seviyesi düşük olan

meslektaşına nispeten tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme ve kullanma bakımından bir farkın oluşması doğal bir sonuçtur.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma durumu arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma durumu bakımından farkın olduğu gözlenmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olan toplam 198 katılımcıdan 58'i bu sigortaya sahip iken, 140 katılımcı bu sigortaya sahip değildir. Dolayısıyla bu sigortaya sahip olan öğretim elemanlarının sigortanın sürdürülebilirliği ve geleceği hakkında sahip olduğu görüş ile bu sigortayı kullanmayan öğretim elemanlarının sahip olduğu görüş arasında bir farkın olması beklenen bir sonuçtur.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile tamamlayıcı sağlık sigortası için yıllık ayrılan bütçe tutarı arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten büyük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası için ayrılan yıllık bütçe bakımından bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olan toplam 58 katılımcının bu sigorta için yıllık ayırdıkları bütçe tutarlarına bakıldığında, 26 katılımcının 0-1000 TL aralığında bütçe ayırdıkları, 32 katılımcının ise 1001 TL ve üzeri tutarında bütçe ayırdıkları hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçtan ötürü tamamlayıcı sağlık sigortası için yıllık ayrılan bütçe tutarı bu sigortanın sürdürülebilirliği açısından ayırt edici bir değişken olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sigortayı kullanan öğretim elemanları için verilen tutarlar sonucu sahip olunan görüşler bakımından belirgin bir farklılık bulunmamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten büyük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında yaş bakımından bir farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. 18-35 yaş aralığında toplam 144, 36-45 yaş aralığında toplam 134 ve 46 yaş ve üzeri toplam 142 öğretim elemanının dahil olduğu bu çalışmada öğretim elemanlarının sahip oldukları yaş, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği ve tercih edilebilirliği hakkında önemli bir parametre değildir. Kısacası üniversitede en kıdemli yaşa sahip öğretim elemanları ile en tecrübesiz ve genç olarak bulunan öğretim elemanları arasında belirgin biçimde tercih farklılıkları bulunmamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile çocuk sayısı değişkeni arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten büyük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında çocuk sayısı bakımından bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. Öğretim elemanları arasında çocuk sahibi olmayan toplam 110, 1 çocuğa

sahip toplam 85, 2 çocuğa sahip toplam 155 ve 3 ve üzeri çocuğa sahip toplam 70 öğretim elemanı mevcuttur. Tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği bakımından öğretim elemanlarının sahip olduğu çocuk sayısı önemli bir değişken değildir. Kısacası çocuk sahibi olmayan bir öğretim elemanının sahip olduğu görüş ile 3 ve üzeri çocuğa sahip öğretim elemanının sahip olduğu görüş arasında belirgin biçimde bir farklılık yoktur.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile akademik unvan değişkeni arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten büyük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında akademik unvan bakımından bir farkın olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç öğretim elemanlarının akademik unvanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etmede ve sürdürülebilir olma hakkında sahip olduğu görüş bakımından net bir farklılığın olmadığını göstermektedir. Kısacası üniversitedeki Profesör ile Araştırma Görevlisi arasında tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında belirgin biçimde bir fikir ayrılığı bulunmamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile görev yapılan fakülteler arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında görev yapılan fakülte bakımından farkın olduğu tespit edilmiştir. Fakültelerin üç grupta toplandığı bu analizde, sosyal bilimlerden toplam 124, fen bilimlerinden toplam 228 ve sağlık bilimlerinden ise toplam 68 öğretim elemanı dahil edilmiştir. Bu üç grubun tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında farklı görüşlere sahip olduğunun bilinmesinin yanında en büyük farklılığın hangi alanda olduğunu tespit etmek için Post-hoc analizlerine başvurulmuştur. Çıkan sonuçlarda en büyük farklılığın fen bilimleri ile sosyal bilimler arasında olduğu, sağlık bilimleri ile sosyal bilimler arasında net bir farklılığın bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sonuçta fen bilimlerinde bulunan öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği hakkında diğer iki fakülteye nazaran daha hassas ve ılımlı oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile aylık gelir durumu arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında aylık gelir durumu bakımından farkın olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının aylık gelir durumlarına bakıldığında, 5000-7000 TL aralığında gelire sahip toplam 144, 7001-9000 TL aralığında gelire sahip toplam 156 ve 9001 TL ve üzeri gelire sahip toplam 120 öğretim elemanı mevcuttur. Bu üç farklı gelir durumu arasındaki farklılığa bakıldığında, 9001 TL ve üzeri gelire sahip olanların diğer iki grupta bulunan meslektaşlarına nazaran tamamlayıcı sağlık sigortasını algılamada daha farklı görüşe sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kazanılan gelir düzeyi arttıkça tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olma oranı da yükselmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile hastalandığında ilk başvuru kurum arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında sağlık kuruluşu tercihi bakımından farkın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğretim elemanlarının hastalandığında ilk başvurdukları kurumlara bakıldığında, aile hekimliğini tercih eden toplam 82, devlet hastanesini tercih eden toplam 138, özel hastaneyi tercih eden toplam 125 ve üniversite hastanesini tercih eden toplam 75 öğretim elemanı mevcuttur. Bu 4 grup arasında oluşan farklılık ele alındığında, özel hastaneyi tercih eden öğretim elemanlarının diğer 3 kurumu tercih edenlere göre daha farklı bir tutuma sahip olduğu gözlenmektedir. Özel hastaneye giden öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme ve bu sigortanın sürdürülebilir olma durumu hakkında sahip olduğu görüş olumludur. Çünkü tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamı dahilinde özel hastane ve hekim seçme şansının olması özel hastaneye giden öğretim elemanlarının bu sigortaya pozitif bakmalarına olanak sağlamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile özel hastaneye gitme sıklığı arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıkları bakımından farkın olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının son 1 yıl içinde özel hastaneye gitme sıklıklarına bakıldığında, özel hastaneyi hiç tercih etmeyen toplam 192 öğretim elemanı, 1-2 kez özel hastaneye giden toplam 147 öğretim elemanı ve 3 ve üzeri giden toplam 81 öğretim elemanı vardır. Bu üç grup arasında oluşan farklılıklara bakıldığında, özel hastaneye hiç gitmeyen öğretim elemanları diğer 2 gruba nazaran bu sigortaya pek sıcak bakmamaktadırlar. 1-2 kez giden öğretim elemanları ise 3 ve üzeri giden öğretim elemanlarına nazaran bu sigortaya daha çok bağlıdırlar. Bunun sebebi ise, yılda 1-2 kez giden öğretim elemanları diğer gruba göre sık olarak gitmediğinden ötürü aldığı hizmet ve özgürlüklerden tatmin olmaktadır. Ancak 3 ve üzeri giden grup zaten çok sık hastaneye gittiğinden ötürü bir özel sağlık sigortası aracılığıyla da bu hizmetini karşılamaktadır. Kısacası özel hastaneye yılda 1-2 kez giden öğretim elemanları bu sigortanın sürdürülebilirliği ve geleceği hakkında çok daha iyimserdirler.

Tamamlayıcı sağlık sigortası sürdürülebilirlik düzeyi ile son 1 yılda yapılan sağlık harcaması tutarı arasındaki ilişki ele alındığında, anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olduğu için, tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği açısından öğretim elemanları arasında son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamaları bakımından farkın olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının son 1 yıl içinde yapmış oldukları sağlık harcamalarına bakıldığında, 0-200 TL aralığında harcama yapan toplam 179 öğretim elemanı, 201-500 TL aralığında harcama yapan toplam 91 öğretim elemanı ve 501 TL ve üzeri harcama yapan toplam 150 öğretim elemanı mevcuttur. Bu üç grup arasında oluşan farklılıklara bakıldığında, 501 TL üzeri harcama yapan öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme oranı diğer tutarlarda harcama yapan öğretim elemanlarına nazaran daha yüksektir. 201-500 TL aralığında harcama yapan öğretim elemanları da

0-200 TL aralığında harcama yapan öğretim elemanlarına nazaran tamamlayıcı sağlık sigortasına daha sıcak bakmaktadır. Sonuç olarak, son 1 yılda yapılan sağlık harcaması tutarı arttıkça öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme oranları yükselmektedir.

Üniversitelerde hizmet sunan bütün öğretim elemanlarıyla tek tek yüz yüze anket çalışması yapmak oldukça uzun bir zaman kapsamından ötürü araştırma yalnızca Karadeniz Teknik Üniversitesi'ndeki öğretim elemanları düzeyinde ele alınmıştır. Bu sebepten ötürü, araştırmanın farklı şehir ve üniversitede bulunan öğretim elemanları düzeyinde genellenememesi bu araştırmanın kısıdını oluşturmaktadır. Araştırmanın bir diğer kısıdı ise tüm evrene ulaşamamasıdır. Evren olarak belirlenen toplam 2156 öğretim elemanı içerisinde gönüllü olarak toplam 420 öğretim elemanına ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarının sigorta şirketlerinin tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü üzerinde çalışmalarını geliştirmesi ve ürün çeşitlendirmesi yapması konusunda yol gösterici olacağı ve ayrıca ulusal ve uluslararası literatüre yeni veriler sunması, bu alanda yeni çalışmalar yapılmasını teşvik etmesi bakımından önemli katkılar sunması beklenmektedir.

Yapılan çalışma ve tamamlayıcı sağlık sigortasının sürdürülebilirliği için bazı önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler şu şekildedir:

- Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde öğretim elemanları düzeyinde ele alınmıştır. Bu tip bir çalışma Türkiye'de herhangi bir üniversitede de öğretim elemanları düzeyinde yapılması araştırmanın sonuçlarının öğretim elemanları nezdinde genellenebilmesi için fayda sağlayabilir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasının tanınırlığını arttırabilmek adına üniversiteler ve çeşitli kuruluşlarca tanıtıcı ve bilgilendirici faaliyetler yapılabilir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasını sunmakla görevli olan sigorta şirketleri, temel hedefleri kar odaklı olduğundan, ödeme imkanları yüksek ve risk düzeyleri düşük kişileri hedef kitlesi olarak konumlandırmaktadırlar. Fakat bu sigortaya çok daha fazla ihtiyaç duyan yaşlılar veya kronik rahatsızlığı bulunan kişiler bu sigortaya erişim noktasında büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar. Ayrıca devletin bu tip sıkıntıda kişiler için yaptığı ödemenin çok düşük olması ve poliçe primlerinde önemli bir oranda indirim sağlanamaması bu sigortaya en çok ihtiyaç duyan grupları bu sigortadan uzaklaştırmaktadır. Bundan dolayı devletin bu durumdaki insanlar için ödemeye razı olduğu rakamın arttırılması bireyler açısından da sıcak karşılanabilir. Ayrıca özel sigorta şirketlerinin de hedef kitle algısının düşük gelirli bireylere yönetilmesi ve onlar için de ek tarife ve düzenlemeler yapılması bu sigortaya çok ihtiyaç duyan kesim için tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme noktasında pozitif karşılanabilir.

- Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile sağlık hizmetleri bazen gereğinden fazla kullanılmaktadır. Yaşanan bu sıkıntı ahlaki tehlike sorununu doğurmaktadır. Ahlaki tehlikenin sebep olduğu etkiler de sağlık masraflarının ciddi ölçüde artmasına neden olmaktadır. Bundan ötürü, devletin özel sağlık sigorta şirketleri yoğun şekilde denetlemesi ve yanlış işlerde bulunan şirketlere ciddi yaptırımları uygulaması bu tür sorunların üstesinden gelme noktasında önemli bir etki oluşturabilir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamı sadece tek bir kişiyi dahil etmektedir. Bu sigortaya sahip bir kişinin eşi veya çocukları kişinin kendisi gibi faydalanamamaktadır. Bundan ötürü bir ailenin bu sigortaya sahip olabilmesi için her bir bireyinin ayrı ayrı sigorta yaptırması gerekmektedir. Bu da maddi olarak ciddi bir külfet doğuracağından ailelere özgü onları kapsayacak ölçüde bir paket yapılması aile bireyleri için olumlu şekilde karşılanabilir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası için toplanan fonların büyüklüğü mevcut durumda istenilen seviyede değildir. Reel sektörün finansmanı açısından henüz yeterli bir finansman kaynağı olarak Türkiye’de finans piyasaları içerisinde gelişmemiştir. Dolayısıyla tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırımların sayısı arttıkça toplanan fonların büyüyeceğı ve reel sektörün finansmanına destek sağlayacağı düşünülmektedir.
- Yapılan çalışmalar neticesinde tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamının bazı konularda yetersiz kaldığı görülmüştür. Örneğin, diş ve diyetisyen hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı sağlık sigortasından yararlanılamamaktadır. Buna ilaveten estetik ameliyatlarında da tamamlayıcı sağlık sigortası hizmetleri eksik kalmaktadır. Örneğin yüzünde doğuştan leke bulunan bir kişi bu hizmetten faydalanamamaktadır. Ayrıca, annelerin hamilelik süresince kontrolleri de bu kapsam altında bulunmamaktadır. Son olarak da göz muayenesi kapsam dahilinde olmasına karşın ilerleyen tedavi ve teşhis kısımlarında bu sigortadan faydalanma imkânı ortadan kalkmaktadır. Yukarıda belirtilen tüm bu sorunlar tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamında eksik görülen noktalardır. Bu hizmetlerin kişilerin ödeyebileceğı düzeyde bir katılım payı belirlenerek poliçe kapsamına dahil edilmesi bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme noktasında pozitif biçimde algılamasını sağlayabilir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Akad, Mehmet (1992), **Teori ve Uygulamada Sosyal Güvenlik Hakkı**, Kazancı Kitabevi, İstanbul.
- Akça, Bedrettin Ali ve Demir, Emre (2019), “Kolmogorov – Smirnov Normallik Testi İçin Mobil Uygulama Geliştirilmesi, Serçin Karataş vd. (Ed.), **Uluslararası Eğitimde ve Sosyal Bilimlerde Yenilikler Sanal Sempozyumu**, Ankara, 137.
- Akpınar, E. vd. (2006), “84 Ülkenin ve Türkiye’nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Fransa Sağlık Sistemi Araştırması, **Hacettepe Üniversitesi Yayını**, 1, 983-1023.
- Arefnezhad, Masoud vd. (2016), “Does Does Using Complementary Health Insurance Affect Hospital Length of Stay? Evidence from Acute Coronary Syndrome Patients”, **Hospital Practice**, 44(1), 28-32.
- Arıcı, Kadir (1999), **Sosyal Güvenlik Dersleri**, Sargın Ofset Yayınevi, Ankara.
- Atatanır, Hicran (2011), **Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Finansman Krizinin Aşılması Noktasında İzlenen Politikalar (Avrupa Ülkeleri ve Türkiye Açısından Karşılaştırma)**, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sosyal Güvenlik Kurumu.
- Ateş, M. (2016), **Sağlık Sistemleri**, 2.Baskı, Beta Basım Yayınevi, İstanbul.
- Augurzky, Boris ve Tauchmann, Harald (2011), “Less Social Health Insurance, More Private Supplementary Insurance? Empirical Evidence From Germany”, **Journal of Policy Modeling**, 33(3), 470-480.
- Avşar, Nazan (2010), **Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, Ufuk (1999), **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Sosyal Sigortalar**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Ayhan, Abdurrahman (2012), “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 1(1), 42-48.
- Bakhshaliyeva, Günel (2019), **Sosyal Güvenlik Sisteminin Yaşlılık Ödenekleri Açısından Gelişimi ve Yeterliliği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi – Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü
- Başbakanlık (2005), **Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 9. Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Ankara.

- Bauer, Jan M. vd. (2019), "Selection Behaviour In The Market For Private Complementary Long-Term Care Insurance In Germany", **Available At SSRN**, 1-42.
- Belek, İlker (2009), **Sağlık Politik Ekonomisi**, 3.Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Bellanger, M.Martine vd. (2005), "The Health Benefit Basket in France", **Eur J Health Economic Suppl**, 1(6), 24-29.
- Berg, M. ve Grinten, TVD. (2001), "Priority Setting in Dutch Health Care. University Press Draft", **International Journal of Medical Informatics**, 6, 11-34.
- Biro, Aniko ve Hellowell, Mark (2016), "Public Private Sector Interactions And The Demand For Supplementary Health Insurance In The United Kingdom", **Health Policy**, 120(7), 840-847.
- Bitimli, Gülnur (2019), **Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Müşterilerinin Profili Üzerine Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi – Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Boone, Jan (2015), "Basic Versus Supplementary Health Insurance: Moral Hazard and Adverse Selection", **Journal of Public Economics**, 50-58.
- Bora Başara, Berrak ve Şahin, İsmet (2008), "Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler", **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 26(2), 319-340.
- Bostancı, Yalçın (2007), **Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Boyle, S. (2008), "The Health System in England", **EUROHEALTH-LONDON**, 14(1), 1-114.
- Buchmueller, Thomas C. ve Couffinhal, Agnes (2004), "Private Health Insurance in France", **OECD Health Working Papers**, 3(12), 18-23.
- Busse, Reinhard ve Riesberg, Annette (2004), "Health Care Systems in Transition", **European Observatory on Health Systems and Policies**, 6(9), 57-81.
- Cihangiroğlu, Mehmet (2019), **Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Sağlık Sigortacılığına ve Sağlık Sistemine Etkileri: Türkiye Örneği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi – Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Civan, Ali (2010), **Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi**, Umut Matbaacılık, İstanbul.
- Clarke, Emily ve Bidgood, Elliot (2013), "Healthcare Systems: Germany", The Institute For Study Of Civil Society (Civitas), <http://www.civitas.org.uk/content/files/germany.pdf> (13.01.2020).
- Costa, Joan ve Rovira, Joan (2005), "Why Some People Go Private and Others Do Not: Supplementary Health Insurance in Spain", **Public Finance & Management**, 5(4), 523-542.

- Çayıroğlu, M. K. (2017), “Esnaf Ahilik Sandığı Nasıl Kuruldu: Peki Uygulama Nasıl Olacak”, **Yaklaşım Dergisi**, (293), 442-445.
- Çelik, Hüseyin vd. (2004), “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Hastane Hospital News Dergisi**, 5(28), 28-70.
- Çelik, Yusuf (2016), **Sağlık Ekonomisi**, Siyasal Yayın Dağıtım, Ankara.
- Değer, C.C. vd. (2013), “Supplementary Health Insurance in Turkey”, **Value in Health**, 16(7), A454.
- Demirbilek, Sevda (2005), **Sosyal Güvenlik Sosyolojisi**, Legal Yayınları, Ankara.
- Dilik, Sait (1988), **Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişim**, AÜSBF Yayınları, Ankara.
- _____ (1991), **Sosyal Güvenlik**, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
- Duijmelinck, Danielle MID ve Van de Ven, Wynand PMM (2014), “Choice of Insurer for Basic Health Insurance Restricted by Supplementary Insurance”, **The European Journal of Health Economics**, 15(7), 737-746.
- Dupeyroux, J. J. vd. (2001), **Droit de la Securite Sociale**, 14e edit, Paris.
- Duygulu, Ercan ve Pehlivan, Pınar (2004), **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri**, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Ankara.
- Ebrahimzaded, Javad vd. (2015), “Determinants of Supplementary Health Insurance Demand: Case Study of Iran”, **Iranian Journal of Public Health**, 44(11), 1563-1565.
- Egeli, H. (2009), **Parafiskalite ve Parafiskal Kurumlar**, Altın Nokta Basım Yayın, İzmir.
- Eke, Erdal ve Kişi, Merve (2019), “Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Bir Perspektif”, **Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi**, 18(11), 2689-2702.
- Erdal, Süleyman (2012), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti Uygulamaları Açısından İsveç Modelinin Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Ergin, Hediye (2007), “Alman Hukukunda Sağlık Yardımları”, **Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, 4(1), 70-86.
- Erol H. Ve Özdemir A. (2014), “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 4(1), 9-14.
- Fernandes, Elton vd. (2007), “An Analysis of the Supplementary Health Sector in Brazil”, **Health Policy**, 81(2-3), 242-257.
- Finkensadt, Verena ve Niehaus, Frank (2015), “Rationing and Differences in Care in Health Systems”, **World Medical Journal**, 1(61), 17-21.

- Franc C. Ve Pierre, A. (2015), “Compulsory Private Health Insurance Offered By Employers in France: Implications and Current Debate”, **Health Policy**, 119(2), 6-111.
- Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği (2008), **T. C. Resmi Gazete**, 26981, (28.08.2008).
- Genel Sağlık Sigortası Tescil, Prim ve Müstehaklık İşlemleri Yönetmeliği (2014), **T. C. Resmi Gazete**, 28976, (18.04.2014).
- Gerek, Nüvit ve Oral A. İlhan (2004), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Gerken, S. ve Merkur, S. (2010), “Belgium Health System Review”, **Health Systems in Transition**, 12(5), 1-266.
- Giray, Burçak (2010), **Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi – Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Green, Manfred S. vd. (2017), “A National Survey Of Ethnic Differences In Knowledge And Understanding Of Supplementary Health Insurance”, **Israel Journal Of Health Policy Research**, 6(1), 1-9.
- Gress, Stefan (2007), “Private Health Insurance in Germany: Consequences of a Dual System”, **Healthcare Policy**, 3(2), 29-37.
- Grignon, Michel ve Kambia-Chopin, Bidenam (2009), “Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France”, **Institute de Recherche et Documentation en Economie de la Santé**, 24: 3-25.
- Güçkan Y. Ve Tuncel S. (2000), **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi**, Milli Reasürans Türk A.Ş. Yayınları, İstanbul.
- Gülcan, E. (2006), **Avrupa Birliği’nde Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Günay, Cevdet İlhan (2004), **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Yetkin Yayınları, Ankara.
- Güzel, Ali (2005), Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm Mücadelesi, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, 4(7), 61-76.
- Güzel, Ali vd. (2008), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 11.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Hair, Joseph F. vd. (2014), **Multivariate Data Analysis**, 7.Baskı, Pearson New International Edition, Edinburgh Gate.

- Helvacı, Hakan (2014), **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Finansman Krizine Etkileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi - Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Holst, Laurens vd. (2018), “Role of Supplementary Health Insurance in Switching Behaviour of Consumers in the Netherlands”, **European Journal of Public Health**, 28(4), 213-249.
- İnce, Gülay (2014), **Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İstanbulluoğlu, Hakan vd. (2010), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, 85(2), 86-99.
- Kalaycı, Şeref (Ed.) (2016), **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, 7.Baskı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kang, Sungwook vd. (2009), “Effects of Supplementary Private Health Insurance on Physician Visits in Korea”, **Journal of the Formosan Medical Association**, 108(12), 912-920.
- Kapani, Münici (1987), **İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları**, Bilgi Yayınevi, Ankara.
- Kaplan, Giora vd. (2017), “Supplementary Health Insurance From The Consumer Point Of View: Are Israelis Consumers Doing An Informed Rational Choice When Purchasing Supplementary Health Insurance?”, **Health Policy**, 121(6), 708-714.
- Karagan, E. (2008), **Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi – Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kaya, F. ve Kahya, M. (2017), **Sigorta ve Sigortacılık**, 1.Baskı, Beta Yayınları, Ankara.
- Kender, R. (1985), **Türkiye’de Hususi Sigorta Hukuku: Sigorta Müessesesi-Sigorta Mukavelesi**, 3.Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Kılınç, Beyazıt (2005), **Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Mali Dönüşümü**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Kifmann, M. (2006), “Risk Selection and Complementary Health Insurance: The Swiss Approach”, **International Journal Health Care Finance and Economics**, 6, 151-170.
- Korkusuz, Refik ve Uğur, Suat (2010), **Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş**, 2.Baskı, Ekin Yayınları, Bursa.
- Kroneman, M. vd. (2016), “Netherlands Health System Review”, **Health Systems in Transition**, 18(2), 13-16.

- Maarse, Hans ve Paulus, Aggie (2011), “The politics of healthcare reform in the Netherlands since 2006”, **Health Economics, Policy and Law**, 6(1), 125-134.
- Mahdavi, GH ve Izadi, Z. (2012), “Evidence of Adverse Selection in Iranian Supplementary Health Insurance Market”, **Iranian Journal of Public Health**, 41(7), 44-52.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2011), “Pazarlama ve Perakende Sağlık Sigortası”, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf (16.01.2020).
- Ministry of Public Health (2016), “Healthcare in the Netherlands”, <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport> (21.02.2020).
- Mossialos, Elias ve Djordjevic, Ana (2017), “International Profiles of Health Care Systems”, **London School of Economics and Political Science**, 1, 110-121.
- Naing, L. vd. (2006), “Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies”, **Archives of Orofacial Sciences**, 1, 9-14.
- NHS Constitution (2014), “Understanding the New NHS”, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf> (22.02.2020).
- Nuffield Trust (2013), “The Changing Landscape Of Health Systems in 2000’s”, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130522_public-payment-and-private-provision.pdf (23.02.2020).
- Orhan, Ece (2015), **Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi – Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Orhan, Ece ve Kıyak, Mithat (2015), “Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları”, **Research Journal of Business and Management**, 2(3), 308-321.
- Orhaner, Emine (2017), “Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü”, **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, 3(3), 398-412.
- _____ (2018), **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, 1.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Orhaner, Emine ve Ekinci, Nazmiye (2019), “Ankara’da Yaşayan Kişilerin Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, **Sağlık Akademisyenleri Dergisi**, 6(1), 34-42.
- Önder, Mustafa Erkut vd. (2016), “Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, **Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi**, 1(1), 23-36.
- Özbolat, M. (2014), **Temel Sigortacılık**, 6.Baskı, Seçkin Kitabevi, Ankara.

- Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (2013), T.C. Resmi Gazete, 28800, (23.10.2013).
- Özer, Özlem vd. (2014), “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, 42, 76.
- Özgen, H. (2007), “Sağlık Hizmetleri Finansmanın Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 10(2), 201-228.
- Özsarı, Haluk (2017), “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Süreci ve Geline Nokta”, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 43, 82-87.
- Öztürk, N. (2014), **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği: Vatandaş Görüşlerinin Belirlenmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Pala, Kayıhan (2003), “Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 18(2), 110-124.
- Pierre, Aurelie ve Jusot, Florence (2017), “The Likely Effects Of Employer-Mandated Complementary Health Insurance On Health Coverage In France”, **Health Policy**, 121(3), 321-328.
- Rad, Enayatollah Homaie vd. (2017), “Complementary Health Insurance, Out-Of-Pocket Expenditures, and Health Services Utilization: A Population Based Survey”, **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, 31(59), 1-5.
- Rodwin, Victor G. (2003), “The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States”, **American Journal of Public Health**, 93(1), 31-35.
- Rosanvallon, Pierre (2004), **Refah Devletinin Krizi**, 1.Baskı, Dost Kitabevi, Ankara.
- Ross, Anne-Fleur ve Schut, Frederik T. (2012), “Spillover Effects of Supplementary on Basic Health Insurance: Evidence From The Netherlands”, **The European Journal of Health Economics**, 13(1), 51-62.
- Sağlık Bakanlığı (2018), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı”, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> (16.02.2020).
- Saliba, Berengere ve Ventelou, Bruno (2007), “Complementary Health Insurance in France Who Pays? Why? Who Will Suffer From Public Disengagement?”, **Health Policy**, 81(2-3), 166-182.
- Saltık, Ahmet (2018), “Genel Sağlık Sigortası Ne Dediler Ne Oldu?”, **TTB Raporu**, (8), <http://ahmetsaltik.net/2018/02/27/ttb-raporu-aile-hekimligi-ne-dediler-ne-oldu/> (16.01.2020).
- Sargutan, A. Erdal (2006), **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.

- Sayım, Ferhat (2017), **Sosyal Bilimlerde Araştırma ve Tez Yazım Yöntemleri**, 2.Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Schokkaert, Erik vd. (2010), “Supplemental Health Insurance and Equality of Access in Belgium”, **Health Economics**, 19(4), 377-395.
- SGK (2012), **Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları**, SGK Yayınları, Ankara.
- Shahraki, Mahdi (2019), “Estimation of Supplementary Health Insurance Demand in Iranian Urban Household: Probit Model with Sample Selection”, **Iranian Journal of Health Insurance**, 2(1), 7-13.
- Sofuoğlu, Kübra (2019), **Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma: Hedefler ve Sonuçları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2009), **Bir Reformun Anatomisi**, SGK Yayınları, Nr.7, Ankara.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2013), **Sosyal Güvenlik Sisteminde Primler**, SGK Yayınları, Nr.70, Ankara.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2014), “Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri”, http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_MNurdan-Dogukan.pdf
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006), **T. C. Resmi Gazete**, 26200, (31.05.2006).
- Sözer, Ali Nazım (2007), “Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu? Sağlık Hakkı Açısından Mukayeseli Bir Değerlendirme”, **Kamu-İş Dergisi**, 1(1), 124-147.
- Stevens, Y. vd. (1998), “Issues in Complementary Health Insurance in Belgium”, **International Social Security Review**, 51(4), 71-89.
- Şahin, Hava (2018), **Sağlık Finansmanında Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Rolü ve Uygulanabilirliği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şakar, Müjdat (2011), **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, 10.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Tajika, E. ve Kikuchi, J. (2012), “The Roles of Public and Private Insurance for The Healthcare Reform of Japan”, **Public Policy Review**, 8(2), 123-144.
- Talas, Cahit (1983), **Sosyal Ekonomi**, 6.Baskı, Sevinç Matbaası, Ankara.
- _____ (1997), **Toplumsal Politika**, 5.Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- Tan, Namık (2015), **Genel Sağlık Sigortası Uygulamalar ve Sorunlar**, 1.Basım, Türk Metal Yayınları, Ankara.

- Tapan, Birkan (2008), **Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tapan, Birkan vd. (2015), “Özel Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, **FNG & Bilim Tıp Dergisi**, 1(2), 77-86.
- Tatar, F. (1996), “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 11(2), 47-72.
- Tatar, M. (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 1(1), 105-114.
- Tengilimoğlu, Dilaver ve Güzel, Alper (2011), “Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, 74, 10-22.
- The Commonwealth Fund (2017), “International Profiles Of Health Care System”, <https://www.commonwealthfund.org/grants/commonwealth-fund-international-profiles-health-care-systems-2017> (22.02.2020).
- Thomson, Sarah ve Mossialos, Elias (2004), **Voluntary Health Insurance In The European Union**, World Health Organization, Copenhagen.
- Tuncay, A. Can (2017), **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, 19.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Tuncay, A. Can ve Ekmekçi, E. (2005), **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, 11.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- Tunç, Orhan ve Kıyak, Mithat (2015), “Türkiye’de ve Avrupa’da Özel Sağlık Sigortaları”, **Journal of Economics, Finance and Accounting**, 2(3), 409-425.
- TUSİAD (1997), **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma**, TUSİAD Yayınları, İstanbul.
- _____ (2004), **Türk Emeklilik Sisteminde Reform: Mevcut Durum ve Alternatif Stratejiler**, TUSİAD Yayınları, İstanbul.
- Tüğen, Kamil (1994), “Türkiye’de 1980 Sonrası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısı ve Gelişimi”, İstanbul Üniversitesi (Haz.), **Kamu Kesimi Finansman Açıkları**, İstanbul Üniversitesi Basımevi, 306-307.
- Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi (2005), “Genel Sağlık Sigortası: Türk Tabipler Birliği Görüşleri”, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf> (16.01.2020).
- Türk, M. (2007), “Fransa Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 22(3), 162-170.

- Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu (2013), “TİSK Çalışma Raporu”, http://tisk.org.tr/tr/eyayinlar/333_tisk_calisma_raporu_2013/pdf_333_tisk_calisma_raporu_2013.pdf (18.01.2020).
- Türkiye Sigorta Birliği (2015), “Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası: Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye İçin Öneriler Raporu”, [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20\(1\).pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20(1).pdf)
- Türkiye Sigortalar Birliği (2013), “Sağlık Sigortası Genel Şartları”, URL, “Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları” (2018), http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (24.12.2019).
- ___, “Insurance Europe” (2019), <https://www.insuranceeurope.eu/> (24.01.2020).
- ___, “OECD Health Statistics” (2018), <https://stats.oecd.org/> (18.01.2020).
- ___, “Türkiye Sigortalar Birliği Resmi İstatistikler” (2018), <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> (30.12.2019).
- ___, “Türkiye Sigortalar Birliği Tamamlayıcı Sağlık Sigortası İstatistikler” (2019), <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> (30.12.2019).
- Uşan, M. Fatih (2009), **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**, 2.Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Uzun, Serpil (2015), **Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi – Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- Valtonen, Hannu vd. (2014), “Supplementary Health Insurance in Finland: Consumer Preferences and Behaviour”, **The Social Insurance Institution**, 9-32.
- Yıldırım H. ve Yıldırım T. (2015), **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri**, 3.Baskı, Absam Yayınları, Ankara.
- Yiğit, Filiz (2007), **Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi – Sağlık Bilimler Enstitüsü



EKLER

Ek 1: Anket Formu

Değerli öğretim elemanları,

Bu anket, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalı Finans Tezli Yüksek Lisans Programında yürütülen “Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği: Öğretim Elemanları Üzerine Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında uygulanacaktır. Bu araştırmada öğretim elemanlarının tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumlarının saptanması ve bu uygulamayı tercih etme ya da etmeme yönündeki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için gereken izinler alınmıştır. Ankete katılmanız araştırmaya önemli katkılar sağlayacaktır. Araştırmada anketi dolduran kişilerin isimleri gerekmemektedir. Sonuçlar sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz olarak yanıtlamanız araştırma için büyük önem arz etmektedir. Yoğun işleriniz arasında araştırmamıza zaman ayırıp anketi doldurduğunuz ve önemli katkılarınız için teşekkür eder, saygılar sunarım.

Furkan SERDAR

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Doç.Dr. Ahmet KURTARAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

İşletme Bölümü

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
2. Yaşınız: () 18-24 () 25-35 () 36-45 () 46-55 () 56 ve üzeri
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Çocuk Sayınız: () Yok () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri
5. Unvanınız: () Prof.Dr. () Doç.Dr. () Dr.Öğr.Üy. () Öğr.Gör. () Arş.Gör.
() Diğer
6. Görev Yaptığınız Fakülte:
7. Görev Yaptığınız Bölüm:
8. Aylık Gelir Durumunuz:
() 6000 TL ve altı () 6001-7000 TL () 7001-8000 TL () 8001-9000 TL () 9001 TL ve üstü
9. Hastalandığınızda ilk nereye gidersiniz?
() Aile Hekimliği () Devlet Hastanesi () Özel Hastane () Üniversite Hastanesi
10. Son 1 yılda hastaneye gitme sayınız:
() Hiç gitmedim () 1-2 () 3-4 () 5 ve üstü
11. Son 1 yılda özel hastaneye gitme sayınız:
() Hiç gitmedim () 1-2 () 3-4 () 5 ve üstü
12. Son 1 yıl içinde yaptığınız sağlık harcaması ne kadardır?
() Sağlık harcamam yok. () 0-200 TL () 201-500 TL () 501-1000 TL () 1001 TL ve üzeri
13. Herhangi bir özel sağlık sigortasına sahip misiniz? (Cevabınız “Evet” ise 14.soruyu, “Hayır” ise 15.soruyu cevaplayınız)
() Evet () Hayır

14. Özel sağlık sigortası yaptıрма nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Kaliteli hizmet almak istediğim için
 Sağlık yatırımının önemli olduğunu düşündüğüm için
 Sürekli hekim kontrolünde olmam gerektiği için
 Çevre tavsiyesi
 Kısa sürede her türlü tedavi hizmetinden yararlanabilmek için
 Ani olarak ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı önceden önlem alabilmek için
 Diğer (Belirtiniz)

15. Özel sağlık sigortası yaptırmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Primlerin çok pahalı olması
 Devletin sağlamış olduğu sigortanın beni yeterince tatmin etmesi
 Özel sağlık sigortası şirketlerinin anlaşmalı olduğu kurumların yeterince güvenilir ve kaliteli olmaması
 Özel sigorta şirketlerine gittiğimde yeterince bilgi ve beklediğim ilgiyi alamamam
 Çevremden çok şikayet duymam
 Diğer (Belirtiniz)

16. Özel sağlık sigortasının yeni bir ürünü olan “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”nı duydunuz mu? (Cevabınız “Hayır” ise 20. Sorudan devam ediniz). () Evet () Hayır

“Tamamlayıcı sağlık sigortası, kamunun sunduğu sağlık sigortasının teminat paketi kapsamında yer almayan ya da kapsamda yer aldığı halde ek ücret ödemesi ile sağlık hizmeti alan kişiler tarafından cepten ödemesi yoluyla finanse edilen özel sağlık sigortası türüdür. Kısacası, Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmaları sonucunda SGK anlaşmalı hastanelerden herhangi bir ücret ödemediği bir sigorta türüdür.”

17. Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından nasıl haberdar oldunuz?

- Arkadaş/Tavsiye () Sigorta şirketi/Acente () TV/Basın/Sosyal Medya () Kendi araştırmaları sonucunda

18. Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi durumunuz ne düzeydedir?

- Duydum ama bilgim yok () Çok az bilgim var () Yeterince bilgim var () Konuya tamamen hakimim

19. Tamamlayıcı sağlık sigortanız var mı? (Cevabınız “Hayır” ise 21.sorudan devam ediniz)

- Evet () Hayır

20. Tamamlayıcı sağlık sigortası için yıllık bütçenizden ne kadar ayırıyorsunuz? (Bu soruyu cevapladıktan sonra diğer sayfaya geçiniz)

- 0-200 TL () 201-400 TL () 401-600 TL () 601-800 TL () 801-1000 TL () 1001 ve üzeri

21. Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmayı düşünür müsünüz? (Cevabınız “Evet” ise 23.soruyu, “Hayır” ise 22. soruyu cevaplayınız)

- Evet () Hayır

22. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmama nedeniniz nedir?

- Özel sağlık sigortasına sahip olduğum için
 Genel Sağlık Sigortası’nı yeterli gördüğüm için
 Sigorta şirketlerini güvenilir bulmadığım için
 Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığım için
 Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında fazla şikayet duyduğum için
 Diğer (Belirtiniz).....

23. Tamamlayıcı sağlık sigortası için yıllık bütçenizden ne kadar ayırmayı düşünürsünüz?

- 0-200 TL () 201-400 TL () 401-600 TL () 601-800 TL () 801-1000 TL () 1001 ve üzeri

GSS: Genel sağlık sigortası TSS: Tamamlayıcı sağlık sigortası	Tamamen katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1. GSS, mevcut haliyle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir.	()	()	()	()	()
2. GSS, tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir.	()	()	()	()	()
3. GSS'nin sunduğu Temel Teminat Paketi'nin kapsamı yeterlidir.	()	()	()	()	()
4. GSS, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeni ile birlikte sunulmalıdır.	()	()	()	()	()
5. TSS bileşenli bir GSS toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını en iyi şekilde karşılar.	()	()	()	()	()
6. TSS, prim gelirlerinin artırılması konusunda GSS'ye katkı sağlayacaktır.	()	()	()	()	()
7. TSS, GSS'nin Temel Teminat Paketi'ni kapsam olarak rahatlatacaktır.	()	()	()	()	()
8. TSS, GSS'nin fiyat tarifesini düşürerek, devleti finansal açıdan rahatlatacaktır.	()	()	()	()	()
9. TSS, devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacak, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır.	()	()	()	()	()
10. TSS, GSS'nin mali riskini paylaşacaktır.	()	()	()	()	()
11. TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır.	()	()	()	()	()
12. TSS ile fiyat yönünden oluşan baskı azalarak sağlık hizmetlerinin kalitesi artacaktır.	()	()	()	()	()
13. TSS'nin uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir.	()	()	()	()	()
14. Özel sigorta şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir.	()	()	()	()	()
15. TSS bileşenli GSS, sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözecektir.	()	()	()	()	()

Ek 2: Anket Onay Metni

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Personel Daire Başkanlığı - Akademik Personel Diğer İşlemleri
22/01/2020 11:14 - 44710342-929-E.1025
02373254
02373254




T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GENEL SEKRETERLİK
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : 44710342-929-E.1025
Konu : Anket izin isteği (Doç. Dr. Ahmet KURTARAN)

22/01/2020

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ahmet KURTARAN'ın danışmanı olduğu yüksek lisans öğrencisi Furkan SERDAR'ın yürüttüğü "Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği: Öğretim Elemanları Üzerinde Bir Araştırma" adlı araştırması ile ilgili anket yapma isteği Rektörlüğümüzce uygun görülmüş olup, adı geçen fakültenin 21.01.2020 tarih ve E.154 sayılı yazı örneği ve ekleri ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

 e-İmzalıdır

Prof. Dr. Asım ÖREM
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Yazı örneği ve ekleri.

Dağıtım :
Fakülteler

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: 04623772110

Faks: 04623774292

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Hasan KARKA

Sayfa
1 / 1

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak teyidinde <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:44710342-929-E.1025 ve Barkod Num.:2373254 bilgileriyle erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Furkan SERDAR, 04.09.1994 tarihinde Trabzon İli Ortahisar İlçesi'nde doğdu. 2008 yılında Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu'nu; 2012 yılında Fatih Lisesi'ni; 2016 yılında da Karadeniz Teknik Üniversitesi – İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü'nü bitirdi. 2016 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalında yüksek lisans programına başladı.

SERDAR, bekâr olup, İngilizce bilmektedir.

