

Özel Sağlık Sigortasına Sahip Bireylerin Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi

An Evaluation of Health Service Utilization of People with Private Health Insurance

Özden GÜDÜK^{1 A,B,C,D,E,F} , Emre İŞÇİ^{2 A,B,D,G} , Mehveş TARIM^{3 B,G} 

¹Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Amaç: Özel sağlık sigortası, kamusal bir katkı olmaksızın bireylerin kendisinin ya da işverenlerin çalışanları adına finansmanını üstlendikleri, çoğunlukla bir yıllık dönemler halinde yapılan sözleşmeler ile kapsamının ve şartlarının belirlendiği bir sağlık sigortası çeşididir. Bu çalışmanın amacı; özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarını değerlendirmek ve etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: İstanbul ve Ankara illerinde özel sağlık sigortasına sahip 393 bireye anket uygulanarak veri elde edilmiştir. Bireylerin son 12 ay içinde kullandığı sağlık hizmetleri; ayaktan sağlık hizmeti, yatarak sağlık hizmeti, cerrahi işlem (ameliyat), acil servis başvurusu ve sağlık kontrolü (check-up) olmak üzere beş kategori altında incelenmiştir. Bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri, kronik hastalık varlığı ve özel sağlık sigortasına dair özelliklerinin sağlık hizmeti üzerine etkisi araştırılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların son bir yıl içinde kullandığı sağlık hizmeti medyanı 3'tür (ortalama 3.88±4.13; min: 0 – max: 31). Kadınlar, 36-45 yaş grubundakiler ve 1-3 yıldır özel sağlık sigortasına sahip olanların ayaktan sağlık hizmeti kullanımı; kronik hastalığı olanların yatarak sağlık hizmeti kullanımı; 18- 25 yaş arası gruptakilerin acil sağlık hizmeti kullanımı; Ankara'da yaşayanlar, 36-45 yaş arası olanlar ve 10 yıldan uzun süredir özel sağlık sigortasına sahip olanların sağlık kontrolü yaptırma ortalaması daha yüksektir.

Sonuç: Bireylerin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumları ve özel sağlık sigortasına dair özellikler sağlık hizmeti kullanımını etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Özel sağlık sigortası, Sağlık hizmeti, Ayaktan tedavi, Yatarak tedavi.

ABSTRACT

Objective: Private health insurance is a type of health insurance in which individuals or employers undertake financing on behalf of their employees without any public contribution, the scope and conditions of which are determined by contracts, generally made in one-year terms. The aim of this study is to evaluate the health service utility of individuals with private health insurance and to examine the factors affecting it.

Methods: Data were obtained by applying a questionnaire to 393 individuals with private health insurance in the provinces of İstanbul and Ankara. Health services used by individuals in the last 12 months were examined under five categories; outpatient health care, inpatient health care, surgical procedure, emergency services, and check-up. In addition, the effect of factors such as socioeconomic characteristics, the presence of chronic diseases, and private health insurance on health service utility were evaluated.

Results: The average of the health services utility by the participants in the last year is 3.88±4.13 (median: 3, min: 0 - max: 31). Outpatient services utilization was more by women, those aged 36-45 and those with private health insurance for 1-3 years; inpatient services utilization was more by those with chronic diseases; emergency health services utilization was more by those aged 18-25; check-up service utility was more by those living in Ankara, those aged between 36-45 and those with private health insurance for more than ten years.

Conclusion: Individuals' sociodemographic characteristics, health status, and characteristics of private health insurance may affect the utility of health services.

Sorumlu Yazar: Özden GÜDÜK

Yüksek İhtisas Üniversitesi, Oğuzlar Mah. 1375. Sokak Balgat/Ankara, Türkiye
ozdenguduk@gmail.com

Geliş Tarihi: 12.06.2023 – Kabul Tarihi: 24.07.2023

* Bu makale yazarın "Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığının Sağlık Hizmeti Kullanımına Etkisi" adlı doktora tezinden hazırlanmıştır.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

Key words: Private health insurance, Health care, Outpatient care, Inpatient care.

1. GİRİŞ

Son yıllarda sağlık sektöründe artan talep, teknolojik yeniliklerin çok hızlı meydana gelmesi, insan ömrünün uzaması ve kronik hastalıkların getirdiği yükler, devletleri sağlık finansmanını daha etkili kılmaya zorlamaktadır (1). Bir yandan tüm halka hizmet sunma imkanı verecek evrensel kapsayıcılıkta sağlık finansmanı hedeflenirken, diğer yandan gelişmiş ülkeler dahi sağlık hizmetlerinin devlet bütçesine getirdiği yükleri azaltma gayreti içerisinde (2,3).

Tüm dünyada sağlık hizmetleri finansmanının nasıl ve kim tarafından sağlanacağı, sağlık harcamaları için ayrılan bütçenin ne kadar olması gerektiği gibi sorular, sağlık politikacılarının üzerinde en çok tartıştığı konulardan biridir. Her ülke kendi ekonomik, idari, kültürel yapısını göz önünde bulundurarak farklı bir sağlık finansman yöntemini tercih etmektedir (4). Günümüzde çoğunlukla ülkelerin ağırlıklı olarak bir finansman yöntemini benimsemesinin yanı sıra, risk paylaşımını artırmak ve daha fazla kaynak elde etmek için farklı finansman metotlarına aynı anda yer verdiği görülmektedir (5,6).

Sağlık finansman yöntemleri genel olarak iki grupta toplanmaktadır; kamusal nitelikli finansman modelleri ve özel nitelikli finansman modelleri. Kamusal nitelikli finansman modelleri; Vergileme Yoluyla Finansman (Beveridge Modeli) ve Sosyal Sağlık Sigortacılığı Modeli (Bismarck Modeli) olarak ikiye ayrılmaktadır. Özel nitelikli finansman modelleri ise; Özel Sağlık Sigortacılığı Modeli, Tıbbi Tasarruf Hesapları ve Cepten Ödemelerden meydana gelmektedir (4).

Özel Sağlık Sigortası (ÖSS)

Kamusal bir katkı olmaksızın bireylerin kendisinin ya da işverenlerin çalışanları adına finansmanını üstlendikleri, çoğunlukla bir yıllık dönemler halinde yapılan sözleşmeler ile kapsamının ve şartlarının belirlendiği bir sağlık sigortası çeşididir (7).

Ülke uygulamalarında özel sağlık sigortasının bazı özellikleri farklılaşabilse dahi (toplum bazlı ya da risk bazlı, uzun vadeli olup olmaması vb.) çoğu zaman aynı unsurları içermektedir (3). Özel sağlık sigortalarının en yaygın örnekleri yıllık olarak hazırlanan ve kısa vadeli olan biçimleridir. Fakat çok sık karşılaşılmassa da Avustralya, Almanya, Belçika ve İrlanda gibi bazı ülkelerde uzun dönemli sağlık sigortası olarak bilinen, sigortalı kişinin uzun dönemli koruma altına alındığı çeşitleri de mevcuttur (8).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) tanımlamasına göre özel sağlık sigortasının dört farklı çeşidi vardır. Bu çeşitler; birincil (principal, substitute-ikame edici ve asıl) özel sağlık sigortası, tamamlayıcı (complementary) özel sağlık sigortası, tekrarlayıcı (duplicate) özel sağlık sigortası ve destekleyici (supplementary) özel sağlık sigortası olarak adlandırılır (9).

Ülkemizde genel sağlık sigortası tüm bireyler için zorunlu olmasına rağmen gönüllü olarak özel sağlık sigortasına da sahip olunabilmektedir. Özel sağlık sigortası daha çok gelir düzeyi ve eğitim seviyesi yüksek, genç bireyler tarafından tercih edilmektedir (10).

Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

Sağlık İstatistik Yıllığı'na göre Türkiye'de bir kişi bir yıl içinde ortalama 8 kere (2021 yılı) sağlık hizmetinden yararlanmaktadır. Bu sayı 2018 yılında 9,5 iken 2019 yılında 9,8'e yükselmiştir (11). Ancak bilindiği üzere sağlık hizmetini kullanma durumu birçok faktörden etkilenmektedir. Bunların başında bireyin yaşı gelmektedir.

Yaşlılıkla beraber bireylerin hayatında, hastalık veya fiziksel işlevlerin doğal olarak bozulmasına bağlı fiziksel değişiklikler meydana gelmektedir (12). Bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansı yaşlı bireylerde daha yüksektir hatta yaşlı bireyler komorbiditelere eğilimlidirler (13). Yaşlılıkta sık görülen durumlar arasında işitme kaybı, katarakt ve görme bozuklukları, sırt ve boyun ağrısı ve osteoartrit yer almaktadır. Ayrıca yaşlılık, genellikle geriatric sendromlar olarak adlandırılan kırılganlık, idrar kaçırma, düşme, deliryum ve basınç ülserleri gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (14). Bütün bu sorunlar nedeniyle yaşlı bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı gençlere kıyasla daha yüksektir (15).

Her ne kadar yaş önemli bir belirleyici olsa da sağlık hizmeti kullanımı birden çok faktörden etkilenmektedir. Sağlık hizmetleri kullanımının belirleyicilerini tanımlayan modeller arasında en sık kullanılanı ve en kapsamlı olanı Andersen tarafından geliştirilen davranışsal modeldir (16,17). Andersen Modelinde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler; hazırlayıcı, etkinleştirici ve kolaylaştırıcı faktörler olmak üzere başlıca üç grupta toplanmaktadır (18). Bu Modele göre bazı bireyler bireysel özelliklerinden dolayı sağlık hizmetlerini diğerlerinden daha fazla kullanmaktadır. Hazırlayıcı faktörler olarak tanımlanan bu faktörler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, etnik köken, mesleki durum ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranışları içerir. Ancak birey sağlık hizmetini kullanmaya karar vermiş olsa bile hizmetlerden yararlanabilmesi için bazı şartların bulunması gerekir. Etkinleştirici faktörler olarak adlandırılan bu grupta gelir seviyesi, sağlık sigortasının varlığı, sağlık hizmetlerinin fiyatı yer almaktadır. Üçüncü grupta ise bireyin algıladığı sağlık durumu, kronik hastalık varlığı gibi ihtiyaç faktörleri sağlık hizmeti kullanımının temel nedeni olarak kabul edilmekte ve modelde baskın bir rol oynamaktadır (17,19).

Bu çalışmada, bir özel sağlık finansman yöntemi olan özel sağlık sigortacılığına odaklanılmaktadır. Çalışmanın amacı; özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmeti kullanımını incelenmek ve hizmet kullanımında etkili olan faktörleri ortaya çıkarmaktır. Andersen'in Modelinde belirtilen değişkenlerden yaş, cinsiyet, yaşanılan şehir, eğitim, medeni durum, gelir seviyesi ve kronik hastalık varlığı açısından bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarının farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir. İlaveten sağlık sigortasına ait özelliklerin (özel sağlık sigortasına sahip olunan süre ve özel sağlık sigortası primini ödeyen taraf) etkileri araştırılmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmanın evrenini, hem nüfus bakımından en büyük hem de özel sağlık sigorta poliçelerinin en çok bu illerde kaydedilmesinden dolayı İstanbul ve Ankara illerinde ikamet eden ve özel sağlık sigortasına sahip bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi uygulanmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre 2018 yılında İstanbul ili nüfusu 1.5067.724 ve Ankara ili nüfusu 5.503.985 kişidir (20). OECD verilerine göre ise Türkiye'de

özel sağlık sigortası sahibi kişi sayısı, toplam ülke nüfusunun %5.6'sını oluşturmaktadır (21). Bu sayılardan yola çıkarak, %5 hata payı ve %95 güven seviyesi ile hesaplanan örnek büyüklüğü en az 385 kişidir. Çalışmada 393 kişiye ulaşılmıştır.

Veri toplama aşamasında, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan bir anket, Nisan 2018 ve Nisan 2019 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere yüz yüze ve online olarak uygulanmıştır. Anket uygulaması öncesi bireylere gerekli açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır.

Bireylerin son 12 ay içinde kullandığı sağlık hizmetleri; ayakta sağlık hizmeti, yatarak sağlık hizmeti, cerrahi işlem (ameliyat), acil servis başvurusu ve sağlık kontrolü (check-up) olmak üzere beş kategori altında incelenmiştir. Bireylerin sosyo-ekonomik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, medeni durumu, gelir seviyesi, yaşadığı şehir), kronik hastalık varlığı ve özel sağlık sigortasına dair özellikler (sigortalılık süresi, sigorta primi ödemelerini yapan taraf) bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

İstatistik analizler IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version 22.0 ile yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmış ve verilerin normal dağılmadığı görülmüştür. Veriler Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ve gruplar arasındaki farkı ortaya koymak için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışma öncesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Onay tarihi: 06.11.2017 ve sayısı: 198).

3. BULGULAR

Katılımcıların %68.7'si kadın, %39.2'si 36-45 yaş arasında, %43.3'ü lisans mezunu, %64.9'u evli ve büyük çoğunluğu (%92.6) İstanbul'da yaşamaktadır. Yarısından azı (%46.3) çocuk sahibi değildir ve çoğunluğu hanehalkının en fazla üç kişi olduğu çekirdek ailede yaşamaktadır. Bireylerin %77.1'i özel sektörde çalışmakta ve %38.4'ü gelir seviyesini asgari ücretin iki katı ila dört katı arası olarak beyan etmektedir. Kronik hastalığa sahip birey oranı %14.3 ile düşük bir seviyededir (Tablo 1).

Katılımcıların %34.4'ü on yıldan uzun süredir özel sağlık sigortasına sahiptir. Yarısından az fazlasının (%51.9) sigorta primleri işvereni tarafından ödenmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olanlar %38.7 iken katılımcıların %29.5'i hangi tür özel sağlık sigortasına sahip olduğunu bilmediklerini ifade etmiştir. Hizmet alınan sigorta şirketi incelendiğinde en fazla Allianz Sigorta (%28.5) ve Anadolu Sigorta'dan (%27.7) yararlanan katılımcı olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Katılımcıların son bir yıl içinde kullandığı sağlık hizmeti medyanı 3'tür (min: 0 – max: 31). Sağlık hizmeti çeşidine göre ayrı ayrı hesaplandığında; ayakta sağlık hizmeti kullanımı medyanı 2 (min: 0 – max: 21 başvuru), yatarak sağlık hizmeti aldığı gece sayısı medyanı 0 (min: 0 – max: 8 gece), cerrahi işlem (ameliyat) sayısı medyanı 0 (min: 0 – max: 2 ameliyat), acil servise başvuru sayısı medyanı 0 (min: 0 – max: 15 başvuru) ve sağlık kontrolü (check-up) medyanı 0'dır (min: 0 – max: 1 başvuru).

Cinsiyet, yaşanan şehir, yaş, kronik hastalık varlığı ve özel sağlık sigortasına sahip olunan süre bakımından gruplar açısından sağlık hizmeti kullanımı farklılığı Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

		Sayı	%
Şehir	İstanbul	364	92.6
	Ankara	29	7.4
Yaş	18- 25	44	11.2
	26-35	133	33.8
	36-45	154	39.2
	46-55	48	12.2
	56 ve üzeri	14	3.6
Cinsiyet	Kadın	270	68.7
	Erkek	123	31.3
Eğitim seviyesi	Lise	49	12.5
	Önlisans	35	8.9
	Lisans	170	43.3
	Yüksek lisans/doktora	139	35.4
Medeni durum	Bekar	138	35.1
	Evli	255	64.9
Çocuk sayısı	0	182	46.3
	1	138	35.1
	2	66	16.8
	3	7	1.8
Hanehalkı sayısı	1	34	8.7
	2	89	22.6
	3	139	35.4
	4	95	24.2
	5 ve üzeri	36	9.2
Çalışma durumu	Kamu sektörü çalışanı	39	9.9
	Özel sektör çalışanı	303	77.1
	Bağımsız	14	3.6
	Çalışmıyor	16	4.1
	Öğrenci	8	2
	Emekli	13	3.3
Gelir seviyesi	Gelirim yok	16	4.1
	0 - asgari ücretin iki katı arası	119	30.3
	Asgari ücretin iki katı ila dört katı arası	151	38.4
	Asgari ücretin dört katı ila beş katı arası	43	10.9
	Asgari ücretin beş katından fazla	64	16.3
Kronik hastalık varlığı	Hayır	336	85.5
	Evet	57	14.5

Cinsiyete göre gruplar arasındaki fark değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur; kadınların erkeklere göre ayaktan sağlık hizmetinden daha fazla yararlandığı görülmektedir ($p<0.01$). Cinsiyet açısından diğer sağlık hizmetlerinin kullanımında anlamlı bir farklılık yoktur.

Ankara'da yaşayanların İstanbul'da yaşayanlara göre sağlık kontrolü yaptırma sayısı daha yüksektir ($p<0.05$). Diğer hizmetler açısından ikamet edilen şehre göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Yaş grupları açısından incelendiğinde; ayaktan sağlık hizmeti kullanımının 36-45 yaş grubunda en yüksek olduğu, 56 yaş ve üzeri grupta en düşük olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney U analizi sonucunda 56 yaş ve üzeri grup ile diğer tüm yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$).

56 yaş ve üzeri grupta bulunanların acil servise başvuru sayısı sıfırdır ve bu nedenle 46-55 yaş grubu hariç diğer tüm yaş grupları ile hizmet kullanımı bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). En fazla acil servis başvurusunun, en gençlerden meydana gelen 18-25 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Bakımından Özellikleri

		Sayı	%
ÖSS sahip olunan süre	1 yıldan az	59	15.0
	1-3 yıl	69	17.6
	3-5 yıl	59	15.0
	5-10 yıl	71	18.1
	10 yıldan fazla	135	34.4
ÖSS prim ödeme kaynağı	Kendim	123	31.3
	Eşim	52	13.2
	Ebeveynlerim	12	3.1
	İşverenim	204	51.9
	Belirtilmemiş	2	0.5
ÖSS çeşidi	Destekleyici	125	31.8
	Tamamlayıcı	152	38.7
	Bilmiyorum	116	29.5
ÖSS şirket	Allianz	112	28.5
	Acıbadem	35	8.9
	Mapfre	44	11.2
	Anadolu	109	27.7
	Axa	22	5.6
	Demirhayat	16	4.1
	Ergo	10	2.5
	Eureko	11	2.8
	Türk Nippon	11	2.8
	Diğer	23	5.9

46-55 yaş grubunda bulunanların sağlık kontrolü yaptırma sayısı 18-25 yaş grubu ve 26-35 yaş grubuna göre anlamlı olarak farklıdır ($p<0.01$). En az sağlık kontrolü yaptıranlar en genç yaş grubunda olanlar iken en fazla sağlık kontrolü yaptıranlar 46-55 yaş grubunda yer alanlardır.

Yatarak tedavi hizmetinde kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kronik hastalığı olan gruptakilerin yatarak tedavi olduğu gece sayısı olmayanlara göre daha yüksektir.

Ayaktan sağlık hizmeti kullanımı bakımından özel sağlık sigortasına sahip olunan süreye göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Post-hoc analizinde farklılığın bir yıldan az süredir ÖSS sahip olanlar ile 1-3 yıl arasında ÖSS sahip olanlar arasında olduğu ortaya çıkarılmıştır. En fazla ayaktan sağlık hizmeti alan grup 1-3 yıldır ÖSS sahip olanlardır.

Sağlık kontrolü bakımından özel sağlık sigortasına sahip olunan süreye göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.01$). Farklılık 10 yıldan uzun süredir ÖSS sahip olanlar ile diğer gruplar arasındadır. 10 yıldan uzun süredir ÖSS sahip olanlar en fazla sağlık kontrolü yaptıran grup olarak belirlenmiştir.

Ayrıca yapılan analizlerde; eğitim, medeni durum, gelir seviyesi ve özel sağlık sigortası primini ödeyen tarafa göre gruplar arasında hizmet kullanımı açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Özelliklerine Göre Sağlık Hizmeti Kullanımı

			Ayakta sağlık hizmeti	Yatarak sağlık hizmeti	Ameliyat	Acil servise başvuru	Sağlık kontrolü
Cinsiyet	Kadın (270)	Ortalama (SS)	3.17 (3.16)	0.23 (0.84)	0.10 (0.32)	0.72 (1.49)	0.13 (0.33)
		Medyan	3	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 21	0 - 8	0 - 2	0 - 15	0 - 1
	Erkek (123)	Ortalama (SS)	1.90 (1.87)	0.24 (0.90)	0.06 (0.23)	0.59 (1.34)	0.08 (0.28)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 9	0 - 7	0 - 1	0 - 7	0 - 1
Mann-Whitney U			12540.50	16578.50	16067.00	15010.50	15746.00
Z			-3.950	-0.050	-1.100	-1.820	-1.270
p			<0.01	0.96	0.27	0.07	0.20
Şehir	İstanbul (364)	Ortalama (SS)	2.80 (2.90)	0.24 (0.88)	0.09 (0.30)	0.65 (1.24)	0.10 (0.30)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 21	0 - 8	0 - 2	0 - 10	0 - 1
	Ankara (29)	Ortalama (SS)	2.38 (2.65)	0.17 (0.60)	0.03 (0.19)	1.07 (3.00)	0.24 (0.44)
		Medyan	1	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 12	0 - 3	0 - 1	0 - 15	0 - 1
Mann-Whitney U			4.756.00	5.249.00	5.024.00	4.848.00	4.529.50
Z			-0.899	-0.092	-0.924	-0.869	-2.286
p			0.37	0.93	0.36	0.39	0.02
Yaş	18- 25 yaş arası (44)	Ortalama (SS)	2.68 (2.30)	0.23 (0.96)	0.02 (0.15)	0.84 (1.16)	0.02 (0.15)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 8	0 - 5	0 - 1	0 - 5	0 - 1
	26-35 yaş arası (133)	Ortalama (SS)	2.87 (2.57)	0.20 (0.67)	0.08 (0.28)	0.74 (1.34)	0.04 (0.19)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 12	0 - 4	0 - 1	0 - 7	0 - 1
	36-45 yaş arası (154)	Ortalama (SS)	3.12 (3.49)	0.25 (0.92)	0.08 (0.30)	0.74 (1.75)	0.16 (0.36)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 21	0 - 8	0 - 2	0 - 15	0 - 1
	46-55 yaş arası (48)	Ortalama (SS)	2.10 (1.85)	0.31 (1.11)	0.15 (0.41)	0.38 (0.87)	0.25 (0.44)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 6	0 - 7	0 - 2	0 - 4	0 - 1
	56 yaş ve üzeri (14)	Ortalama (SS)	0.64 (1.08)	0.07 (0.27)	0.07 (0.27)	0.00 (0.00)	0.14 (0.36)
		Medyan	0	0	0	0	0
Min. - Max.		0 - 3	0 - 1	0 - 1	0	0 - 1	
Kruskal-Wallis H			15.649	1.515	3.409	14.27	23.246
df			4	4	4	4	4
p			<0.01	0.82	0.49	0.01	<0.01
Kronik hastalık varlığı	Hayır (336)	Ortalama (SS)	2.77 (2.95)	0.18 (0.75)	0.07 (0.27)	0.65 (1.44)	0.11 (0.31)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 21	0 - 8	0 - 2	0 - 15	0 - 1
	Evet (57)	Ortalama (SS)	2.77 (2.43)	0.51 (1.30)	0.16 (0.41)	0.82 (1.44)	0.14 (0.35)
		Medyan	2	0	0	0	0
		Min. - Max.	0 - 11	0 - 7	0 - 2	0 - 6	0 - 1
Mann-Whitney U			9169.50	8568.00	8880.00	9012.00	9233.50
Z			-0.52	-2.371	-1.88	-0.846	-0.726
p			0.60	0.02	0.06	0.40	0.47

Tablo 4. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olunan Süre İle Sağlık Hizmeti Kullanımı

		Ayaktan sağlık hizmeti	Yatarak sağlık hizmeti	Ameliyat	Acil servise başvuru	Sağlık kontrolü	
ÖSS sahip olunan süre	Ortalama (SS)	2.19 (2.39)	0.08 (0.65)	0.00 (0.00)	0.42 (0.86)	0.02 (0.13)	
	1 yıldan az (59)	Medyan	2	0	0	0	
	Min. – Max.	0 - 9	0 - 5	0 - 0	0 - 4	0 - 1	
	Ortalama (SS)	3.48 (3.39)	0.16 (0.61)	0.07 (0.26)	0.88 (1.61)	0.06 (0.24)	
	1-3 yıl (69)	Medyan	3	0	0	0	
	Min. – Max.	0 - 21	0 - 3	0 - 1	0 - 6	0 - 1	
	Ortalama (SS)	3.02 (2.53)	0.42 (1.30)	0.10 (0.30)	0.90 (1.37)	0.08 (0.28)	
	3-5 yıl (59)	Medyan	2	0	0	0	
	Min. – Max.	0 - 14	0 - 8	0 - 1	0 - 7	0 - 1	
	Ortalama (SS)	2.83 (2.69)	0.21 (0.61)	0.11 (0.36)	0.51 (0.88)	0.07 (0.26)	
	5-10 yıl (71)	Medyan	2	0	0	0	
	Min. – Max.	0 - 12	0 - 3	0 - 2	0 - 4	0 - 1	
	Ortalama (SS)	2.53 (2.98)	0.26 (0.91)	0.10 (0.33)	0.68 (1.77)	0.22 (0.41)	
	10 yıldan fazla (135)	Medyan	2	0	0	0	
	Min. – Max.	0 - 21	0 - 7	0 - 2	0 - 15	0 - 1	
	Kruskal-Wallis H		11.320	8.920	6.450	6.890	23.640
	df		4	4	4	4	4
	p		0.02	0.06	0.17	0.14	<0.01

4. TARTIŞMA

Çalışmada özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmet kullanımları incelenmiştir. Bireylerin kendi beyanına dayalı sağlık hizmeti kullanımları (medyan 3; ortalama 3.88±4.13) Türkiye ortalaması (2018 yılında 9.5; 2019 yılında 9.8) ile karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmaktadır (11). Ancak çalışmamızda bireylerin yalnızca özel sağlık sigortası kapsamında kullandığı hizmetlere odaklanılmış olup aile sağlık merkezinden ya da genel sağlık sigortası kapsamında yararlandığı hizmetler dahil edilmemiştir. Bilindiği üzere ülkemizde bireyler özel sağlık sigortasına sahip olsa bile dilediği zaman, herhangi bir kısıtlamaya maruz kalmadan genel sağlık sigortasından ve kamuya ait sağlık kuruluşlarından yararlanabilmektedir. Bu nedenle diğer sağlık hizmet kullanımları da dahil edildiğinde gerçekleşen toplam sağlık hizmeti kullanımının daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir.

Çalışmanın bulguları erkekler ile karşılaştırıldığında kadınların ayaktan sağlık hizmeti kullanımının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu Türkiye’de daha önce yapılmış çalışmalar ile tutarlıdır (15,19). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise; kadın olmak ile daha fazla sağlık hizmeti kullanımı arasında ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalara karşın ilişki bulunmadığını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (18,22). Kadınların sağlıkla ilgili kaygılarının daha yüksek olmasının ve özellikle orta yaştaki kadınların hastalıklarının tedavi edilmesi ya da daha sağlıklı olmak için mümkün olan her yolu kullanma eğiliminde olmalarının daha fazla hizmet kullanımına yol açabileceği ifade edilmektedir (23).

Yaşanılan şehir yönünden sağlık hizmeti kullanımı diğer hizmetler için farklılaşmamasına rağmen Ankara’da yaşayanlar daha fazla sağlık kontrolü yaptırmaktadır. Çalışmalar, yaşanılan bölgenin (kent-kırsal) sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkili olduğunu göstermektedir (15). Ancak bu çalışmada karşılaştırma yapılan yaşanılan bölgelerin her ikisinin de şehir merkezidir. Buna rağmen sağlık kontrolü yaptıрма açısından bir farklılık bulunmuştur.

Ankara’da yaşayan bireylerin eğitim seviyelerinin ve sağlık okuryazarlığının daha yüksek olabileceği, bu nedenle sağlıklı olma durumlarını kontrol altında tutmaya karşı daha bilinçli olabilecekleri düşünülmektedir. Fakat bu durumun ileri çalışmalar ile teyit edilmesine ihtiyaç vardır.

Her ne kadar yaş ile sağlık hizmeti kullanımı arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar olsa dahi bu çalışmanın bulguları tersi yöndedir (15,22). En yaşlı grubu oluşturan 56 yaş ve üzeri bireylerin hem ayaktan sağlık hizmeti kullanımı hem de acil servis başvuru sayısı en düşüktür. Benzer şekilde Kim ve Lee’nin çalışmasında da yaş ile ayaktan sağlık hizmeti kullanımı arasında negatif ilişki vardır (18). Başar ve arkadaşlarının çalışmasının da ortaya koyduğu üzere, yaşlı bireyler daha fazla aile hekimine başvuru yapmaktadır. Bu sebepten dolayı hastaneye başvuru sayısının daha az olabileceği düşünülmektedir (19).

Kronik hastalığa sahip bireylerin daha sık sağlık hizmetinden yararlandığı kabul edilen bir gerçektir. Pek çok çalışmada, kronik hastalık varlığı ile sağlık hizmeti kullanımı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (15,19,24,25). Bu çalışmada diğer sağlık hizmetleri kullanımı açısından bir farklılık olmamasına karşın yatarak sağlık hizmeti alınan gece sayısı, kronik hastalığa sahip bireylerden oluşan grupta daha yüksektir. Bu sonuç, kronik hastalıkların daha komplike tedaviye ihtiyaç duyması nedeniyle yatarak tedaviye gereksinimi artırmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada özel sağlık sigortasına sahip olunan süre bakımından grupların, ayaktan sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık kontrolü hizmetinden yararlanma ortalamalarında farklılık bulunmuştur. Yeni sigorta yaptıranlar daha genç yaşta olmasına karşın diğer gruplara göre ayaktan sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadır. İlk yıllarda hizmetin daha fazla kullanılması sigortanın ahlaki tehlike yönünü göstermektedir. Ahlaki tehlike, sigorta güvencesi olan kişinin olmayan kişiye göre daha fazla ya da aşırı sağlık hizmeti kullanması olarak kısaca tanımlanabilir (26). Özel sağlık sigortası için bireylerin cepten ilave bir ödeme (prim ödemesi) yapması, bireyleri bu primin karşılığını alma yönünde bir istekliliğe itebilir. Zamanla yapılan bu prim ödemeleri kişinin hayatında rutin hale geldiği için gereksiz kullanımların azalacağına inanılmaktadır. Bir diğer sebep ise, yıllar içinde bireylerin özel sağlık sigortası hakkında bilgi düzeylerinin artması ve böylece bir sonraki yıl prim ödemeleri için indirim alabilmek ya da sürprim uygulanmasını önlemek için gereksiz hizmet kullanımından kaçınması olabilir.

On yıldan uzun süredir ÖSS’ye sahip olanlar sağlık kontrolünü daha fazla tercih etmektedir. Daha uzun süre sigortaya sahip olanların orta yaşın üzerinde olması, dolayısı ile sağlıklarına daha fazla önem göstermesi bu bulguyu açıklamaktadır.

Hajek ve arkadaşlarının sistematik derleme çalışmasında da ortaya koyduğu üzere eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma ya da emekli olma durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinin sağlık hizmeti kullanımında etkisi üzerine farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar vardır (24). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise Arefnya, eğitim düzeyi yüksek olan, evli, çalışmayan, gelir düzeyi çok zengin ve yoksul olan, fiziksel rahatsızlığı olan ve sağlık durumu kötü ve çok kötü olan bireylerde sağlık hizmeti kullanımının daha fazla olduğunu bildirmektedir (15). Başar ve arkadaşları ise bekarların daha az, gelir seviyesi yüksek olanların daha fazla sağlık hizmetinden yararlandığını ifade etmektedir (19). Bu çalışmanın bulgularına göre ise; eğitim, medeni durum, gelir seviyesi ve özel sağlık sigortası primini ödeyen tarafa göre gruplar arasında hizmet kullanımı açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmanın en büyük kısıtlılığını; sağlık hizmeti kullanımı verilerinin bireylerin kendi beyanına dayalı olmasıdır. Son bir yıl içinde kullanılan ancak hatırlanamayan hizmet kullanımı olabileceği unutulmamalıdır. Özel sağlık sigortası şirketlerinin verilerinin kullanılacağı bir çalışma daha kesin sonuçlar verebilecektir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı, bireylerin sosyodemografik özelliklerine, kronik hastalığın var olup olmamasına ve özel sağlık sigortası ile ilgili özelliklere göre farklılaşmaktadır.

Elde edilen bu bilgilerin, özel sağlık sigorta primlerinin belirlenmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bunun haricinde sigorta şirketleri tarafından bireye özel sağlık sigortası planı oluşturulmasında kullanılabilir.

Sigorta şirketleri tarafından, özel sağlık sigortacılığı hakkında bireylere, özellikle poliçe sahiplerine, daha fazla bilgi verilmesi ve farkındalıklarının artırılması tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte daha geniş örneklem ile hatta özel sağlık sigorta şirketlerinin verileri ile ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Onay tarihi: 06.11.2017 ve sayısı: 198).

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım, H. H. (2012). Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı. İçinde: H. H. Yıldırım (Ed.), Sağlık sigortacılığı. Anadolu Üniversitesi Yayını: Eskişehir.
2. World Health Organization. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs. sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707> (Erişim tarihi: 10 Ekim 2022).
3. Colombo, F., & Tapay, N. (2004). Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Towards High-Performing Health Systems: *Policy Studies*. 265-319. OECD: Paris.
4. Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 03-133.
5. Preker, A.S., Scheffler, R.M., & Bassett, M. C. (2007). *Private Voluntary Health Insurance in Development. Friend or Foe?* The World Bank: Washington. DC.
6. Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *SGD Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.

7. Sekhri, N., & Savedoff, W. (2005). Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2), 127-134.
8. Deloitte. Health Insurance Market Overview. 2013. <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/program/transformation/docs/health-insurance-overview.pdf> (Erişim tarihi: 05.05.2023).
9. OECD. OECD Health Statistics 2017 Definitions. Sources and Methods. Paris. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm> (Erişim tarihi: 11 Kasım 2022).
10. Yayar, R., & Daşçı, A. N. (2020). Özel sağlık sigortası talebini etkileyen faktörlerin ikili lojistik regresyon yöntemiyle analizi: İstanbul örneği. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(1), 19-40.
11. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistik Yıllığı. 2021. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1260. Ankara. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316.siy2021-turkcepdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 05.05.2023).
12. Chang, H. K., Cho-Rong, G. I. L., Hye-Jin, K. I. M., & Han-Ju, B. E. A. (2021). Factors affecting quality of life among the elderly in long-term care hospitals. *The Journal of Nursing Research*, 29(1), e134.
13. Saul, D., & Kosinsky, R. L. (2021). Epigenetics of aging and aging-associated diseases. *Int J Mol Sci*. 22(1), 401.
14. World Health Organization. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Erişim tarihi: 25 Aralık 2022).
15. Arefnya, N. (2018). *Türkiye 'de sağlık hizmetleri kullanımının belirleyenleri: bir mikro veri analizi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İktisat Anabilim Dalı. ANKARA.
16. Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
17. Heider, D., Matschinger, H., Müller, H., Saum, K. U., Quinzler, R., Haefeli, W. E., et al. (2014). Health care costs in the elderly in Germany: an analysis applying Andersen's behavioral model of health care utilization. *BMC Health Serv Res*. 14, 1-12.
18. Kim, H.K., & Lee, M. (2016). Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's behavioral model. *Osong Public Health Res Perspect*. 7(1),18-25.
19. Başar, D., Öztürk, S., & Çakmak, İ. (2021). An application of the behavioral model to the utilization of health care services in Turkey: a focus on equity. *Panoeconomicus*. 68(1), 129-146.
20. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve demografi, il, tek yaş ve cinsiyete göre nüfus. 2018 <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1> (Erişim tarihi: 09 Mayıs 2022).
21. OECD. Health Statistics 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (Erişim tarihi: 09 Mayıs 2022).
22. Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2021). Determinants of healthcare use based on the Andersen Model: a systematic review of longitudinal studies. *Healthcare*, 9. 1354.
23. Jung, B., Kim, J., Ha, I. H., & Lee, J. (2020). Factors affecting utilisation of traditional Korean medical services by privately insured persons: a retrospective study using Korean health panel survey (KHPS). *BMJ open*, 10(1), e033159.
24. Hajek, A., Bretschneider, C., van den Bussche, H., Kaduszkiewicz, H., Oey, A., Wiese, B., et al. (2018). Longitudinal analysis of outpatient physician visits in the oldest old: results of the AgeQualiDe prospective cohort study. *J. Nutr. Health Aging*, 22, 689-694.

25. Petrilli, J., Strang, L., Von Haunalter, E., Costa, J., Coughlin, E., & Mhaskar, R. (2022). Factors influencing healthcare utilization among patients at three free clinics. *J Community Health*, 47(4), 604-609.
26. Maia, A. C., Viegas Andrade, M. & Chein, F. (2019). Ex-ante moral hazard: empirical evidence for private health insurance in Brazil. *Nova Economia*. 29(3), 987-1008.