

SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANINDA ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ROLÜ

Prof. Dr. Emine ORHANER

Gazi Üniversitesi

eorhaner@gazi.edu.tr

Özet

Ülkemizde sağlık harcamaları; kronik hastalıklar, pahalı ve hızlı gelişen teknoloji, giderek yaşlanan nüfus, hizmete kolay erişim, vb., gibi nedenlerle sürekli artış göstermektedir. Sağlık harcamalarının finansmanı ise genel olarak vergiler, sosyal sigortalar, cepten ödemeler yoluyla karşılanmaktadır. Özel sigortalar, sosyal sigortaları tamamlayıcı faaliyet göstermekte ve sosyal sigortalar ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumunca yapılacak sağlık giderleri için finansman oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanında yeterli kaynak bulmakta zorlanan Sosyal Güvenlik Kurumu, özel sağlık sigortalarını geliştirecek düzenlemeler yapmalıdır. Bu çalışmada özel sağlık sigortalarının gelişmesi için yapılacak düzenlemeler hakkında bilgi verilmiş, özel sağlık sigortalarının gelir arttırıcı ve sağlık harcamalarını azaltıcı uygulamaları üzerinde durulmuştur.

Anahtar sözcükler: sağlık harcamaları, özel sağlık sigortası, genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik kurumu, sağlık harcamalarının finansmanı

THE ROLE OF PRIVATE HEALTH INSURANCES ON HEALTH EXPENDITURES FINANCING

Abstract

Health expenditures in Turkey has been continuously increasing due to various factors such as chronic diseases, expensive and rapidly developing technologies, gradually aging population, easy access to services, etc. The finance of health expenditures is generally covered by taxes, social security and cash payments. Private insurances by supporting social insurances and social insurance payments are financing health expenditures of Social Security Institution. Social Security Institution is facing with difficulties to find sufficient resources for the finance of health expenditures, and should make necessary arrangements to improve private health insurances. This study gives informative explanations about required arrangements to improve private health insurances, and emphasize how applications of private health insurances increase their profit while decreasing health expenditures.

Key words: health expenditures, private health insurance, general health insurance, Social Security Institution, financing health expenditures

GİRİŞ

Sağlığın temel amacı, insan potansiyelinin gelişmesine engel olacak biyolojik, çevresel, sosyal, ailesel ve kişisel faktörlerin ortaya çıkmasını önlemek veya ortadan kaldırılmasını sağlamaktır (Çelik, 2013: 25). İnsanlar günlük hayatın içinde sağlıklarıyla ilgili çeşitli risklerle karşılaşmakta ve bu risklerle mücadele ederek ya da riskleri kontrol altına alarak sağlıklarını korumaya çalışmaktadırlar. Ancak sağlık düzeyini tehdit eden risklerin yönetiminde insanoğlu tek başına mücadelede yetersiz kalabilmektedir. Önemli olan toplumun genelinin sağlık düzeyinin korunması ve iyileştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve uygulanmasıdır. Diğer bir ifadeyle toplumsal refahın sağlanmasında sağlık şartlarının iyileştirilmesi toplumsal bir amaçtır.

Toplumun genelinin sağlık düzeyinin korunması ve iyileştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve uygulanmasından, toplumun idaresinden de sorumlu olan devlettir. Devlet, sağlık hizmetlerinin arzı, planlanması ve finansmanında en büyük karar mercii konumundadır.

Devlet, vatandaşların sağlık düzeyini koruyup geliştirme amacını güderken sağlık hizmetlerinin finansman sorunuyla karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının temel görevi, herkes için adil olacak bir kaynak kullanımınıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en çok tercih edilen yöntemler incelendiğinde iki ana sınıfta toplanabilir (İstanbuluoğlu ve başk., 2010: 90).

- Özel finansman kaynakları. Bunlara cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları örnek verilebilir.
- Kamusal nitelikli finansman kaynakları. Bu grupta yer alan kaynaklara; sosyal sağlık sigortaları, vergilerle finansman ve fonların havuzlanması örnek verilebilir.

Günümüzde birçok ülkede sağlık sistemleri az çok farklılık gösterse de sağlık sistemlerinde kamusal nitelikli finansman kaynaklarına yer verilmektedir. Bununla beraber, son yıllarda sanayileşmiş ülkelerde ortaya çıkan durgunluk ve gerileme nedeniyle işsizlik oranının artması, nüfusun yaşlanması, göç hareketleri, parasal politikalarda belirsizlikler, vb. gibi birçok nedenle sosyal güvenlik sistemlerinde yapılan reform hareketleri karma sistemde yer alan ülke sayısını artırmıştır. Karma sistemde özel sektörün sağlık harcamalarında payı diğer sağlık sistemlerine göre daha yüksektir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortacılığı, kişilerin sağlıklarının korunmasını ve sağlıklarını bozacak risklerle karşılaşmaları durumunda ortaya çıkan sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan, isteğe bağlı olarak gerçekleştirilen bir sigorta türüdür. Özel sağlık sigortacılığı, ülkelerin vatandaşlarına sunduğu asgari sağlık güvencesinin yanında planda olmayan nedenlerden ötürü gerçekleşen sağlık sorunları ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık giderleri sonucu bireylerin geçici ya da kalıcı gelir kaybı mağduriyetine karşı önlemler almayı hedeflemektedir (Yıldız; 2012: 16).

Çalışmada ülkemizde özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu değerlendirilecek ve özel sağlık sigortalarının gelişiminde etkili olan faktörler üzerinde durulacaktır.

1. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri

Sağlık harcamalarının artış eğilimi, sağlık harcamalarının finansman sorununu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerini sürekli kılmak için finansman kaynakları yaratmak, farklı finansman yöntemleri kullanmak ve bu kaynakları verimli kılmak sağlık hizmetlerinin sunumu için önemlidir. Sağlık

hizmetlerinin finansman kaynağı olarak bireyler; sağlık hizmetlerini talep ederken yaptıkları cepten ödemelerle, devlete vermiş oldukları vergilerle ve sağlık sigortası adı altında ödedikleri primler ile katkı sağlarlar. Devlet bütçeden kaynak ayırarak, sigorta primlerine katkı sağlayarak ayrıca vergi dışında ek kaynak yaratarak sağlık hizmetleri finansmanında kaynak oluşturmaktadır (Orhaner; 2014: 94). Ekonomik karar birimi olarak firmalarda ödedikleri vergiler ve primler ile yapmış oldukları bağışlarla bir finansman kaynağıdır.

Günümüzde hemen her ülkede sağlık finansman sisteminde kamu ve özel sektör bir arada yer almaktadır. Sağlık finansman kaynaklarının ağırlığı ülkenin ekonomik ve siyasi yapısına, sosyo-kültürel dokusuna göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.

1.1. Vergi ile Finansman Yöntemi

Devlet bütçesinin şekillenmesinde büyük paya sahip olan vergiler, kamu hizmetlerini karşılamak üzere halktan kanun zoruna dayanılarak alınan ekonomik değerlerdir. Vergi devletten sağlanan faydaya göre değil kişilerin ödeme gücüne göre tespit edilen miktarlarda alınmaktadır.

Vergilerle sağlık harcamalarının finansmanı, özellikle Beveridge Modelinde başvurulan en önemli finansman modelidir. İlk kez Birleşik Krallık'ta vergilerle finanse edilen Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli) 1942 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır (Evans, 2002; 32). Bu modelde devlet sağlık hizmetlerini makro ve mikro düzeyde sunan, finanse eden ve düzenleyen konumdadır. Yaygın bir düşünceye göre bir ülke zenginleştikçe vergi tabanı genişleyecek vergi adaletine yaklaştıkça ve vergi toplama kapasitesi arttıkça sağlık hizmetlerinin vergilerden daha fazla finanse edildiği gözlenecektir. Ancak ülkenin genel vergi yapısı, vergi toplama kapasitesi, dolaylı ve dolaysız vergilerin oranı ve vergilerle hangi sağlık hizmetlerinin finanse edildiği, sağlık hizmetlerinin sunumu ve performansı üzerinde etkili olacaktır.

1.2. Sosyal Sağlık Sigortası İle Finansman

Sosyal sağlık sigortası Almanya'da Otto Van Bismarck tarafından 1883 yılında geliştirilmiş ve daha sonra birçok Avrupa ülkesinde uygulanmış olan, çalışanların ve işverenlerin çalışanın ücretinin belli bir yüzdesi ile yaptıkları katılım esasına dayanmaktadır (Tiryaki-Tatar, 2002; 124). Bismarck modeli olarak da bilinen bu modelde işçilerin ekonomik desteği sağlanarak toplumda refahın dağıtımında da etkili olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortasının faydaları şöyle sıralanabilir (Çelik, 2013; Tatar, 2011);

- Sağlık hizmetleri için düzenli bir gelir kaynağı oluşturur.
- Sağlık politika ve hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı olur.
- Sağlık hizmet sunumunda etkinlik sağlar.
- Sağlık sektörüne aktarılan kaynaklar (fonlar) rahatlıkla görülebilir.
- Risk havuzu sayesinde finansal kaynağın farklı hizmet gruplarına bölünmesini sağlar ve ödeme gücüne göre finansal yükü dağıtır.
- Katılımın gelir ile artması nedeniyle yüksek gelir grubundakiler daha fazla katkıda bulunacakları için düşük gelirli kişilere bir sübvansiyon (mali yardım) söz konusu olur.

Sosyal sağlık sigortasının nüfus bakımından kapsamı, ülkelerin ekonomik durumuna bağlıdır. Ayrıca sosyal sağlık sigortası, kapsam altına alınmış nüfus açısından zorunludur. Sosyal sağlık sigortasında kapsam altına tüm nüfus girmişse genel sağlık sigortasından söz edilir.

Sosyal sağlık sigortası planlanırken cevaplandırılması gereken kritik sorular ise şunlardır:

- Sosyal sağlık sigortasını bir kurum mu birden fazla kurum mu gerçekleştirmelidir?
- Sosyal sağlık sigortası kapsamında kimler yer almalıdır?
- Sosyal sağlık sigortası hangi hizmetleri kapsamalıdır?
- Sosyal sağlık sigortasında hizmet sunucularına geri ödeme nasıl yapılmalıdır?

Sosyal sağlık sigortasında sağlıklı olanlar sağlıksızları, gençler yaşlıları, zenginler yoksulları sübvansede etmektedir. Sosyal sigorta, gelirleri ve giderleri açısından şeffaf olmak ve gerektiğinde topluma hesap vermek zorundadır.

Sosyal sağlık sigortasında, sigorta ile sigortalı arasındaki ilişki üç şekilde örgütlenebilir:

- a) Sigorta ödemeyi doğrudan hizmet sunucusuna yapar,
- b) Sigorta sağlık hizmetlerinin kendi kurumları aracılığıyla yapar,
- c) Hasta hizmeti satın aldıktan sonra ücretini öder, sigorta ödemeyi hastaya yapar.

1.3. Özel Sağlık Sigortası İle Finansman

Bireyler veya gruplar sağlık sigortası kurumlarına prim ödeyerek tıbbi harcamalar ve iş göremezlik geliri konusunda güvence sağlamaktadırlar. Özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortalarını tamamlayıcı faaliyet göstermektedir.

Özel sağlık sigortaları, kamu sistemi tarafından kapsama dâhil edilmeyen maliyetlere karşı koruma sağlamakta ve sigortalıya tercih imkânı vermektedir. Özel sağlık sigortaları işlev yönünden iki bölümde düşünülebilir. Birinci işlev, zorunlu sağlık sigortasıyla kullanılan tamamlayıcı sağlık sigortasıdır. İkinci işlev ise zorunlu sağlık sigortası yerine geçen ikame edici özel sağlık sigortasıdır(Mossialos-Dixon,2002;3).

Kendi kendine yardım fikrine dayanan özel sağlık sigortalarıyla kişiler isteğe bağlı olarak sağlıkta özel çıkarlarını çeşitli risklere karşı korumuş olmaktadır. Özel sağlık sigortalarının sosyal sağlık sigortalarından en önemli farkı, primin, kişisel risk ya da bireylerin ve grupların hastalanma olasılığına göre belirlenmesidir. İşverenler tarafından desteklenen grup sağlık sigortaları ise özel sağlık sigortalarının gelişmesinde ve yaygınlaşmasında önemli rol oynamaktadır.

Özel sağlık sigortalarının sağlık hizmet maliyetini düşürmek konusunda etkisi olacağı kabul edilmektedir. Özel sağlık sigortaları, prim miktarını düşürerek sigortalı sayısını artırmak için sağlık hizmet sunucularının ücretlerini düşürmek konusunda baskı kurabilirler. Böyle bir durumda sağlık hizmet sunucuları belli bir gelir seviyesini sürdürmek adına maliyetleri düşürmek için çaba sarf edeceklerdir. Ancak sağlık maliyetlerinin düşmesinin hizmet kapsamının daralmasına, sağlık hizmet kalitesinin düşmesine ve tüketici memnuniyetsizliğine de neden olacağı göz önüne alınmalıdır.

Tablo 1'den görüleceği gibi Almanya, Danimarka, Lüksemburg, Fransa, Japonya'da sosyal sigortaların ağırlığı gözlenirken ABD, İsrail, İsviçre, gibi ülkelerde özel sigortaların ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo. 1. Finansman Türlerine Göre Sağlık Harcamaları (2015)

ÜLKE	Devlet	Zorunlu Sağlık Sigortası	Cepten Ödeme	Gönüllü Sigorta	Diğer
Norveç	747	11	14	-	-
Almanya	7	78	13	1	-
Danimarka	84	14	2	-	-
Japonya	9	75	13	2	1
Lüksemburg	9	73	11	6	1
Hollanda	9	71	12	6	2
Birleşik Krallık	80	15	3	-	2
Yeni Zelanda	71	9	13	5	2
Fransa	4	75	7	14	-
Türkiye	22	56	17	-	5
Belçika	18	59	18	5	-
OECD ₃₅	36	36	20	6	2
İspanya	66	5	24	4	1
İsviçre	22	42	28	7	1
Kore	10	46	37	6	1
İsrail	17	46	23	11	3
ABD	27	23	11	35	4
Meksika	24	28	41	5	2

Kaynak: OECD Health Statistics 2017'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

1.4. Cepten Ödeme Yoluyla Finansman

Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkıları ve kayıt dışı ödemeler olarak gruplandırılabilir (Istanbuluoğlu ve başk., 2010: 90). Doğrudan ödemeler, özel hekim muayeneleri, estetik ameliyatlara, sosyal güvence kapsamı dışında kalan ilaç paraları, özel laboratuvarlarda yaptırılan tetkikler, vb. gibi ödemelerdir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin zor olması durumunda ve sosyal güvence kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinden yararlanmada doğrudan ödemeye başvurulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin, aşırı ve gereksiz kullanımını azaltmak ya da ek gelir temin etmek amacıyla kullanıcılardan alınan katkı farkları da cepten ödemelerle karşılanır. Sağlık hizmetlerinin maliyetine destek olmak amacıyla alınan katkı payları sağlık harcama talebinin düşmesine, sağlık kurumları için maliyetin düşmesine neden olmaktadır (Orhaner, 2014: 100). Ancak katkı payı nedeniyle az gelirli insanların sağlık talebinin düşmesinin hakkaniyete uygun olmayacağı düşünülmektedir.

Kayıt dışı ödemeler ise hasta ve hasta yakınlarının sosyal güvence kapsamında olan hizmetler için anlaşma gereği ödediği ya da hizmet karşılığı verdikleri hediyeler gibi ne miktarda olduğu tespit edilemeyen ya da ölçülmesi zor olan ödemelerdir.

1.5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Yoluyla Finansman

İlk kez Singapur'da uygulanan, 1996 yılında çıkartılan yasa ile ABD'de de sınırlı olarak uygulamaya konan Tıbbi Tasarruf Hesabı Bismarck ve Beveridge modelleri arasında ara yol olarak kabul edilmektedir. Tıbbi Tasarruf Hesabı ile finansman yönteminde, bireysel olarak açılan hesaplara bireylerden genç ve sağlıklı iken zorunlu olarak ücretlerinin belli bir yüzdesini ayırarak tasarruf yapmaları istenmektedir. Hesapta biriken paralar bireyin yatan hasta hizmetleri için harcanmaktadır. Hesaplar her birey için ayrı ayrı tutulmakta ve sadece hesap sahibi birey için kullanılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesabının en önemli avantajı hastanın fiyatlara duyarlı olması ve gereksiz sağlık hizmet talebinde bulunmamasıdır. Ancak toplumsal ölçekli bir risk havuzlaması olmadığı için hesapta biriken para, bakımı pahalı olan hastalıklara karşı yeterli koruma sağlamakta yetersiz kalabilir.

1.6 . Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanında kamu sektörünün payı 2016 yılı itibariyle %78,5'dur. Kamu sektörü toplamı içinde en önemli pay %53,6 ile Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir. Merkezi devletin ya da vergi ile finansmanın kamu sektörü içinde payı %24'tür. Tablo 2'den görüleceği gibi merkezi devlet(vergi) payı, 2012 yılından itibaren artma eğilimindedir. Özel sektörün toplam sağlık harcamalarında payı artış göstermektedir. Özellikle cepten harcamaların payı 2011 yılına göre 2016'da %6 civarında artmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumunun gelir kaynağı sigorta primleri olduğu için ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında en önemli ağırlık sosyal sigortalara aittir. Özel sağlık sigortalarının primleri de Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmekte fakat önemli bir ağırlığa sahip olmadığı görülmektedir.

Tablo.2 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu ve Özel Sektörün Yeri %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
KAMU SEKTÖRÜ	79,6	79,2	78,5	77,4	78,5	78,5
Merkezi Devlet	(27,8)	(22,2)	(21,8)	(22,5)	(24,2)	(24,0)
Yerel Devlet	(0,8)	(0,8)	(1,0)	(0,8)	(0,9)	(0,9)
Sosyal Güvenlik	(50,9)	(56,1)	(55,7)	(54,2)	(53,5)	(53,6)
ÖZEL SEKTÖR	20,4	20,8	21,5	22,6	21,5	21,5
Hane halkı	(15,4)	(15,8)	(16,8)	(17,8)	(16,6)	(16,3)
Diğer	(5,0)	(4,9)	(4,7)	(4,8)	(4,9)	(5,2)

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri,2011-2015

2. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortaları

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, 1983 yılında primleri işveren tarafından karşılanan grup sağlık sigortası ile başlamıştır. Daha sonraki yıllarda kişilere de sunulan özel sağlık sigortaları zaman içinde

önemli bir sigorta ürünü olarak tanınmış 1991 yılından itibaren sağlık dalında özel sigorta şirketleri faaliyete başlamıştır (Orhaner, 2014: 175). Halen 2016 yılı itibariyle üçü hayat, otuz biri hayat dışı olmak üzere otuz dört sigorta şirketi hastalık/sağlık branşında faaliyet göstermektedir (Sigortacılık ve BES Faaliyet Raporu, 2016: 37).

Yapısı itibariyle hastalık/sağlık sigortası, Sigortacılık Kanununa göre hem hayat hem de hayat dışı sigorta branşındır. Sağlık sigortası sigortalının sigorta süresi içinde hastalanması veya bir kaza sonucu yaralanması halinde tedavisi için gerekli masrafları poliçede yazılı meblağa kadar temin eden bir sigorta türüdür. Bu nedenle hastalık/sağlık sigortası hayat dışı bir sigorta olmasına rağmen sigortalının kabul ettiği teminat limitlerinde ödeme yapıldığı için meblağ sigortası olarak kabul edilmekte bu özelliği ile hayat sigortası özelliği taşımaktadır.

Özel sağlık sigortalarının sosyal sağlık sigortasından farklılıklarının şöyle sıralamak mümkündür:

- Özel sağlık sigortasında kişilerin yaş, cinsiyet, statü, vb. gibi özellikleri fazla dikkat alınmadığı için herkes özel sağlık sigortası yaptırabilir.
- Özel sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Sigortalı ya da sigorta ettiren istediği sigortacıyı seçme, sigorta sözleşmesinin içeriğini tespit etme hakkına sahiptir.
- Özel sağlık sigortasında sigortalı-sigortacı ilişkisinin kaynağı, sigorta ettiren ile sigortacı arasında gerçekleştirilen sigorta sözleşmesidir.
- Özel sağlık sigortalarında prim ve güvence kapsamı sigorta ettirenin isteğine bağlı olarak tespit edilir.
- Özel sağlık sigortalarında sigorta süresi genellikle bir ya da bir yıldan daha az sürelerde yapılmaktadır.
- Özel sağlık sigortalarında bireysel çıkarlar söz konusudur.
- Özel sağlık sigortalarında, özel sigorta şirketlerinin amacı kar elde etmektedir.
- Özel sağlık sigortasında sigorta konusu ekonomik nitelikte ve para ile ölçülebilen çıkarlardır.
- Özel sağlık sigortasında primler; enflasyon oranı, teminat kapsamı, muafiyet ve indirimler, vb. nedeniyle her yıl değişmektedir.
- Özel sağlık sigortalarında sigorta fiyatını belirleyen risk yönetimidir. Risk yönetiminde; yaş, cinsiyet, iş hayatı, yaşam tarzı, meslek, kişinin geçmiş sağlık durumu, hobileri, vb. dikkate alınmaktadır.
- Özel sağlık sigortalarında hastanın hekim ve tedavi seçme hakkı vardır.
- Özel sağlık sigortalarına talep, kısa süreli ve yüksek maliyetli olduğu için hizmet kapsamı dardır.

2.1. Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri

Özel sağlık sigortası başlığında diğer bir ifadeyle hayat dışı sigorta branşları içinde yer alan hastalık/sağlık sigortası branşında yer alan sigortalar; sağlık sigortası, hastalık sigortası ve seyahat sağlık sigortasıdır.

Sağlık sigortası, kişilerin tıbbi yardım; tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat vermektedir. Sağlık sigortası, sigortalının süresi içinde hastalanmaları veya bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masraflarını varsa gündelik tazminatlarının poliçede yazılı meblağlara kadar karşılamaktadır.

Tablo.3 Hastalık/Sağlık Branşında Prim, Tazminat Miktarları Sigortalı ve Sözleşme Sayısı

	Sözleşme Sayısı	Sigortalı Sayısı	Direkt Prim (000)	Ödenen Tazminat (000)
SAĞLIK SİGORTASI	1.727.613 % 46,6	2.727.352	3.898.894 % 96,5	2.836.202 % 99,5
Bireysel Poliçeler	1.188.165	1.405.154	1.991.979	1.184.234
İşveren Grup Poliçeleri	101.046	1.315.031	1.877.998	1.626.216
Diğer Grup Poliçeleri	438.402	7.167	28.918	25.752
HASTALIK SİGORTASI	272.789 % 7,4	265.816	59.473 % 1,5	3.875 % 0,1
Bireysel Poliçeler	272.785	265.761	59.425	3.868
İşveren Grup Poliçeleri	4	55	49	8
Diğer Grup Poliçeleri	0	0	0	0
SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI	1.709.407 % 46,1	886.049	82.799 % 2	9.574 % 0,3
Bireysel Poliçeler	1.687.975	802.215	80.686	9.375
İşveren Grup Poliçeleri	6.093	27.245	620	177
Diğer Grup Poliçeleri	15.339	56.589	1.493	22
TOPLAM	3.709.809 % 100	3.879.217	4.041.167 % 100	2.849.650 % 100

Kaynak: Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye’de Sigorta ve Bireysel Emeklilik Sigortası Faaliyet Raporu,2016’dan faydalanılarak hazırlanmıştır.

Tablo.3’den görüleceği gibi Hastalık/Sağlık branşında poliçelerin % 46,6’ı, prim üretiminin % 96,5’i, ödenen tazminatların % 99,5’i sağlık sigortasına aittir. Sağlık sigortasında bireysel poliçeye sahip sigortalı sayısı % 51,5, grup poliçesine sahip sigortalı sayısı % 48,5’dir. Uygulamada giderek daha fazla ismi duyulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ya da Destekleyici Sağlık Sigortası bir sağlık sigortası çeşididir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortasının karşıladığı teminatların dışında kalan sağlık riskini, teminat kapsamı ve teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir sağlık sigortası çeşididir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile kişiler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Hastalık sigortası, sadece hastalık halini kapsamına almakta, poliçede belirtilen hastalıkların gerçekleşmesi durumunda sigortalıya poliçede belirtilen limitlerde ödeme yapmaktadır. Hastalık sigortasının adı 2005 yılında çıkartılan bir yönetmelikle sağlık sigortası olarak değiştirilmiştir. Bununla beraber önceki uygulamalarda dikkate alınarak hastalık/sağlık sigorta branşında hastalık sigortasına yer verilmekte, sigorta şirketleri bir hastalıkla ilgili hastalık sigortası ürünü satmaktadır. Örnek; meme kanseri teminatı, akciğer kanseri teminatı, böbrek hastalıkları teminatı, vb. gibi. Hastalık/sağlık sigorta branşı içinde hastalık sigortasının toplam sözleşmelerde payı % 7,4, prim üretiminde payı % 1,5, tazminat ödemelerinde payı % 0,1’dir. Hastalık sigortasında sigortalı sayısı da sağlık sigortasındaki sigortalı sayısının yaklaşık % 10’u kadardır.

Seyahat sağlık sigortası ise ulaşım yollarından herhangi birisini kullanarak yurt dışına gidenleri veya yurtdışından ülkemize gelen kişileri, seyahat süresince karşılaştıkları sağlık risklerine karşı koruyan bir özel sağlık sigortası çeşididir. Seyahat sağlık sigortası, seyahat sırasında hastalık ve kaza nedeniyle ortaya çıkan sağlık giderlerini poliçede belirtilen teminat tutarında karşılamaktadır. Sigortanın süresi yurt dışı seyahatlerde ülkeden çıkıldığı pasaportla tespit edildiği an başlar ülkeye girildiğinin pasaportla tespit edildiği an sona erer.

Yurt içinde yapılan seyahatlerde ise sigortanın başlangıç ve bitiş tarihi sigorta poliçesinde belirtilir. Seyahat sağlık sigortasında sözleşme sayısı, hastalık/sağlık branşında toplam sözleşme sayısının % 46,1’idir. Ancak prim üretimi ve tazminat ödemeleri içinde payı oldukça düşüktür.

Hastalık/sağlık sigorta branşında yer almadığı halde kaza branşında yer alan;

- Karayolu Yolcu Taşıma Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası
- Uçak Yolcu Kaza Sigortası
- Ferdi Kaza Sigortası

ile seyahat eden yolculara, sürücü ve yardımcılara seyahat süresince karşılaştıkları her türlü kazaya karşı teminat verilmektedir. Kaza sigorta branşından Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilen primler, toplam prim üretiminin yaklaşık % 1’i miktarındadır.

Kaza branşında yer alan sigorta türleri dışında Kara Araçları Sorumluluk Branşında yer alan;

- Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk Sigortası
- Trafik Sigortası
- Yeşil Kart Sigortası

sağlık ile ilgili olarak ilk yardım, muayene, hastanede tedavi, vb. gibi giderler teminat altına alınmıştır. Bu sigortalarla ilgili olarak toplanan primlerin bir kısmı Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmektedir.

Tablo.4 Kaza ve Kara Araçları Sorumluluk Branşında Prim Gelirleri ve SGK’ ya Devredilen Prim Miktarı

	2012	2013	2014	2015	2016
KAZA BRANŞI					
(B) Prim Üretimi	679.885	883.791	1.036.177	1.202.235	1.432.459
(A) SGK’ya devredilen prim	6.592	10.405	11.154	9.868	12.036
(A)/(B)	% 0,9	% 1,2	% 1,1	% 0,8	% 0,8
KARA ARAÇLARI SORUMLULUK BRANŞI					
(C) Prim Üretimi	3.511.191	4.868.552	4.957.682	6.828.501	12.317.147
(A) SGK’ (B) ya devredilen prim	377.437	488.790	490.981	676.203	1.223.809
(A)/(C)	% 10,7	% 10,0	% 9,9	% 9,9	% 9,9

Kaynak: Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye’de Sigorta ve Bireysel Emeklilik Sigortası Faaliyet Raporu,2013,2016’dan faydalanılarak hazırlanmıştır.

2.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Mevcut Durumunun Değerlendirilmesi

Ülkemizde savaş dönemi sonrasında bozulan sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve yükseltilmesi için Cumhuriyetin ilanından sonra sosyal sağlık sigortacılığı uygulamasına başlanmıştır. Ekonomik, sosyal ve kültürel yönden toplumun gelişmesinde devletin önemli bir rol üstlenmesi nedeniyle kamu kesiminin öncelikli olması özel sağlık sigortacılığının gelişimini engellemiştir. Ancak ülke nüfusunun ve beraberinde sağlık hizmet talebinin artması ancak sağlık hizmet sunumunun etkili ve yeterli düzeyde verilememesi özel sektörün sağlık hizmet üretimine girmesine neden olmuştur. Özel sektörün sunduğu sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksekliği ise hizmet kalitesi yüksek olsa bile hastaları finansman yönüyle zorlamaya başlamıştır. İşte böyle bir durumda özel sağlık sigortaları, özel sağlık hizmetlerine erişimde ve bu sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmasında önemli bir rol üstlenmişlerdir (İnce, 2014: 35; Arık, 2010: 79).

Özel sağlık sigortalarının amacı başta kar elde etmek üzere sigortalıların sağlık durumlarında ortaya çıkan olumsuzlukların giderilmesini sağlamaktır. Özel sağlık sigortalarının en önemli özelliği ferdi olmasıdır. Sigortalının kendisi için ödediği prim ile ailesi ya da bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Ülkemizde ikamet eden herkes Genel Sağlık Sigortası kapsamında olup bir şekilde prim ödemek zorundadır. Eğer özel sağlık sigortası yaptırmak istiyorsa sigorta şirketlerine de prim ödemek zorunda kalacaktır. Özel sağlık sigortası ekstra prim ödemeyi gerektirdiği ve kişi Genel Sağlık Sigortasından ayrılamayacağı için özel sağlık sigortalarına talep beklendiği ölçüde artış göstermemektedir. Böyle bir sonucun doğmasında etkili olan faktörler şöyle sıralanabilir:

- Tüketiciler bilgi eksikliği nedeniyle özel sağlık sigortalarına talepte bulunmamaktadır. Bilgi eksikliği tüketiciden kaynaklandığı gibi sigortacıdan da kaynaklanmaktadır.
- Tüketicilerin eğitim durumu da özel sağlık sigortalarına talebi etkilemektedir. Ülkemizde 2015 yılı itibarıyla erkeklerin % 1,8’i, kadınların % 9,2’i okuma yazma bilmemektedir. Yükseköğretim veya fakülte mezunu olan nüfusun (25+ yaş grubu) oranı erkeklerde % 16,2, kadınlarda % 11,7’dir(TÜİK,2016). Eğitim düzeyinin artması özel sağlık sigortalarında artış yaratacaktır.
- Sigortada görünen bir mal satışı olmadığı ve sadece risk gerçekleştiğinde karşılığını alabilme olasılığı tüketicinin özel sağlık sigortası konusunda ihmali bir tutum sergilemesine neden olmaktadır.
- Ülkede milli gelirin artışı ve kişi başına düşen gelir artışı özel sigorta talebini artırmaktadır. Ülkemizde kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla 2015 yılı itibarıyla 18.599 Dolar iken OECD ortalaması 38.217 Dolar, İsviçre’de 56.897 Dolar, İsveç’te 44.560 Dolar’dır (OECD Health Data 2015).
- Ülkemizde gelir dağılımının da adil olduğunu söylemek mümkün değildir. Gelirlerin dağılımına bakıldığında en yüksek gelire sahip % 20’lik nüfus gelirin % 45,9’unu, en yüksek gelire sahip ikinci % 20’lik nüfus gelirin % 21,7’ini almaktadır (TÜİK,2015). Nüfusun kalan % 60’lık grubu ise gelirin % 32,4’ünü paylaşmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortası talebinin yüksek gelir elde eden nüfustan(% 40’lık grup) doğması beklenebilir.
- Ülkemizde ayrıca işsizlik oranı 2015 yılı itibarıyla % 10,3 olmuştur. İşsizlik nedeniyle gelir elde edemeyen nüfusun özel sağlık sigortasına talebinin de fazla olması beklenemez.
- Özel sağlık sigortalarına talebin azlığı sigortacıların bilgilendirmede yetersizliğinden, fiyat rekabetinden de kaynaklanabilir. Sigorta pazarlamasında eksiklikler, fiyat rekabeti nedeniyle tüketicinin kararsız kalması talebi düşüren önemli bir etkidir.
- Özel sağlık sigortasında veri eksikliğinde kaynaklanan prim hesaplamada ve fiyat tespitinde zorluklar nedeniyle sağlık sigorta pazarı istenildiği gibi gelişme göstermemektedir.

- i) Özel sağlık sigortaları özel sağlık sunucuları üzerinde fiyat düşürücü baskı yaratırken, özel hizmet sunucuları da hizmet fiyatlarını artırma çabasına girmekte, artan fiyatlar sağlık sigortası talebini düşürmektedir.

2.3. Özel Sağlık Sigortasının Gelişmesinde Önemli Olan Faktörler

Özel sağlık sigortaları, ülkemizde gelişmeye açıktır. Ülkemizin sahip olduğu birtakım fırsatlar uzun dönemde özel sağlık sigortalarının gelişmesine neden olacaktır. Diğer taraftan bazı zorunluluklar nedeniyle yapılacak düzenlemeler de özel sağlık sigortalarını geliştirecektir.

Özel sağlık sigortalarının gelişiğine işaret eden fırsatları şöyle sıralayabiliriz:

- Türkiye nüfusu (78.741.053₂₀₁₅) özel sağlık sigortaları için önemli bir potansiyeldir (Sağlık İstatistikleri Cep Yıllığı, 2015).
- Türkiye’de nüfusun % 92,1’i il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Büyük şehirler alt yapı sorunları, su baskını, yangın, trafik, terör ve şiddet olayları, vb. nedeniyle insanların daha fazla sağlık gideri yapmasına neden olmaktadır.
- Türkiye’de ortalama yaşam süresi artmakta, 65 yaş üzeri nüfus giderek artış göstermektedir. Teknolojide, tıpta, yaşam koşullarında gelişme, sağlık, beslenme ve gelirdede olumlu gelişmeler ortalama yaşam süresini artırmaktadır. Halen 65 yaş üzeri nüfusun ülke nüfusu içinde oranı 2015 yılı itibariyle 8,2’dir (Sağlık İstatistikleri Cep Yıllığı, 2015).
- Türkiye ekonomisinde olumlu gelişmeler yaşanmakta ve buna bağlı olarak kişi başına gelirdede artış gözlenmektedir.
- Genel sağlık sigortası uygulaması konusunda ve özel sağlık sigortalarında halkın bilgi düzeyi yetersizdir. İyi bir tanıtım ve pazarlama becerisi ile özel sağlık sigortalarına talep artabilir.
- Genel sağlık sigortası uygulamasında cepten ödemelerin giderek artması özel sağlık sigortalarının yaygınlaşmasına neden olabilir.
- Ülkemizde de giderek yaygınlaşan kanser, kalp ve damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, sonulunum sistemi hastalıkları, vb. gibi hastalıklar kişilerin ilerideki yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmek ve bugünkü yaşam standartlarını devam ettirmek konusunda duyarlılıklarını artırmaktadır. Bu tür hastalıklarla karşılaşmadan önce yapılacak özel sağlık sigortaları kişilere güven verecektir.
- Özel sağlık sigortaları ile ilgili olarak 2007 yılında çıkartılan 5684 sayılı sigortacılık Kanunu daha önceki yıllara göre önemli değişiklikler getirmiştir. Sigortalıyı koruyan, sigorta şirketlerinin kuruluşu, faaliyetleri ve denetimini düzenleyen, sektörün yeniden yapılanmasını sağlayan bu Kanun ile kişiler özel sigorta şirketlerine daha fazla güven duyacaktır.
- Küreselleşme sürecinde ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi gelişmeler bilgi teknolojileri yoluyla kısa sürede duyulmakta, yenilikler takip edilmektedir. Özellikle gençlerin dünyadaki gelişmeleri yakından takip etmesi sağlık konusunda yeni bilgilere ulaşması özel sağlık sigortalarına talebin artışına neden olacaktır.
- Her yıl bir salgın hastalık beklentisi, yeni görülen hastalık türleri, pahalı ilaçlar, teknik araç ve gereçler, tıbbi tetkikler, vb. özel sağlık sigortalarının gelişmesine neden olacaktır.

3. Özel Sağlık Sigortalarının Gelişmesi İçin Yapılacak Düzenlemeler

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin arzı için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla finanse edilmesidir. Diğer bir ifadeyle sağlık finansmanı sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli olan kaynakların sağlanmasıdır (Gottret ve Schieber, 2006). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetleri finansmanının amacı, yeterli ve sürdürülebilir bir kaynak sağlayarak tüm insanların sağlık hizmetlerine kolay erişebilmesini sağlamak olarak açıklamaktadır (WHO, 2004). Bu amacı gerçekleşmesi için finansal kaynakların etkili bir şekilde kullanılması, kaynakları oluştururken hane halkının yoksullaşmasının engellenmesi ve finansman dağılımında adaletli olunması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının başarısına etki eden üç bileşen önemlidir:

- Sağlık hizmetleri finansmanı için yeterli ve etkili fon toplama mekanizmasını geliştirmek.
- Sağlık hizmeti finansman türünden yararlanan bireylerin sahip olduğu riskleri aynı çatı altında bir araya geldiği diğer bireylerle paylaşmak ve fon geliri elde etmek.
- Sağlık hizmetlerini bütün bireylere ihtiyaçları doğrultusunda arz etmek ve bu hizmetlerin finansmanını sağlamak.

Kocasay (2014) sağlık finansmanını, sağlık hizmetlerinin temini için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla finanse edilmesi şeklinde tanımlamaktadır.

Ülkemizde kamuda sağlıkta tek geri ödeme kurumu Sosyal Güvenlik Kurumudur. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmetlerini sağlayıcı kurum değil sağlığın finansörüdür. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri Kurumla sağlık hizmet sunucuları arasında sağlık hizmet alımı sözleşmeleri yapılması suretiyle karşılanır. Sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından ise acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

Sosyal Güvenlik Kurumu hem genel sağlık sigortası primlerinin hem de özel sigorta primlerinin toplandığı ve finansal kaynakların yönetildiği kurumdur. Primlerin aynı kurumda (havuzda) toplanması ile zenginler yoksulları, sağlıklılar hastaları, gençler yaşlıları sübvanseder.

Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesi, Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girdiği 2012 tarihinden itibaren açık vermektedir. Gelir sıkıntısı çeken kurumun sağlık giderleri giderek artış göstermektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun 2015 yılı bütçe açığı 11 milyar 444 milyon TL. 2016 yılı bütçe açığı ise 20 milyar 536 milyon TL. olmuştur (Sosyal Güvenlik Raporu, 2015-2016 Faaliyet Raporu).

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının kapsamının genişliği ve kapsamda bulunan herkesin sağlık hizmetlerine ulaşımı özel sağlık sigortalarına talebin düşük olmasına yol açmaktadır. Bununla beraber Sosyal Güvenlik Kurumunun gelirlerinin giderlere göre yetersiz olması, sağlık harcamalarının zamanında ve yeterli bir şekilde yapılmasına engel olmaktadır. Bu durumda Sosyal Güvenlik Kurumu ya gelirlerini artıracak ya da giderlerini kısacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumunun gelirlerini artırmak için özel sağlık sigortalarında prim gelirlerinin artışı gerekmektedir.

Özel sağlık sigortaları bireylere tıbbi harcamalar ve iş göremezlik geliri konusunda güvence vermektedir. Tıbbi harcamalar, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı ile sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık sigortalarının ortak bir paydada birleşmesine neden olan gider kalemlerindedir (İnce, 2014: 35). Özel sağlık sigortalarının sağlık sistemlerinin finansmanına önemli katkısı olabilir. Bu durumda yapılacaklar şöyle özetlenebilir:

- Özel sağlık sigortalarına katılımın fazla olması için teşvik uygulamaları getirilebilir. Örnek; sigorta poliçesini devam ettirenlere primlerde indirim yapılması. Yıl içerisinde verilen teminat tutarının % 50'ini kullananlara indirim yapılması, vb. gibi.
- Bireysel Emeklilik Sigortasının zorunlu hale getirilmesi gibi, yaşlı bakım sigortasının zorunlu hale getirilmesi.
- Sağlık sigortasının bir yıl süreli yapılması yerine sigortalıları prim artışından ve sağlık maliyet artışından korumak için Almanya örneğinde olduğu gibi tedbirler alınabilir. Örnek: Alman özel sağlık sektöründe yaşlılık rezervi, gittikçe artan sağlık harcamalarını karşılayan bir birikimdir.
- Genel sağlık sigortası kapsamında olup aylık kazancı belli bir miktarın üzerinde olan gelir gruplarına özel sağlık sigortası yaptırmaları zorunlu tutulabilir. Dolayısıyla geliri yüksek olan kişiler hem genel sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortası primi ödemede zorunlu tutulmuş olacaklardır.
- Özel sağlık sigortası yaptıracak kişilerde var olan hastalık durumu, sigorta primini artırıcı yönde etkilemektedir. Oysa devam eden özel sağlık sigortası varsa önemli bir hastalığa (kanser, böbrek rahatsızlığı, kalp rahatsızlığı, vb.) yakalanma durumunda prim değişmemektedir. Bu nedenle sigorta şirketleri kişileri sağlıklı olduğu durumda özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna etmelidir. Kişilere yeterli bilgi verilerek özel sağlık sigortalarına talep artırılabilir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık harcamalarının kısılması yönünde uygulamalar da getirebilir. Halen tedavi giderlerinde ve ilaç giderlerinde hastalardan katkı payı alması hakkaniyete uygun olmasa da sağlık giderlerinin kısılması yönünde etkilidir. Bunun yanı sıra gider kısıcı önlemler şunlar olabilir:

- Performansa dayalı ek ödeme sistemi değiştirilmeli, doktorların performans puanını artırmak adına gereğinden fazla ameliyat yapması, hasta bakması, tahlil yaptırması, vb. engellenmelidir. Gereksiz tıbbi girişimler ve performans puanı yüksek olan uygulamaların artışı beraberinde sağlık giderlerini artırdığı için performansa dayalı ödeme sistemine son verilmelidir.
- Hastane ve doktor hizmetlerinde özel sağlık sigortası sahiplerine takınılan tavır gereksiz hizmet sunumu her ne kadar özel sağlık sigorta şirketlerince önlenmeye çalışılsa da Sosyal Güvenlik Kurumunun hizmet sunumu ve ödenmesi konusunda yaptırımları daha etkili olacaktır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu tespit edilecek bazı hastalıkların birinci basamaktan sevsiz gidilmesi halinde yapılacak sağlık harcamalarının ilgili kişi tarafından yarısının cepten ödenmesi zorunluluğunu getirebilir. Böylelikle hem sağlık harcamalarını kısmış hem sevk sisteminin yerleşmesini sağlamış hem de özel sağlık sigortalarının gelişmesini teşvik etmiş olacaktır.

SONUÇ

Özel sağlık sigortalarının amacı, kişilerin sağlıklarını korumak sağlıklarının bozulması halinde ortaya çıkan sağlık harcamalarını karşılamak, hastalanma, sakat kalma ve iş göremezlik durumunda kişilere gelir sağlamaktır. Günümüzde sağlık sistemleri kamu ve özel sektörün finansman yüküne ortak katılımını sağlayan karma bir yapı göstermektedir. Özel sağlık sigortalarına talep artmakta, elde edilen prim gelirleri sosyal sağlık sigortasına katkı sağlayarak sağlık harcamalarının finansmanı daha rahat

sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumunda ne kadar fazla prim geliri olursa bu gelirlerle fon oluşturulması ve fon geliri elde edilmesi yoluyla ek kaynak sağlanması Kurumun harcamalarında kolaylık sağlayacaktır. Ülkemizde nüfus artışı, sağlık konusunda bireylerin duyarlılığının artışı, kişi başına gelirin artışı ile beraber yapılacak bazı düzenlemeler özel sağlık sigortasına talebi artıracaktır. Özel sağlık sigortasına talebin artması için sigortacıların da indirim, muafiyet vb. gibi bazı özendirici tedbirler alması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Arık, Ö. (2010). Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları ile Bir Karşılaştırma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Çelik, Y. (2013). Sağlık Ekonomisi, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Evans, R.G (2002). Financing Health Care: Taxation and the Alternatives, Mossials E Funding Health Care: Options for Europe, Backingham-Philadelphia Open University Press (31-98).

Gottret, P., Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide, The World Bank, Washington D.C.

İnce, G.N., (2007). Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R., (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, Dirim Tıp Gazetesi, s.86-99.

Kocasoy, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Messials, E., Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction, Messials, E. Et. al (eds) Funding Health Care: Options For Europe, (p.1-30) Open University Press, Buckingham-Philadelphia.

Orhaner, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi, Ankara.

OECD : Health Data 2015.

OECD : Health Statistics 2017.

Sosyal Güvenlik Kurumu, 2016, Faaliyet Raporu.

Sağlık Bakanlığı, (2015), Sağlık İstatistikleri Cep Yıllığı.

Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye’de Sigorta ve Bireysel Emeklilik Sigortası Faaliyet Raporu, 2013,2016.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, s.103-133.

Tiryaki, D., Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.5, S.4 (s.123-139).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

TUİK : (2016) Eğitim İstatistikleri.

TUİK : Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2011-2015.

TUİK : Gelir Dağılımı İstatistikleri, 2015.

World Health Organisation (WHO), (2004). World Health Report, WHO, Geneva.

Yıldız, U. (2012). Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analizi ile Etkinliğinin Ölçülmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.