T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İNTERDİSİPLİNER SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK SİSTEMLERİ İÇERİSİNDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTA ŞİRKETLERİ VE TÜRKİYE

BİLAL PİŞKİN

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE
2017

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İNTERDİSİPLİNER SAĞLIK KURUMLARI

YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Bilal PİŞKİN tarafından hazırlanan **SAĞLIK SİSTEMLERİ İÇERİSİNDE ÖZEL SAĞLIK SİGORTA ŞİRKETLERİ VE TÜRKİYE** Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 9.-10. maddeleri uyarınca **04.05.2017 Perşembe** günü saat **14.00** 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin *...Kabul Edilmesine..... **OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	**KANAAT**	**İMZA**
PROF. DR. MUSTAFA TEKİN	Kabul Edilmesine	
DOÇ. DR. FATMA LORCU	Kabul Edilmesine	
YRD. DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ (DANIŞMAN)	Kabul Edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10148137
Yazar Adı / Soyadı	BİLAL PİŞKİN
Uyruğu / T.C.Kimlik No	TÜRKİYE / 31723370736
Telefon	5352518754
E-Posta	bilal_piskin@yahoo.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye
Tezin Tercümesi	Private Health Insurance Companies in Health Systems and Turkey
Konu	Sigortacılık = Insurance ; Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2017
Sayfa	130
Tez Danışmanları	YRD. DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ 29534131288
Dizin Terimleri	Sosyal sigortalar=Social insurances ; Özel sigortalar=Private insurances ; Özel sağlık sigortası=Private health insurance
Önerilen Dizin Terimleri	Sağlık yönetimi = Health manegement Sosyal güvenlik = Social security
Kısıtlama	Yok

Yukarıda bilgileri kayıtlı olan tezimin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine ve internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum.

24.05.2017

İmza:.....

Tez Adı: Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye

Hazırlayan: Bilal PİŞKİN

ÖZET

Geçmişi 1990'da müstakil branş olmasına dayanan özel sağlık sigortacılığının prim üretim hacmi günümüzde sektör bütünündeki prim üretimi toplamının yüzde 10'unu aşmış durumdadır. Buna karşılık sigortalı sayısı ise üç milyon civarındadır. Sosyal sağlık sigortası kapsamında olanlara bu kapsamdan çıkma ve yalnızca özel sağlık sigortası kapsamına girme hakkı verilmemektedir. Dolayısıyla Türkiye'de özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortalarının tamamlayıcısı konumundadır. Tamamlayıcı özellikte olması sigortalı sayısından da anlaşılacağı üzere özel sağlık sigortasının yaygınlaşmasına engel olmuştur. Tez çalışmasında, Türkiye'de özel sağlık sigortalarının uluslararası mukayesesi yapılarak sektörel analizi gerçekleştirilmiştir.

Çalışma kapsamında özel sağlık sigortalarının ekonomideki sektörel genişliği analiz edilmiştir. Analiz için AB (Avrupa Birliği) ülkeleriyle mukayeseye gidilmiştir. Analiz yöntemi olarak da çok değişkenli istatistik tekniklerinden asal bileşenler analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular, özel sağlık sigortalarında sektörel genişlikte genel olarak 2004 ve 2013 yılları arasında bir iyileşmenin yaşandığını desteklemektedir. Ekonomideki sektörel genişliğin AB ülkelerine kıyasla makul kabul edilebilecek seviyeye geldiği görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sosyal sigortalar, özel sigortalar, özel sağlık sigortası, sağlık yönetimi, sosyal güvenlik.

Title of The Thesis: Private Health Insurance Companies in Health Systems and Turkey

Prepared by Bilal PİŞKİN

ABSTRACT

The private production volume of private health insurance which was founded as an individual branch in 1990, now gets over 10% of the total premium production in the sector. Nevertheless, the number of insured is around three million. Those who are covered by social health insurance are not entitled to leave this scope and to be included only in private health insurance. Therefore, private health insurance in Turkey is complementary to social health insurance. The fact that it is a supplementary feature prevents the spread of private health insurance as understood from the number of insured persons. In this thesis, the sectoral analysis was carried out by comparing private health insurances in Turkey with other international private health insurances.

Within the scope of the study, the sectoral depth of private health insurance in society and economy has been analyzed. It has been compared with the EU countries for analysis. As a method of analysis, analysis of prime components was used from multivariate statistical techniques. The findings of the analysis support that there is a general improvement in private health insurance between 2004 and 2013 in the sectoral depth. The sectoral depth of the economy seems to have reached a reasonable level compared to the EU countries.

Keywords: Health insurance, private insurance, private health insurance, health management, social security.

ÖNSÖZ

Günümüz modern toplumlarında devlete düşen görevlerin ilk sırasında yer alan yaşam hakkının güvence altına alınmasının ön koşullarından biri de başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulmasıdır. Ancak başarılı bir sağlık sisteminin kurulup sürdürülebilmesi hiç de kolay olmayıp özellikle yüksek maliyetleriyle ülkeleri gün geçtikçe daha da zorlamaktadır. Bu noktada, sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanabilmesi için baş edilmesi gereken çok boyutlu sorunlar içerisinde finansman ayağı ayrıcalıklı önem kazanmaktadır.

Modern toplumlarda, sağlık sistemlerinin üst ölçekte örgütlenmesinde sosyal sağlık sigortalar öne çıkmaktadır. Ülkeler nezdinde çok çeşitli sistem modellemeleri mevcut olsa da dört ana karakterde sistem yapılandırılmasıyla karşılaşılmaktadır. Bunlar; serbest piyasa tipi sağlık sistem modelleri, refah yönelimli sağlık sistem modelleri, kapsayıcı tip sağlık sistem modelleri ve sosyalist sağlık sistem modelleridir. Söz konusu dört tip sağlık sistem modellemesinin sonuncusu hariç üçünde, özel sağlık sigortaları farklı fonksiyon ve ağırlığa sahip olsalar dahi sistem içerisinde mutlaka yer almaktadırlar.

Sağlık riskine karşı korumaya yönelik oluşturulan sağlık sistem modelleri içerisinde yer alan ve refah yönelimli sağlık sistem modeline uygun yapıya sahip olan özel sağlık sigortaları, diğer özel sigorta branşlarında olduğu gibi Türkiye'de yeterli büyüklüğe henüz ulaşabilmiş değildir. Bu çalışmanın temel amacı, mevcut durumu dönemsel gelişim bakımından irdelemek, Avrupa'yla mukayese ederek sektörel hacmi analiz etmek ve genişlemeyi artırmanın yollarını sorgulamaktır. Böylece sektörel hacmin sağlanabilmesi için gereken önlem ve desteklerin tespitine katkı sağlanabilecektir. Literatüre katkı beklentisi de bu yöndedir. Tez çalışması şu şekilde bölümlendirilmiştir:

"Sağlıkta Koruma Mekanizmaları" başlığını taşıyan ilk bölüm üç kısımda yapılandırılmıştır. İlk kısımda sağlık ve sağlıkta koruma kavramlarının kuramsal temelleri incelenmiştir. İkinci kısımda, modernite öncesi dönemde sağlık riskine karşı korumanın antik dönemdeki yapısı, antik dönem sonrasında ise Batı ve Doğu toplumlarındaki özelliklerine odaklanılmıştır. Üçüncü kısımda, modernite sonrası dönemde Batı ve Doğu toplumlarında, sağlık riskine karşı koruma mekanizmalarının ne şekilde işletildiği, benzer ve farklı yönleriyle irdelenmiştir.

"Ulusal Sağlık Sistemleri ve Özel Sigortalar" başlığını taşıyan ikinci bölüm de üç kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda, sağlık sistem modelleri dörtlü temel ayrıma göre incelenmiştir. İkinci kısımda, özel sigortaların geçmişten günümüze geçirdiği evreler ve günümüzdeki mevcut durumu aktarılmıştır. Son kısımda ise sağlık sistem modelleri içerisinde özel sigortaların konumu, sosyalist sağlık sistem modeli dışındaki üç sistem modeline göre kritik edilmiştir.

"Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarının Gelişimi ve Mevcut Durum" başlığını taşıyan üçüncü bölüm de yine üç kısma ayrılmıştır. Buna göre, ilk kısımda Türkiye'deki özel sigortaların geçmişten günümüze geçirdiği evreler, değişim ve dönüşümler aktarılmıştır. İkinci kısımda, aynı metodolojik yaklaşımla bu defa özel sağlık sigortaları özelinde inceleme gerçekleştirilmiştir. Üçüncü kısımda ise özel sağlık sigortacılığının uluslararası karşılaştırmalı durumu incelenmiştir.

"Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarının Analizi" başlığını taşıyan dördüncü ve son bölümse dört kısımda yapılandırılmıştır. İlk kısımda hipotezlerin kurulması, veri tasarımı ve kullanılan istatistik yöntemlerin aktarımı gerçekleştirilmiştir. İkinci ve üçüncü kısımda ise yapılan istatistik analizlerden elde edilen bulgular ve bulgular paralelinde tartışma kısmı oluşturulmuştur.

Tez çalışmamım başta istatistik uygulama bölümü olmak üzere her aşamasında yanımda olup sabırla destek veren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ'ye şükranlarımı sunarım. Elbette tez çalışmamın tüm sorumluluğu sadece kendime aittir. İkinci olarak özellikle aralıksız hemen her gün sabah saatlerinden gece yarısına kadar tez çalışmama odaklandığım son on ayda hamilelik sürecini de bir başına geçirmek zorunda kalan kıymetli eşim Esma Hanım'a sabır ve metanetinden dolayı ve son olarak anneme ve babama manevi destekleri sebebiyle şükranlarımı sunarım. Çalışmamı, ailemizin yeni üyesi, sevgimizin ilk meyvesi, biricik kızım AZRA'ya ithaf ediyorum.

Bilal PİŞKİN
Edirne-2017

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
ÖNSÖZ ..... **iii**
TABLOLAR ..... **ix**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **xi**
KISALTMALAR ..... **xii**
GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIKTA KORUMA MEKANİZMALARI

1.1.SAĞLIKTA KORUMA MEKANİZMALARININ ANLAM VE İÇERİĞİ **3**
1.1.1.Sağlıkta Koruma Mekanizmalarının Etimolojisi 3
1.1.2.Sağlıkta Koruma ve Unsurları 4
1.1.3.Sağlıkta Koruma ve Sosyal Güvenlik İlişkisi 5
1.1.4.Sağlıkta Koruma ve Özel (Ticari) Sağlık Sigortaları 7
1.2.MODERNİTE ÖNCESİ DÖNEMDE SAĞLIK RİSKİNE KARŞI KORUMA…… **8**
1.2.1.Antik Dönemde Sağlık Riskine Karşı Koruma 9
1.2.2.Batı Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma 11
1.2.3.Doğu Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma 14
1.3.MODERNİTE SONRASI SAĞLIK RİSKİNE KARŞI KORUMA **17**
1.3.1.Batı Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma 18
1.3.2.Doğu Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma 20

İKİNCİ BÖLÜM
ULUSAL SAĞLIK SİSTEMLERİ VE ÖZEL SİGORTALAR

2.1.SAĞLIK SİSTEM MODELLERİ **24**
2.1.1.Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri (Özel Sektör Ağırlıklı) 26

2.1.2.Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri (Karma: Özel ve Kamu Bir Arada)……. 28

2.1.3.Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi (Kamu Kesimi Ağırlıklı)..... 29

2.1.4.Sosyalist Sağlık Sistemleri 30

2.2.ÖZEL (TİCARİ) SİGORTALAR..... 31

2.2.1.Modernite Öncesi Dönemde Özel Sigortalar ve Gelişimi 32

2.2.2.Modernite Sonrası Dönemde Özel Sigortaların Gelişimi..... 34

2.2.3.Günümüzde Özel Sigortaların Küresel Ölçekteki Durumu 37

2.3.SAĞLIK SİSTEM MODELLERİNDE ÖZEL SİGORTALARIN YERİ 40

2.3.1.Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistem Modellerinde Özel Sigortalar 40

2.3.2.Refah Yönelimli Sağlık Sistem Modellerinde Özel Sigortalar 42

2.3.3.Kapsayıcı Tip Sağlık Sistem Modellerinde Özel Sigortaların Yeri... 44

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ VE MEVCUT DURUM

3.1.TÜRKİYE'DE ÖZEL SİGORTACILIĞIN GELİŞİMİ 47

3.1.1.Cumhuriyet Öncesi Dönemde Özel Sigorta Sektörü 47

3.1.2.1980 Öncesi Cumhuriyet Döneminde Özel Sigorta Sektörü 50

3.1.3.1980 Sonrası Cumhuriyet Döneminde Özel Sigorta Sektörü 53

3.2.TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ... 55

3.2.1.Bağımsız Branş Öncesi Dönemde Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi 56

3.2.2.Bağımsız Branş Sonrası Dönemde Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi. 57

3.3.TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM……. 61

3.3.1.Özel Sağlık Sigortalarının Uluslararası Karşılaştırmalı Durumu 61

3.3.2.Özel Sağlık Sigortalarında Sözleşme, Sigortalı, Prim Üretimi ve Tazminat Hacimleri 64

3.3.3.Özel Sağlık Sigortalarında Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminatlar 66

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ANALİZİ

4.1.ANALİZ MODELİ, VERİ TASARIMI, YÖNTEM VE LİTERATÜR..... 71

4.1.1.Analiz Modeli 71

4.1.2.İstatistik Uygulamada Kullanılan Veri Tasarımı 72

4.1.3.İstatistik Uygulamada Kullanılan Yöntem 74

4.1.4.Özel Sağlık Sigortacılığıyla İlgili Literatür 75

4.1.5.Gelişmişlik Sıralamasına İlişkin Literatür 77

4.2.İSTATİSTİK UYGULAMA BULGULARI 78

4.3.TARTIŞMA…….. 84

SONUÇ..... 87

KAYNAKÇA 90

EKLER..... 105

TABLOLAR

Tablo 1: Küresel Ölçekte Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % olarak) 38
Tablo 2: İleri Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak) 39
Tablo 3: Gelişen Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak) 39
Tablo 4: Refah Yönelimli Sağlık Sistemine Sahip İleri Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak) 44
Tablo 5: Kapsayıcı Sağlık Sistemine Sahip İleri Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak) 46
Tablo 6: Osmanlı Coğrafyasında Faaliyette Bulunan Sigorta Şirketleri, Faaliyet Alanları ve Faaliyete Geçiş Tarihleri 49
Tablo 7: Özel Sigorta Şirketlerinde Yabancı Sermaye Payları 55
Tablo 8: Türkiye'de Özel Sağlık Sigorta Branşında Sigortalı Başına Prim Üretimi, Yüklenilen Hasarlar ve Hasar/Prim Oranlarının Gelişimi (2005-2013) 61
Tablo 9: Küresel Ölçekte Özel Sağlık Sigortalarınca Gerçekleştirilen Sağlık Harcamaları, 2014 62
Tablo 10: Türk Özel Sağlık Sigorta Sektörünün AB ile Karşılaştırması (2004-2014, Cari Miktarlarla) 63
Tablo 11: Şirket Başına Düşen Poliçe ve Prim Üretiminde Gelişim (2004-2013) ... 64
Tablo 12: Hayat Dışı Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014 65
Tablo 13: Hayat Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014 65
Tablo 14: Bütün Özel Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014 66
Tablo 15: Hayat Dışı Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014 68
Tablo 16: Hayat Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014 69

Tablo 17: Bütün Özel Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014..... 70
Tablo 18: Ödeme Penetrasyon Analizlerinde Kullanılan Değişkenler (2004 ve 2013) 73
Tablo 19: Prim Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2004..... 78
Tablo 20: Prim Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2004..... 78
Tablo 21: Prim Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2004 79
Tablo 22: Ödeme Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2004 79
Tablo 23: Ödeme Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2004..... 79
Tablo 24: Prim ve Ödeme Penetrasyonlarına Göre 1. ABA Skor ve Sıraları-2004.. 80
Tablo 25: Prim Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2013..... 81
Tablo 26: Prim Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2013..... 81
Tablo 27: Prim Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2013 82
Tablo 28: Ödeme Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2013 82
Tablo 29: Ödeme Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2013..... 82
Tablo 30: Ödeme Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2013..... 83
Tablo 31: Prim ve Ödeme Penetrasyonlarına Göre 1. ABA Skor ve Sıraları-2013.. 83

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalısı Sayısında Gelişim (2005-2014) 60

KISALTMALAR

AŞ : Anonim Şirket
AB : Avrupa Birliği
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
BAĞKUR : Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar
Bkz. : Bakınız
BYKP : Beş Yıllık Kalkınma Planı
C. : Cilt
DPT : Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
GSMH : Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS : Genel Sağlık Sigortası
GSYİH : Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
IMF : International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
İİBF : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İMTAŞ : İttihadı Milli Sigorta Şirketi
M.Ö. : Milattan Önce
M.S. : Milattan Sonra
md. : Madde
Medicare : Ulusal Kamu Sağlık Sigortası
NHS : National Health System (Ulusal Sağlık Sistemi)
No. : Numara
OAŞ : Osmanlı Anonim Şirketi
OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
OYAK : Ordu Yardımlaşma Kurumu
S. : Sayı
s. : Sayfa
SBE : Sosyal Bilimler Enstitüsü
SBF : Sosyal Bilimler Fakültesi

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SHA : Special Health Authorities (Özel Sağlık Yetkilileri)

SSCB : Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

TEPAV : Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı

vb. : Ve benzeri

vs. : Vesaire

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Türkiye'de sağlık hizmetleri köklü tarihsel kökene sahiptir. Ancak özel sağlık sigortacılığı oldukça yenidir. Sektörün köklü bir geçmişe sahip olmaması, sektörün genişlemesini de önemli ölçüde sınırlandırmıştır. Genişleme sorununa yol açan etkenler arasında inançlar ve özel sigorta sektörüne karşı mevcut olan olumsuz algı önem taşımaktadır. Buna karşılık özel sağlık sigortacılığı açısından geçmişteki genişleme sorununun özellikle son yıllarda giderek azalması dikkat çekmektedir. Böylece sektörel gelişim de son dönemde hız kazanmıştır. Bu çalışmada da, Türkiye'de özel sağlık sigorta şirketlerinin mevcut durumunun ve gelecekteki potansiyellerinin AB ülkeleriyle karşılaştırmalı olarak analiz edilmesine odaklanılmıştır.

Çalışmanın temelini literatür taraması ve istatistiksel analizler oluşturmuştur. Araştırma sonucunda ortaya çıkan ana tema ve bulgular tespit edilmiş, araştırma içerisinde kullanılan tanım ve kavramlar ilgili alan içerisinde uygun terimlerle açıklanmıştır.

Çalışma, amaçları kapsamında dört ana bölümden oluşturulmuştur.

"Sağlıkta Koruma Mekanizmaları" başlığını taşıyan ilk bölümde, ilk olarak kavramsal anlam ve içerik aktarımında bulunulmuştur. İkinci olarak modernite öncesi dönemde sağlıkta koruma mekanizmalarının genel özellikleri incelenmiştir. Üçüncü olarak modernite sonrası dönemde sağlıkta koruma mekanizmalarının genel özellikleri üzerinde durulmuştur.

"Ulusal Sağlık Sistemleri ve Özel Sigortalar" başlığını taşıyan ikinci bölüm, üç kısma ayrılmıştır. İlk kısımda başlıca dört sağlık sistem modeli incelenmiştir. İkinci kısımda özel (ticari) sigortalar, modernite öncesi, sonrası dönemler ve günümüz olmak üzere üç dönemsel başlık altında incelenmiştir. Üçüncü ve son kısımda ise özel sigortaların üç farklı sağlık sistem modeli içerisindeki konumu üzerine odaklanılmıştır.

“Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Gelişimi ve Mevcut Durum” başlığını taşıyan üçüncü bölüm üç kısımda incelenmiştir. İlk kısımda Türkiye’de özel sigorta sektörünün cumhuriyet öncesi dönemden günümüze gelişimine odaklanılmıştır. İkinci kısımda Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının branş öncesi ve branşlaşmadan itibaren yaşanan gelişimin aktarımı gerçekleştirilmiştir. Üçüncü ve son kısımda ise özel sağlık sigortacılığının günümüzdeki durumu hem alt branşlar itibarıyla incelenmiş hem de uluslararası karşılaştırılmalarla mevcut duruma odaklanılarak bölüm sonlandırılmıştır.

“Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Analizi” başlıklı dördüncü ve son ana bölümde ise istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Dördüncü bölüm üç kısımdan oluşturulmuştur. İlk kısımda analiz modeli, analizde kullanılan verilerin tasarım süreci, analiz yöntemi ile literatürün aktarımı gerçekleştirilmiştir. İkinci kısımda analiz sonucunda elde edilen bulgular sunulmuştur. Üçüncü ve son kısımda ise tartışma gerçekleştirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIKTA KORUMA MEKANİZMALARI

1.1. SAĞLIKTA KORUMA MEKANİZMALARININ ANLAM VE İÇERİĞİ

Sağlıkta koruma mekanizmaları kavramı, tek başına tanımlanması güç olan bir kavramdır. Etimolojik kökende kavramın üç farklı kelimenin bileşkesinden oluşması, kendi içerisinde unsurlar içermesi ve çeşitli kavramlarla yoğun ilişkisinin olması sebebiyle kavramsal tanımlama güçlüğünün oluşmasına yol açmaktadır. Bu kısımda sağlıkta koruma mekanizmaları kavramının önce etimolojisi incelenmiş, ardından unsurları üzerinde durulmuş ve son olarak da sağlıkta koruma mekanizmalarının diğer kavramlarla ilişkisi incelenmiştir.

1.1.1. Sağlıkta Koruma Mekanizmalarının Etimolojisi

Sağlıkta koruma mekanizmalarının incelenmesi öncesinde etimolojik olarak ilgili kavramların irdelenmesi ihtiyacı mevcuttur. Buna göre ilk irdelenmesi gereken doğal olarak sağlığın ne olduğu ve nasıl tanımlandığıdır. Böylelikle oluşturulan koruma mekanizmalarının dönüşümünün çok daha anlamlı şekilde algılanması mümkün olacaktır.

Otoritelerce farklı kriterlerin referans alınması sağlık kavramı ile ilgili birbirinden farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu durumsa dünyaca kabul görmüş genel bir tanım üzerinde ortak bir karara varılamamasına sebep olmaktadır. Temel olarak sağlığın "hastalık durumunun olmaması" şeklinde ele alınması mümkün olsa da günümüzde tanım kapsamı oldukça genişlemiştir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1979 yılında gerçekleştirilen Alma-Ata Konferansı'nda sağlığın kapsamına yönelik yapılan tanım, hastalığın veya sakatlığın olmaması durumunun yanı sıra bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik halinde olması şeklinde genişletilmiştir (Ateş, 2013: 1). Benzer tanımlama 1962'de

Türkiye'de de yapılarak sağlık kavramının yalnızca hastalık veya maluliyet durumunun yokluğu ile sınırlı olmadığı, aynı zamanda ruhen ve sosyal açıdan bireyin tam iyilik halinde bulunması gerektiği vurgulanmıştır (Ertürk Atabey, 2012: 5). Bununla birlikte tanım kapsamının genişlemesi erişim ve ölçüm yapma açısından yaşanacak güçlükler sebebiyle çeşitli eleştirilere de maruz kalmıştır (Ateş, 2013: 1).

Ortak bir tanımda uzlaşılamamış olsa da DSÖ'nün tanımı yaygın olarak kabul görmektedir. DSÖ'nün tanımı içinde yer alan fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutların ölçülmesinin mümkün olamaması, herkesin ihtiyacına yönelik sağlık amacının gerçekleşmesini oldukça zorlaştırmakta ve algılanan iyilik halinin sağlık durumunu gerçekten iyi bir biçimde yansıtıp yansıtmadığı sorununu ortaya çıkarmaktadır. Buna ek olarak söz konusu algının toplumlara göre oldukça değişkenlik göstermesi sebebiyle bu tanımın evrensel anlamda başvurmak için fazla geniş ve kapsamlı olmasına, ayrıca ideal sağlık durumundan bahsederken bunun, somut ve tanımlanabilir bir durum gibi ifade edilmesine ütopik olduğu gerekçesiyle eleştiriler yöneltilmiştir. Ancak zaman içerisinde söz konusu tanım geniş oranda kabul görmüş ve yöneltilen eleştirilerin devam etmesine rağmen tıbbi modele karşı olarak geliştirilen popüler bir alternatif haline gelmiştir (Somunoğlu, 1999: 57-59).

"Sağlıkta koruma" etimolojisinde yer alan bir diğer kavram olan "koruma" ile "güvenlik" kavramı eş anlamlıdır. "Koruma" kavramı, genel olarak risklere karşı önlem alma şeklinde tanımlanabilir. Böylece "sağlıkta koruma" kavramıyla sağlıkta oluşabilecek risklere karşı koruma sağlanması ya da hastalık riskine karşı koruma oluşturulması anlaşılabilir. Bu noktada, korumayı sağlayacak unsurların hangi kişi, kurum, sistem/mekanizma olduğu sorularıyla karşılaşılmaktadır.

1.1.2. Sağlıkta Koruma ve Unsurları

Sağlıkta koruma mekanizmaları, kendi içerisinde çok sayıda farklı unsuru barındırmakta olduğundan karmaşık bir kavram özelliği taşımaktadır. Sağlıkta koruma denildiğinde koruyucu sağlık hizmetlerinden tedavi edici sağlık hizmetlerine kadar

sağlık hizmeti veren kurum ve personel ile finansmanı sağlamak üzere oluşturulan mekanizmaların bütünsel şekilde bir arada değerlendirilmesi ihtiyacı oluşmaktadır. Buna göre sağlıkta koruma mekanizmalarını, sağlık hizmet sunucuları ve sağlık finansman sağlayıcısı kurumlar olarak iki ana başlıkta toplamak mümkündür (Tatar, 2011: 105-106).

Sağlık hizmet sunucularını kendi içerisinde sağlık hizmet sunucusu kurumlar ve sağlık personelleri olarak iki ana başlıkta toplamak mümkündür. Sağlık hizmet sunucusu kurumları, çeşitli düzeydeki hastanelerden sağlık merkezlerine ve hatta muayenehanelere kadar oldukça fazla çeşitliliğe sahiptir. DSÖ tarafından hekimden eczacı yardımcılarına ve hatta veterinerlere kadar çok geniş yelpazede yer alan sağlık personelleri ise 29 başlık altında toplanmaktadır (Fişek, 1983: 124-126).

Sağlıkta koruma mekanizmaları içerisinde ikinci boyutu oluşturan sağlıkta finansman kaynakları ise Fişek (1983: 141) tarafından dört başlık altında toplanmıştır:

1. Hükümet genel bütçesi,
2. Zorunlu sosyal sigorta fonları,
3. Özel sigorta şirketleri ve yardım cemiyetleri gibi kurum ve organizasyonlar,
4. Kişisel ödemeler.

1.1.3. Sağlıkta Koruma ve Sosyal Güvenlik İlişkisi

Sağlıkta finansman sağlayıcı kurumlar kapsamında sosyal güvenlik kuruluşlarını primli ve primsiz sosyal güvenlik kuruluşları olarak ikiye ayırmak mümkündür. Primli sosyal güvenlik rejimi içerisinde ilk unsuru oluşturan kurumsa sosyal sigortalardır. Sosyal sigortalar, çalışan nüfusun bir kısmını iş görme yetilerinin zarara uğraması veya benzer risklere karşı koruma altına almakla birlikte bu koruma mekanizmasından faydalanmak isteyen sigortalıda herhangi bir maddi kaynak ya da varlığa sahip olma mecburiyeti aramamaktadır (Gökçeoğlu, 2015: 134-135). Sigortalıların ödedikleri primler ile finansmana katılması, bu sigorta türünün kural

olarak primli rejim esasına dayandığını göstermektedir. Bu yönüyle de teknik olarak diğer sigorta türleriyle benzerlik göstermekle birlikte sosyal sigortaların zorunlu olması ve sosyal adaletin sağlanmasına yönelik misyon üstlenmesi, sosyal sigortaları özel sigortalardan ayırmaktadır. Sosyal sigortalardaki bu misyon, "kendi kendine yardım" ilkesini işveren ve devletin de finansmana katılımıyla aslında bir tür "dışarıdan yardım" ilkesine dönüştürmekte ve gelirin yeniden dağıtımı yoluyla sosyal adaletin sağlanması işlevini yerine getirmektedir (Dilik, 1971: 82). Bu ilkeler doğrultusunda sosyal sigortaların koruma sağladığı riskler; iş kazası, meslek hastalıkları, mesleki riskler dışında kalan hastalık, analık, malullük, yaşlılık, ölüm, işsizlik ve aile yardımları şeklinde sıralanmaktadır (Güneş ve Yakar, 2004: 128). Dolayısıyla da sağlık riskine karşı koruma, sosyal sigorta sistemleri içerisinde son derece geniş bir alanı kapsamaktadır (Maral, 1995: 125).

Primli sosyal güvenlik rejimleri içerisinde ikinci ana unsuru oluşturan kısım ise özel sigortalardır. Özel sigortalar, kâr amacı güden kurumlarca hizmet veren ve müşterilerinin muhtemel risklerine karşı devlet yardımı gözetmeyen, prim esasına dayalı olmakla birlikte katılımı kişisel tercihe bırakılmış, herkese açık bir sigorta türüdür (Tiryaki ve Tatar, 2000: 127). Özel sigortalara, sosyal sigortaların özelliklerinden biri olan sosyal adaletin temini gibi bir misyon yüklenmemesi ve zorunlu olmaması gibi gerekçelerle zorunlu sosyal güvenliğe ek olarak hizmet veren kuruluşlar gözüyle bakılmaktadır.

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde ikinci rejimi oluşturan primsiz sosyal güvenlik rejimleri kendi içerisinde sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Dilik (1980: 73) sosyal hizmetleri, bireylerin birbirlerine ve bulundukları çevreye adaptasyonunu kolaylaştırma amacını taşıyan örgütlenmiş çalışmalar olarak tanımlamaktadır. Bu amaç, toplumu oluşturan birey, grup ve toplulukların ihtiyaçlarını karşılamaya ve toplum yapısındaki değişimler sebebiyle olası adaptasyon sorunlarına yardımcı olmaya yöneliktir. Sosyal ve iktisadi durumların düzeltilmesiyle ilgili topluca önlemler alınması da aynı amaca yöneliktir. Ancak iktisadi yardımlar Gökçeoğlu'nun (2015: 136) da vurguladığı gibi nakdi olmaktan çok

mal ile malzeme yardımı ve hizmet sunumu şeklinde gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla merkezi bütçeden finanse edilen sağlık hizmetlerini de sosyal hizmetler kapsamında değerlendirmek mümkündür. Sosyal yardımların muhatabı da sosyal hizmetlerdeki gibi yardıma muhtaç kimseler olmakla birlikte kapsamı sosyal hizmetlere kıyasla daha dardır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ya da bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumunca sağlanan gelir, kendisinin ve ailesinin geçimi için yetersiz kalan muhtaç durumdaki kişilere geçinebilmeleri için devlet tarafından sağlanan transferler sosyal yardım olarak tanımlanmaktadır (Gökçeoğlu, 2015: 135). Diğer bir ifadeyle sosyal yardımlar, ortaya çıkması muhtemel sosyal risklerin neticelerini ortadan kaldırmak için yapılan yardımlardır (Şenocak, 2009: 436).

1.1.4. Sağlıkta Koruma ve Özel (Ticari) Sağlık Sigortaları

Sağlıkta koruma içerisinde özel (ticari) sigortalar oldukça önemli yer tutar. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörler içerisinde ve bireysel etkenler arasında gelir düzeyi ve sağlık güvencesinin yer aldığı görülmektedir. Sağlık güvencesindeyse sağlık sigortalarının kapsamı ve finansal sınırları önem taşımaktadır (Gözlü ve Tatlıdil, 2015: 149-150). Ticari sağlık sigortaları, sağlık hizmetlerinde geri ödemede üçüncü taraf ödeyiciler (1. Taraf: Hasta, 2. Taraf: Sağlık Hizmet Sunucuları) arasında özel sağlık güvencesi sağlayan kuruluşlar konumundadır (Akyürek, 2012: 126-127). Olası risk oranına göre hesaplanan prim karşılığında, müşterisinin beklentisini ve ödeme gücünü gözeterek hizmetten faydalanma imkânı sunmasından dolayı ticari sağlık sigortalarına yoksulların erişimi ise oldukça güçtür (Sonğur, 2016: 203).

Prim-ivaz (karşılık) ilişkisinin yüksekliği, özellikle ödeme gücü düşük olan geniş yoksul kesimlerin kapsam içerisine alınmalarını engellediğinden dolayı özel (ticari) sigorta şirketleriyle tamamen şekillendirilen sistemlerde sağlıkta koruma mekanizmalarının işleyişi aksayabilmektedir. Bu durum, koruma altına alınan toplumun bir bölümünün koruma kapsamı dışında tutulmasına ya da bir şekilde herkesin sistem içerisine girişi sağlansa dahi en azından tam güvence sağlanmasının mümkün olamamasına yol açmaktadır.

1.2. MODERNİTE ÖNCESİ DÖNEMDE SAĞLIK RİSKİNE KARŞI KORUMA

Sağlık riskine karşı korunma ihtiyacı, sosyal güvenliğe olan ihtiyaç kadar köklü geçmişe sahiptir. Bir arada yaşama ile birlikte karşılaşılan çeşitli sorunlar karşısında kolektif çözümler türetme yoluna gidilmiştir. Sağlıkta koruma mekanizmalarının oluşturulmasıysa toplumlarda duyulan ihtiyaç doğrultusunda dönemsel gelişim göstermiştir (Akkaya, 2000: 83). Bilinen ilk topluluklarda aile, kabile içi dayanışma ve yardımlaşma, oto-koruma mekanizması etkilidir (Özger, 2011: 25-26). Söz konusu aile, kabile içi yardımlaşma ve dayanışma, günümüzdeki anlamıyla kurumsallaşmış koruma mekanizmalarının da temelini oluşturmuştur. (Güvercin, 2004: 90). Bu topluluklarda, hastalık ve sakatlık gibi sağlık sorunları sebebiyle çalışamayanların geçimleri yaşlılar ve çocuklarda olduğu gibi yine aile ve kabileler tarafından sağlanmıştır. Akkaya (2000: 83)'nın genel olarak sosyal güvenlik konusunda bu dönem için yaptığı "doğal sosyal güvenlik" isimlendirmesinin içeriğinde sağlık riski kapsamında olanlar önemli yer tutmuştur.

Neolitik devrim sonrasında toplumların oluşumu oldukça uzun zaman almıştır. Toplumların, dolayısıyla devletlerin oluşumuyla aile ve kabilelerle şekillenen risklere karşı oto-korumanın yanı sıra kurumların teşekkülü de mümkün olmuştur. Örneğin, M.Ö. VI. ve V. yüzyıllarda oldukça zengin ticaret merkezlerine dönüşen Antik Yunan kentlerindeki üretim ilişkilerinin değişimi ve toplumsal işbölümünün gelişimi ile sosyal güvenlik, "doğal sosyal güvenlik"ten uzaklaşarak bu dönemde uygulanmaya başlanan "sosyal yardım sandıkları" ile nispeten kurumsallaşmaya başlamıştır. Bu sandıklar, hastalık, kaza, sakatlık ve yaşlılık gibi sosyal risklere karşı kendilerini güvence altına almak isteyenler tarafından başvurulan önemli bir kurum olmakla birlikte dayanışma açısından da etkin bir rol üstlenmiştir. Fakat bu sandıklar, genellikle kamu müdahalesinden yoksun, oldukça dağınık olmalarından dolayı dar kapsamlı kalarak söz konusu etkileri de sınırlanmıştır (Akkaya, 2000: 83).

Modernite öncesi sağlık riskine karşı koruma mekanizmalarının incelenmesi için bu noktada modernitenin başlangıç noktasını belirleme ihtiyacı mevcuttur. Ancak "modernite" kavramı, her bir disiplin için farklı olay ve tarihleri işaret etmektedir. Sağlık riski konusu esas alındığında, içeriğinde yoğun olarak yer aldığı sosyal güvenlik disiplininden hareket edilmesi mümkündür. Sosyal güvenlik disiplini çerçevesinde milatsa, Güvercin (2004: 90)'in işaret ettiği üzere sanayileşmenin riskler üzerinde arttırıcı etkisi sebebiyle "Sanayi İnkılâbı" olarak kabul edilmektedir. Sanayi İnkılâbı'ndan sonra doğal sosyal güvenlik dönemindeki oto-koruma mekanizmaları yetersiz kalarak risklere karşı korumayı sağlayacak kurumlara ihtiyaç artmıştır.

Buna göre sağlıkta koruma mekanizmaları modernite öncesi ve sonrası dönem olarak ikiye ayrılabilir. Modernite öncesi dönem, neolitik devrimden başlayıp Sanayi İnkılâbı'na kadarki uzun süreci içermektedir. Buna karşılık birkaç yüz yıllık süreci tanımlayan modernite sonrası dönemde yaşanan değişimler, binlerce yılı bulan modernite öncesi döneme göre oldukça süratlidir (Akyıldız, 1999: 197).

1.2.1. Antik Dönemde Sağlık Riskine Karşı Koruma

Tarım devrimi sonrasında yavaş yavaş oluşmaya başlayan toplumlarda, devlet ve uygarlıklarda sağlık riskine karşı bireyin korunması amacıyla çeşitli uygulamalara girişilmiştir. Bu dönemde, üç önemli uygarlığın insanlık tarihinde ayrıcalıklı önemi vardır. Eski uygarlıklar içerisinde, binlerce yıl varlığını sürdürerek kurumsal kimliğe ulaşan "Eski Mısır Uygarlığı", günümüze pek çok mirası kalan "Eski Yunan Uygarlığı" ve özellikle sahip olduğu kurumlar ve uygulamış olduğu yasalarla milat özelliği taşıyan "Roma Uygarlığı" sağlık riskine karşı koruma kapsamında ele alınabilir. (Şenocak, 2009: 416-417).

Mısır'da, antik çağın kendine özgü sosyal güvenlik tedbirleri içerisinde "sandık" uygulaması önem taşır. Piramitlerin inşasında çalışan taş yontucularının kendi aralarında uyguladıkları bu sistem, sandık üyesinin ölümü halinde ölen kişinin

ailesine ve yakınlarına sandıktan yardım yapılması imkânını sağlamıştır (Kuşçu ve Revanoğlu, 2011: 139).

Antikçağ'da önemli bir diğer uygarlığı oluşturan Yunan Uygarlığı'nda sosyal güvenlik, başlangıçta ailenin ve komşuların yasal güvence altına alınmış yardımları ile sağlanmıştır. Sonradan sosyo-ekonomik yapıdaki değişikliklere bağlı olarak yoksul sayısındaki artışın devlet müdahalesini gerektirmesiyle, göç ve iskân gibi sosyo-ekonomik bazı tedbirlerin yanı sıra sosyal güvenlik temelli uygulamalar dâhilinde sağlık risklerine karşı korumaya yönelik bazı yardım derneklerinin faaliyete sokulmasına da yol açmıştır. Ayrıca yoksul hastalar için toplanan doktorlar vergisiyle maaşları varlıklılarca karşılanan "fakir doktorları"nca bedelsiz muayene ve tedavi hizmeti verilmiştir (Dilik, 1988: 43-44). Mesleki yapılanmalara da gidilerek, esnaf ve zanaatkârın yardımlaşma ve dayanışmaya dayanan birlik ve loncaları dışında, defin ve hastalara yardım amaçlı dernekler de etkin olmuştur (İstanbulluoğlu vd., 2010: 88).

Roma Uygarlığı incelendiğinde, sağlık riskine karşı uygulamalarda Antik Yunan Uygarlığı ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Ayrıca karşılıklı yardımlaşma esasına dayanan en eski uygulamalardan olan hastalık sandığı birliklerinin (collegia tenuiorium) sağlık riskine karşı korumadaki yeri önemlidir (Şenocak, 2009: 417). Hastalık sandıklarının faaliyet kapsamlarına bakıldığında, hastalık ve kaza hallerinde üyelerinin maruz kaldıkları gelir kayıplarının karşılamasından, muayene, tedavi ve ilaç yardımında bulunulmasına kadar geniş bir hizmet alanıyla karşılaşılmaktadır. Üyelerinin hastalık ve kaza halleri sebebiyle uğradıkları zararları karşılandığı için bu sandıklarla, sağlık riskine karşı bir çeşit koruma mekanizması geliştirilmiştir. Sağlık riskine karşı korumada karşılık esası dışında kilise ve manastır gibi dini kuruluşların bünyesindeki hastanelerde fakirlere parasız tedavi hizmeti sunulması ve bakım sağlanması da yaygın olup, bu tür hizmetlerin giderleri ise halkın bağışlarından oluşan fonlardan karşılanmıştır (Şenocak, 2009: 418).

1.2.2. Batı Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma

Roma'nın yıkılmasıyla birlikte Avrupa'da 550-600 yıl süren erken ortaçağ dönemi başlamıştır. Kaosun yaşandığı bu dönemde devletler zayıflayıp yok olmuş, malikâne düzenine geçilmiş, kentler düşüşte olduğundan lonca sistemi oluşturulamamış, halka yönelik sosyal güvenlik sistemi manastırlar eliyle sosyal yardımlar şeklinde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Yaklaşık 1000 yıllarından itibaren ekonominin güçlenmesiyle kentler canlanmış, devlet düzeni sağlanmış ve loncalar yeniden oluşturularak sandıklar kurulmaya başlamıştır (Çetin, 2002: 82-83). Böylece manastırların yanı sıra karşılığa dayanan ve bu açıdan sosyal sigortalara denk gelen sandıklar ile risklere karşı koruma, kentlerde çalışanlar için yeniden tesis edilmiştir (Güran, 1995: 26).

Ortaçağ'ın önemli bölümünde devletlerin fonksiyonsuzluğu, sosyal güvenlikte etkin uygulayıcılar konumuna erişmelerini engellemiştir. Öte yandan aynı dönemde Cermen bölgesinde, özgün ve istikrarlı bir yapının olduğu görülmektedir (Akyüz, 2008: 65). Ancak Büyük Şarl'dan sonra devlet desteği zayıflamış, kilise ve manastırlar eskisi gibi kendi kaynaklarıyla hizmet vermeye devam etmiştir. Devlet desteğinin kesilmesiyle sosyal yardımlarda kralların yerini, kiliselerin ruhanileri ve manastırların rahipleri almıştır. Manastırların sosyal yardım faaliyetleri özellikle XII. yüzyıl Haçlı Seferleriyle önem kazansa da zamanla önemini yitirerek yerlerini, kendilerini hasta ve terk edilmiş din kardeşlerine adayan ruhani şövalye tarikat üyelerine bırakmıştır (Dilik, 1988: 49-50). Batı toplumlarında sosyal güvenliğe yönelik uygulamaların meslek teşekkülleri dışında dini öğretilere dayandığı görülmektedir (İstanbulluoğlu vd., 2010: 89). Ancak kilise ve manastır gibi dini kurumların etkisi, XV. yüzyılın sonlarına doğru reform hareketleriyle gerilemeye başlamıştır (Çetin, 2002: 84-85).

Dini öğretilere dayanan sosyal yardımların uygulayıcı aktörler içerisinde uzun süre baskınlığını koruyan kilise ve manastırların yanı sıra ruhani şövalye tarikatları ve hastane kardeşlik birlikleriyle karşılaşılmaktadır. Haçlı Seferleri sırasında oluşarak süratle yaygınlaşan ruhani şövalye tarikatlarına bağlı üyeler, bir süre sonra hastaneler

kurup işletmişlerdir. Muhtaçlara hekimlerce ücretsiz muayene, tedavi ve ilaç hizmeti veren bu hastaneler; tımar gelirleri, bağış ve yardımlarla finanse edilmiştir. Hizmetlerdeki artış, şövalyelik görevlerini aksatmamak için bu üyeleri hastane hizmetleri için personel alımına yöneltmiştir. "Kardeş" adı verilen personeller hastane hizmetlerinin yanı sıra yönetimde de aktif rol alarak Hastane Kardeşlik Birlikleri'nin temelini oluşturmuştur. Zamanla şövalye tarikatlarının yerini alan birlikler, hastaneciliğin gelişimine de katkı sağlamıştır. Hastane Kardeşlik Birlikleri, hastanelerin kurulması, yönetilmesi ve işletilmesinin yanı sıra başkalarınca kurulan hastanelerin yönetimini de üstlenmiş, gebe ve yetimlerin tedavi ve bakımlarını da içeren genişlikte sağlık hizmet sunumunda bulunmalarını sağlamıştır (Dilik, 1988: 50).

İleri Ortaçağ boyunca güçlenen şehirler, sosyal güvenlik konusunda uygulayıcı konumuna aşamalı olarak erişmiştir. Güçlenen şehirler kendi hastanelerini kurup işletmeye başlamışsa da kötü yönetim ve israfın sonuçları, XV. yüzyıl başlarına doğru olumsuz etkilerini hissettirmiştir. Bir sonraki yüzyıl başlarına gelindiğinde, bazı devletlerce şehirlere ait fakir tüzükleri çıkarılarak şehir ve belediyelere kendi fakirlerine bakma zorunluluğu getirilmiştir (Dilik, 1988: 51).

Orta Çağ Avrupası'nda bir diğer sosyal güvenlik uygulayıcısı, meslek teşekküllerinin oluşturdukları yardım sandıklarıdır. Avrupa'da X. ve XIII. yüzyıllar arasındaki canlanma, kentlerde nüfus artışına ve ticari-zanaat teşkilatlarında değişime yol açmıştır (Bakır ve Ülgen, 2009: 137). Esnaf ve zanaatkârlar başlarda özgürce faaliyet gösterirken mal ve hizmet üretiminin kontrolsüzce artışı, bu hususta bazı düzenlemeler yapılmasını gerektirmiştir. Yapılan düzenlemelerle hem ürün kalitesindeki düşüşün hem de esnaf ve zanaatkârların geçim sıkıntısına düşmesinin önüne geçmek amaçlanmıştır. Buna yönelik çalışmalar sonucunda meslek teşekkülleri (loncalar) kurulmuş ve bir süre sonra tüm esnaf ve zanaatkârların loncalara üyeliği zorunlu tutulmuştur (Dilik, 1988: 53-54). Loncalar başlangıçta esnaf ve zanaatkârların faaliyetleri üzerinde tümüyle söz sahibi olamamıştır. Ancak üretimdeki artışa paralel olarak artan kalfa ve çırak sayısı ile bunların yemek, barınma ve ücretleriyle sorumlu tek merci haline gelmiştir. Söz konusu düzenlemeler, sosyal risklere karşı korunmaya

yönelik yardım sandıklarının kurulmasını sağlamış ve sandık yönetimi loncaların yaşlılarınca gerçekleştirilmiştir. Zamanla usta olmaları güçleşen kalfaların, ustalarıyla da araları açılınca, kilise ve asillerin desteğini alarak "Kalfa Kardeşlik Birliği" isimli kendi teşekküllerini kurmuşlardır. Birlik içerisindeki yaşlı ve kıdemli kalfaların bulunduğu bir yönetim tesis edilerek birlik üyeleri için sağlık riskine karşı bir çeşit koruma mekanizması geliştirilmiştir (Kozak, 1992: 63). Yardım sandıklarında, üyelerine sağlık riskine karşı korunma kapsamında ücretsiz muayene, tedavi ve bakım hizmeti verilmiş, ayrıca hastalık döneminde gelirden yoksun kalfanın ailesine de maddi yardımda bulunulmuştur (Dilik, 1988: 55). Kendi teşekküllerini kurmadan önce, lonca yardımlaşma sandıklarına zorunlu olarak aidat ödeyen ve ustalarınkine benzer sosyal güvenlik hizmeti alan kalfalar, Kalfa Kardeşlik Birliği'nde de zorunlu aidatlara dayanan yardım sandıkları oluşturmuştur (Kozak, 1992: 63).

Dönemin ekonomik ve siyasi etkileri XVI. yüzyıl başlarında meslek teşekkülleri dâhilindeki sosyal yardımlarda değişiklik yapılarak yeni düzenlemelere gidilmesine sebep olmuştur. Bu dönemde ilk olarak madenciler arasında, meslekteki risklerin fazlalığından dolayı muhtemel hastalık veya kazalara karşı dayanışma esasına dayanan bir tür "üretim birliği" oluşturulmuştur. Söz konusu mekanizma, hastalığa yakalanmış veya kazaya uğramış üyelerin maddi sıkıntılarının hafifletilmesi için birliğe üye olanlar arasında para toplanması ve sağlık sorunları sebebiyle çalışamaz halde olanların işini diğer üyelerin üstlenmesi şeklinde işleyerek, işçiler için gelir kaybının önüne geçilmesi sağlanmıştır. Birlik, zamanla güçlenerek hasta ve kazazedelere tedavi, bakım ve barınma hizmeti veren maden hastaneleri kurmuştur. Masrafların artmasıyla finans kaynağı arayışına gidilmiş, işçilere ücret ödeme günlerinde gönüllü olarak bağış yapılması için işyerlerine kutular konulmuştur. Birliğe üye maden işçilerinin gönüllü bağışları zamanla ödenmesi zorunlu aidata dönüşmüş, maden sahiplerinin de finansmana katılımı zorunlu tutularak yardım sandıklarının oluşum süreci tamamlanmıştır. Hastaların, kazazedelerin ve ailelerinin bakım ve tedavi masrafları da aidatlarla karşılanmıştır (Dilik, 1988: 51-52).

1.2.3. Doğu Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma

Osmanlı Devleti, kuruluşundaki 5631 km2'lik yüzölçümünü Fatih Sultan Mehmed döneminde 2,2 milyon km2'ye, Yavuz Sultan Selim döneminde 6,6 milyon km2'ye, Kanuni Sultan Süleyman döneminde 15 milyon km2'ye ve 17. yüzyılın sonunda 24 milyon km2'ye ulaştırmıştır (Tabakoğlu, 2012: 229). Eski dünyanın neredeyse tamamına hükmeden Roma İmparatorluğu'nun yüzölçümü 5,5 milyon km2'dir (Zeytinoğlu, 1976: 41), Osmanlı Devleti'nin bu bölgede Doğu toplumlarını temsil gücünün yüksek olduğu sonucuna varılabilir. Bu nedenle Doğu toplumlarındaki durumun incelenmesinde Osmanlı Devleti'ndeki duruma odaklanılmıştır.

Doğu toplumlarında sosyal yardımlaşma ve dayanışma esasına dayanan birlik, teşkilat ve teşekküllerin çıkış noktası, Batı toplumlarındaki gibi dönemin dini inançları ve inançların yardımlaşmaya yönelik öğretileridir (Ertunç, 2013: 347). Genellikle gelenek ve gönüllülük esasına dayanan sosyal yardımlar ise VII. yüzyılın ilk yarısında İslam'ın doğuşu ve ikinci yarısındaki gelişimiyle ibadet esaslarından biri haline gelmiştir (Zengin vd., 2012: 134). Örneğin bu kapsamda zekât, zengin Müslümanların malından fakirlere tanınmış bir haktır. Zekâtın farz (zorunlu) kılınmasıyla bu ibadetin doğru uygulanması için peygamberce görevlendirilmiş yetkililer, İslam'ı kabul eden kabilelere giderek zengin Müslümanlardan topladıkları zekâtı aynı kabile fakirlerine dağıtmışlardır. Zekât dışında, maddi imkâna sahip Müslümanlar için zorunlu tutulan kurban ibadeti; gönüllülük esasına dayanan sadaka, fitre, fidye vb. diğer uygulamalarla gelir dağılımı adaletinin sağlanması amaçlanmıştır (Duman, 2008: 384).

Ortaçağın başlarında Doğu toplumlarında sosyal güvenlikle ilgili önlem ve uygulamalar, X. yüzyıldan itibaren "fütüvvet anlayışı"nın doğuşuyla farklılaşarak bu anlayışa sahip kimseler arasında dayanışmaya dayanan sosyal birliğin oluşumuna yol açmıştır. Dönemin Abbasi halifesinin 1182'de teşkilata katılması, bu anlayışın bir meslek ve zanaat dayanışma birliğine (fütüvvetçilik) dönüşmesine katkı sağlamıştır. Böylece "ahilik" kavramı XIII. yüzyılda Anadolu'da da kullanılmaya başlamış ve fütüvvet anlayışının Selçuklu hükümdarlarınca benimsenmesiyle de esnaflarca ahilik

yaygınlaştırılmıştır (Günay, 1998: 70). Selçuklularda gelişen ahilik, Osmanlıların ilk dönemlerinde Anadolu'da iç güvenliğin sağlanmasında da etkili olmuştur. Osmanlı Devleti'nin kuruluşu sonrasında ahiliğin asayişteki rolü zamanla kaybolmuş, varlığını hayırsever esnaf teşkilatları (lonca-gedik) olarak devam ettirmiştir (Saymen, 1954: 922; Çiftçi, 2015: 46). Başlarda yalnızca debbağlık ve deri işçiliği ile uğraşan ahilerin faaliyet alanlarının zamanla çeşitlenmesi, ahiliğin bir üstünlük alameti olarak görülmesine sebep olmuştur (Gündüz vd., 2012: 38). Ahilik, XVII. yüzyılın sonlarına kadar önemli sosyo-ekonomik görevleri yerine getirmişse de zamanla gayrimüslim esnaf ve zanaatkârlarla ortak çalışma zorunluluğunun ortaya çıkması, "Gedik" adı verilen yeni bir yapılanmaya gidilmesine yol açmıştır (Mahiroğulları, 2008: 144). Teşkilatın temel vazifesi ahilikte olduğu gibi çıraklık-kalfalık-ustalık hiyerarşisini koruyarak çıraklık ve kalfalıktan yetişmeyen, diğer bir deyişle "gedikli" olmayanlara dükkân açma yetkisi vermeyerek "ihtiyaca göre üretim ve ihtiyaç kadar dükkân" ilkesi ile sosyo-ekonomik risklerin önüne geçmek olmuştur (Yörük vd., 2002: 300). Bununla birlikte sosyal güvenliğe yönelik olarak meslek teşekküllerine ait sandıklar (teavün), meslek mensuplarının ve aile fertlerinin sakatlık, yaşlılık, hastalık ve ölüm hallerinde yardımda bulunarak sosyal risklere karşı bir çeşit koruma mekanizması sağlamıştır (Çiftçi, 2015: 46). Meslek mensuplarının ödeme güçlerine göre haftalık veya aylık olarak ödedikleri aidatlarla çıraklık, kalfalık ve ustalığa geçişte alınan harçlar, bu sandıkların finansman kaynağını oluşturmuştur (Alper, 2015: 6).

İslam ülkelerinde sosyal güvenlik kapsamında hizmet veren bir diğer kurum ise vakıf müessesesidir. Din temeline dayanan hukuki ve sosyal bir kurum olan vakıflar, dönemin sosyo-ekonomik hayatına önemli ve olumlu katkı sağlamıştır. Armağan (2009: 73-74)'ın aktarımıyla Hanefi Mezhebi'nin iki büyük imamına göre vakıf "bir malın Allah'ın mülkü olarak görülmesi, o malın satmaktan ve satılmaktan men edilmesi" olarak açıklamıştır. Böylece vakfedilen mal veya mülkten sağlanan tüm gelir, hayır işlerinin yürütüldüğü ve "vakıf" ismi verilen kurumların finansmanını oluşturmuştur. Vakıf kurumunun gelişimi Büyük Selçuklu zamanında hız kazanmış ve Osmanlı döneminde genişleyerek zirve noktasına ulaşmıştır (Çizakça, 2006: 21-23). Sosyo-ekonomik faydalarının yanı sıra Selçuklular döneminde her şehir ve kasabada

hastane açılmasına ve böylece halka ücretsiz sağlık hizmeti götürülmesine büyük katkı sağlayarak sosyal güvenlik kapsamında sağlık riskine karşı bir koruma mekanizması haline gelmiştir (Tabakoğlu, 1994: 97). Osmanlılar döneminde ise sosyal güvenlik kapsamında hastaların, kimsesiz çocukların ve yaşlıların bakımı, yolda kalmışların, acizlerin, miskinlerin ihtiyaçlarının karşılanması, kamu yararına çeşitli imar işlerinin gerçekleştirilmesi ve mahkûmların borçlarının ödenmesi gibi birçok hizmette bulunulmuştur. Hastane açıp işletmek ve ayakta tedavinin yanı sıra cüzzam ve diğer ağır hastalıklarda tedavi ve bakımının üstlenilmesi yine vakıflarca gerçekleştirilmiştir. Ayrıca kelime anlamı olarak arızanın çoğulu olan avarız isimli vakıflar da hastalığa yakalanan düşük gelirli köylü ve mahallelilere ücretsiz tedavi hizmeti verilmesi ve ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamıştır (Canan, 1991: 58). Osmanlı vakıfları, özerk ve demokratik bir sivil yapıya sahip olmakla birlikte devlet denetiminden tamamıyla muaf tutulmamıştır. Çoğunlukla sultan ve vezirlere ait olan "Sultan Vakıfları" şeyhülislâm, baş defterdar ve kadı gibi üst düzey devlet görevlilerinin denetimine tabi olmuştur. Yalnızca yönetici tabakasındaki sultan ve vezirler değil, saray kadınları ve özellik valide sultanlar da sosyal güvenlik kapsamındaki sağlık riskine karşı korumaya yönelik "dârüşşifâ" adı verilen büyük vakıflar kurmuşlardır. Ramazanoğlu (2008: 337)'na göre yalnızca sultan külliyelerinin programında yer alan dârüşşifâlarda, Müslüman olan-olmayan herkese yatarak tedavi hizmeti verilmesinin yanı sıra şehirden gelip geçen yabancılar için pazartesi ve perşembe günlerinde haftada iki gün karşılıksız olarak tedavi imkânı tanınmıştır (Songur ve Saygın, 2014: 201).

İlk Osmanlı dârüşşifâsını Yıldırım Bayezid Bursa'da, İstanbul dârüşşifâlarının ilkini Fâtih Sultan Mehmed Fâtih Külliyesi bünyesinde, Osmanlı başkentleri dışındaki ilk dârüşşifâysa Manisa'da yaptırılmıştır. Edirne Beyazid Dârüşşifâsı, Manisa Hafsa Sultan Dârüşşifâsı, İstanbul Haseki Hürrem Sultan Dârüşşifâsı, Süleymaniye Dârüşşifâsı ve Tıp Medresesi, Atik Vâlide Nurbânû Sultan Dârüşşifâsı, Sultan I. Ahmed Dârüşşifâsı XIV-XVII. yüzyıllarda Anadolu'da inşa edilen diğer dârüşşifâlardır. Diğerlerinden farklı olarak yalnızca Süleymaniye Külliyesi'nde tıp eğitimi verilen "dârüttıb" ve ecza deposu olarak kullanılarak diğer dârüşşifâlara ilaç temin eden "dârûhâne" olarak iki hizmet birimi vardır (Sarı, 2012: 102).

1.3. MODERNİTE SONRASI SAĞLIK RİSKİNE KARŞI KORUMA

XVIII. yüzyılın ikinci yarısında artan teknik buluşların yanı sıra dönemin sosyal ve siyasal değişimleri, Avrupa ülkelerinde sosyo-ekonomik dönüşümü de beraberinde getirmiştir. Buharla çalışan makinaların icadından sonra çok sayıda işçiye istihdam sağlayan büyük sanayi işletmeleri kurulmaya başlamıştır (Tatar, 2007: 120). Küçük işletmeler sermaye yetersizliği sebebiyle maddi sıkıntı yaşarken, büyük işletmelere bu konuda kolaylık gösterilmiş, hisse senedi ve tahvil çıkarma gibi yöntemlerle ihtiyaç duydukları sermayeyi edebilmişlerdir. İngiltere'de doğmaya başlayan modern sanayi, liberal kapitalizm ve bunlarla ilişkili olan liberal ekonomi anlayışı, diğer Avrupa ülkelerine de yayılarak Orta Çağ'da emek-sermaye ilişkilerini düzene sokan lonca ve meslek birliklerinin etkinliğini azaltmıştır (Torun, 2003: 183).

1789 Fransız İhtilali'nin getirdiği yeni hukuk düzeninin diğer Avrupa ülkelerini de etkilemesiyle herkes özgürce meslek seçme hakkı elde edince loncaların hiçbir fonksiyonu kalmamıştır. Olumlu sonuçlar alınması beklenen bu değişim ve gelişim, sosyo-ekonomik anlamda büyük sıkıntılara da yol açmıştır (Bulut, 2003: 175). Lonca düzeninin bozulmasıyla sosyal güvenlikten mahrum kalan kalfa ve çıraklar yeni düzenin de ekonomik yönden çökmesi ve hukuken son bulmasıyla, tüm sosyal risklere karşı tamamen korumasız kalmıştır. Sanayileşmeyle beraber ağırlaşan çalışma şartları çırak, kalfa hatta ustaları oldukça kötü duruma düşürmüştür (Dilik, 1988: 70).

Yaşanan gelişmeler toplumda bağımlı çalışan işçilerden oluşan sosyal bir alt tabakaya yol açıp "sermaye" ve "emek" dengesinin bozulmasına ve toplumda iki karşıt sınıf olarak kapitalistler ve proleterler ayrımına sebep olmuştur (Ören ve Yüksel, 2012: 46). Bir tarafta sanayileşmeyle zenginleşen fabrikatörler (kapitalistler), diğer yanda servetten yoksun, çalışma şartları ağır, ücretleri son derece düşük, sayısı milyonlara varan yoksul bir işçi ordusu meydana gelmiştir (Çetin, 2002: 89). Bu zıtlıksa işçi hareketlerini tetiklemiş, bir süre sonra bu sivil hareketler dönemin sosyalist düşünürleri tarafından geliştirilerek siyasi zemine oturtulmuştur. Bu sosyal ve siyasi

gelişimler ilk olarak Almanya'da bir işçi partisi kurulmasına sebep olsa da İngiltere'de oluşan Hristiyan-Sosyal hareketin toplumdaki refah düzeyi yüksek kesimler tarafından da desteklenmesi ile işçilerin korunmasına yönelik tedbirlerin ilk olarak İngiltere'de uygulanmasını sağlamıştır (Sallan Gül, 2000: 57-58; Dilik, 1988: 72).

1.3.1. Batı Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma

Primli sosyal güvenlik (sosyal sigortalar) kapsamındaki modern uygulamalar ilk kez Almanya'da başladıktan sonra diğer ülkelere süratle yayılmıştır (Karadeniz, 2006: 97). XIX. yüzyılda Prusya'da liberal ekonomik düzene geçişle birlikte meslek ve iş seçme özgürlüğüne ve fakirlerin bakım yükümlülüğüne yönelik yasal düzenlemeler çerçevesinde çıkarılan kanun, Germen İmparatorluk Mevzuatı'nda da yer almıştır. Böylece mahalli idareler ve sosyal yardım birlikleri, asgari geçim güvenliğini sağlamakla görevlendirilmiştir (Özel, 2013: 52-53). Birkaç yıl sonra yine Prusya'da çıkarılan bir tüzük, işçilerin sosyal güvenliğine yönelik reform niteliğinde değişiklikleri de beraberinde getirmiştir. Bu tüzük, fabrikada çalışan işçilere yeni yardım sandıkları kurma imkânı verirken kalfalar için de yardımlaşma sandıklarına girme zorunluluğu getirmiştir. Konuyla ilgili çıkarılan başka bir tüzükle mahalli idarelere, bağımsız çalışanlar için yardımlaşma sandıklarına prim toplama yetkisi verilmiştir. Mahalli idareler zorunlu olmadığından bu yetkiyi pek kullanmamış, bu da isteğe bağlı yardım sandıkları dışında yalnızca birkaç zorunlu yardımlaşma sandığının kurulabilmesine imkan tanımıştır. Prusya'da XIX. yüzyıl ortalarında ağırlıklı olarak esnaf ve sanatkârlar, kalfa ve işçiler için çeşitli yardım sandıkları oluşturulmuştur. Ayrıca maden yardımlaşma sandıkları kurularak maden işçilerinin sandıklara üye olmaları, 1854'teki kanunla zorunlu kılınmıştır. Böylece Almanya'da sağlık riskine karşı eyalet düzeyinde bir kamu hukuku kurumu niteliğinde ilk "işçi sigortaları" kurulmuştur. Sigorta niteliğindeki bu sandıklar, üyelerine şu faydaları sağlamıştır:

- Hastalık halinde tedavi ve ilaç yardımı yapılması,
- Ciddi ihmalden doğmayan hastalıklarda, çalışamadığı günler için üyeye ödenek ödenmesi,

- Büyük bir hata sonucu doğmayan malullüklerde üyeye ömür boyu aylık bağlanması,
- Ölüm halinde defin giderlerine katkıda bulunulması,
- Ölüm halinde dul kalan eşe tekrar evlenmediği sürece ömür boyu aylık bağlanılması,
- Ölüm veya malullük durumunda 14 yaşını doldurıncaya kadar çocuklarının eğitim ve bakımının üstlenilmesidir (Dilik, 1988: 74-75).

XIX. yüzyılın ortalarından itibaren Prusya'da, madencilik sektörü haricindeki yardımlaşma sandıkları ise şunlardır:

- Kalfalar yardımlaşma sandıkları,
- Kardeşlik sandıkları,
- Esnaf ve sanatkârlara ait münferit yerlerde yeni kurulmuş sandıklar,
- El sanatları icra edenlerle fabrika işçileri için yeni kurulmuş karma sandıklar,
- Münferit fabrikalar için fabrika sandıkları,
- Bir mahaldeki belli bir sanayi kolu ya da tüm fabrikalar için geçerli fabrika sandıklarıdır (Dilik, 1988: 74).

Prusya'da, 1854'te madenciler dışında çalışanlarla ilgili bir diğer yasal düzenlemeyse hizmetçi ve benzer hizmette bulunanlar için 1810'da yapılmış ve mesleki hastalık durumunda işverenlere, çalıştırdıkları hizmetçilerin tedavi ve bakımını üstlenme zorunluluğu getirilmiştir. Diğer çalışanlarla ilgiliyse sosyal güvenlik kapsamında bir koruma getirilmemiştir (Sallan Gül, 2000: 58).

XIX. yüzyılın ilk yarısında Prusya'daki sosyal güvenliğe yönelik bu gelişmeler diğer ülkelere de örnek oluşturarak benzer tedbir ve uygulamaların oluşumunu desteklemiştir (Şenocak, 2009: 418). Alman Birliği'nin sağlanması, sosyal güvenlik kapsamındaki sağlık riskine karşı korumaya yönelik yeni uygulamaları da beraberinde getirmiştir. Bu uygulamaların başında iş kazaları ve bu kazalardan doğan sakatlık ve ölümde işverenlerin işçilerine karşı tazminat sorumluluklarının genişletilmesidir.

Buna yönelik olarak maden ocakları, taş ocakları, demiryolu ve fabrika gibi nispeten daha riskli işlerde çalışanlara, işyerlerinde meydana gelebilecek kaza ve ölümlere karşı işverenlerin tazminat ödemesine yönelik 1871 yılında bir kanun çıkarılmıştır (Akyüz, 2008: 66). İşverenlerin işçilere karşı sorumluluğunu artıran bu kanun, mevcut sigortaya alternatif olabilecek "özel sigorta" şirketlerinin kurulmasına yol açmış ve 1879'da Almanya'da işçilerin 1/3'ü iş kazalarına karşı sigortalı duruma gelmiştir. Ayrıca çok sayıda hastalık sandığı arasında benzerlik sağlanması için konu ile ilgili birkaç yasal düzenlemeye daha gidilmiş, çıkarılan kanunlara rağmen bu uygulamalar işçilerin sorunlarına bir çözüm getirememiştir (Dilik, 1988: 76).

XIX. yüzyılın son çeyreğinde sosyal güvenlik konusu, Alman kamuoyundaki temel tartışma alanlarından olmuştur. Özellikle Bismarck'ın sosyal güvenliğe yönelik düşünceleri döneme damgasını vurmuş ve uygulamayı düşündüğü reformlar hakkında yetkililerin zihinlerinde bu soruna yönelik başlıca üç temel faktörün oluşmasını sağlamıştır (Bulut, 2011: 60):

- Devlet tarafından yapılacak sosyal yardımlar,
- İşverenin sorumluluğu,
- Sigortalar.

Esasen Almanya'da sosyal sigortalar kurulmadan önce de sosyal güvenliğin sağlanması amacıyla yardımlaşma ve dayanışma derneklerinin yanı sıra özel sigorta şirketlerinden faydalanılmıştır. Bundan dolayı özel sigortalar, sonraki süreçte ortaya çıkacak sosyal sigortaların karakteristik özelliklerini önemli ölçüde belirlemiş olsa da doğrudan sosyal güvenlik ve işçilere yönelik fiili bir önem teşkil etmemiştir.

1.3.2. Doğu Toplumlarında Sağlık Riskine Karşı Koruma

Batı'da, modernitenin yaşandığı XIX. yüzyıla gelindiğinde Doğu toplumlarında sosyal güvenlik alanında dönüşümlerin yaşanmasına yol açacak gelişmeler yaşanmamıştır. Öte yandan Doğu toplumları içerisinde Batı'daki

gelişmelerden yoğun olarak etkilenen Osmanlı Devleti'nde dahi bunu gözlemlemek mümkündür. Neticede Osmanlı Devleti'nde bu yüzyıl içerisinde gerçekleşen Tanzimat ve Islahat Fermanları, devletin idare ve işleyişine etki ederek devlet kurumlarında batılılaşma sürecini de beraberinde getirmiştir (Aydın, 2004: 189-190).

XVIII. yüzyılın sonlarına kadar Batı ülkelerinin hiçbirinde yöneticilerce üstlenilmiş sistematik, planlı ve bilinçli sağlık hizmet politikası olmadığı gibi doğuda varlığını sürdüren Osmanlı Devleti'nde de sistematik sağlık hizmetinden bahsetmek mümkün değildir (Çavdar ve Karcı, 2014: 257). Buna rağmen sağlık hizmetine yönelik Osmanlı Devleti'nin kuruluşundan XVIII. yüzyıla kadar Anadolu'nun birçok büyük şehrinde sağlık riskine karşı korumaya yönelik kısmen de olsa günümüz hastane hizmetlerinin verildiği birçok kurum bulunmaktadır. Finansmanı vakıflarca sağlanan, kapsam ve içeriğine daha önce değinilen bu kurumlarda (dârüşşifâ, dârüssıhha, bîmâristan vs.) oldukça kapsamlı sağlık hizmetleri verilmiştir. Osmanlı Devleti, Selçuklulardan miras kalan bu sağlık kurumlarına yenilerini ekleyerek sağlık riskine karşı bir koruma mekanizması oluşmasına yardımcı olmuştur (Aydın, 2004: 188-189).

Çavdar ve Karcı'ya (2014: 257) göre Osmanlı tıp bilimi, klasik İslam tıbbı niteliğindedir. İslam tıbbındaki ilerleyişin XIII. yüzyıldan sonra yavaşlaması, Batı dünyasında asırlar içerisinde gelişen "bilimsel tıp" anlayışının Osmanlı'ya gelişi de gecikmiştir. Bu yansıma XVII. ve XVIII. yüzyılda kısmen gerçekleşmiştir. Osmanlı'nın klasik tıp anlayışından "modern tıp" anlayışına yönelmesinin ardından 1827'de açılan Askeri Tıp Okulu'nun 1839 yılına kadar modern tıbba geçiş yaptığı görülmektedir. Modern tıp uygulamalarını öğrenerek Batı'daki gelişmelere ayak uydurmak için Osmanlı topraklarına davet üzerine getirilen yabancı hekimler de ülke çapında modern tıp eğitimi ve uygulamalarında önemli katkı sağlamıştır.

Osmanlı Devleti'nde 1840'larda doğudan batıya doğru bulaşıcı hastalık ve salgınları önlemek için "Karantina Örgütü" kurulmuş, bu oluşumla ülke genelinde sağlık teşkilatlanmasına yönelik dolaylı da olsa ilk adım atılmıştır (Aydın, 2004: 189). Bu teşkilatlanma uluslararası bir nitelik taşımasa da ülke içi teşkilatlanmaya yönelik

fikir oluşmasına yardımcı olmuştur. Devlet, sağlık riskine karşı korumaya yönelik ülke içi teşkilatlanmanın ilk adımlarını Tanzimat'tan sonra atmıştır (Çiftçi, 2015: 43). Buna yönelik olarak ülkedeki tüm sağlık personelinin nicelik ve niteliği hakkında bilgi sahibi olmak için hekim ve ebelerin eğitim ve çalışmaları kayıt altına alınmaya başlanmıştır. (Aydın, 2004: 190). Böylece 1861'de çıkarılan "Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname" ile sağlık çalışanları denetime tabii tutulmaya başlanmıştır. Bu nizamnamenin bir hükmüne göre Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Sağlık Bakanlığı) taşra bölgesinde hekim bulundurmakla vazifelendirilmiş ve belediyelerin hekim istihdamı zorunlu tutulmuştur. Böylece sağlık hizmetleri merkezden taşraya doğru yayılmaya başlamıştır. Hekim tayini ile gerçekleştirilmeye çalışılan bu yayılım tabii olarak hekim ihtiyacını da artırmış, ihtiyacı karşılamak için şehir ve kasabalarda görevlendirilmek üzere 1866'da Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye adıyla sivil nitelikli bir tıp okulu açılmıştır. Bu okul henüz mezun vermeden 1871'deki bir tezkere ile mezun olacak hekimlerin görevlendirilme usulü belirlenerek "Memleket Tabibi" ismi ile görev yapacak olan bu hekimlerle sağlık teşkilatlanmasına yönelik ilk adım atılmıştır. Memleket tabiplerini görevlendirme yetkisi "Memleket Tabipliği Osmanlı İdaresi"nin sorumluluğuna verilmiştir. Devlet, kurumları aracılığıyla hekim yetiştirmek ve tayinlerini düzenlemekle sağlık riskine karşı korumaya yönelik yeni bir sağlık mekanizması geliştirmek istemiştir. Batı ülkelerindeki yaklaşıma paralel olarak memleket tabiplerinden beklenen, tedavi edici sağlık hizmeti vermelerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetine yönelik aktif rol oynamaları olmuştur (Aydın, 2004: 195-196). Ülke çapında sağlık örgütlenmesinin oluşturulması ve her kesime hizmet götürme amacıyla yapılan düzenlemeler çerçevesinde "Memleket Tabipliği" unvanından vazgeçilip "Hükümet Tabipliği" unvanı getirilmiştir. Ayrıca il merkezlerinde Sağlık Müdürlüğü kurulması, ilçe ve kasabalarda sağlık sorunlarının görüşülerek bir tür halk katılımını sağlamak amacıyla "Sıhhiye Meclisleri"nin oluşturulması gibi yapısal değişiklikler de olmuştur (Aydın, 2004: 201).

Özetle, Osmanlı Devleti bu süreçte sağlık hizmetinin kapsamını genişletmek için hekim sayısını artırmaya yönelik çalışmalarda bulunmuştur. Sağlık teşkilatlanmasına yönelik oluşturulan kurumlar ve yapılan yasal düzenlemelerle de

sosyal güvenlik kapsamında ele alınan sağlık riskine karşı bir koruma mekanizması kurulması amaçlamıştır.

Osmanlı İmparatorluğu'nda sosyal güvenlik kurumlarının ortaya çıkışı doğal ve geleneksel uygulamalar ile başlamakla birlikte Avrupa'daki sanayileşme sürecinin yaşanmamasıyla ülkede bir işçi sınıfının oluşamaması, mevcut sosyal güvenlik uygulamalarının modern sosyal güvenlik sistemlerine dönüşmesine engel olmuştur. Bu nedenle Sanayi İnkılâbı'nın Avrupa'daki sosyal güvenliğe etkileri Osmanlı İmparatorluğu'nda görülmemiş, kısıtlı ve dağınık olsa da gelenekten gelen sosyal dayanışma, mesleki yardımlaşma ve dini yardımlar, toplumda sosyal güvenlik işlevi görmeye devam etmiştir. Ayrıca organize ve kapsamlı sosyal yardım hizmetlerinde bulunan vakıflar geniş alanda faaliyet göstermiş, imparatorluğun sonlarına doğru kurulan Dârülaceze, Dârüleytâm ve Kızılay gibi kurumlar ise sosyal yardım açısından önemli roller üstlenmiştir (Güvercin, 2004: 91).

İKİNCİ BÖLÜM
ULUSAL SAĞLIK SİSTEMLERİ VE ÖZEL SİGORTALAR

2.1. SAĞLIK SİSTEM MODELLERİ

Toplumun sağlığını korumak, hastalıkları ortadan kaldırmak ve iyilik halinin devamlılığını sağlamak için hastane, sağlık ocağı vb. sağlık kuruluşlarının, ilaç şirketlerinin, tıbbi cihaz üreticileri ve tıbbi malzeme sağlayıcılarının, hizmet sunucularının, eğitim-yönetim ve araştırma kuruluşlarının meydana getirdiği alt sistemler bütünü sağlık sistemini oluşturmaktadır (Aracı ve Kırsay, 2015: 34). Sağlık kapsamına giren hizmetlerin arzı, mevzuatı, finansmanı ve politikası da sağlık sistemini oluşturan ana öğelerdir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 203). DSÖ'nün sağlık sistemine yönelik tanımıysa "öncelikli amacı insan sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek ve bu amaca yönelik her türlü faaliyeti kapsayan bir sistemdir" şeklinde olmuştur (Tatar, 2007: 153). Ateş (2013: 60), sağlık sisteminin taraflarını:

- Toplum ve bireyler,
- Hizmet sunan kurum ve kuruluşlar,
- Finansman kuruluşları,
- Destek kuruluşları,
- Devlet

olarak sınıflandırmıştır.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşları ise;

- Hastaneler,
- Poliklinikler,
- Sağlık merkezleri,
- Aile hekimliği merkezleri,
- Bakım merkezleri (çocuk, yaşlı vb.),

- Tanı merkezleri (laboratuvar vb.),
- Dispanserler (veremle savaş vb.),
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri

şeklinde sıralamıştır.

Sağlık, toplumdaki her bireyi ilgilendirdiği için her ülkede her dönem ilgi görüp araştırılan bir konu olmuştur. Ülkelerin sağlık göstergeleri, gelişmişlik düzeyi ile ilgili ipuçları da vermektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 179-180). Bu ve benzeri nedenlerle sağlık konusu, devletlerin oldukça önem verdiği bir mesele haline gelmiş ve hatta "sağlık hakkı" bazı devletlerin anayasalarında temel insan hakkı olarak yer almıştır. Sağlığa yönelik bu ilginin sonucunda her ülke, benimsediği iktisadi sistem ve ülke içerisindeki sosyo-ekonomik yapıya göre vatandaşları için devletin denetimi veya sorumluluğunda olan bir sağlık sigortası modeli geliştirmeye çalışmıştır. Günümüz şartlarında bireylerin, kendilerine sağlık güvencesi sağlamak için faydalandıkları temel araçlar, kamu ve özel sağlık sigortalarıdır (Oral, 2002: 62).

Dünya genelinde çeşitli sağlık sistemleri olmakla birlikte aynı sisteme sahip ülkelerdeki sağlık sistemleri arasında dahi kültürel, ekonomik ve ideolojik kökenli az veya çok farklılıklar görülmektedir. Hatta sağlık sistemi kapsamında aynı ülkede birden fazla örgütlenme yöntemine rastlanabilmektedir. Fakat ülkeler arasında görülen bu farklılıklar, sağlık örgütlenmelerine yönelik genel bir sınıflandırma yapılamayacağı anlamına da gelmemektedir (Ateş, 2013: 63). Kapsamlı ulusal sağlık sistemi incelemeleri ve sınıflandırmaları 1931'de Arthur Newsholme ile başlamış, 1974'te Fulcher, 1978-1981 arasında Vincent Navaro, 1980'li yıllarda Milton Terris ve sonrasında Mark Field ile devam etmiştir. Sargutan'a (2005: 409) göre bu sınıflandırmalarda dönemin siyasi ve sosyo-ekonomik faktörleri etkili olsa da referans alınan kriterlerin farklılığı sebebiyle sınıflandırmalar arasında benzerlik oluşmamıştır. Sağlık örgütlenmelerine yönelik genel bir sınıflandırmanın yapılması birçok kez denenmişse de zamanla her birinin kısmen eksik yanı ortaya çıkarılmıştır. Bu nedenle

Kılıç ve Bumin, Field'in sınıflamasını daha kapsamlı ve ayrıntılı hale getiren kendi sınıflamalarını yapma ihtiyacı duymuştur (Ateş, 2013: 64). Bu sınıflandırma:

- Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi,
- Özel Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi,
- Ulusal Sağlık Sistemi,
- Sosyalist Sağlık Sistemi,
- İlkel Yapıda Sağlık Sistemi şekildedir.

Söz konusu sınıflandırmada karşılaşılan sorun, ilkel ve karma yapıda sağlık sistemine sahip ülkelerin hangi sistem içine dâhil edileceğidir. Milton I. Roemer'se 1956'dan 1993'e kadar ülkelerin ulusal sağlık sistemiyle ilgili beş çalışma yapmıştır. Son iki çalışmasında sağlık sistemlerini devletin sağlık piyasasına müdahale derecesine göre şöyle gruplandırmıştır:

- Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri,
- Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri,
- Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri,
- Sosyalist Sağlık Sistemleri (Korkmaz vd., 2012: 11).

2.1.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri (Özel Sektör Ağırlıklı)

Serbest piyasa tipi sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talebin ana unsuru özel sektördür. Sağlık hizmetleri talebinin ağırlıklı olarak kişisel ödeme veya özel sigortalara prim ödenmesi koşulu ile sigorta şirketlerince sağlanması, sistemin en belirgin özelliğidir. ABD ve günümüzdeki Çin bu sistemin uygulandığı ülkelerdendir. Devletin sağlık sisteminin finansmanına dolaylı ve kısıtlı katılımının yanı sıra sağlık hizmet arzının ağırlıklı olarak özel sektörce sağlanmasından dolayı bu sağlık sisteminin uygulandığı ülkelerde daha çok maddi imkânı olan bireylerin sağlık hizmeti güvencesi elde edebildiği görülmektedir (Sargutan, 2005: 101-107).

Serbest piyasa tipi sağlık sistemlerinin en köklü uygulayıcısı konumundaki ABD'de ilk modern sağlık sigortası uygulaması 1929'da Dallas'ta gerçekleştirilmiş olup özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında süratli bir gelişim yaşanmıştır (Oral, 2002: 62). Bu çerçevede, 1940'ta sadece 100 milyon dolar düzeyindeki sağlık sigortası prim üretimi 1957'de 42 katlık artışla 4,2 milyar dolara çıkmış, aynı dönemde sağlık sigortasının en yaygın türünü oluşturan hastane sigortası kapsamındaki Amerikalıların ağırlığı da %10'dan %71'e ulaşmıştır (Somers & Somers, 1958: 508). Devlet aracılığıyla sağlık sigortası sisteminin özel sağlık sigortaları kanalıyla uygulamasıysa 1965'te Medicare (Ulusal Kamu Sağlık Sigortası) programıyla gerçekleşmiş, 1979'da "Jimmy Carter'ın sunduğu Ulusal Sağlık Planı'nda yine uygulayıcı olarak özel sigortalar yerini korumuştur (Roemer, 1980: 166). Düzenlemeler sonrasında Amerikan gönüllü sağlık sigortası planları Avrupa'da olduğu gibi bir yapıya bürünmede temelde çok sınırlı değişikliğe uğramış olup örneğin işveren destekli sağlık sigortası planlarının ağırlığı dahi sigortalılar içerisinde sadece %6'ya ulaşabilmiştir (Roemer, 1971: 1161).

Günümüzde ABD'de nüfusun %14-15'i sigorta kapsamı dışındadır (Ahking, vd., 2009: 133). Özellikle 19-25 yaş aralığındakilerde sigortalı olmayanlar, zaman zaman %40'ı aşmaktadır (Martinez & Cohen, 2013: 8). Sistemin işleyiş yapısı, risk esaslı sağlık sigortası temelinde olduğundan, sağlık durumunun kötüleşmesi halinde poliçede değişikliğe gidilerek riske karşı sigorta satın almak mümkün olmamaktadır (Kifmann, 2005: 284). Dolayısıyla yüksek refah düzeyinde olan bir toplumda bu denli geniş kitlenin sadece ekonomik imkânsızlık sebebiyle sağlık güvencesinden yoksun kalması, serbest piyasa tipi sağlık sistemi uygulayıcısı olarak düşük gelirli ülkeler açısından çok daha ciddi boyutlara varan sosyal risk oluşumu anlamını taşımaktadır.

Son yıllarda bu sistemin hâkim olduğu ülkelerdeki sağlık harcamalarında yaşanan artışa paralel olarak, sağlık hizmetleri sektöründe kayda değer büyüme yaşanmıştır. Örneğin Çin'de, bu oran son 10 yılda %16 olarak gerçekleşirken ülkedeki sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2013'te %5,6 olmuştur. Aynı yıl ABD'de sağlık harcamaları GSYİH'nin %16,4'üne karşılık gelmektedir (OECD, 2015: 216; Güçkan ve Tuncel, 1999: 155). Ayrıca ABD'de uygulanan "arz ve talebin birbirlerini

serbest pazar ortamında serbestçe karşılayıp dengelemesi" prensibine endeksli bu sağlık sistemine yönelik teoride amaçlanan "toplum yararına adil ve dengeli sonuçlar" alınmasında uygulamanın yetersiz kaldığı görülmektedir (Sargutan, 2005: 416).

2.1.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri (Karma: Özel ve Kamu Bir Arada)

Batı dünyasında ilk defa zorunlu ulusal sağlık sigortasını kurdurtan, aynı zamanda Alman Devleti'nin de kurucusu Otto Von Bismarck'tır (Fuchs, 1976: 347). Alman sosyal sağlık sigortasının kuruluşuna kadar işverenlerin kaza ve diğer sağlık sorunları karşısında yeterli destek sağlamadığı, daha çok aile, akrabalar, komşular kanalıyla yardımlaşmanın olduğu bir yapı mevcuttur (Light, 1985: 616). Böyle bir ortamda, ilk olarak mavi yakalılar (fabrika işçileri) için 1883'te kurulan sağlık sigortası kapsamında 4 bin hastalık fonu oluşturulmuştur. Sadece 30 yıl içinde beden işçilerinin yanı sıra emekliler, işsizler ve diğer meslek sahipleri de sistem içine alınarak fon sayısı 1911'de 23 bine yükselmiştir (Wysong & Thomas, 1990: 531-532).

Söz konusu sistem, sosyal prim gelirlerine dayalı "sosyal sigorta" temelli olsa da kamu ve özel kesimin sağlık hizmet arzı bir arada bulunabilmektedir. Uygulamada esas olan, tüm bireylerin yarı doğrudan kişisel ödeme niteliğindeki primleri veya doğrudan katılım payı ile zorunlu hastalık sigortası kapsamına alınmasıdır. Almanya ve Fransa bu sistemin uygulandığı ülkelerdendir (Ateş, 2013: 79-88).

Bu sistem, gelişmiş ülkelerde genellikle başarıyla uygulanmakla birlikte gelişmekte olan çoğu ülkede de uygulanabilmektedir. Türkiye gibi gelir dağılımı dengesiz ülkelerde, sistemin işleyişine yönelik bazı güçlükler yaşansa da, uygulamadaki başarıya bağlı olarak etkin bir sistem sağlanabilmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için de etkin bir sistem olduğu görülmektedir (Durdu, 2009: 46; Sargutan, 2005: 419). Refah yönelimli sağlık sistemine sahip ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı %10 civarında olmakla birlikte Almanya ve Fransa'da nüfusun yaklaşık %10'u özel sigorta kapsamındadır (Yaman, 2014: 282).

Sistemin modern başlangıcı XIX. yüzyılın sonlarına doğru Almanya'da sağlık riskini koruma amacıyla kurulan küçük ölçekli ve dağınık haldeki yardım sandıklarının birleştirilerek kamu denetimine alınması ve tüm çalışanlar için katılım zorunluluğunun getirilmesiyle gerçekleşmiştir (Tunç ve Kıyak, 2015: 415). Bu amaca yönelik olarak iş kazası, hastalık, malullük ve yaşlılık sigortalarının kurulması için yapılan yasal düzenlemeler, "Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri"nin temelini oluşturmuştur (Usui, 1994: 254). Ayrıca sistemin ilk uygulamaları Almanya'da olsa da sistemin özelliklerinden biri olan primlere dayalı sosyal sigorta uygulamaları, literatürde "Bismarck Modeli" olarak da geçmektedir (Sargutan, 2005: 419).

2.1.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi (Kamu Kesimi Ağırlıklı)

"Beveridge Modeli" ismiyle de anılan bu sistemde, tüm bireylere yönelik sağlık hizmetleri üretimden arza devletçe ücretsiz gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu kaynaklarınca karşılandığından bireyler ek bir sağlık sigortası primi ödemek zorunda değildir. Güçlü bir kamu yönlendirmesinin görüldüğü bu sistemde hizmet arzında özel sektörün payı azdır. Güncel uygulamalarda kamu ana unsur olmakla birlikte kamu ve özel sektör bir arada bulunabilmektedir (Koçak, 2011: 68). Hizmet talebine yönelik olarak özel sektör, isteyenlere bedelli olarak ek olanaklar sağlamaktadır. İngiltere, Norveç ve İtalya bu sistemin uygulandığı ülkelerdendir. Bu ülkelerdeki toplam sağlık hizmetlerinin GSMH'ya oranı %8,5-%9 arasında olup nüfusun %10-15'i de tamamlayıcı nitelikteki özel sigortalar kapsamındadır (OECD, 2015: 216). Norveç'te ise bazı istisnalar hariç, özel sektör sağlık hizmetleri kamu sisteminin içerisinde yer almaktadır. Genellikle ülke nüfusuna oranla düşük kabul edilebilecek sağlık personeli sayısının olması, kapsayıcı tip sağlık sistemine sahip bu ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde niteliksel bir sorun teşkil etmemektedir. Fakat bekleme süresindeki artış, sağlık hizmeti talebinde bulunanların uzun kuyruklar oluşturmasına sebep olmaktadır (Ateş 2013: 98-102).

İngiliz sağlık sistemine eleştirisinde Seldon (1967: 168), tek tip devlet sistemine göre özel sağlık sigortasında maliyetlerin daha yüksek olma ihtimaline

karşılık, oluşacak rekabetle sağlık sisteminde iyileşmenin yaşanacağını savunmuştur. Ayrıca özel sigortaların kamu programı içerisine alınamaması, 1960'larda yapılan çeşitli alan çalışmalarında tespit edildiği üzere iki milyonluk bir kesimin özel sigortalarda sigortalı olmalarını engellemiştir. Günümüzde, mevcut özel sağlık sigortalarında prim düzeyi düşük olsa da sektör genişlemesi oldukça yavaştır. Çünkü İngiliz sağlık sistemi içerisindeki özel sağlık sigortaları, yığılmanın engellenmesi ve daha kaliteli hizmet alımında gönüllülüğe dayanan tamamlayıcı sigorta özelliğinde olduğundan, sağlık sistemi içerisinde yüksek düzeyde fonksiyon sahibi olamamıştır.

2.1.4. Sosyalist Sağlık Sistemleri

Sosyalist Sağlık Sistemleri, toplumsal ve bireysel anlamda koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerini kapsayan ve buna yönelik ihtiyaçlar için kişilerin doğrudan veya yarı-doğrudan hiçbir ödeme yapmadan sağlık hizmeti aldığı sağlık sistemleridir. Sağlık hizmet sunucularının mülkiyeti üretimden arza kadar kamuya ait olduğundan bireyler, bu hizmetlerin finansmanı için dolaylı ya da doğrudan harcamada bulunmamaktadır.

Dağılmadan önce SSCB'de hâkim olan bu sistemin günümüzde başarılı bir şekilde uygulandığı tek ülke Küba'dır (Nikelly, 1988: 21). Küba'daki sağlık sistemi Özalp'e (2009: 75) göre düşük gelirli ve gelişmekte olan bir ülke olmasına rağmen, sağlık riskine karşı korumaya yönelik olarak gelişmiş ve refah düzeyi yüksek ülkelerle rekabet edecek düzeydedir. Mevcut sosyo-ekonomik duruma rağmen bu düzeyde bir sağlık hizmeti verilebiliyor olmasındaki temel faktörse çoğu ülkedeki eğilimin aksine, Küba'daki sağlık harcamalarına ayrılan payın genel bütçe ve ulusal gelire oranla yüksek olmasıdır. Sağlık hizmeti veren personel ve kurum sayısının gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olmasının yanı sıra bu kurumlar ülke çapında oldukça dengeli bir dağılım göstermektedir.

Bu sistemin ilk ve en uzun süre uygulayıcısı SSCB olmuştur. Sağlık alanında sigorta prensibinin getirilerek sistematikleştirilmesi, 1936'da SSCB Sağlık

Komiserliği'nin kuruluşu ile başlamış olup ilk kuruluş dönemlerinde tıbbi bakım için devletin finansman sağlaması yalnızca kentsel nüfusla sınırlı kalmıştır (Ryan, 1991: 170). Sağlık sisteminin 1930'larda merkezileştirilmesi ile kırsal ve kentsel bölge arasındaki eşitsizlikte azalma eğilimi görülmüştür. Yapılan düzenlemeyle yerel birimler de bütçelerini hazırlayarak merkeze bildirmişlerdir. Kırsal ve kentsel bölgelere merkezden gelen fonların tahsisiyle yerel birimlere sağlanan kaynaklardan herkesin, ödeme yapmaksızın yararlanması mümkün olmuştur (Roemer, 1962: 375-376). Tıbbi bakım ve tedavilerin bedelsiz olarak devletçe karşılanması ve sağlık personelinin memur statüsünde çalışarak sağlık hizmeti sunmaları, sigorta tekniğinden belirgin şekilde uzaklaşılması anlamını taşımış olup Sovyet sisteminde prim-ivaz bağı da tamamen ortadan kalkmıştır (Güzel ve Okur, 1990: 25-26).

Bu sistemin en belirgin özelliği olan "sağlık hizmetinin tamamen kamuya ait olması, İngiltere'deki kapsayıcı tip sağlık sisteminin temel özelliklerinden olan sağlık hizmetlerinde kamunun neredeyse tamamen etkin olması ile örtüşmektedir. Dünya üzerinde, bu sistemin fiilen uygulandığı bir başka ülke olmadığı için Küba'nın da kapsayıcı tip sağlık sistemleri kapsamında değerlendirilmesi, bu iki sistem arasındaki büyük benzerlik sebebiyle mümkündür.

2.2. ÖZEL (TİCARİ) SİGORTALAR

Kâr amacıyla hareket eden özel sigortalar köklü geçmişe sahip olup önemli dönüşümler geçirmiştir. Buna göre özel sigortalar modernite öncesi, modernite sonrası ve günümüzdeki yapı olarak üç döneme ayrılabilir. Modernite öncesi dönemde özel sigortaların doğuşu ve ilk uygulama şekilleri üzerinde durulmuştur. Modernite sonrası dönemde özel sigortaların günümüzdeki mevcut yapıya dönüşümü üzerine odaklanılmıştır. Son kısımda ise özel sigorta türünün günümüzdeki durumu uluslararası karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır.

2.2.1. Modernite Öncesi Dönemde Özel Sigortalar ve Gelişimi

Sigorta, insanların meydana getirmiş olduğu risk yönetim türlerinden biri olmakla birlikte özellikle mal dolaşımıyla ilgili rizikoyu eleyerek, deniz ve kara ticaretine imkân tanıyan bir yöntem olarak uzun zamandır sosyo-ekonomik hayatın içerisindedir (Kayaköy Taş, 2015: 135). Özel sigortacılıkla ilgili modernite öncesi ilk dönemlerden günümüze ulaşan az sayıdaki belgeden de anlaşıldığı üzere, dönemin sigortacılık anlayışı ile günümüz sigortacılığı kısmen benzerlik göstermekte olup, ağırlıklı olarak riziko paylaşımı esasına dayanmıştır. Paylaşım esasına dayanan bu uygulamalar kimi zaman egemen gücün emri ve kanun ile gerçekleştirilmiş, kimi zamansa bazı kesimler tarafından ihtiyaca dayanarak şekillendirilmiştir (Arseven, 1987: 418-419).

Egemen gücün emrine dayanan örneklere bakıldığında, M.Ö. 1800'lerde hüküm süren Hammurabi'nin tasarrufları öncü konumdadır. Buna göre, Babil'de karayolu ticaretinde haydutların kervanları soyması durumunda zararın, diğer tüm kervanlar arasında paylaştırılmasına dayanan yasal düzenlemeye gidilmiştir (Çekici ve İnel, 2013: 136). Bu yasa kapsamındaki uygulama, kara taşımacılığına dair tehlike paylaşımının ilk örneklerindendir. Ayrıca Hammurabi Kanunları'nda devlet sınırları içerisinde herhangi bir yerde faili yakalanamayan hırsızlıkta, mağdurun Yüce Yaratıcı huzurunda zararla ilgili tüm detayları içeren beyanı şartıyla zararın soygunun gerçekleştiği bölge sakinlerince veya o bölgenin yöneticisince karşılanması hükmü getirilmiştir. Hatta can kayıplarının olduğu bir soygunda, her ölen için belirli bir tazminat ödenmesine de hükmedilmiştir (Arseven, 1987: 418-419).

Rizikonun kesimler arasında paylaştırılmasına dayanan örneklere bakıldığında, sigorta benzeri faaliyetlerin M.Ö. 4500'lü yıllara kadar uzandığı da görülmektedir. Antik Mısır'da yaşayan ve taş yontuculuğu ile uğraşanların kendi aralarında yardımlaşma amacıyla kurdukları sandıklarda, içlerinden birinin ölümü durumunda ölenin yakınlarına sandık gelirleriyle yardımda bulunulduğu günümüze ulaşan bir papirüsten anlaşılmaktadır. Ayrıca sigortanın İbraniler tarafından ticari muamele

olarak görülmesi M.Ö. 2500'lü yıllara ait Babil Talmudu'ndaki yazılanlardan anlaşılmaktadır. Buna ek olarak dönemin kervancıları arasında da benzer uygulamanın mevcut olduğu ve kervancılara ait bir hayvanın kaybolması durumunda zararın yine kervancıların aidatları ile finanse edilen bir sandıktan tazmin edildiği bilgisine ulaşılmaktadır (Çekici ve İnel, 2013: 136). M.Ö. XI. ve X. yüzyıllara gelindiğinde, Atina Kanunları'na göre aralarında yakın kan bağı olan toplulukların bağlı bulundukları bir örgüte belirli bir miktarda aidat ödemeleri karşılığında topluluktan birinin ölümü halinde, ölenin yakınlarına bağlı bulunulan örgüt tarafından yardımda bulunulması söz konusudur. M.Ö. II. yüzyılda ise dini, askeri ve mesleki kuruluşlara bağlı üyelerin ölümü halinde, birinci dereceden yakınlarına belirli miktarda para ödendiği yine döneme ait ulaşılan belgelerde görülmektedir (Kuşçu ve Revanoğlu, 2011: 139).

Roma kaynaklarından günümüze ulaşan ve dönemin denizcilik kuralları olarak kabul edilen "Deniz Ödüncü"nün ve "Müşterek Avarya"nın (Rodos Kaideleri) denizde karşılaşılabilecek olası tehlikelere karşı bir tür sigorta uygulaması olarak değerlendirilmesi, sigortacılık tarihi açısından önem taşımaktadır (Vitzthum, 2002: 1-4). Herodot'un aktarımında, bu denizcilik kurallarının çok daha eski zamanlardan geldiği; deniz ticaretiyle uğraşan Fenikeliler'e kadar dayandığı ifade edilmektedir. Buna göre gemi sahipleri ticari seferlere çıkmadan önce sermaye ihtiyacını karşılamak için "deniz ödüncü" adlı borç alırlardı. Şayet gemi ticaret maksatlı seferden güven içerisinde dönerse, almış olduğu deniz ödüncünü misliyle geri öderdi. Ancak gemi bu yolculuğu tamamlayamazsa deniz ödüncü gemi sahibine kalırdı. Deniz ödüncü, modernite öncesi en eski dönemlerden modern zamana kadar süregelen bir uygulama olmasına rağmen günümüzde önemini yitirmiştir (Arseven, 1987: 419-420).

Okay'a (1959: 307) göre, modernite öncesi dönemde sigortaya dayanak olarak gösterilen bir diğer uygulamayı oluşturan "müşterek avarya", evrensel nitelikte kabul görmüş ve günümüzde de uygulanan sigorta benzeri bir güvence yöntemidir. Buna göre ticaret gemisi, yolculuk esnasında fırtına gibi ani bir tehdit ile karşı karşıya kaldığında, mürettebat geminin batmasını önlemek için taşıdığı yükün bir kısmını

gemiden atar. Böyle bir durumda atılan yük sayesinde gemi ve taşıdığı yükün kalanı kurtulmuş olacağından, çok daha büyük kayıpları önlemek için feda edilen yük kime ait olursa olsun, yük ve gemi sahipleri bu zarardan toplam değer içerisindeki payları oranında sorumlu tutulur (Okay, 1959: 292-294). Bu uygulama, gemicilerin bir tehdit karşısında tereddütte kalmadan harekete geçmesini ve söz konusu zararın adil bir şekilde bölüşülmesini sağlamaktadır. Modernite öncesi dönemden günümüze ulaşan metinlerden riziko paylaşımına yönelik uygulamalar bunlar olmakla birlikte Roma Hukuku'nda devletin teminat vererek rizikoyu garanti etmesi şartıyla esir taşımasını bir tür sigorta olarak kabul edenler de olmuştur (Arseven, 1987: 420). Özetle, sigortanın temellerinin ticari faaliyetlerin gelişim göstermeye başladığı dönemlerde, ticari malların kara ve deniz yolu ile nakliyesi sırasında korsanların ve haydutların saldırısına, taciz ve tecavüz riskine yönelik alınan tedbirlerle atıldığı düşünülmektedir (Çekici ve İnel, 2013: 136).

2.2.2. Modernite Sonrası Dönemde Özel Sigortaların Gelişimi

Ortaçağ Avrupası'ndaki kaosun aşamalı olarak ortadan kalkışı ve kültürel alanda Rönesans'ın başlamasıyla, ekonomi alanında ciddi bir yapısal gelişim ve büyüme evresine geçilmiştir. Modernitenin başlangıcını sağlayan bu koşullar içerisinde deniz ticaretinin gelişimi, beraberinde deniz sigortacılığını da olumlu yönde etkilemiştir. Deniz sigortacılığındaki gelişme, özellikle deniz ticaretinin geliştiği Venedik, Floransa ve Cenova'da kendini göstermiştir. Modern sigortacılık kapsamına giren ilk uygulamalar, XIV. yüzyıldan itibaren değişen ekonomik koşullarla ticarette önemli gelişmelerin yaşanmasına dayanarak deniz ticaretine yönelik farklı uygulamaları da beraberinde getirmiştir (Kayaköy Taş, 2015: 135). Gerçek anlamda ilk sigorta poliçesi olarak kabul edilen mukavele ise, 23 Ekim 1347'de İtalya'dan Mayorka'ya hareket eden "Santa Clara" adlı geminin yükünü teminat altına almak için düzenlenmiştir (Nelli, 1972: 217). Sigortalama yöntemi, riziko paylaşımı esasına dayanan uygulamalarla gemideki yükün teminat altına alınmasıdır. Söz konusu risklerin yolcular ve gemi personeli için de hayati tehlike oluşturduğu göz önünde

tutularak “hayat sigortası” fikrinin modern temelleri de atılmıştır (Çekici ve İnel, 2013: 137).

İtalya’daki deniz sigortacılığına dair ilk uygulamalar, daha sonraları İngiltere’ye ulaşarak yeni bir gelişim sürecini başlatmıştır. Kurumsallaşma temelindeki yeni gelişmeler 1574’te ilk sigorta ofisinin İngiltere’de açılmasıyla başlamış, 1601’de ise sigortacılıkla ilgili düzenlemelerin İngiliz hukuk sistemine girişi gerçekleşmiştir. İngiltere’de XVI. yüzyıla kadar sigortacılık faaliyetlerinin tüccarlar tarafından gerçekleştirilmesine karşılık, XVII. yüzyıldan itibaren sigortacılık faaliyetlerinin yeni kurulmaya başlayan sigorta şirketleri tarafından icra edilmesiyle sigortacılık yeni bir boyut kazanmıştır. Söz konusu gelişmelerde sigortacılığın ayrı bir ticari branş halini almasında ise binlerce ev ve birçok kilisenin yok olmasına sebep olan 1666’daki “Büyük Londra Yangını”nın etkisi oldukça fazladır (Evans, 1987: 88).

Büyük Londra Yangını’nda tahminlere göre 13 bin ev yanmış, 200 bine yakın kişi evsiz kalmıştır (Jin, 2011: 90-91). Söz konusu yangının yol açtığı maddi zararlar genel olarak sigortacılık sektörünün gelişimine kaynaklık etmekle kalmamış, aynı zamanda yalnızca yangın sigortası alanında ihtisas sahibi olan ticari sigorta şirketlerinin kurulmasına sebep olmuştur. Dönem itibarıyla bir diğer önemli gelişme de sigorta pazarının oluşturulmasıdır (Uralcan, 2014: 15).

Edward Lloyd’un 1680’lerin sonlarına doğru Londra’da işletmekte olduğu kahvehanenin tüccarların, işadamlarının ve gemi sahiplerinin bir araya geldikleri bir mekân halini alması; gemilerini veya yüklerini sigortalatmak isteyenler ile teminat vermek isteyenlerin Lloyd’s adında bir topluluk kurmasını beraberinde getirmiştir. Daha sonra İngiltere Parlamentosu’nun çıkardığı kanunla birlik haline gelen Lloyd’s, başlangıçta sadece deniz sigortası kapsamındaki köle ticaretine konu olan gemilerin sigortalanmasına yönelik faaliyette bulunurken, zamanla her alanda sigortanın yapılabildiği evrensel bir sigorta pazarı haline gelmiştir. Modern anlamda sigorta şirketlerinin oluşmaya başladığı ve branşların ortaya çıktığı bu dönemde yaşanan gelişim ve değişim sonraki yüzyıllarda da devam etmekle birlikte özellikle XIX.

yüzyılda gerçekleşen Sanayi İnkılâbı ile büyük ölçüde hız kazanmıştır (Herschaft, 2005: 170-174).

Büyük Londra Yangını'nın sigortalar açısından bir diğer önemli etkisi, sigortalanan risk çeşitleriyle ilgilidir. Yangın sonrasında yalnızca ticari değil, sivil riskler de sigorta konusu kapsamına girmiştir. Ayrıca XVIII. yüzyılda şans oyunları için yapılan olasılık hesapları sigortacılıkta da kullanılabilecek duruma getirilmiştir (Uralcan, 2012: 127).

Sanayi İnkılâbı ile birlikte sigortacılık birçok rizikoyu kapsamı içerisine almış, büyük çaptaki aracı teşkilatlar da buna yönelik olarak faaliyet göstermeye başlamıştır. Geniş kapsamlı bir devlet denetimi, zamanla sigortanın ayrılmaz bir parçası olmuş ve böylece reasürans şirketleri sigortacılığın vazgeçilmez unsurları arasında yer almıştır. Bu dönemde birçok ülkede sosyal sigortaların yaygınlaşması, hayat sigortası branşında dahi özel sigortacılığın gelişmesine engel teşkil etmemiştir (Arseven, 1987: 425). Günümüzde ise hayatımızın hemen her alanında sigorta ürünleri ile karşılaşılmakta olup mevcut piyasa koşullarında sigortaya ihtiyaç duyulmayan iktisadi faaliyet alanı neredeyse bulunmamaktadır (Kayaköy Taş, 2015: 135-136).

Avrupa'da, tıbbi bakımın finansmanında isteğe bağlı sigortaların ağırlık kazanmasıysa XVIII. yüzyıl ve XIX. yüzyılın erken evrelerinde gerçekleşmiştir. Buna göre, sayısız hastalık fonları, yardımlaşma cemiyetleri, karşılıklı fayda birlikleri, coğrafi veya mesleki temele dayanan tüketicilerce sağlık giderlerinin karşılanmasını zorunlu kılacak şekilde organize edilmiştir (Roemer, 1971: 1160). XIX. yüzyılda özel sağlık sigortalarından sosyal güvenlik kapsamında yararlanma fikri İngiltere'de başlayarak başta Avrupa ve Amerika olmak üzere dünya geneline yayılıp hastalık rizikosuna karşı koruma türü olarak sosyal güvenlik sistemleri içerisindeki yerini almıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2011: 15-16).

Küreselleşme kavramının henüz gündemde olmadığı XIX. yüzyılda dahi sigorta şirketleri küresel hacimde iş yapabilecek güce ulaşılarak bir sonraki yüzyılda

bilgi teknolojilerini kullanan şirketler haline dönüşmüştür. Bu dönemde farklı yöntemlerle sağlanan teorik bilgiler somut hale getirilerek, risk yönetimi bir disiplin içinde uygulanmaya başlanmıştır. XX. yüzyıl itibarıyla sigorta şirketlerince risk yönetimi amacı ile tesis edilen fonların önemi II. Dünya Savaşı'yla daha iyi anlaşılmış ve bu fonlar, savaş sonrası ülke ekonomilerinin gelişimine ve büyümesine yönelik hız kazandırıcı etkin bir unsur halini almıştır (Uralcan, 2014: 10).

2.2.3. Günümüzde Özel Sigortaların Küresel Ölçekteki Durumu

Firma bazında konu ele alındığında, 1950'lerin ortalarında dünya bütününde sigorta prim üretiminin %95'inin 40 büyük sigorta kuruluşunca gerçekleştirildiği görülmekte olup bu oran 2013'e gelindiğinde %64'e gerilemiştir (McKinsey Company, 2014: 3). Özellikle uluslararası şirketler arasındaki rekabet, oligopolistik piyasa yapısının sürmesine karşılık, piyasa içinde aktör sayısının süratle artmasını beraberinde getirmiştir. Örneğin, AB bütününde mevcut olan sigorta şirketleri içerisinde ulusal şirketlerin sayısı 2012 itibarıyla 1.964 iken, yabancı sermaye kontrolünde olanların sayısı 1.244'tür. Aynı yıl itibarıyla ulusal sigorta şirketlerinin pazar payı %64 iken, yabancıların kontrolünde olan sigorta şirketlerinin ağırlığı %36 olmuştur (Schoenmaker ve Sass, 2014: 14-15). Şirket çeşitlenmesi pazar genişlemesine, bu durum da beraberinde sektörün ülkeler arasında genişlemesine katkı sağlamıştır. Örneğin dünyanın önde gelen reasürans şirketlerinden olan "Swiss Re" verilerine göre 1950'de mukayeseye tabi tutulan 20 ülkeden 11'inde penetrasyon oranları %2 ve daha düşük oranda gerçekleşmişken, bu oran 1978'de Meksika ve Brezilya olmak üzere iki ülke ile sınırlı kalmıştır. 2010'a gelindiğindeyse %2'nin altında kalan tek ülke Meksika olmuştur (Uralcan, 2012: 130).

Dünya genelinde pazar genişliğinin dönemsel gelişimi incelendiğinde 1980-2014 yılları arasında geçen 34 yıllık süreçte sektörün %4,2'den, %6'ya yükseldiği sonucuna ulaşılmaktadır. Ancak bu artış 2000'e kadar düzenli olmakla birlikte 2000 yılındaki %7,4'lük tepe noktasından sonra düşüş eğilimi göstermeye başlamıştır. Hayat sigortası açısından bakıldığında, penetrasyon oranının %1,7'den, %3,3'e

yükselmesine karşılık, bu artışın yine 2000'e kadar istikrarlı ve yüksek ivmeyle gerçekleştiği görülmektedir. Hayat dışı sigorta branşlarındaki penetrasyon oranında, hayat sigorta branşlarının aksine düzenli ve göreceli olarak stabil bir düzeyin tutturulduğu dikkat çekmektedir. Buna göre, 1980'de %2,4 olan hayat dışı branşlar penetrasyon oranı 2005'te %3'lük tepe noktasına ulaşmış, sonrasında ise 2010 ve 2014 arasında %2,6'da sabitlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Küresel Ölçekte Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % olarak)

Yıl	Toplam	Hayat Sigortası	Hayat Dışı Sigortalar
1980	4,2	1,7	2,4
1985	5,3	2,4	2,8
1990	6,0	3,7	2,8
1995	6,9	4,0	2,9
2000	7,4	4,6	2,8
2005	7,2	4,2	3,0
2010	6,4	3,8	2,6
2014	6,0	3,3	2,6

Kaynak: Swiss Re, *Insurance Penatration*, http://www.sigma-explorer.com/index.html Erişim: 20.08.2016

Dünya geneline bakıldığında, penetrasyon oranlarının 1980-2014 arasındaki gelişiminden hareketle, ilk olarak hayat sigortacılığının tüm sigorta pazarı içerisinde 1980 yılında baskın noktada olmadığı, aradan geçen 10 yıllık süre sonrasında 1990'a gelindiğinde hayat dışı sigorta branşlarını aştığı sonucuyla karşılaşılmaktadır. Söz konusu artış, 2000'e kadar düzenli olarak ve hayat dışı sigorta branşlarından daha yüksek oranlı sürmüşse de 2000 sonrasında yerini ciddi bir düşüşe bırakmıştır.

İleri piyasa ekonomileri açısından değerlendirildiğinde, ivmenin şiddetindeki değişkenliğe rağmen benzer bir dönemsel hareketin varlığı görülmektedir. Nitekim 1980'de hayat sigorta branşında %2,2, hayat dışı branşında %3 ve toplamda da %5,2 olarak gerçekleşen penetrasyon oranları, dünya bütününde olduğu gibi 2000'de hayat sigorta branşı kaynaklı olarak tepe noktasına erişmiş, bu tarihten sonra düzenli bir düşüşe geçmiştir. Özellikle dikkat çekici olan, hayat dışı sigorta branşlarındaki penetrasyon oranlarının %3 ile %3,5 aralığında istikrarsız şekilde hafif hareket etmesidir. Oturmuş piyasa yapısına sahip olunması ve büyümenin de buna göre şekillenmesi söz konusu stabiliteyi daha net şekilde açıklayabilmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: İleri Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak)

Yıl	Toplam	Hayat Sigortası	Hayat Dışı Sigortalar
1980	5,2	2,2	3,0
1985	6,3	2,9	3,4
1990	7,2	3,9	3,3
1995	8,1	4,8	3,4
2000	8,8	5,6	3,2
2005	8,8	5,2	3,5
2010	8,4	4,9	3,4
2014	8,2	4,7	3,5

Kaynak: Swiss Re, *Insurance Penatration*, http://www.sigma-explorer.com/index.html Erişim: 20.08.2016

Gelişen piyasalar açısından konu incelendiğinde ileri piyasa ekonomilerine göre çok daha yüksek büyüme performansına sahip olmalarının da etkisiyle hayat dışı sigorta branşlarındaki penetrasyon oranlarında düzenli ve yüksek ivmeli bir artışın yakalandığı görülmektedir. Hayat sigortalarındaki penetrasyon oranlarındaki artış, hayat dışı sigorta branşlarındakinin de üstüne çıkarak 1980-2014 arasında ticari sigorta pazarında süratli ve yüksek ivmeli bir genişlemeyi beraberinde getirmiştir. Buna göre, 1980'de hayat sigortası branşlarında %0,3 oranında gerçekleşen penetrasyon oranı, 2010'da %1,6'lık oranla tepe noktasına ulaşmış, 2014'te %1,4'lük perfromansı mümkün kılmıştır. Hayat dışı sigorta branşlarında ise penetrasyon oranı 1980-2014 arasında sürekli yükselerek %0,6'dan %1,4'e ulaşmıştır. Bu da toplam sigorta penetrasyon oranının 1980-2014 arasında %0,8'den %2,7'ye istikrarlı yükselişini sağlamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Gelişen Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak)

Yıl	Toplam	Hayat Sigortası	Hayat Dışı Sigortalar
1980	0,8	0,3	0,6
1985	0,9	0,3	0,6
1990	1,0	0,4	0,6
1995	1,7	0,7	1,0
2000	2,0	1,0	1,0
2005	2,4	1,2	1,2
2010	2,7	1,6	1,2
2014	2,7	1,4	1,4

Kaynak: Swiss Re, *Insurance Penatration*, http://www.sigma-explorer.com/index.html Erişim: 20.08.2016

Dünya bütününün ileri piyasa ve gelişen piyasa ülkeleri ikiliğinde incelenmesi durumunda, küresel ölçekte sigorta piyasasında genişleme sağlanmasının ve son dönemde yaşanan daralmanın aşılabilmesinin, gelişen piyasalar odaklı politika geliştirmekten geçtiği görülmektedir. İleri piyasa ekonomilerinde üretimden tüketime ve tasarrufa kadar oturmuş yapının mevcut oluşu, ticari sigortalar açısından genişleme imkânını sınırlamaktadır. Hâlbuki gelişen piyasalar, son 34 yıllık dönemde yaşadıkları yüksek büyüme performansına karşılık, henüz ileri piyasa ekonomilerindeki penetrasyon oranlarının üçte birine güçlükle ulaşmıştır. Dolayısıyla küresel çapta sektörün genişlemesi, daha çok gelişen piyasalardaki duruma bağlıdır. Örneğin 2014'te %3,2'lik penetrasyon oranına sahip olan Çin'in 2020 yılı için belirlediği resmi hedefi %5'e ulaşmaktadır (Sigma, 2015: 26-42). Söz konusu yüksek oranlı sektörel büyüme, Şengün (2016: 18)'ün dikkat çektiği kentleşme ve servet artışının sigorta piyasasındaki genişlemeye katkı sağlaması, bu katkının bir süre daha özellikle gelişmekte olan ekonomiler kaynaklı olacağı beklentisini desteklemektedir. Özetle ticari sigortalarda genişleme potansiyeli yüksek olan piyasalar, daha çok düşük ve orta gelir grubundaki piyasa ekonomileri olarak görünmektedir.

2.3. SAĞLIK SİSTEM MODELLERİNDE ÖZEL SİGORTALARIN YERİ

Sosyalist tip sağlık sistem modelleri dışındaki sağlık sistem modellerinde özel sigortalar, farklı ağırlıklarla da olsa sistem içerisinde yer almaktadır. Bu kısımda, üç farklı sağlık sistem modeli içerisinde özel sağlık sigortalarının mevcut durumları incelenmiştir.

2.3.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistem Modellerinde Özel Sigortalar

Özel kesim ağırlıklı sağlık sistem modellerinin baskın olduğu ülkelerde, kamusal sağlık sigortaları oldukça sınırlıdır. Bundan dolayı geniş kesimlere hizmet verilememekte olup sağlık ihtiyacı ağırlıklı olarak ticari sigortalarca karşılanmaktadır (Ulutürk ve Dane, 2009: 361-362). XIX. yüzyıldan itibaren İngiltere, Almanya, Fransa

ve İsveç gibi Avrupa ülkelerinde, finansmanı birtakım fonlarla oluşturulan kamu kuruluşlarının kontrolündeki çeşitli sosyal yardım programları başlatılmıştır. Ancak sahip olduğu ekonomik potansiyelin ve dolayısıyla milli gelirinin yüksek olması nedeniyle ABD gibi bazı ülkeler, o dönemde dünyada meydana gelen bu sosyo-ekonomik gelişmelerden etkilenmemiştir. Ayrıca diğer Avrupa ülkelerindeki sosyal hiyerarşi geleneğinin ABD'de olmaması da ülkedeki gruplar arası yardım ve dayanışmanın gerçekleşmesine engel olmuştur. Dolayısıyla kamu yardım sistemleri ABD'de Batı Avrupa ülkelerine kıyasla geç gelişmiş ve çok sonra uygulanmaya başlamıştır. Böylece ABD'de kamu sağlık sigortalarının yokluğundan kaynaklanan boşluğu özel sağlık sigorta şirketleri doldurmuştur (Oral, 2002: 62).

ABD'de kamu kaynaklı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, 2001'de %40-45 olmakla birlikte 1960'tan itibaren devletin hizmet harcamaları artış göstermiş, özel harcamalar ise azalmıştır. Dolayısıyla ülke çapında sağlık hizmetinin kayda değer bir bölümü günümüzde kamusal programlar kapsamında verilmektedir. Öte yandan tüm hastalıklar kamu sağlık sigortası kapsamında olmadığından bireyler tamamlayıcı nitelikli özel sağlık sigortasını isteğe bağlı olarak satın almaktadır. Güvencesiz olan yaşlı ve yoksulları sağlık riskine karşı korumayı amaçlayan "Medicare Programı" ve yalnızca yoksulların faydalanabildiği "Medicaid Programı" mevcuttur. Kalan kesimse ulaşabildikleri sosyal yardım hizmetleri ile yetinmek zorundadır. Ayrıca özel kesim ağırlıklı sistem modellerinde özel sigortaların ağırlıklı olarak hizmet sunumunda yer alması, uzun süre devam eden veya tekrarlayan hastalıklar söz konusu olduğunda bu hizmeti veren özel teşebbüsler için risk de teşkil etmektedir (Güçkan ve Tuncel, 1999: 152-154).

Serbest piyasa tipi sağlık sistem modelinin küresel ölçekte uygulanma alanı incelendiğinde ağırlıklı olarak düşük gelirli yoksul ülkelerin baskınlığıyla karşılaşılmaktadır. Sargutan'ın (2005: 427) toplam 88 ülkeyi dört sağlık sistem model tipine göre ayırdığı çalışmasında serbest piyasa tipi sağlık modelinin olduğu ülke sayısı 25 olup kişi başına düşen GSYİH düzeyi 20 bin doların üzerinde olan çok ileri piyasa ekonomisi kapsamında tanımlanan tek ülke ABD'dir. Buna ek olarak kişi

başına düşen GSYİH düzeyi 10.001-20.000 dolar aralığında olup ileri piyasa ekonomileri kapsamında tanımlanan tek ülke de Güney Afrika Cumhuriyeti'dir. Kişi başına düşen GSYİH düzeyi 4.001-10.000 dolar arasında olan ve gelişen piyasa ekonomileri içerisinde tanımlanan ülke sayısı ise 7 olup 4.000 doların altındaki düşük gelirli yoksul ülkeler grubunda tanımlanan ülke sayısı 16'ya ulaşmaktadır. Dolayısıyla serbest piyasa tipi sağlık sisteminin modern ileri piyasa ekonomilerince tercih edilen bir sistem olmadığı görülmektedir. Buna göre, gelir ve gelişmişlik düzeyine göre dört farklı gruba ayrılan ülkeler aşağıdaki gibidir:

- Çok yüksek gelirli ve çok ileri piyasa ekonomileri: ABD
- Yüksek gelirli ve ileri piyasa ekonomileri: Güney Afrika
- Orta gelirli ve gelişen piyasa ekonomileri: Brezilya, Cezayir, Çin, Kazakistan, Peru, Tayland, Türkmenistan
- Düşük gelirli yoksul piyasa ekonomileri: Azerbaycan, Bangladeş, Endonezya, Fas, Filipinler, Gana, Hindistan, Kenya, Kırgızistan, Mısır, Nepal, Özbekistan, Pakistan, Sudan, Suriye, Ürdün.

2.3.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistem Modellerinde Özel Sigortalar

Genellikle Almanya ve Fransa gibi gelişmiş ülkelerde uygulanan bu sistemde bireyler mevcut sosyal sigorta kapsamında oldukça geniş teminatlarla güvence altına alınmaktadır. Bu sebeple söz konusu ülkelerde "Özel Sağlık Sigortaları" genel olarak tamamlayıcı niteliktedir. Sistem, gelir elde eden tüm bireyleri zorunlu olarak içerisine dâhil etmekle birlikte özel sağlık sigortasının tercih edilmesine engel olmamaktadır. Öte yandan Almanya'da özel sigortaların müşterilerine, devletin sağladığı sağlık teminatlarından daha düşük düzeyde güvence sağlaması engellenmiştir. Fransa'da ise nüfusun %96'sı üç ana sağlık sigortasından biri olan "Ulusal İşçi Sigorta Fonu" tarafından sağlık sigortası kapsamındadır. Kalan kısım kendi adına çalışanları ve tarım işçilerini oluşturmakta ve böylece Fransa'da yasal ikametgâhı bulunan herkes mesleklerine göre otomatik olarak sağlık sigortası kapsamına girmektedir. Bununla birlikte nüfusun %90'a yakını, tamamlayıcı nitelikte olan özel sağlık sigortası

kapsamında da yer almaktadır. Buna göre, Fransız sağlık sisteminde Almanya'dan farklı olarak sağlık sigortası fonları tamamen bağımsız değildir. Bu kapsamda, prim oranlarının tespitinden toplanmasına, hatta sigorta servislerinin tespit ve takibine kadar devlet aktif olarak yer almaktadır (Ateş, 2013: 91-92).

Serbest piyasa tipi sağlık sistem modelinin aksine, refah yönelimli sağlık sistem modelini küresel ölçekte düşük gelirli yoksul ülkelerin yaygın olarak tercih etmediği, özellikle gelir ve gelişmişlik düzeyi arttıkça tercihin arttığı görülmektedir. Sargutan'ın (2005: 427) çalışmasında refah yönelimli sağlık sistem modelinin özelliklerini taşıyan ülke sayısı 31 olmakla birlikte kişi başına düşen GSYİH düzeyi 4000 doların altında olan ve düşük gelirli yoksul piyasa ekonomisi kapsamında değerlendirilen sadece 3 ülke mevcuttur. Buna karşılık çok yüksek gelirli ve çok ileri ülke sayısı 9, yüksek gelirli ve ileri piyasa ekonomisi kapsamında yer alan ülke sayısı 7, orta gelirli ve gelişen piyasa ekonomileri grubu içerisinde tanımlanan ülke sayısı ise 12'dir. Gelir ve gelişmişlik düzeyine göre dört farklı gruba ayrılarak yapılan ülke sınıflandırması aşağıdaki gibidir:

- Çok yüksek gelirli ve çok ileri piyasa ekonomileri: Almanya Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre, Japonya, Kanada, Lüksemburg
- Yüksek gelirli ve ileri piyasa ekonomileri: Arjantin, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Güney Kore, İsrail, Portekiz, Yunanistan
- Orta gelirli ve gelişen piyasa ekonomileri: Bosna-Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Letonya, Litvanya, Malezya, Meksika, Rusya Federasyonu, Sırbistan Karadağ, Şili, Tunus, Türkiye
- Düşük gelirli yoksul piyasa ekonomileri: Arnavutluk, Gürcistan, Macaristan.

Refah yönelimli sağlık sistem modelindeki çok yüksek gelirli ileri piyasa ekonomisi dokuz ülke ve Türkiye için penetrasyon oranlarına bakıldığında, 9 ülkede oldukça yüksek ağırlığa sahip özel sigorta pazarının varlığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Refah Yönelimli Sağlık Sistemine Sahip İleri Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak)

	Toplam		Hayat Sigortası		Hayat Dışı Sigortalar	
Ülkeler	2003	2014	2003	2014	2003	2014
Almanya	7,0	6,5	3,2	3,1	3,8	3,4
Avusturya	5,9	5,2	2,6	2,1	3,3	3,2
Belçika	9,8	7,0	6,8	4,3	3,0	2,7
Fransa	9,2	9,1	6,0	5,9	3,2	3,1
Hollanda	9,8	11,0	4,9	2,5	4,8	8,5
İsviçre	12,7	9,2	7,7	5,1	5,0	4,1
Japonya	10,8	10,8	8,6	8,4	2,2	2,4
Kanada	6,8	7,0	2,6	2,9	4,2	4,1
Lüksemburg	4,5	5,3	2,1	3,2	2,4	2,1
Türkiye	**1,4**	**1,4**	**0,2**	**0,2**	**1,1**	**1,3**

Kaynaklar:
Swiss Re, *Sigma-World Insurance in 2003: Insurance Industry on the Road to Recovery*, http://www.sigma-explorer.com/index.html, Erişim: 29.08.2016.
Swiss Re, *Sigma-World Insurance in 2014: Back to Life*, http://www.sigmaexplorer.com/index.html, Erişim: 29.08.2016.

2.3.3. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistem Modellerinde Özel Sigortaların Yeri

Bu sistemi ilk uygulayan ülke olan İngiltere'de sağlık hizmetlerine yönelik arz ve talebe dayanarak kamu mali kaynakları ile sistemin finanse edilme ve hizmet satın alma yetkisi yerel kuruluşlara verilmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ağırlıklı olarak yerel yönetimlerin elindedir. Ülke genelindeki hastaneler genellikle hizmet yeterlilikleri iyi düzeyde olan kamu hastaneleridir. Bu nedenle özel sektör sağlık hizmetleri serbest olmasına rağmen, sağlık hizmeti arz ve talebindeki payı ülke çapında oldukça düşüktür. Özel hastaneler ağırlıklı olarak özel sağlık sigortası kapsamında olanlara ve doğrudan kişisel (cepten) ödemede bulunanlara hizmet vermektedir (Sargutan, 2005: 421-422).

İngiltere'de kişi başına düşen milli gelirin yüksek olmasına rağmen ülkede kapsayıcı (bütüncül) tip sağlık sistemi uygulanmaktadır. Bununla birlikte refah seviyesi yüksek böyle bir ülkede refah yönelimli sağlık sistemi başarılı bir şekilde uygulanabilecek iken kapsayıcı tipte bir sağlık sisteminin tercih edilmesi ise toplumun sağlık hizmetlerine oldukça önem verdiğinin göstergesi olarak yorumlanmaktadır (Oral, 2002: 75). Öte yandan sosyal devlet olmaya yönelik olarak İngiltere'de

1948'den bu yana uygulanan ve herkese ücretsiz sağlık hizmeti verilmesini güvence altına alan NHS'nin vermiş olduğu sağlık hizmeti zamanla değişime uğramış ve "ücretsiz sağlık hizmeti" ilkesinden kısmen de olsa uzaklaşmıştır. NHS bünyesinde, SHA da yer almaktadır. Kendi içerisinde bağımsız olan bu özel teşebbüsler, Ulusal Sağlık Hizmetinin sağlık kapsamındaki yönlendirmelerine uymakla yükümlüdür. İngiltere'de sağlık hizmetleri günümüzde de NHS tarafından ücretsiz sağlanmakta olup 2002-2012 arasında özel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus %10 civarındadır (OECD, 2015: 3). Ek bir maliyete katlanmadan ve cepten ödeme yapmadan Ulusal Sağlık Hizmetinden ücretsiz olarak faydalanılması mümkünken %10'luk nüfus tarafından özel sağlık sigortasının tercih edilmesindeki başlıca sebepse, sistemdeki basamak zincirine göre hareket etme zorunluluğundan kaynaklanan muhtemel kuyruklarda sıra beklemenin önüne geçilmesi amacıdır (Oral, 2002: 69-70).

Sargutan'ın (2005: 427) çalışmasında, kapsayıcı tip sağlık modeline sahip ülke sayısı 26 olarak belirlenmekle birlikte kişi başına düşen GSYİH düzeyi 4000 doların altında olan düşük gelirli yoksul piyasa ekonomisi kapsamında tanımlanan sadece 4 ülke mevcuttur. Ayrıca aynı çalışmada çok yüksek gelirli ve çok ileri piyasa ekonomisine sahip ülke sayısı 11, yüksek gelirli ve ileri piyasa ekonomisi kapsamında yer alan ülke sayısı 5, orta gelirli ve gelişen piyasa ekonomileri grubu içerisinde tanımlanan ülke sayısı ise 8'dir. Buna göre, gelir ve gelişmişlik düzeyine göre dört farklı gruba ayrılan ülkeler aşağıdaki gibidir:

- Çok yüksek gelirli ve çok ileri piyasa ekonomileri: Avustralya, Büyük Britanya, Birleşik Arap Emirlikleri, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, İzlanda, Norveç
- Yüksek gelirli ve ileri piyasa ekonomileri: Kuveyt, Slovakya, Slovenya, Suudi Arabistan, Yeni Zelanda
- Orta gelirli ve gelişen piyasa ekonomileri: Beyaz Rusya, İran, KKTC, Libya, Makedonya, Polonya, Romanya, Ukrayna
- Düşük gelirli yoksul piyasa ekonomileri: Ermenistan, Moldova, Nikaragua, Sri Lanka.

Kapsayıcı tip sağlık sistem modelindeki ülkelerden 11 çok yüksek gelirli ileri piyasa ekonomisi ve Türkiye için penetrasyon oranlarına bakıldığında, dünya geneline göre sektörel ağırlığın oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5: Kapsayıcı Sağlık Sistemine Sahip İleri Piyasa Ekonomilerinde Özel Sigorta Penetrasyon Oranları (Prim Üretimi/GSYİH, % Olarak)

Ülkeler	Toplam		Hayat Sigortası		Hayat Dışı Sigortalar	
	2003	2014	2003	2014	2003	2014
Avustralya	8,0	6,0	4,4	3,8	3,6	2,2
İngiltere	13,4	10,6	8,6	8,0	4,8	2,6
BAE	1,1	2,2	0,0	0,5	0,9	1,7
Danimarka	7,9	9,5	5,2	6,7	2,7	2,8
Finlandiya	8,7	11,0	6,8	8,9	1,9	2,1
İrlanda	9,6	7,5	6,0	5,8	3,6	1,7
İsveç	7,0	6,9	4,7	5,0	2,2	1,9
İtalya	7,5	8,6	4,8	6,5	2,6	2,1
İspanya	5,6	5,0	2,4	2,3	3,1	2,7
İzlanda	3,2	…	0,3	…	2,9	…
Norveç	4,9	4,7	2,8	2,9	2,1	1,8
Türkiye	**1,4**	**1,5**	**0,2**	**0,2**	**1,1**	**1,3**

Kaynaklar:
Swiss Re, *Sigma-World Insurance in 2003: Insurance Industry on the Road to Recovery*. http://www.sigma-explorer.com/index.html, Erişim: 29.08.2016.
Swiss Re, *Sigma-World Insurance in 2014: Back to Life*, http://www.sigma-explorer.com/index.html, Erişim: 29.08.2016.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ GELİŞİMİ VE MEVCUT DURUM

3.1. TÜRKİYE'DE ÖZEL SİGORTACILIĞIN GELİŞİMİ

Türkiye, mevcut köklü tarihine karşılık özel sağlık sigortaları açısından küresel ölçekte ciddi mesafe kat edebilmiş bir ülke değildir. İnançların ve ekonomik yapının sektöre yönelik olumsuz etkisi özel sigorta endüstrisinin gelişememesindeki başlıca nedenler arasındadır. Üç alt kısımdan oluşan bu kısımda özel sigorta sektörünün Türkiye'deki uzun dönemli gelişimi incelenmiştir. İlk olarak cumhuriyet öncesi dönemde özel sigortacılığın kuruluşu, ikinci olarak 1980 öncesi dönemde yaşanan gelişmeler ve son alt kısımda da 1980 sonrası dönemdeki gelişim aktarılmıştır.

3.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönemde Özel Sigorta Sektörü

Türkiye'de özel sigortacılığın oluşumu, Tanzimat Fermanı ertesinde yabancılarca kurulan sınırlı sayıdaki şirketlerle başlamıştır. İstanbul'da 1870'deki "Beyoğlu Yangını"nın büyük maddi zararlara yol açması, 1886'daki Kumkapı ve Hoca Paşa yangınları, özel sigorta şirketlerinin yaygınlaşmasında etkili olmuştur. Özel sigortaların faaliyetlerine başlamaları sonrasında, 1889'da sigorta şirketlerinin sayısı 15'e yükselmiş ve ilk Türk sigorta şirketi 1893'te "Osmanlı Umum Sigorta Şirketi" adıyla kurulmuştur (Aktuğlu, 1975: 9; Güvel ve Güvel 2004: 33).

Osmanlı'da özel sigortacılık sektörünün nispeten geç ortaya çıkıp gelişiminin yavaş olmasında, İslami kaynaklarda sigortacılıkla ilgili fıkhi olarak doğrudan hüküm konulabilecek bir delilin bulunmaması sebebiyle bu ticaretin caiz olup-olmadığı konusundaki tartışmalar ana etkendir (Hacak, 2006: 35). Aslında özel sigorta uygulamalarına benzer akitlerin varlığı oldukça eski dönemlere dayansa da modern anlamdaki ilk sigorta sözleşmeleri için fıkhi yoruma dayalı koşullu ruhsat, ancak Hicri 1240 (1824-25) tarihinde deniz taşımacılığı alanında İbn Abidin'den gelmiştir.

İçtihada konu olan, İslam coğrafyası dışından armatörlere mal yükleten Müslüman tüccarların, armatörler dışında bir başka kişi-kurumdan ek bir bedel karşılığında yangın, yağma gibi riskler için güvence satın almalarıdır. Bu noktada, İbn Abidin'in içtihadında özel olarak Müslim-gayrimüslim veya İslam ülkesi-gayrı İslam ülkesi ayrımı yoktur. Ancak konu, gayrı İslam ülke armatörleri, sigorta şirketleri ve Müslüman tüccarların mallarını taşıtması çerçevesinde şekillendiğinden, ruhsatta Müslim-gayrimüslim ikiliği vardır. İbn Abidin, yaygın ticari yapıda Müslüman tüccarların mallarını taşıtırken, yüksek risk sebebiyle zarara uğramamaları için çözüm imkânı sağlamıştır. Buna göre özel sigortacılık, yabancı armatörlere mal taşıtma durumunda yabancı sigorta şirketinden risklere karşı sigorta bedelinin verilmesiyle garanti satın alınması şeklinde Hicri 1240'ta fıkhi olarak "yabancı sigorta şirketinin riski, kendi rızasıyla tazmin etmesi şartıyla helaldir" hükmüyle başlamıştır (Bkz. Islahi, 2015: 26-41).

Nakliye sigortasıyla başlayan özel sigortacılık, yangın sigortacılığı ile devam etse de hayat sigortalarında başlangıcın gerçekleşmesi oldukça geç kalmıştır. Ayrıca İbn Abidin'in rıza koşuluyla verdiği fetva, hayat sigortası konusunda dönemin Mısır müftüsünün fetvası haricinde sigortanın meşruiyet kazanmasını kısmen desteklemiştir. Amerikan Hayat Sigorta Şirketi Müdürünün Müslüman müşterileri için fetva almak istediği başvurusuna da 1901'de Mısır Müftüsü Muhammed Abduh cevaz (onay) veren fetva vermiştir (Bkz. Ek 1).

Dönemin Mısır Başmüftüsü Muhammed Abduh'un 1901'de yayınlanan ve hayat sigortasına izin veren görüşü, İslam dünyası genelinde sigorta alanında en meşhur fetva olarak bilinmektedir. Bir süre sonra ilk fetvasına benzer ikinci bir fetva da vermiştir. Bu fetvaların farklı şekillerde yorumlanması spekülasyonlara yol açmış, resmi kurumlar ve âlimler tarafından sigortanın hükmüne dair ihtilaflı açıklamalara sebep olmuştur. Sigortaya izin veren veya yasaklayan birbirine zıt iki farklı görüşün ortaya çıkmasındaki nedense konuyla ilgili ilmi araştırmaların bağımsız ve derinlemesine olmaması, tatmin edici teorik esaslara dayanmamasıdır. (Hacak, 2006: 36). Sigortacılığa ilişkin günümüzde bile İslam otoritelerinin farklı görüşleri mevcut

olup konuyla ilgili uluslararası konferanslar düzenlenmektedir (Sağlam, 2012: 6). Dolayısıyla İslam camiasında bu konuda fikir birliği halen oluşamamıştır.

Muhammed Abduh'un, hayat sigortasına izin veren fetvasını 1911 ve 1913'te İstanbul'da Şeyhülislamlık'tan alınan iki fetva izlemiştir. Bu fetvalarda da İbn Abidin'in şart koştuğu "tazminat söz konusu olduğunda şirketinin bunu rıza ile karşılaması koşulu" yine yer almıştır (Bkz. Ek 1).

Şeyhülislamlık'tan alındığı için aynı zamanda resmi karar niteliği taşıyan bu fetvalar, şirketlerin yabancı olması ve zararın rızayla karşılanması koşullarıyla hayat sigortacılığına imkân tanımıştır. Bu durum, yerli şirket faaliyetlerini engellemenin yanında hayat sigorta poliçesinde belirlenen koşullarda "rıza" şartının varlığı, şirketlerin lehine sonuç doğurmuştur. Osmanlı coğrafyasındaki sigorta şirketleri, faaliyet gösterdikleri alanlar ve faaliyete geçiş tarihleri Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Osmanlı Coğrafyasında Faaliyette Bulunan Sigorta Şirketleri, Faaliyet Alanları ve Faaliyete Geçiş Tarihleri

Şirket	Branşların Faaliyete Geçiş Tarihi			
	Yangın	Nakliye	Hayat	Kaza vd.
London Sun	1863			
Helvetia	1869			
North British	1872			
Northern	1872			
Nord Deutsche	1878	1878		
La Fonciere	1878			
Union	1892		1892	1892
Osmanlı Umum Sigorta Şirketi	1893	1893		
Assicurazioni Generali	1896	1896	1896	
Riunione Adriatika	1896	1899	1896	
Aachen&Munich	1897			
Magdeburger	1904			
Alliance	1911	1911		
Mannheim	1915	1870		
İttihad-ı Milli Osmanlı Sigorta Şirketi	1918			
İzmir Nakliye Sigorta Şirketi		1917		
La Danube			1893	
Victoria de Berlin			1895	
National			1902	
İttihad-ı Milli Hayat Sigorta OAŞ			1911	

Kaynak: Baskıcı, Murat, "Osmanlı Anadolusunda Sigorta Piyasası: 1860-1918", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 57, S. 4, 2002, s. 18.

3.1.2. 1980 Öncesi Cumhuriyet Döneminde Özel Sigorta Sektörü

Cumhuriyetin ilan sonrasında özel sigortacılıkla ilgili ilk yasa, 28 Haziran 1926'da Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 865 Sayılı Ticaret Kanunu'ndur. Bu kanunun 13 faslından birini oluşturan sigortacılık ile ilgili düzenlemeler, 932. ve 1015. maddeler arasında yer almış olup genel hükümler kısmı sonrasında; mal sigortasına, yangın sigortasına, kara ve deniz taşımacılığında nakliyat sigortalarına, hayat sigortası branşına, kaza sigortasına, ziraî sigortalara ve hırsızlık sigortasına ilişkin hükümler detaylı olarak yer almıştır (Ticaret Kanunu, RG. 28.06.1926 ve 865 Sayı).

Mevzuat açısından ticaret kanununda sektör faaliyet alanlarının belirlenmesine ek olarak, Aktuğlu (1975: 10)'nun da vurguladığı üzere Cumhuriyet'in ilanı sonrasında sektörde millileşme çabalarının artarak devam ettiği bir süreç yaşanmıştır. Özel sigorta sektöründe millileşme çabaları esasen Osmanlı son dönemlerine dayandığından, dönemi bütünleşik olarak ele almak gerekir. Buna göre, ilk olarak 1916'da bir Avusturya şirketi olan "Phoenix de Vienne" toplam sermayenin %25'i Türk sermayesi olmak üzere "Türkiye Milli Sigorta Şirketi"ni; yaklaşık iki yıl sonra da "Fransız Ünyon (Union) Sigorta Sosyetesi" "İttihad-ı Milli Sigorta Şirketi"ni kurmuştur. Milli sigorta şirketlerinin adları ve kuruluş tarihleri şunlardır:

Cumhuriyet öncesi ve tek partili dönemde:

- İMTAŞ (İttihadı Milli Türk Anonim Şirketi)-1918,
- Şark Sigorta Türk Anonim Şirketi-1922,
- Güven Türk Anonim Sigorta Şirketi-1925,
- Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi-1926,
- Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi-1928,
- Ankara Anonim Türk Sigorta Şirketi-1936,
- Doğan Sigorta Anonim Şirketi-1942,
- Halk Sigorta Türk Anonim Şirketi-1944,

- Destek Reasürans Türk Anonim Şirketi-1945,
- Türkiye Genel Sigorta Anonim Şirketi-1948.

DP (Demokrat Parti) döneminde:

- İnan Türk Sigorta Anonim Şirketi-1950,
- Şeker Sigorta Anonim Şirketi-1954,
- Güneş Sigorta Anonim Şirketi-1957,
- Birlik Sigorta Kooperatifi-1959,
- Cihan Sigorta Anonim Şirketi-1959,
- Ray Sigorta Anonim Şirketi-1959,
- Aksigorta Anonim Şirketi-1960,
- Başak Sigorta Anonim Şirketi-1960.

Planlı kalkınma döneminde:

- Atlantik Sigorta Anonim Şirketi-1964,
- Tam Sigorta Anonim Şirketi-1964,
- Emek Sigorta Anonim Şirketi-1966,
- Tam Hayat Sigorta Anonim Şirketi-1966,
- OYAK (Ordu Yardımlaşma Kurumu) Sigorta Anonim Şirketi-1968.

Ticaret Kanunu'nun 1957'de yerini alan Türk Ticaret Kanunu'nda özel sigorta sektörüyle doğrudan ilgili hükümlere yer verilmiştir. Kamu eliyle denetimde "sigorta denetlemesi kanunları" çıkarılarak yerli ve yabancı şirketlerinin icraatları denetime tabi tutulmuştur. Yabancı ülkelere aşırı döviz akımını önlemek için 1927'de mükerrer sigorta tekeliyle ilgili de kanun çıkarılmıştır. Buna göre, yurt içinde faaliyet gösteren tüm şirketlerin üretimlerinin belirli oranını Milli Reasürans Şirketine devir ve havalesi zorunlu tutulmuştur. Ayrıca 1953'te çıkarılan Karayolları Trafik Kanunu'yla mali yükümlülük sigortası uygulamaya konulmuştur (Aktuğlu, 1975: 12-13).

Özel sigorta sektörü ile ilgili kamu nezdindeki görüş, durum tespiti, beklenti ve oluşturulan politikalar, 1963'den itibaren Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan kalkınma planlarında ortaya konmuştur. Buna göre:

1. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (BYKP) 1960'ların başlarına gelindiğinde sigortacılık sisteminin %60'ı aşan kısmının kamu kurumlarının elinde olması sebebiyle sistemin ağırlıklı olarak kamu tarafından yürütüldüğü tespitinde bulunulmuştur (DPT, 1963: 76).

2. BYKP'de sigortacılık sektörü artık iktisadi kalkınmada kullanılabilecek bir enstrüman olarak görülmüş, sigorta şirketlerinin ellerindeki fonların yatırımlar için kaynak olarak benimsenmesinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Ayrıca yerli ve yabancı şirket sayısındaki sürekli artışın pazar genişlemesini sağlayamaması sebebiyle mevcut portföyün küçük parçalara bölünmesinin sektör için sorun olduğu görüşü benimsenmiştir. Buna ek olarak fon oluşturma kapasitesi yüksek olan hayat sigortasında duraklamanın sebepleri sorgulanırken, hayat sigortasına yönelik talep için sektörün cazip imkânlar sağlayamamasına ve yatırılan primlerin değerinde düşüş meydana gelmesine dikkat çekilmiştir (DPT, 1968: 103, 605).

3. BYKP'de, sektörün büyümesi ve modernleşmesi için hizmet maliyetlerinin düşürülmesi gerektiği vurgulanmış ve mevzuattaki istikrarsızlık üzerinde durulmuştur. Ayrıca sigorta fonlarının sektörel ve bölgesel gelişmede kullanılabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması konusunda görüş belirtilmiş ve yeni şirket kurulmasının teşviki yerine şirket birleşmelerinin teşvik edilmesi, sektöre yönelik devlet politikası olarak benimsenmiştir (DPT, 1973: 908).

4. BYKP'de ise sigortacılık sektörünün özellikle dış ticaret açığının kapatılmasında fayda sağlayacağı ve bunun artması için yasal düzenlemelere gidileceği ifade edilmiş olup sigorta fonlarının aynı zamanda iktisadi kalkınmanın desteklenmesi için de kullanılması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca sigortalıların mevcut haklarının korunacağı taahhüt edilmiştir (DPT, 1979: 264).

Planlı kalkınma döneminde kalkınma planlarında sağlık hizmetlerinin arzı, talebi ve finansmanı konuları içerisinde yer verilen özel sağlık sektörü ve 1980'e kadar bu sektöre yönelik alınan kararlarsa özetle şunlardır:

- Özel kesimin hastane kurma girişimleri için teşvik edilmesi ve yerli ilaç sanayiinin desteklenmesi (DPT, 1963: 413-414),
- Özel kesimin tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi kapsamında teşvik edilmesi, diğer alanlardaki özel kesim faaliyetlerinin sınırlandırılması (DPT, 1968: 223),
- İlaç hammaddesinin ülke sınırları içerisinde üretilmesi ve ilaç sanayiinin kanun denetimine tabi tutulması (DPT, 1973: 406),
- Piyasadaki ilaç miktarının, kalitesinin ve fiyatlarının devlet denetiminde olması (DPT, 1979: 469).

3.1.3. 1980 Sonrası Cumhuriyet Döneminde Özel Sigorta Sektörü

Özellikle 1980 öncesi döneme bakıldığında son derece özel sigorta sektörünün sınırlı pazar yapısına sahip olduğu dikkat çekmektedir. Sektör 1980 sonrası dönemde de uzunca bir süre kayda değer bir gelişim gösterememiş ve bunun sonucunda da küresel çapta yüksek performans sergileyen ülkeler arasında yer alamamıştır. Prim hacminin GSYİH içindeki payını ölçen bir gösterge olan "penetrasyon" oranlarına göre Türkiye'nin mukayese edilen ülkeler arasındaki sırasının son derece gerilerde olması ve bu oranların %1'e dahi ulaşamaması, sektörel gelişimin sınırlılığını desteklemektedir. Buna göre:

- 1960 yılında %0,5 ile 33 ülke içerisinde 31. sırada,
- 1970 yılında %0,4 ile 45 ülke içerisinde 44. sırada,
- 1980 yılında %0,3 ile 52 ülke içerisinde 52. sırada,
- 1991 yılında %0,9 ile 52 ülke içerisinde 52. sırada,
- 2009 yılında %1,3 ile 88 ülke içerisinde 76. sırada,
- 2010'da %1,3 ile 88 ülke içerisinde 77. sıradadır (Uralcan, 2014: 13).

Yukarıdaki dönemsel karşılaştırma sonuçlarında görüleceği gibi Türkiye geçmişten günümüze, gelişmiş ülkelerdeki sigorta harcamaları veya sigorta direkt prim üretiminde gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir. Türkiye'de, onlarca yıldır sigorta sektörüne bir yıldız gibi parlayacak geleceğin sektörü gözüyle bakılmasına rağmen sektör ciddi bir gelişim gösterememiştir. (Uralcan, 2014: 15).

Türkiye'de, özel sigortanın temelleri sigorta ve reasürans şirketlerinin kuruluşuna ait düzenlemeleri içeren 7397 sayılı "Sigorta Murakabe Kanunu" ile 1959'da atılmış, ilki 1994 ve ikincisi 1999 yılında çıkartılan kanun hükmünde kararnamelerle konu ile ilgili bazı yeni düzenlemelere gidilmiştir. (Bezirci ve Karasioğlu, 2010: 586). Hayat ve hayat dışı branş olmak üzere kendi içerisinde iki ana gruba ayrılan özel sigortalara günümüzde yön veren kamu otoritesi, Hazine Müsteşarlığı bünyesinde yer alan Sigorta Genel Müdürlüğü'dür. Para arzı, faiz ve enflasyon oranı gibi hükümetlerin aldığı ekonomik kararların yanı sıra ülke ve dünya çapındaki ekonomik krizler özel sigorta sektörünü doğrudan etkilemekte, bu etki kişisel gelir miktarında, dolayısıyla da sigortalılık oranında değişikliklere sebep olmaktadır. Örneğin 2008 krizi sigortacılık sektörünü de etkileyerek 2009'da sektör çok uluslu şirketler için cazip pazar haline gelmiştir (Kuşçu ve Revanoğlu, 2011: 141).

Türkiye'deki özel sigorta şirketlerinin sermaye yapısı incelendiğinde 2001'de faaliyet gösteren 58 sigorta şirketinin yalnızca 15'inin uluslararası ortakları mevcutken, 2014'e gelindiğinde 63 şirketten oluşan özel sigorta sektöründe 44 şirketin uluslararası ortaklardan oluştuğu görülmektedir. Sadece 13 yıllık bir süreçte uluslararası ortaklı şirketler arasına 29 yeni şirket katılmıştır. Ancak toplam şirket sayısında sadece beş şirketlik artış yaşanmış olması, mevcut şirketlerin sermayelerinin bir bölümünü veya tamamını yabancı yatırımcılara satmalarından kaynaklanmıştır. Bu durum, yabancı sermayenin sektör içerisindeki payının 2001-2014 arasında %11,96'dan %71,66'ya yükselmesine yol açmış, prim üretimindeki yabancı sermaye payı ise %19,41'den % 64,29'a çıkmıştır (Tablo7).

Tablo 7: Özel Sigorta Şirketlerinde Yabancı Sermaye Payları

Yıl	Faal Şirket Sayısı	Uluslararası Ortaklı Şirket Sayısı	Uluslararası Ortak Payı					Uluslararası Sermaye Payı %50'den Büyük Şirket Sayısı	Toplam Yabancı Sermaye Payı %	Yabancı Sermayenin Üretim Payı %
			%100	%90-%100	%50-%90	%20-%50	<%20			
2001	58	15	2	4	2	4	3	8	11,96	19,41
2002	52	14	2	4	2	3	3	8	16,31	19,23
2003	48	14	2	3	1	4	4	6	12,69	16,92
2004	47	16	2	3	2	4	5	7	15,51	18,69
2005	50	20	2	5	2	6	5	9	16,81	20,48
2006	51	24	2	4	6	8	1	15	23,00	30,33
2007	53	27	11	3	5	7	1	19	31,19	41,15
2008	54	39	15	10	7	6	1	32	51,31	53,03
2009	57	41	17	10	6	7	1	33	54,98	53,11
2010	58	43	20	13	3	6	1	36	58,18	53,31
2011	59	44	21	14	1	7	1	36	61,16	55,58
2012	59	43	21	13	1	7	1	35	68,93	56,01
2013	61	44	21	17	1	4	1	39	71,94	63,46
2014	63	44	23	14	2	4	1	39	71,66	64,29

Kaynak: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2014*, Ankara 2015.

Özel sigorta şirketlerinin sermaye yapısına bakıldığında, uluslararası ortaklı 44 şirketten 23'ünün sermayesinin tamamı yabancılara aittir. Ayrıca yabancı sermayedarların şirket sermayesinin yarıdan fazlasına sahip olduğu özel sigorta şirketi sayısı da 16'ya ulaşmıştır. Şirket sermayesinde yarıdan az paya sahip uluslararası ortaklı özel sigorta şirketi sayısı ise sadece 5'tir. Dolayısıyla özel sigorta sektörünün büyük ölçüde yabancı sermayedarların eline geçtiği görülmektedir.

3.2. TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SEKTÖRÜNÜN GELİŞİMİ

Özel sağlık sigortaları her geçen gün sektör içerisindeki ağırlığını arttırmaktadır. Özellikle branşlaşma sonrası dönemde özel sağlık sigorta sektöründeki gelişim hız kazanmıştır. Ancak genel olarak özel sigorta sektörünün pazar hacminin sınırlı oluşu, özel sağlık sigortalarının gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kısım da, özel sağlık sektörünün gelişimindeki dönemsel farklılık sebebiyle bağımsız branş öncesi ve sonrası olmak üzere iki alt kısma ayrılarak incelenmiştir.

3.2.1. Bağımsız Branş Öncesi Dönemde Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi

Ticari sağlık sigortalarıyla ilgili yasal düzenlemeler, Cumhuriyetin ilanıyla başlamasa da mevzuat açısından kısmi düzenlemelerle karşılaşılmaktadır. Mevzuat açısından bakıldığında uzun yıllar özel sağlık sigortaları, Ticaret Kanunu'nda kaza sigortaları kapsamında yer almıştır (Orhaner, 2006: 9). Konu bu kapsamda ele alındığında sağlık sigortasıyla ilgili yasal dayanağı oluşturan 1926 tarihli 865 Sayılı Ticaret Kanunu'nda, kaza sigortalarına ilişkin hükümler içerisinde 1002. maddede hastalık durumunda oluşan zararın tazminine yönelik hükümde;

> *Kazaya karşı sigorta; sigorta ettirenin maruz olacağı lâalettayin her hangi bir kaza, hastalık, maddî menfaatlerini haleldar edecek her hangi bir hâdise, avansa sâi ve amel, yahut nevi ve mahiyeti muayyen bir kaza sebebile vefatı veyahut muvakkat veya daimî surette kudreti sâiden ve imkanı sâiden mahrumiyeti halinde gerek sigorta ettirene, gerek varislerine veya yerine kaim olanlara ve gerek muayyen veya müteaddit meşrutun lehe muayyen bir sermaye tediyesini veyahut irat tahsisini bir ücret mukabilinde sigortacıya tahmil eden mukaveledir.*

şeklinde tanımlama yapılmaktadır. Bu noktada hastalık sebebiyle oluşacak sürekli araz karşısında da sigortalının bizzat kendisi veya varislerine tazminat almasına imkân tanıyacak bir sözleşme yapılması imkânı da tanınmıştır. Gayri-nakdi özellikte tıbbi ivaz ödenmesi hükmüne yer verilmemesine rağmen nakdi ivaz sunumunun gerçekleşme imkânının sağlanması, en azından özel sağlık sigortacılığındaki kalemler içerisinde bir bölümünün yer alması açısından önemlidir.

Cumhuriyetin ilanı sonrası dönemde Anadolu Sigorta A.Ş.'nin 1938'de gemi kurtarma çalışmaları gibi riskli görevlerde çalışanlar için hastalık sigortasına benzer bir güvenceyi piyasaya sürmesiyle özel sağlık sigortacılığı aktif olarak uygulanmaya başlamıştır. Ziraat Bankası'na ait hesabı bulunanların Başak Sigorta A.Ş. tarafından

güvence altına alındığı ve gündelik tazminatı içeren grup sağlık sigortası uygulamasına başlaması da günümüzdeki yapıya benzeyen ilk sağlık sigortası ürününü oluşturmuştur. Şark Sigorta A.Ş. tarafından 1982'de Uluslararası Banka çalışanları ve bankada hesabı olanlar ile eş ve çocuklarını kapsayacak genişlikte teminat sunan sigorta poliçesinde yatarak tedavi masrafının tamamını, diğer durumlarda ise doktor, muayene ve ilaç masraflarının %80'ini karşılamayı taahhüt etmesi de sektör açısından bir diğer önemli uygulamayı ifade etmektedir. Birkaç yıl sonra da, Batı Sigorta A.Ş.'ye ait bir üründe bireylerin yaş grupları için teminatlar söz konusu olmuştur. Halk Sigorta A.Ş.'nin 1988-1989'da bireysel (ferdi) sağlık sigortasını hayata geçirmesini bir sonraki yıl Genel Sigorta A.Ş, Anadolu Sigorta A.Ş. ve OYAK Sigorta A.Ş. tarafından ağırlıklı olarak grup sağlık sigortalarının uygulamaya sokulması takip etmiştir. Özel sigorta şirketlerince gerçekleştirilen dar kapsamlı bu ve benzeri uygulamalar, 1990'da sağlık sigortaları branşına kadar devam etmiştir (Tunç ve Kıyak, 2015: 412-413).

3.2.2. Bağımsız Branş Sonrası Dönemde Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi

Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda 1980 sonrasında özel sektörün ağırlığında ciddi artışların yaşandığı görülmektedir (Yücel ve Önal, 2015: 90). 1980 ve 90'lı yıllarda liberalleşme sürecinin sağlık sistemindeki yansımalarıysa, oluşturulan sağlık reformlarıyla sağlık hizmet finansmanında vergi kullanımı yerine prim ve katkı paylarına dayandırılmasıdır (Erol ve Özdemir, 2014: 11-12).

Yabancı ortaklı işletmelerin, sağlık riskine karşı koruma amacıyla çalışanları için özel sağlık sigortası satın almaları, özellikle 1990'lı yılların ortalarından itibaren özel sağlık sigorta sektörünün hız kazanmasına yol açmıştır. Bu işletmelerde, özel sağlık sigortasının çalışanlara sağladığı avantajlar diğer işletmelerde çalışanların dikkatini çekmiş ve zamanla onlar tarafından da talep edilmeye başlanmıştır. Böylece sağlık sigortası kapsamına alınan kişi sayısı da artmıştır. Bu artışa paralel olarak sağlık sigortası branşında çalışanların nitelik ve sayılarında da artış gözlemlenmiştir. Özel sağlık sigortasının gelişimine bağlı olarak özel sağlık kuruluşlarının sayısı da artmış

ve hizmet ağı genişlemeye başlamıştır (Dalkılıç, 2012: 72). Özel hastane sayısındaki süratli artış, hastanelere erişimin kolaylaşması, yeni tedavi tekniklerinin bulunması gibi etkenler özel sağlık sigorta sektöründe prim üretimini çok süratli arttıramasa da en azında prim üretiminde düşüşleri önlemiştir (Deloitte ve Yased 2012: 84).

Yaşanan gelişmeler sonucunda daha önceleri kaza sigortalarına ek olarak satılan teminatlar, 1982'den sonra hayat sigortaları adı altında da satılmaya başlamıştır. Sağlık sigortası kapsamında satılan teminatlara yönelik talep artışı bu sigorta türünün potansiyelinin yükselmesine yol açınca Bakanlar Kurulu'nun 12.01.1990 tarihli ve 90-55 sayılı kararı ile sağlığa yönelik riskleri teminat altına alacak ayrı bir sigorta branşı olarak kabul edilmesine yol açmıştır. 15.08.2005 tarihli tebliğle sigorta branşının adı "Sağlık Sigortası" olarak değiştirilmiştir (Tunç ve Kıyak, 2015: 413).

Cepten gerçekleştirilen sağlık harcamalarında olduğu gibi özel sigortaların da bir sağlık sistemi içerisinde yoğun olarak başvurulan bir finansman yöntemi olmaması gerekir (Tatar, 2011: 114). Türkiye'deki gelişim bu açıdan olumlu yönde olup gerek sosyal gerekse özel sağlık sigortasında yaşanan gelişmeler, 1995'te yapılan sağlık harcamalarının %30'u düzeyinde gerçekleşen cepten ödeme ağırlığının, 2012'de yarı yarıya düşerek %15 civarına inmesine yol açmıştır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 110). Buna rağmen özel bütçeden yapılan sağlık harcamaları, AB'ne kıyasla iki kat olup Lüksemburg örneğindeki gibi sağlık harcamalarının özel bütçeden karşılanma oranının %1'lerde gerçekleşmesiyle bile karşılaşılmaktadır (Akın ve Ersoy, 2012: 66).

Günümüzde sosyal sağlık sigortasının sağladığı güvencenin düşük oluşu, özel sağlık sigortasının tamamlayıcı olmasını destekleyecek ortamı sağlamaktadır. Ancak mevcut özel sağlık sigortalarının etkin bir tamamlayıcı sosyal güvenlik kuruluşu özelliğine henüz ulaştığını savunmak da mümkün değildir (Alper, 2015: 26). Sonuçta ülke nüfusunun sadece %1'lik kısmının özel sağlık sigortası mevcuttur (Morlock, vd. 2004: 21). Bağımsız branş sonrasında 2008'de GSS'ye (Genel Sağlık Sigortası) geçilmeden önceki süreçte özel sigortaların sağlık sisteminin karmaşık ve çok başlı

yapısı içinde önemli rol oynamadığı görülmektedir. Sınırlı da olsa esas genişleme GSS'ye geçiş sonrasında yaşanmıştır.

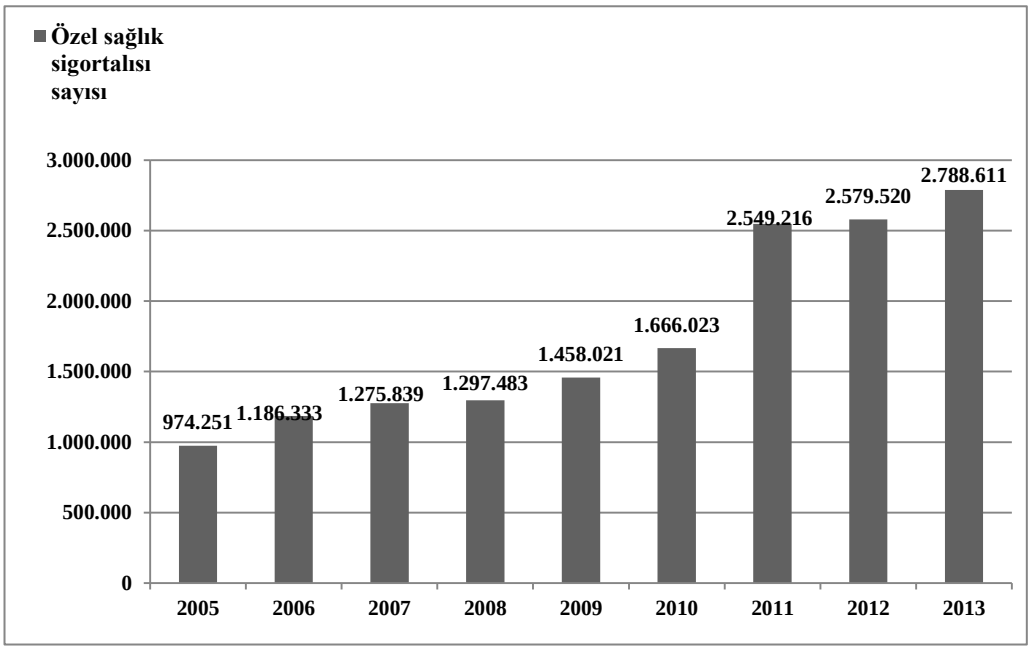
Türkiye'deki sosyal sigorta sisteminde 2008'deki kanun değişikliği ile tüm çalışanlar, 2012'den itibaren de çalışanlar haricindekiler kapsama alınmıştır. Kanun değişikliği ile kapsananlar; sigortalı olarak çalışanlar, isteğe bağlı sigortalılar, SGK'dan aylık alanlar, işsizlik ödeneğinden yararlananlar ve bunların haricinde herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlardır. Böylece özel sağlık sigortası kapsamına girmek isteyen kişi, ayrıca sosyal sigorta sisteminde prim ödemeye devam etmek zorundadır. Prim ödenen sosyal sağlık sigortasında sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmak yerine özel sağlık sigortasını tercih eden kişiler için ek bir maliyetin varlığının özel sağlık sigortası sistemine katılımı düşürücü etkide bulunacağı yönünde eleştirileri de beraberinde getirmiştir (Tunç ve Kıyak, 2015: 413-414). Böylece yakalanan yüksek ivmenin yavaşlaması beklentisi oluşmuştur.

Tapan vd. (2015: 78) genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulduğu ülkelerde zamanla koruma altına alınan risk alanlarının sınırlanarak ilave teminat satın alınması ihtiyacını doğurduğunu vurgulamaktadır. Türkiye'de de genel sağlık sigortasının oluşumu çok eskiye dayanmamaktadır. Dolayısıyla şu an için koruma altına alınan risk genişliği sınırlanmamış olsa da zamanla kapsam alanındaki olası daralma, bireyleri özel sağlık sigortası kapsamında yeni teminatlar satın almaya yöneltebilecektir. Nitekim Türkiye'de tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası mevcut olmasına rağmen, sektörde henüz tam anlamıyla bir genişleme sağlanamamıştır. Buna karşılık, dünya deneyimlerinden hareketle bu alanın ciddi bir potansiyel oluşturduğu sonucuna varılabilir (Önder vd., 2016: 25).

Teminat içeren hizmetlere göre özel sağlık sigortaları "yatarak tedavi teminatı" ve "ayakta tedavi teminatı" olarak ikiye ayrılmaktadır. Yatarak tedavi teminatı ameliyatlı ya da ameliyatsız, hastanın, hastanede yatarak aldığı gerekli ve zorunlu tüm tıbbi hizmet ve ambulans giderlerini kapsar. Ayakta tedavi teminatıysa muayeneden teşhise, küçük müdahalelerden tedavi ve ilaç giderlerine kadar tüm tıbbi hizmetleri

içerir. Göz bozuklukları ve diş hastalıkları genelde teminat dışında tutulur. Ancak ek prim ödemesi yapılarak bu hizmetleri de sigorta şirketleri sağlayabilmektedir. Türkiye'de özel sağlık sigortası primleri standart olmayıp sigorta paketinin içeriğine, yaşa ve cinsiyete göre değişlik göstermektedir (Tunç ve Kıyak, 2015: 414).

Türkiye'de özel sağlık sigortalı sayısında 2005 sonrasında yaklaşık üç katlık artış yaşanarak 2013'te üç milyona ulaşmıştır (Bkz. Şekil 1).



Şekil 1: Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalısı Sayısında Gelişim (2005-2014)
Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, http://tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909, Erişim: 10.09.2016.

Sigortalı başına düşen prim ve kazanılmış prim üretimine bakıldığında, sigortalı sayısında üç katlık artışa karşılık, cari TL fiyatlarıyla neredeyse hiç artış yaşanmamıştır. Buna göre, sigortalı başına düşen prim üretimi 2005'te 820 TL iken 2013'te sadece 860 TL olmuş, kazanılmış prim düzeyinde ise 760 TL'den 823 TL'ye çıkmıştır. Sigortalı başına düşen hasarsa 644 TL'den 631 TL'ye inmiştir. Sektörel hacim düşük nitelikli ürün satımına bağlı olarak, sigortalı sayısındaki artışla kısmen gerçekleşmektedir (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8: Türkiye'de Özel Sağlık Sigorta Branşında Sigortalı Başına Prim Üretimi, Yüklenilen Hasarlar ve Hasar/Prim Oranlarının Gelişimi (2005-2013)

Yıl	Sigortalı Başına Düşen Prim Üretimi (TL)	Sigortalı Başına Düşen Kazanılmış Prim (TL)	Sigortalı Başına Düşen Yüklenilen Hasar (TL)	Hasar/Prim Oranı
2005	820	760	644	84,7
2006	819	756	638	84,5
2007	943	876	705	80,4
2008	1006	939	804	85,6
2009	953	913	850	93,1
2010	1006	947	813	85,9
2011	770	671	564	84,0
2012	841	807	597	73,9
2013	860	823	631	76,7

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, http://tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909, Erişim: 10.09.2016.

3.3. TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SEKTÖRÜNDE MEVCUT DURUM

Özel sağlık sigorta sektörünün mevcut durumunun incelenmesi üç aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk alt kısımda AB ile Türkiye'nin karşılaştırması yapılmıştır. Küresel ölçekte özel sağlık sigorta sektörüne ilişkin verilerin sadece AB ülkeleri için mevcut oluşu, uluslararası karşılaştırmanın AB alanıyla yapılmasına yol açmıştır. İkinci alt kısımda özel sağlık sigorta branşının alt branşlar ve türlere göre sigortalı ve sözleşme adetleri ile prim üretimi ve ödenen tazminat hacimleri incelenmiştir. Üçüncü ve son kısımda ise prim üretimi ve ödenen tazminatların alt branş ve türlere göre sözleşme ve sigortalı başına düşen ortalama tutarları karşılaştırılmıştır.

3.3.1. Özel Sağlık Sigortalarının Uluslararası Karşılaştırmalı Durumu

Özel sağlık sigortacılığı, küresel ölçekte önemli bir sektör konumundadır. Tek tek ülkelerle ilgili verilere ulaşılamamasına karşılık, 146 ülkeyi içeren ve dünya nüfusunun 6,8 milyarlık kısmına ulaşan ölçekte, 2014 için özel sağlık sigortaları kanalıyla gerçekleştirilen sağlık harcamaları 1,3 trilyon dolar olarak tespit edilmektedir. Söz konusu 6,8 milyarlık nüfus düşünüldüğünde, özel sağlık sigorta

şirketlerince gerçekleştirilen kişi başına düşen sağlık harcamaları 188,9 dolara ulaşmaktadır. Yapılan harcamaların büyük bölümü ABD tarafından gerçekleştirilmiş ve 317,5 milyon kişi için 991 milyar dolar harcama yapılmıştır. Kalan 6,5 milyar kişi içinse 390 milyar dolarlık harcama yapılmıştır. Buna göre, ABD'nin küresel pazar payı %77'yken diğer 145 ülkede yapılan harcamalar %23'le sınırlıdır (Tablo 9).

Tablo 9: Küresel Ölçekte Özel Sağlık Sigortalarınca Gerçekleştirilen Sağlık Harcamaları, 2014

Ülkeler	Milyar Dolar	Nüfus (milyon kişi)	Küresel Pazar Payı (%)	Kişi Başına Düşen Özel Sağlık Sigortalarınca Yapılan Harcama (ABD$)
ABD	991,0	317,5	76,97	3120,8
Brezilya	52,4	206,1	4,07	254,1
Fransa	43,4	65,8	3,37	659,3
Almanya	39,0	80,8	3,03	483,1
Çin	25,8	1369,4	2,01	18,9
Kanada	23,5	35,3	1,83	667,6
G.Afrika	13,2	54,0	1,02	244,4
Diğer 139 ülke	99,2	4686,0	7,70	21,2
Dünya Toplamı (146 ülke)	1287,5	6814,9	100,00	188,9

Kaynak: WHO, *Global Health Expenditure Database*, http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en, Erişim: 19.09.2016.

Türkiye'deki özel sağlık sigorta şirket sayısı, poliçe adedi, yazılan doğrudan prim hacmi ve penetrasyon oranlarının dönemsel gelişimi AB ile karşılaştırılmıştır. Buna göre 2004-2014 arasında Türkiye'de AB alanına göre oldukça yüksek büyüme yaşanmıştır. Poliçe adedi 2004'te 270 binle sınırlı olan Türkiye'ye karşılık AB'de bu sayı 46,2 milyondur. Yazılan doğrudan prim hacmi ise Türkiye'deki 230 milyon Euro iken AB'de 60 milyar Euro'yu aşmıştır. Dolayısıyla Türkiye'deki özel sağlık sigorta branşı AB'nin binde 6'sına dahi ulaşamamıştır. Yazılan doğrudan prim hacmine göre Türkiye, AB'nin binde 3,8'idir. Penetrasyon oranları açısındansa Türkiye, AB'nin yedide biriyle sınırlıdır (Bkz. Tablo 10).

Türkiye'deki özel sağlık sigorta branşı 2004-14 arasında geçen on yılda AB'ye göre ciddi ilerleme kat etmiştir. Buna göre, poliçe sayısı 2013'te 2,8 milyon adedi aşmış, doğrudan prim hacmi 2014'te bir milyar Euro'u geçmiş ve penetrasyon oranı da binde 1,7'ye yaklaşmıştır. Türkiye'nin 2013'te poliçe adetinde AB'nin yüzde 5'ine

yaklaştığı, yazılan doğrudan prim hacminde 2014'te binde 8,6'sına ulaştığı ve penetrasyon oranında aynı yıl AB'nin %21'ni aştığı görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Türk Özel Sağlık Sigorta Sektörünün AB ile Karşılaştırması (2004-2014, Cari Miktarlarla)

Yıllar	Şirket Sayısı		Poliçe Adedi (Milyon)		Yazılan Doğrudan Prim Hacmi (Milyar Euro)		Penetrasyon Oranı (%)	
	Türkiye	AB*	Türkiye	AB*	Türkiye	AB*	Türkiye	AB*
2004	33	510	0,27	46,19	0,23	60,36	0,073	0,535
2005	33	491	0,38	43,55	0,27	63,30	0,070	0,517
2006	28	466	0,45	51,50	0,35	90,14	0,083	0,696
2007	30	519	0,67	54,87	0,43	93,60	0,091	0,682
2008	33	550	0,89	46,89	0,47	100,56	0,094	0,724
2009	32	568	0,76	48,81	0,50	103,49	0,113	0,790
2010	33	557	1,03	50,99	0,60	108,79	0,109	0,786
2011	34	585	1,89	52,64	0,71	113,18	0,127	0,791
2012	36	552	2,64	55,00	0,79	113,61	0,128	0,774
2013	35	833	2,81	56,93	0,87	117,45	0,141	0,795
2014	…	…	…	…	1,03	120,04	0,167	0,779

Kaynak: Insurance Europe, *European Insurance in Figures*, 2014 Data, http://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20in%20Figures%20-%202014%20data_0.pdf, Erişim: 20.09.2016.
* İrlanda, İzlanda, Lihtenştayn, İsveç ve Slovakya hariç.

Poliçe adedinde 2004-2013 arasında AB alanında %23'lük artış varken, Türkiye'deki artış on katın üzerindedir. Yazılan doğrudan prim hacminde 2004-2014 arasında AB'ye göre yaklaşık iki katlık artış sağlanmışken, Türkiye'deki artış dört buçuk kata ulaşmıştır. Sektör hacmini tanımlayan penetrasyon oranlarında ise 2004-2014 arasında AB'de %45'lik artışa karşılık Türkiye'de iki katın üzerinde artış gerçekleşmiştir.

Türkiye'de yaşanan süratli artışta, AB'de daha geniş bir pazar yapısının varlığı etkilidir. Nitekim AB'deki şirket sayısında istikrarlı artış varken, şirket sayısı Türkiye'de 30-36 arasında sabitlenmiştir. Dolayısıyla pazara yeni şirket girişleri yerine mevcut şirketlerin Pazar hacmini genişletmesiyle oluşan oligopolistleşmiş bir piyasa yapısı vardır. Bu durum, şirket başına düşen poliçe ve prim hacimlerinde de ciddi artışa yol açmıştır. Şirket başına düşen poliçe sayısı 2004'te sekiz binken 2013'te on katlık artışla 80 bini aşmıştır. Prim üretiminde 2004'teki 7 milyon Euro'luk hacim de 2013'te 25 milyon Euro'yu zorlamıştır. AB'de ise 2004'te şirket başına düşen poliçe sayısı Türkiye'nin 11 katıyken, prim üretiminde 17 katlık hacme erişilmiştir.

Bunun sonucunda 2013'te Türkiye'de şirket başına düşen poliçe hacmi AB'deki düzeyi aşmış, prim üretimindeyse yaklaşık 25 milyon Euro'luk hacimle %18'ine ulaşabilmiştir. Bu noktada dikkat çekense, poliçe sayısında AB'yi aşan hızda artış yaşansa da aynı hızın prim üretiminde gerçekleşemediğidir (Tablo 11).

Tablo 11: Şirket Başına Düşen Poliçe ve Prim Üretiminde Gelişim (2004-2013)

Yıllar	Şirket Başına Düşen Poliçe Sayısı		Şirket Başına Düşen Yazılan Doğrudan Prim Üretimi (Milyon Euro)	
	Türkiye	AB*	Türkiye	AB*
2004	8.182	90.569	7,0	118,4
2005	11.515	88.697	8,2	128,9
2006	16.071	110.515	12,5	193,4
2007	22.333	105.723	14,3	180,3
2008	26.970	85.255	14,2	182,8
2009	23.750	85.933	15,6	182,2
2010	31.212	91.544	18,2	195,3
2011	55.588	89.983	20,9	193,5
2012	73.333	99.638	21,9	205,8
2013	80.286	68.343	24,9	141,0

Kaynak: Tablo 10'a dayanarak hesaplanmıştır.
* İrlanda, İzlanda, Lihtenştayn, İsveç ve Slovakya hariç.

3.3.2. Özel Sağlık Sigortalarında Sözleşme, Sigortalı, Prim Üretimi ve Tazminat Hacimleri

Türkiye'de özel sağlık sigortaları sağlık, hastalık ve seyahat sağlık olarak üç alt branşa ayrılmakta olup ağırlıklı olarak hayat dışı sigorta branşı uygulanmaktadır. Sağlık ve seyahat sağlık alt branşlarının yaklaşık 1,5'er milyonluk sözleşme adediyle birbirine yakın miktarda olduğu, hastalık alt branşının ise 100 bin civarında kaldığı görülmektedir. Buna karşılık prim üretiminde sağlık alt branşının 2,4 milyar TL'ye yaklaşılmasına karşılık seyahat sağlık sigortasında 60 milyon TL ile sınırlı kalınmış, hastalık sigortasında da 21 milyon TL civarında prim üretimi gerçekleştirilebilmiştir. Harcamalar da prim üretimiyle örtüşmektedir. Buna göre sağlık alt branşında 1,5 milyar TL'yi zorlayan tazminat tutarı hastalık alt branşında 135 milyon TL, seyahat sağlık alt branşında da 5 milyon TL ile sınırlı kalmıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Hayat Dışı Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014

Alt Branşlar	Sözleşme Adedi	Sigortalı Adedi	Prim (000 TL)	Tazminat (000 TL)
I. Sağlık alt branşı	1.596.824	2.751.670	2.385.561	1.483.121
I.I. İşveren grup	117.127	752.951	894.031	766.513
I.II. Diğer grup	2.633	125.724	154.357	7.913
I.III. Bireysel	1.477.064	1.872.995	1.337.173	708.695
II. Hastalık alt branşı	100.269	100.853	21.363	134.398
II.I. İşveren grup	0	0	20	82.418
II.II. Diğer grup	0	0	0	0
II.III. Bireysel	100.269	100.853	21.343	51.979
III. Seyahat sağlık alt branşı	1.476.613	1.450.477	60.429	5.148
III.I. İşveren grup	3.260	22.892	485	71
III.II. Diğer grup	11.569	59.172	686	2
III.III. Bireysel	1.461.784	1.368.413	59.258	5.074

Kaynak: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2014*, Ankara 2015.

Hayat ana branşında yer alan özel sağlık sigortalarında özellikle sözleşme adetlerinde hayat dışı özel sağlık sigortalarına göre düşük performans mevcuttur. Buna göre hayat dışı ana branşta üç milyonu aşan sözleşme sayısı, hayat ana branşı için 27 binle sınırlıdır. Sigortalı sayısındaysa hayat dışı ana branşta 4,3 milyona ulaşan sigortalı sayısı hayat ana branşında 320 bin düzeyindedir. Buna ek olarak 420 milyon TL'lik prim üretimine karşılık ödenen tazminat miktarı da 318 milyon TL olarak gerçekleşmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Hayat Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014

Alt Branşlar	Sözleşme Adedi	Sigortalı Adedi	Prim (000 TL)	Tazminat (000 TL)
I. Sağlık alt branşı	24.150	317.310	417.845	317.727
I.I. İşveren grup	686	278.171	340.961	267.652
I.II. Diğer grup	75	2.298	4.073	4.992
I.III. Bireysel	23.389	36.841	72.811	45.084
II. Hastalık alt branşı	942	994	184	100
II.I. İşveren grup	590	616	90	100
II.II. Diğer grup	0	0	0	0
II.III. Bireysel	352	378	94	0
III. Seyahat sağlık alt branşı	2.981	1.702	80	1
III.I. İşveren grup	0	0	0	0
III.II. Diğer grup	0	0	0	0
III.III. Bireysel	2.981	1.702	80	1

Kaynak: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2014*, Ankara 2015.

Özel sağlık sigortaları toplamında sözleşme adeti 3,2 milyona, sigortalı sayısı ise 4,6 milyona ulaşmıştır. Kısa süreli taahhüt içeren seyahat sağlık sigortasında ise sözleşme adedi ve sigortalı sayısında suni bir artış vardır. Genelde yıllık olarak hesaplanan sağlık ve hastalık alt sigorta branşları toplamlarında sözleşme adedi 1,7 milyon ve sigortalı sayısı 3,2 milyon civarındadır. Prim üretimi ve ödenen tazminatlar açısındansa seyahat sağlık sigortası alt branşının toplam hacim içerisinde sembolik ağırlığa sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla üç alt branş toplamına göre yaklaşık 4,3 milyar TL ve ödenen tazminatlarda da 1,9 milyar TL'lik gerçekleşme, seyahat sağlık sigortası alt branşı çıkartıldığında prim üretiminde 61 milyon TL'lik, ödenen tazminatlardaysa 5 milyon TL'lik bir azalışa yol açmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14: Bütün Özel Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014

Alt Branşlar	Sözleşme Adedi	Sigortalı Adedi	Prim (000 TL)	Tazminat (000 TL)
I. Sağlık alt branşı	1.620.974	3.068.980	2.803.406	1.800.848
I.I. İşveren grup	117.813	1.031.122	1.234.992	1.034.165
I.II. Diğer grup	2.708	128.022	158.430	12.905
I.III. Bireysel	1.500.453	1.909.836	1.409.984	753.778
II. Hastalık alt branşı	101.211	101.847	21.547	134.498
II.I. İşveren grup	590	616	111	82.518
II.II. Diğer grup	0	0	0	0
II.III. Bireysel	100.621	101.231	21.437	51.979
III. Seyahat sağlık alt branşı	1.479.594	1.452.179	60.509	5.149
III.I. İşveren grup	3.260	22.892	485	71
III.II. Diğer grup	11.569	59.172	686	2
III.III. Bireysel	1.464.765	1.370.115	59.338	5.075

Kaynak: T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2014*, Ankara 2015.

3.3.3. Özel Sağlık Sigortalarında Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminatlar

Sözleşme başına düşen sigortalı sayısı, sigortalı başına düşen prim ve ödenen tazminatlar açısından hayat-hayat dışı ana ve alt branşlara göre sektör içi farklılaşma vardır. Buna göre, hayat dışı özel sağlık branşında sözleşme başına ortalama 1,36 sigortalı vardır. Sağlık alt branşında 1,7 olan sigortalı sayısı, hastalık ve seyahat alt branşlarında 1 kişiye kadar düşmektedir. Bu farklılığın sebebiyse sağlık alt branşının

aksine hastalık alt branşında işveren ve diğer grup sigortalarının olmayışı, seyahat sağlık sigortasında ise son derece düşük ağırlığın varlığıdır. Sağlık alt branşı içerisinde işveren grup sigortasında sözleşme başına düşen sigortalı sayısı 6,4 kişiyken, diğer grup sigortasında bu sayı 47,7 kişiye kadar yükselmektedir.

Sözleşme ve sigortalı başına düşen prim üretime göre hayat dışı sağlık branş ortalamasının sözleşme başına düşen prim üretimi 777,4 TL, sigortalı başına düşen prim üretimi ise 573,4 TL'dir. Sağlık alt branşındaki sözleşme başına düşen prim üretimi 1.493,4 TL iken hastalık alt branşında 213,1 TL'ye, seyahat sağlık sigortasında ise 40,9 TL'ye kadar gerilemektedir. Sigortalı başına düşen prim üretiminde sağlık alt branşında 867 TL'lik, hastalık alt branşında 211,8 TL'lik, seyahat sağlık alt branşında ise 41,7 TL'lik gerçekleşmeyle karşılaşılmaktadır.

Hayat dışı özel sağlık sigorta branşında üç alt branştaki farklılaşmada işveren ve diğer grup sigortalarının etkisi, sözleşme başına düşen sigortalı sayısındaki gibidir. Sağlık alt branşı içinde işveren grup sigortalarında sözleşme başına düşen prim üretimi 7.633 TL, sigortalı başına düşen prim üretimi de 1.187,4 TL'dir. Diğer grup sigortalarında sözleşme başına düşen prim üretimi 58.624,1 TL'ye, sigortalı başına düşen prim üretimi de 1.227,7 TL'ye çıkmaktadır.

Sözleşme ve sigortalı başına düşen tazminatlarsa şu şekilde gerçekleşmiştir: Hayat dışı sağlık branşında sözleşme başına düşen tazminat tutarı 511,3 TL, sigortalı başına tazminatsa 377,1 TL'dir. Alt branşlara göre sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcut olup sağlık alt branşındaki sözleşme başına düşen tazminat tutarı 928,8 TL, hastalık alt branşında 1.340,4 TL ve seyahat sağlık sigortasında 3,4 TL'dir. Sigortalı başına ödenen tazminat tutarıysa sağlık alt branşında 539 TL, hastalık alt branşında 1.332,6 TL ve seyahat sağlık alt branşında 3,5 TL'dir.

Hayat dışı özel sağlık sigorta branşında, üç alt sigorta branşındaki farklılaşmada işveren ve diğer grup sigortalarının etkisi, sözleşme başına düşen sigortalı sayısı ile sözleşme ve sigortalı başına düşen primle benzerdir. Sağlık alt branşı

içinde, işveren grup sigortalarında sözleşme başına düşen tazminat tutarı 6.544,3 TL'yken sigortalı başına tazminat tutarı 1.018 TL'dir. Diğer grup sigortalarında bu tutarlar sözleşme başına 3.005,3 TL'ye kadar çıkarken, sigortalı başına 62,9 TL düzeyinde kalmıştır.

Tablo 15: Hayat Dışı Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014

Alt Branşlar	Sözleşme Başına Düşen Sigortalı Sayısı	Sözleşme Başına Düşen Prim Miktarı TL	Sigortalı Başına Düşen Prim Miktarı TL	Sözleşme Başına Düşen Ödenen Tazminat TL	Sigortalı Başına Düşen Ödenen Tazminat TL
I. Sağlık alt branşı	1,7	1493,9	867,0	928,8	539,0
I.I. İşveren grup	6,4	7633,0	1187,4	6544,3	1018,0
I.II. Diğer grup	47,7	58624,1	1227,7	3005,3	62,9
I.III. Bireysel	1,3	905,3	713,9	479,8	378,4
II. Hastalık alt branşı	1,0	213,1	211,8	1340,4	1332,6
II.I. İşveren grup	…	…	…	…	…
II.II. Diğer grup	…	…	…	…	…
II.III. Bireysel	1,0	212,9	211,6	518,4	515,4
III. Seyahat sağlık alt branşı	1,0	40,9	41,7	3,5	3,5
III.I. İşveren grup	7,0	148,7	21,2	21,8	3,1
III.II. Diğer grup	5,1	59,3	11,6	0,2	0,0
III.III. Bireysel	0,9	40,5	43,3	3,5	3,7
Hayat dışı sağlık branşı toplamı	1,36	777,4	573,4	511,3	377,1

Kaynak: Tablo 12'ye dayanarak hesaplanmıştır.

Hayat özel sağlık sigortası branşında sözleşme başına düşen ortalama sigortalı sayısı 11,4 kişidir. Sağlık alt branşında 13,1 olan kişi sayısı hastalık ve seyahat alt branşlarında 1,1 kişiye kadar düşmektedir. Bu farklılığın temelinde, sağlık alt branşının aksine, hastalık alt branşında işveren ve diğer grup sigortalarının olmayışı etkilidir. Sağlık alt branşında işveren grup sigortasında sözleşme başına düşen sigortalı sayısı 405,5 kişi iken, diğer grup sigortasında bu sayı 30,6 kişide kalmaktadır.

Hayat özel sağlık branşında sözleşme başına düşen prim üretimi 14.894 TL, sigortalı başına düşen prim üretimi 11.322 TL'dir. Alt branşlara göre bakıldığındaysa sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcuttur. Sağlık alt branşında sözleşme başına düşen prim üretimi 17.302,1 TL iken, hastalık alt branşında 195,4 TL ve seyahat sağlık sigortasında 27 TL'dir. Sigortalı başına düşen prim üretiminde sağlık alt branşında

1.316,8 TL'lik, hastalık alt branşında 185,2 TL'lik, seyahat sağlık alt branşında ise 47,3 TL'lik tutar ile karşılaşılmaktadır.

Sözleşme ve sigortalı başına düşen ödenen tazminatlar incelendiğinde hayat sağlık branş ortalamasının sözleşme başına 11.322 TL, sigortalı başına tazminatınsa 993 TL olduğu görülmektedir. Alt branşlara göre bakıldığında, yine sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcuttur. Sağlık alt branşındaki sözleşme başına düşen tazminat tutarının 13.156 TL olmasına karşılık hastalık alt branşında 106,2 TL'de kalındığı, seyahat sağlık sigortasında ise 0,3 TL'ye kadar inildiği görülmektedir. Sigortalı başına düşen tazminat tutarıysa sağlık alt branşında 1001,3 TL, hastalık alt branşında 100,6 TL ve seyahat sağlık alt branşında ise 0,5 TL'dir.

Tablo 16: Hayat Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014

Alt Branşlar	Sözleşme Başına Düşen Sigortalı Sayısı	Sözleşme Başına Düşen Prim Miktarı TL	Sigortalı Başına Düşen Prim Miktarı TL	Sözleşme Başına Düşen Ödenen Tazminat TL	Sigortalı Başına Düşen Ödenen Tazminat TL
I. Sağlık alt branşı	13,1	17302,1	1316,8	13156,4	1001,3
I.I. İşveren grup	405,5	497027,3	1225,7	390162,6	962,2
I.II. Diğer grup	30,6	54309,6	1772,5	66556,3	2172,2
I.III. Bireysel	1,6	3113,0	1976,4	1927,6	1223,7
II. Hastalık alt branşı	1,1	195,4	185,2	106,2	100,6
II.I. İşveren grup	1,0	153,0	146,5	169,5	162,3
II.II. Diğer grup	…	…	…	…	…
II.III. Bireysel	1,1	266,5	248,2	0,0	0,0
III. Seyahat sağlık alt branşı	0,6	27,0	47,3	0,3	0,5
III.I. İşveren grup	…	…	…	…	…
III.II. Diğer grup	…	…	…	…	…
III.III. Bireysel	0,6	27,0	47,3	0,3	0,5

Kaynak: Tablo 13'e dayanarak hesaplanmıştır.

Bütün özel sağlık sigorta branşında sözleşme başına düşen sigortalı sayısı 1,45 kişidir. Sağlık alt branşında 1,9 olan kişi sayısı, hastalık ve seyahat alt branşlarında 1'e kadar inmektedir. Farklılığın temelinde sağlık alt branşının aksine hastalık alt branşında işveren ve diğer grup sigortalarının olmayışı, seyahat sağlık sigortasında ise son derece düşük ağırlığın etkisi vardır. Sağlık alt branşında işveren grup sigortasında sözleşme başına düşen sigortalı sayısı 8,8 kişiyken, diğer grup sigortasında 47,3 kişidir.

Bütün özel sağlık sigortası branşında sözleşme başına düşen prim üretimi 901,2 TL, sigortalı başına düşen prim üretimiyse 606 TL'dir. Alt branşlara göre sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcuttur. Buna göre, sağlık alt branşındaki sözleşme başına düşen prim üretimi 1729,5 TL iken, hastalık alt branşında 212,9 TL'ye, seyahat sağlık sigortasında 40,9 TL'ye inmektedir. Sigortalı başına düşen prim sağlık alt branşında 913,5 TL, hastalık alt branşında 211,6 TL ve seyahat sağlık alt branşında 41,7 TL'dir.

Sözleşme ve sigortalı başına düşen tazminat tutarları, bütün özel sağlık sigorta branş ortalamasında sözleşme başına 606 TL, sigortalı başına 420 TL' dir. Alt branşlara göre sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcuttur. Sağlık alt branşında sözleşme başına düşen tazminat tutarı 1.111 TL, hastalık alt branşında 1.328,9 TL, seyahat sağlık sigortasında 21,8 TL'dir. Sigortalı başına düşen ödenen tazminat tutarıysa sağlık alt branşında 586,8 TL, hastalık alt branşında 1.320,6 TL, seyahat sağlık alt branşında ise 3,5 TL düzeyindedir.

Tablo 17: Bütün Özel Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014

Alt Branşlar	Sözleşme Başına Düşen Sigortalı Sayısı	Sözleşme Başına Düşen Prim Miktarı TL	Sigortalı Başına Düşen Prim Miktarı TL	Sözleşme Başına Düşen Ödenen Tazminat TL	Sigortalı Başına Düşen Ödenen Tazminat TL
I. Sağlık alt branşı	1,9	1729,5	913,5	1111,0	586,8
I.I. İşveren grup	8,8	10482,6	1197,7	8778,0	1003,0
I.II. Diğer grup	47,3	58504,6	1237,5	4765,4	100,8
I.III. Bireysel	1,3	939,7	738,3	502,4	394,7
II. Hastalık alt branşı	1,0	212,9	211,6	1328,9	1320,6
II.I. İşveren grup	1,0	187,4	179,5	139861,8	133958,5
II.II. Diğer grup	…	…	…	…	…
II.III. Bireysel	1,0	213,0	211,8	516,6	513,5
III. Seyahat sağlık alt branşı	1,0	40,9	41,7	3,5	3,5
III.I. İşveren grup	7,0	148,7	21,2	21,8	3,1
III.II. Diğer grup	5,1	59,3	11,6	0,2	0,0
III.III. Bireysel	0,9	40,5	43,3	3,5	3,7

Kaynak: Tablo 14'e dayanarak hesaplanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ANALİZİ

4.1. ANALİZ MODELİ, VERİ TASARIMI, YÖNTEM VE LİTERATÜR

Bu kısımda tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen uygulamanın dayandığı analiz modelinin oluşturulmasıyla başlanmıştır. İkinci olarak uygulamada kullanılan değişkenlerin derlenme süreci ve ardından uygulamada kullanılacak şekle dönüştürülmesindeki tasarım süreci aktarılmıştır. Üçüncü olarak uygulamanın dayandığı istatistik yöntemi oluşturan asal bileşenler analizinin aktarımı gerçekleştirilmiştir. Son olarak da ilgili literatür derlenerek kısım tamamlanmıştır.

4.1.1. Analiz Modeli

Türkiye'de özel sağlık sigortalarının mevcut penetrasyon düzeylerinin uluslararası mukayeseli olarak sorgulandığı istatistiksel analiz çalışmasında, sektörel durumun AB ülkeleriyle 2004 ve 2013 yılları için kıyaslanmasına odaklanılmıştır. Buna göre, elde edilen bulgularda sektörel penetrasyona göre (ekonomide ağırlık) gelişmişlik sırasının;

- AB ülkeleri içerisindeki konumlarında dönemsel değişimin olup-olmadığı,
- Değişim oldu ise ne yönde olduğudur (iyileşme mi kötüleşme mi?).

4.1.2. İstatistik Uygulamada Kullanılan Veri Tasarımı

Ticari (özel) sağlık sigorta sektöründe prim üretimi ve yapılan ödemeler toplamına göre iller veya bölgeler bazında veri bulunmamaktadır. Türkiye toplamına göre mevcut hacmin değerlendirilmesinde ise istatistiksel analize dayalı sınama yapmak için uluslararası mukayeseye ihtiyaç vardır. Ticari sigortalar alanındaki uluslararası mukayeselerde temel veri kaynağı Swiss Re tarafından sağlanmakta olup söz konusu kurumun yıllık olarak yayınladığı Sigma raporlarında da sadece hayat ve hayat dışı sigorta branşı ayrımına dayalı prim üretimleri ve penetrasyon oranları yer almaktadır. Sağlık alanında uluslararası verilerin sağlandığı temel kaynaklardan olan DSÖ'nün de ticari sağlık sigortalarında prim üretimi ve yapılan ödemelere ilişkin veri sunumu yoktur. OECD ve Eurostat'ta da ilgili veriler bulunmamaktadır.

İstatistiksel analiz için gereken prim üretimi ve ödenen tazminat hacmine ilişkin verilere sadece Avrupa'da aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 34 üyeyle oluşturulan Avrupa Sigorta ve Reasürans Federasyonu'ndan (Insurance Europe) ulaşmak mümkündür (Organizasyon yapısı vd. konularda bkz. Insurance Europe, 2014: 3-7). Karşılaştırmada 2004 ve 2013 yılları için veri tasarımı gerçekleştirilebilmiştir. 2014 yılı verileri oldukça sınırlı sayıda ülke için mevcut olduğundan 2014 yılı analiz dışı bırakılmıştır. İlgili veriler tüm üye ülkeler için bulunmadığından penetrasyon oranlarına göre yapılan analizlerde prim üretimi bazlı verilerde 2004 yılındaki 23 ülke ve 2013 yılındaki 24 ülke; ödeme bazlı verilerde ise 2004 yılındaki 17 ülke ve 2013 yılındaki 20 ülke için analizler gerçekleştirilebilmiştir.

Insurance Europe'taki prim üretimi ve yapılan ödemeler hacmi Euro cinsinden sunulduğundan, ham verilerin toplanmasını oluşturan ilk aşama sonrasında ikinci aşamada Dolar bazlı verilerin Euro'ya dönüştürülmesinde kur paritesinde IMF'den yararlanılmıştır. Böylece penetrasyon oranlarının elde edilmesinde Dünya Bankası'ndan alınan gelir ve servetle ilgili dolar bazlı verilerin Euro'ya çevrilerek ortak birime dönüşümü sağlanarak analizde kullanılan veriler türetilmiştir. Analizde kullanılan veriler oran cinsinden seviyeleri göstermiştir (Tablo 18).

Tablo18: Prim Penetrasyon Analizlerinde Kullanılan Değişkenler (2004 ve 2013)

Değişkenler		
Sağlık Sigortası Primleri	/	Tarım üretimi (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Sanayi üretimi (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Hizmetler sektörü üretimi (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	İlk yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	İkinci yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Üçüncü yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Dördüncü yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Beşinci yüzde yirmi geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Brüt sermaye hacmi (Servet göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Yurtiçi yatırımlar (Servet göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Net ulusal yatırımlar (Servet göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Hane halkı harcamaları (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Primleri	/	Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu (Servet göstergesi)

Ekonomide sektörel ağırlığı tanımlamada penetrasyonlara dair analizlerde kullanılan göstergelerin ilk kısmı, yapılan ödemelerin gelir ve servet unsuru değişkenlere bölünmesiyle türetilmiştir (Tablo 19).

Tablo 18: Ödeme Penetrasyon Analizlerinde Kullanılan Değişkenler (2004 ve 2013)

Değişkenler		
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Tarım üretimi (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Sanayi üretimi (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Hizmetler sektörü üretimi (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	İlk yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	İkinci yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Üçüncü yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Dördüncü yüzde 20 geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Beşinci yüzde yirmi geliri (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Brüt sermaye hacmi (Servet göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Yurtiçi yatırımlar (Servet göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Net ulusal yatırımlar (Servet göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Hane halkı harcamaları (Gelir göstergesi)
Sağlık Sigortası Ödemeleri		Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu (Servet göstergesi)

Çalışmada hem prim penetrasyonlarına ilişkin hem de ödeme penetrasyonlarına ilişkin kullanılan veri seti de ayrıca Ek 2'de 8 ek tabloda detaylı olarak sunulmuştur.

4.1.3. İstatistik Uygulamada Kullanılan Yöntem

Bölgesel birimlerin kendi içerisinde sıralamasını amaçlayan çeşitli göstergeler kullanılmaktadır. Tek göstergeden hareket edilen sıralamalarda fert başına düşen GSYİH'dan sigorta penetrasyon oranlarına kadar çeşitli göstergeler kullanılmaktadır. Ancak çok bileşenden oluşan sıralamalarda, gösterge setini temsil edecek tek endeks tasarımına ihtiyaç vardır. Endeks tasarım yöntemlerinden biri de asal bileşenler analizi veya diğer adıyla temel bileşenler analizidir. Hotelling'in 1933'te önemli ölçüde geliştirdiği analiz, sosyal bilimler alanında bilim dünyasında kullanılan çok yaygın analizlerden biridir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013: 12).

Asal bileşenler analizi, değişkenlerin daha az sayıda ve değişken setinin doğrusal bileşenleri olan yeni bileşenlerle tanımlama yöntemidir. Böylece mevcut değişken setini daha az sayıda orijinal değişkenlerin doğrusal bileşenleri olan değişkenle ifade etme imkânı sağlar (Özdamar, 2004: 213). Eğer türetilen asal bileşenlerden bir veya birkaçı toplam varyansın büyük kısmını açıklıyorsa geriye kalan bileşenler ihmal edilebilir (Tatlıdil, 1992: 126). Analizin esas amaçları içerisinde asal bileşen skorlarını büyükten küçüğe veya küçükten büyüğe doğru sıralayarak gözlemleri sıraya dizmek de yer almaktadır (Özdamar, 2004: 213).

Asal bileşenler analizinde çeşitli ölçüer ve testlere bakılmaktadır. Buna göre, Bartlett'in küresellik testiyle istatistiksel anlamlılık sınanmakta, Kaiser-Meyer-Olkin'in örneklem yeterlilik ölçüsüyle de gözlem sayısının yeterlilik düzeyi tespit edilmektedir. Varyans açıklama yüzdeleriyle de gösterge kabiliyeti olan skora ulaşılıp ulaşılamadığı sonucuna varılmaktadır. Çiftçi'nin (2011: 169-170) vurguladığı üzere varyans açıklama yüzdeleriyle ilgili literatürde ortak bir kanaat olmamakla birlikte, skorların gösterge olarak kullanımı için bilim adamları arasında en düşük oranı belirtenler ulusal literatürde %60'ın, uluslararası literatürde ise %70'in altına inilmemesi gerektiğini ifade etmektedirler. KMO istatistiğine dayanarak örneklem yeterliliğiyle ilgili tanımlamada ise Albayrak (2005: 109) aşağıdaki gibi sınıflama yapmaktadır:

- 0,90 > KMO ≤ 1 => Olağanüstü
- 0,80 > KMO ≤ 0,90 => Çok iyi
- 0,70 > KMO ≤ 0,80 => İyi
- 0,60 > KMO ≤ 0,70 => Orta
- 0,50 ≥ KMO ≤ 0,60 => Kötü
- 0,50 < KMO => Kabul edilemez

Asal bileşenler analizinin bölgesel birimlerin kendi aralarındaki sıralamalarında değişkenlerin yapısına göre farklılaşabilse de genelde büyükten küçüğe doğru gerçekleştirilmektedir. En büyük skor, en gelişmiş veya en iyi düzeydeki bölgesel birimi tanımlarken en küçük skor, en az gelişmiş veya en kötü düzeydeki bölgesel birimi tanımlamaktadır. Ancak tam tersi durumlar da olabilir. Örneğin hastalıkların yaygınlık oranlarıyla oluşturulan bir veri setindeki en düşük oranlar en sağlıklı bölgeleri göstereceğinden, bu ve benzeri değişken setinde asal bileşen skorlarının küçükten büyüğe doğru sıralanmasıyla sağlıklı bölgesel birimlerden daha az sağlıklı bölgesel birimlere doğru gözlemleri sıralamak söz konusu olacaktır.

4.1.4. Özel Sağlık Sigortacılığıyla İlgili Literatür

Özel sigorta branşları içinde ticari (özel) sağlık sigortacılığıyla ilgili ulusal literatür oldukça sınırlıdır. Yüksek Öğretim Kurumu'nun tez merkezinde 1999-2008 arasında doktora düzeyinde beş tez hazırlanmış olup doktora tezlerinin ikisi işletme, ikisi halk sağlığı ve bir tanesi sağlık kurumları yönetimi alanlarındadır. Yüksek lisans tez çalışması olaraksa 1998-2015 arasında on üç çalışma yapılmıştır (Bkz. Ek 3).

Doktora çalışmalarından ikisi ankete, birisi ise şirket verilerine dayanarak hazırlanmıştır. Diğer iki tezse literatür ve mevzuat incelemesiyle hazırlanmıştır. Yüksek lisans tez çalışmalarıysa ağırlıklı olarak anket çalışmalarına dayanmış olup, literatür incelemesiyle hazırlananlara da rastlanmaktadır. On sekiz çalışmadaki ortak özellikse, makro düzeyde uluslararası karşılaştırma içeren uygulamalara dayanmamalarıdır. Muhtemelen veri imkânlarının sınırlılığı, bunda etkili olmuştur.

Doktora tez çalışmaları incelendiğinde Afşar (1999), İMKB tabanlı sağlık sigortası opsiyon sözleşmeleriyle ilgili teorik yaklaşım geliştirmeye odaklanmıştır. Gezgin (2003), özel sağlık sigortalılar ile SSK'lıların sağlık hizmet harcamalarının mukayesesinde bulunmuştur. Özsarı (2003) özel sağlık sigortalısı profili ve davranışlarının tespitine yönelmiştir. Tokuç (2004), özel sağlık sigortacılığı ile halk sağlığı arasında literatür incelemesine dayanarak ilişki kurmaya çalışmıştır. Şenalp (2008) ankete dayanan çalışmasında özel sağlık sigortalıların özel sağlık sigortası tercihlerini araştırmıştır.

On üç tez çalışmasından erişime açık dokuz yüksek lisans tezinin üçü literatür incelemesine dayanırken altısı ankete dayanan analizler içermektedir. Ankete dayanan analiz içerikli tez çalışmalarında: Kıraç Ergüler (2001) ve Atlı (2002) özel sağlık sigortalılara yönelik suistimale yol açan aşırı harcamalar üzerine odaklanmışladır. Yiğit (2007) özel sağlık sigortası ve GSS'ye yönelik tutumları anket çalışmasıyla incelemiştir. Alan (2009) özel sağlık sigortasına yönelik mevcut sigortalılar ve sigortalı olma potansiyelindekilerin tutumlarını anket çalışmasıyla araştırmıştır. Üstün (2011), ankete dayanan analizleriyle Tokat kırsalından hareketle kırsal alanda özel sağlık sigortasının tanınırlığı ve potansiyellerine odaklanmıştır. Kırımlı (2013), özel sağlık sigorta poliçeleri kaynaklı sorunları anket çalışmasıyla incelemiştir. Literatür incelemesine dayanan tez çalışmalarında: Orhan (2015) özel hastaneler için tamamlayıcı sağlık sigortası yaklaşımıyla özel sağlık sigortalarını araştırmıştır. Duyuk (2015) özel sağlık sigortalarını sağlık sistem modellerine göre incelemeye gitmiştir. Zengin (2015) özel sağlık sigortacılığını gelir ve toplumsal bilinçlenmeye dayandırarak incelemiştir.

Tez çalışmalarının yanı sıra son zamanlarda literatürde özel sağlık sigorta sistemine yönelik çalışmalara da rastlanmaktadır. Bu çerçevede Koçkaya vd. (2016), özel ve kamu sağlık sigortalarında prim/hasar oranlarına dayalı karşılaştırmaya gitmişlerdir. Önder vd. (2016) ise, tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının toplumca tanınırlığı üzerine ankete dayalı çalışmada bulunmuşlardır.

4.1.5. Gelişmişlik Sıralamasına İlişkin Literatür

Ticari (özel) sağlık sigorta sektöründe illere göre prim üretimi ve yapılan ödemeler hacmine ilişkin verilerin bulunmayışı, ulusal literatürde istatistiki bölge birimlerine göre analizler yapılmasını engellemiştir. Buna ek olarak uluslararası literatürde sağlık sigortası olarak ticari sigortalara ilişkin verilerin son derece sınırlı oluşu, özellikle küresel ölçekte ülkeler arasında karşılaştırma yapmaya imkân veren temel kurumlarda söz konusu verilerin bulunmayışı, ulusal literatürle benzer sonuçsuzluğu beraberinde getirmiştir.

Asal bileşenler analiziyle elde edilen skorlara dayalı endekslemeyle uygulama yapılması, gelişmişlik sıralamalarında yaygın olup çok sayıda akademik çalışmada, sağlık göstergeleri de veri seti içinde yer almıştır. Bu kapsamdaki ilk örnekler DPT tarafından yayınlanan, Dinçer (1996, 2003 ve 2004)'in hazırladığı ya da hazırlayanlar arasında yer aldığı gelişmişlik sıralaması çalışmalarıdır. Bu çalışmaların ayırt edici özelliği ise resmi bir kurum tarafından hazırlatılmış olmasıdır.

DPT ve Kalkınma Bakanlığı'nca hazırlanan resmi raporlar kapsamında kronolojik sırayla 1996, 2003, 2004 ve 2013'te sosyo-ekonomik gelişmişlik endeks çalışmaları gerçekleştirilmiş olup bu çalışmaların tümünde sağlık göstergelerine yer verilmiştir (bkz. Dinçer, 1996; Dinçer vd., 2003; Dinçer ve Özaslan, 2004; T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Ayrıca son yıllarda İş Bankası tarafından gerçekleştirilen çalışmalar da mevcuttur (Eraydın vd., 2012; Gül vd., 2014). Ayrıca kalkınma ajanslarının ilçelere yönelik çalışmalarına da rastlanmaktadır (Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı, 2014). Yalnızca sağlık göstergeleriyle gerçekleştirilen asal bileşen analizlerinin olduğu resmi çalışmalar da bulunmaktadır (Dinçer vd., 2003; T.C. Ahiler Kalkınma Ajansı, 2013). Ayrıca gözlem sayısı yedi ile sınırlı akademik çalışmalar dahi mevcut olup sağlık göstergelerini de içeren birçok bileşenden oluşan gelişmişlik endeks çalışmalarına Albayrak vd. (2004 ve 2015)'nin yedi coğrafi bölgeye (gözlem) dayanan çalışmaları örnek verilebilir. Yurt içi coğrafi birimler dışında Demiray (2013: 198-208)'ın AB ülkeleriyle Türkiye'yi karşılaştırdığı çalışması da bir başka örnektir.

4.2. İSTATİSTİK UYGULAMA BULGULARI

Prim penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2004 için yapılan asal bileşenler analizinde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %84,8 olup bu sonucun anlamı 23 gözlemli (ülke) analizde, örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testinde de istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir (Tablo 20).

Tablo 19: Prim Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2004

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçüsü		0,848
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-kare	1108,72
	df	78
	Sig.	0,000

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %90'ı aşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahiptir (Tablo 21).

Tablo 20: Prim Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2004

Bileşen	Varyans (Özdeğer)	Açıklanan Varyans %'si	Birikimli Yüzde
1	**11,731**	**90,242**	**90,242**
2	0,629	4,837	95,079
3	0,477	3,673	98,752
4	0,119	0,912	99,664
5	0,024	0,188	99,852
6	0,015	0,113	99,965
7	0,002	0,016	99,981
8	0,001	0,010	99,991
9	0,001	0,004	99,995
10	0,000	0,003	99,998
11	0,000	0,001	99,999
12	0,000	0,000	100,000
13	0,000	0,000	100,000
Yöntem: Asal Bileşenler Analizi.			

Asal bileşen skorları ile değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşenle korelasyonun %67 ve %75 ile orta düzeyde olduğu iki değişken dışında tümünde %92,9 ile %99,7 arasında gerçekleşmiştir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenler çok iyi düzeyde ilişkilidir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 22).

Tablo 21: Prim Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2004

Değişkenler			**Bileşen 1**
Sağlık Sigortası Primleri	/	Tarım	0,929
Sağlık Sigortası Primleri	/	Sanayi	0,982
Sağlık Sigortası Primleri	/	Hizmetler	0,994
Sağlık Sigortası Primleri	/	İlk yüzde 20	0,997
Sağlık Sigortası Primleri	/	İkinci Yüzde 20	0,995
Sağlık Sigortası Primleri	/	Üçüncü Yüzde 20	0,997
Sağlık Sigortası Primleri	/	Dördüncü Yüzde 20	0,997
Sağlık Sigortası Primleri	/	Beşinci Yüzde Yirmi	0,994
Sağlık Sigortası Primleri	/	Brüt Sermaye Hacmi	0,990
Sağlık Sigortası Primleri	/	Brüt Yurtiçi Yatırımlar	0,991
Sağlık Sigortası Primleri	/	Net Ulusal Yatırımlar	0,672
Sağlık Sigortası Primleri	/	Hane Halkı Tüketim Harcamaları	0,992
Sağlık Sigortası Primleri	/	Yurtiçi Şirketlerin Pazar Kapitalizasyonu	0,747

Ödeme penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2004 için yapılan analizde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %82,1'dir. Bu sonucun anlamı 17 gözlemli analizde örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testinde de istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 22: Ödeme Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2004

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçüsü.		0,821
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-kare	743,20
	df	78
	Sig.	0,000

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %90'ı aşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahiptir (Tablo 24).

Tablo 23: Ödeme Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2004

Bileşen	Varyans (Özdeğer)	Açıklanan Varyans %'si	Birikimli Yüzde
1	**11,724**	**90,182**	**90,182**
2	0,688	5,290	95,472
3	0,498	3,829	99,301
4	0,065	0,501	99,802
5	0,017	0,128	99,929
6	0,005	0,036	99,965
7	0,002	0,013	99,978
8	0,001	0,008	99,986
9	0,001	0,007	99,994
10	0,000	0,004	99,997
11	0,000	0,002	99,999
12	0,000	0,001	100,000
13	0,000	0,000	100,000
Yöntem: Asal Bileşenler Analizi.			

Asal bileşen skorlarıyla değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşenle korelasyonun %62 ve %74 ile orta düzeyde olduğu iki değişken dışında tümünde %95,6 ile %99,8 arasında gerçekleşmiştir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenler çok iyi düzeyde ilişkilidir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 25).

Tablo 25: Ödeme Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2004

Değişkenler			**Bileşen 1**
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Tarım	0,956
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Sanayi	0,991
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Hizmetler	0,995
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	İlk yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	İkinci Yüzde 20	0,994
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Üçüncü Yüzde 20	0,996
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Dördüncü Yüzde 20	0,997
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Beşinci Yüzde Yirmi	0,994
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Brüt Sermaye Hacmi	0,990
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Yurtiçi Yatırımlar	0,989
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Net Ulusal Yatırımlar	0,623
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Hane Halkı Harcamaları	0,996
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Yurtiçi Şirketlerin Pazar Kapitalizasyonu	0,736

Prim ve ödeme penetrasyonlarına göre Türkiye'nin 1. ABA skor büyüklüğüne göre gelişmişlik sırası prim penetrasyonunda 23 ülkede 13'üncü, ödeme penetrasyonunda 17 ülke içerisinde 11'incidir (Tablo 26).

Tablo 24: Prim ve Ödeme Penetrasyonlarına Göre 1. ABA Skor ve Sıraları-2004

Ülkeler	Prim Penetrasyon ABA		Ödemeler Penetrasyon ABA		Ülkeler	Prim Penetrasyon ABA		Ödemeler Penetrasyon ABA	
	Skor	Sıra	Skor	Sıra		Skor	Sıra	Skor	Sıra
Avusturya	0,455	5	0,133	4	Lüksemburg	-0,543	14	-0,647	14
Belçika	-0,181	9	-0,271	8	Hollanda	2,197	2	…	…
Bulgaristan	-0,709	23	…	…	Norveç	-0,357	10	-0,419	10
Hırvatistan	-0,609	16	…	…	Polonya	-0,668	18	-0,739	15
Çek C.	-0,667	17	…	…	Portekiz	-0,395	11	-0,356	9
Danimarka	-0,684	19	…	…	Romanya	-0,709	22	-0,746	17
Finlandiya	-0,598	15	-0,635	13	Slovenya	1,446	4	1,223	3
Fransa	0,027	7	-0,117	6	İspanya	0,189	6	0,017	5
Almanya	1,867	3	2,170	2	İsviçre	2,476	1	2,497	1
Yunanistan	-0,708	21	…	…	İngiltere	-0,115	8	-0,270	7
Macaristan	-0,705	20	-0,740	16	**Türkiye**	**-0,535**	**13**	**-0,540**	**11**
İtalya	-0,474	12	-0,559	12					

Prim penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2013 yılı için yapılan analizde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %89'dur. Bu sonucun anlamıysa 24 gözleme (ülkeye) dayanan analizde, örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testi istatistiksel anlamlılığı göstermektedir (Tablo 27).

Tablo 25: Prim Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2013

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçüsü.		0,890
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-kare	1349,00
	df	78
	Sig.	0,000

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %95'e ulaşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahip bulunmaktadır (Tablo 28).

Tablo 26: Prim Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2013

Bileşen	Varyans (Özdeğer)	Açıklanan Varyans %'si	Birikimli Yüzde
1	**12,318**	**94,755**	**94,755**
2	0,331	2,544	97,299
3	0,217	1,667	98,966
4	0,121	0,929	99,895
5	0,007	0,051	99,947
6	0,003	0,024	99,970
7	0,002	0,016	99,986
8	0,001	0,008	99,994
9	0,001	0,004	99,998
10	0,000	0,001	99,999
11	0,000	0,001	100,000
12	0,000	0,000	100,000
13	0,000	0,000	100,000
Yöntem: Asal Bileşenler Analizi.			

Asal bileşen skorları ile değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşen ile değişkenler arasında korelasyonun en düşük %84,1, en yüksek %99,8 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenler çok iyi düzeyde ilişkilidir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 29).

Tablo 27: Prim Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2013

Değişkenler			**Bileşen 1**
Sağlık Sigortası Primleri	/	Tarım	0,933
Sağlık Sigortası Primleri	/	Sanayi	0,989
Sağlık Sigortası Primleri	/	Hizmetler	0,998
Sağlık Sigortası Primleri	/	İlk yüzde 20	0,997
Sağlık Sigortası Primleri	/	İkinci Yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Primleri	/	Üçüncü Yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Primleri	/	Dördüncü Yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Primleri	/	Beşinci Yüzde Yirmi	0,996
Sağlık Sigortası Primleri	/	Brüt Sermaye Hacmi	0,995
Sağlık Sigortası Primleri	/	Yurtiçi Yatırımlar	0,997
Sağlık Sigortası Primleri	/	Net Ulusal Yatırımlar	0,840
Sağlık Sigortası Primleri	/	Hane Halkı Harcamaları	0,996
Sağlık Sigortası Primleri		Yurtiçi Şirketlerin Pazar Kapitalizasyonu	0,905

Ödemeler penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2013 için analizde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %88,7 olarak bulunmuştur. Bu sonucun anlamı 20 gözleme (ülkeye) dayanan analizde, örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testi istatistiksel anlamlılığı göstermektedir (Tablo 30).

Tablo 28: Ödeme Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2013

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçüsü		0,887
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-kare	1102,00
	df	78
	Sig.	0,000

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %95'i aşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahip bulunmaktadır (Tablo 31).

Tablo 29: Ödeme Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2013

Bileşen	Varyans (Özdeğer)	Açıklanan Varyans %'si	Birikimli Yüzde
1	**12,433**	**95,637**	**95,637**
2	0,282	2,172	97,809
3	0,157	1,209	99,017
4	0,118	0,912	99,929
5	0,005	0,037	99,966
6	0,002	0,015	99,981
7	0,001	0,010	99,991
8	0,001	0,004	99,995
9	0,000	0,003	99,999
10	0,000	0,001	99,999
11	0,000	0,000	100,000
12	0,000	0,000	100,000
13	0,000	0,000	100,000
Yöntem: Asal Bileşenler Analizi.			

Asal bileşen skorları ile değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşen ile en düşük %88, en yüksek %99,8 oranında gerçekleştiği görülmektedir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenlerin çok iyi düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 32).

Tablo 30: Ödeme Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2013

Değişkenler			**Bileşen 1**
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Tarım	0,940
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Sanayi	0,988
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Hizmetler	0,999
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	İlk yüzde 20	0,997
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	İkinci Yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Üçüncü Yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Dördüncü Yüzde 20	0,998
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Beşinci Yüzde Yirmi	0,996
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Brüt Sermaye Hacmi	0,996
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Yurtiçi Yatırımlar	0,998
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Net Ulusal Yatırımlar	0,880
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Hane Halkı Harcamaları	0,995
Sağlık Sigortası Ödemeleri	/	Yurtiçi Şirketlerin Pazar Kapitalizasyonu	0,928

Prim ve ödeme penetrasyonlarına göre 2013 için Türkiye'nin 1. ABA skor büyüklüklerine göre prim penetrasyonunda 23 ülkede 10'uncu, ödeme penetrasyonundaysa 20 ülke içerisinde 11'incidir (Tablo 33).

Tablo 31: Prim ve Ödeme Penetrasyonlarına Göre 1. ABA Skor ve Sıraları-2013

Ülkeler	Prim Penetrasyon ABA	Ödemeler Penetrasyon ABA			Ülkeler	Prim Penetrasyon ABA		Ödemeler Penetrasyon ABA	
	Skor	Sıra	Skor	Sıra		Skor	Sıra	Skor	Sıra
Avusturya	0,020	5	-0,163	6	Lüksemburg	-0,326	11	-0,401	12
Belçika	-0,185	9	-0,279	9	Hollanda	4,307	1	3,929	1
Bulgaristan	-0,408	16	…	…	Norveç	-0,349	12	-0,377	10
Hırvatistan	-0,416	17	-0,450	16	Polonya	-0,430	19	-0,486	19
Çek C.	-0,430	18	-0,485	18	Portekiz	-0,375	13	-0,421	14
Danimarka	-0,434	20	-0,461	17	Romanya	-0,484	23	-0,500	20
Finlandiya	-0,393	15	-0,419	13	Slovak C.	-0,509	24	…	…
Fransa	-0,082	7	-0,168	7	Slovenya	0,773	3	0,584	3
Almanya	0,676	4	0,856	2	İspanya	0,008	6	-0,088	5
Yunanistan	-0,484	22	…	…	İsviçre	0,847	2	0,400	4
Macaristan	-0,449	21	…	…	İngiltere	-0,172	8	-0,268	8
İtalya	-0,383	14	-0,424	15	**Türkiye**	**-0,323**	**10**	**-0,380**	**11**

4.3. TARTIŞMA

Sektörel penetrasyonlara göre gerçekleştirilen analiz bulguları, ticari (özel) sağlık sigorta sektörünün mevcut durumunu ve dönemsel gelişimini yorumlama imkânı vermektedir. Buna göre, sektörel penetrasyon analizleri ülkelerin mevcut ekonomik büyüklüklerine göre sektörün ekonomi içerisinde ne ölçüde ağırlığa kavuştuğunu ifade etmektedir.

Bu kapsamda sektörel penetrasyonların 2004 ve 2013 yıllarındaki durumu tartışılmadan önce 2004 sonrası dönemde özel sağlık sigorta sektöründe ödemeler ve prim üretimlerinde yaşanan gelişmelerin irdelenmesi önemlidir. Analize konu olan zaman diliminin başlangıcını oluşturan 2004'te sağlık sigorta branşında primlerin %26'sı reasürans şirketlerine devredilmiş ve ödemelerin %28'i reasürans şirketlerince karşılanmıştır. Reasüransların ağırlığı da 2000-2004 arasında hızla artmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2005: 36-37). 2006 yılına gelindiğinde hayat dışı sigorta branşı içerisindeki sağlık sigortası alt branşında teknik karlılık sürse de hayat sigorta branşı içerisinde yer alan sağlık sigorta alt branşında hasar/prim oranları %80'i aşmış, bunun sonucunda sağlık alt branşı toplamında teknik zarar verilmeye başlanmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2007: 33). Sağlık sigorta branşındaki hasar/prim oranı artışının sürmesiyle bu oran küresel finansal krizin yaşandığı 2008'e gelindiğinde %85,67'ye kadar çıkmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2009a: 11). 2008 ve 2009 yıllarında ödemelerdeki artışın prim üretiminin üzerinde gerçekleşmesi, 2009'da da teknik zarar verilmesini beraberinde getirmiştir (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2010: 36). Prim artışlarının ödemeler ve faaliyet giderlerinin üzerinde yükselişi ve reasürans şirketlerine devredilen prim paylarındaki azalış, beraberinde 2009 ve 2010 yıllarında gerçekleşen teknik zararın 2011'den itibaren teknik kâra dönüşmesini beraberinde getirmiştir (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2012: 37). 2011-15 arasındaki beş yıllık dönemde kazanılmış prim üretiminin yapılan

ödemeleri aşmasıyla (tazminat ve giderler) sektörel karlılığın yükselmesi sağlanmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2016: 38).

Yapılan analizlerde elde edilen bulgular prim üretimine dayalı penetrasyon sıralamasında 2004 ve 2013 yılları arasında ciddi iyileşmenin yaşandığını göstermektedir. Buna göre Türkiye, 2004'te analize konu olan 23 ülke içerisinde 13'üncü sıradayken 2013'te yine 23 ülke içerisinde bu defa 10'unculuğa ulaşmıştır. Dolayısıyla üç ülkeyi geride bırakmıştır. Buna karşılık ödemelere dayalı penetrasyon analiz sonuçları, 2004'te 17 ülke arasında 11'inci olunduğunu, aynı sıranın 2013'te bu defa 20 ülke içerisinde korunduğunu göstermektedir. Dolayısıyla AB alanında prim penetrasyonlarına göre iyileşme yaşanırken, ödemeler açısından Türkiye yerinde saymaktadır. Dolayısıyla tazminatlarda ciddi bir iyileşmenin sağlanamaması, sektör açısından önemli bir risk oluşturmaktadır.

Prim/hasar oranı açısından özel sağlık sigortaları kâr amacı güden kuruluş olmaları sebebiyle sürekli 1'in altında iken GSS'de bu oran 2013'e kadar 1'in üzerinde gerçekleşmiş, 2013'ten itibarense 1'in altına inmiştir (Koçkaya vd., 2016: 93-94,96). Bu durum, özel sağlık sigorta şirketlerinin tazminatlarda genişlemeye gitme eğilimlerini sınırlandırıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir. Nitekim günümüzde gelinen noktada çoğu sigortalının memnuniyetsizliği ile karşılaşılmaktadır. Örneğin Kırımlı (2013: 90)'nın anket çalışmasında hastanede yaşadıkları maddi sorunların poliçe teminatı kapsamı dışında kalmasından kaynaklandığını ifade eden hastalar, deneklerin %56,6'sına ulaşırken, sadece %15,1'i teminat dışı kalma sebepli sorun yaşamadıklarını ifade etmiştir.

Özel sağlık sigorta şirket yöneticilerine yönelik yapılan anket bulgularında en çok hizmet alınan sağlık kuruluşlarının özel sağlık kuruluşları olduğu tüm denek yöneticilerce ifade edilmiştir (Şenalp, 2008: 131). Ancak Kıraç Ergüler (2001: 70)'in gerçekleştirdiği anket çalışmasında, özel sağlık sigortalısı için özel sağlık kurumlarınca verilen tıbbi bakım hizmetlerinde sigortadan hak edilmeyen para almaya yönelik suistimallerin yaygınlığı tespit edilirken, ertesi sene sigortalının ödeyeceği

prim miktarını arttırıcı etkisi sebebiyle sigortalıların özel sigorta yaptırmaktan vazgeçmesine yol açacağına dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla özel sağlık sigorta şirketleri ile özel sağlık hizmet sunucusu kuruluşların suiistimal sorununu aşması gerekmektedir. Belki de son dönemlerde özel hastane zincirlerinin aynı zamanda özel sağlık sigorta şirketi sahibi olmaya yönelmelerinde suiistimal sorunu etkili olabilir.

Mevcut sigortalı sayısı düşünüldüğünde toplum nezdinde özel sağlık sigortacılığının son derece sınırlı hacme ulaşabildiği görülmektedir. Buna karşılık prim penetrasyonlarına göre AB alanı içerisinde gelinen nokta oldukça önemlidir. Önder vd. (2016: 31)'nin yaptıkları anket çalışmasında deneklerin %57'sinin tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortaları hakkında hiçbir bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Buna karşılık Alan (2009: 69)'ın anket çalışmasında en çok yaptırılması arzulanan sigorta branşının özel sağlık sigortası olduğu sonucuyla karşılaşılmıştır. Dolayısıyla toplum nezdinde %5'e bile erişememede, özel sağlık sigortalarının tanınmaması da etkilidir. Buna karşılık tanınırlık sonrasında en çok dâhil olmak istenen sigorta branşı olması yönündeki tespit, sektörün gelecekte AB alanında daha da ileri sıralara çıkacağını destekler niteliktedir. Keza tanınırlık sonrasında sisteme dâhil olmada tamamlayıcı sağlık sigorta primlerine Bireysel Emeklilik Sistemi'ndeki gibi devlet katkısı getirilerek tüm vatandaşların erişimine açılması da sektöre yönelik geliştirilen öneriler arasındadır (Varoğlu, 2013: 38).

SONUÇ

Özel sağlık sigortacılığı her geçen gün gelişen bir sektördür. Bu tez çalışmasında, söz konusu sektörün Türkiye'deki mevcut durumuna ve dönemsel gelişimine odaklanılmıştır. Çalışma sonuçlarının ortaya konulmasında literatür çalışmasına ek olarak Türkiye'deki sektör gelişiminin AB alanıyla karşılaştırmalı istatistik analizlerle sınanmasına gidilmiştir.

Özel sigortaların kavramsal temellerinin incelenmesi kapsamında "Sağlıkta Koruma Mekanizmaları" başlıklı ilk bölümde öncelikle konu ile ilgili kavramlar üzerinde durulmuş, ikinci olarak modernite öncesi dönemde toplumlarda sağlıkta korumaya yönelik uygulamalar ve yaşanan dönüşüm incelenmiştir. Ardından, modernite sonrası dönem için sağlıkta korumanın ana hatları üzerinde durulmuştur.

Sağlıkta koruma mekanizmaları kavramsal çerçevede ele alındığında hasta olmamanın ötesinde fiziki, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halini ifade etmektedir. Tanımdaki kapsam genişliği ise sağlığın korunmasında bireysel tedbirlerin tek başına yeterli olmayacağı anlamına gelmektedir. Bu kapsamda sağlığın korunmasına yönelik toplumların ve devletlerin oluşturduğu kamusal ve piyasa iç dinamikleri içerisinde çeşitli yöntem ve unsurların şekillendiği görülmektedir. Böylece sağlıkta koruma unsurları ayrıcalıklı öneme ulaşmaktadır. Sağlık kuruluşlarından sağlık personeline, finansman kuruluşlarından karşılığa dayanmayan sağlık hizmetlerine kadar geniş bir yelpazede sağlık sistemlerinin şekillendirildiği görülmektedir. Özel sağlık sigortacılığı da sağlıkta koruma mekanizmaları içerisinde ayrıcalıklı bir yere sahiptir.

Özel ve sosyal sağlık sigortaları primli sosyal güvenlik rejimi içerisinde olup binlerce yıllık geçmişe sahiptir. Modernite öncesi ilk uygulamalara bakıldığında, Antik Yunan ve Roma'da "collegia"ların yardım sandıkları sağlık riskine karşı korumanın ilk örneklerini oluşturmaktadır. Ortaçağ Avrupası'nda collegia'ların yerini loncalar almış, Osmanlı İmparatorluğu'nda ise Ahi-gedik teşkilatının oluşturduğu Teavün Sandığı'na dönüşmüştür.

Modernite sonrasında, XIX. yüzyılın sonlarında Almanya'da ulusal sosyal sigortalar içerisinde yer almaya başlayan sağlık riskine karşı koruma, diğer batı toplumlarına da süratle yayılmıştır. Böyle bir sistem içerisinde özel sağlık sigortalarının yeri sınırlı kalmış olsa da zamanla etkin bir sektöre dönüşecek hacme ulaşmıştır. Doğu toplumlarında ise özellikle kaderciliğin genel olarak sigortaya izin vermeyen yapısı, ulusal ve özel sağlık sigortalarının oluşum sürecini yavaşlatmıştır.

Modernite öncesi dönemde nakliye sigortalarıyla başlayan özel sağlık sigortaları, kapsadığı riskler sebebiyle uzun yıllar sınırlı düzeyde uygulanmıştır. Özel sağlık sigortalarının yanı sıra hayat sigortalarında dahi modern bir uygulama yapısına dönüşüm oldukça yavaş gelişmiştir. Ancak günümüzdeki noktada gelir düzeyiyle örtüşen bir piyasa hacminin aşamalı olarak gerçekleştiği görülmektedir. AB alanında binde 8'e ulaşan penetrasyon oranıyla özel sağlık sigortalarının ulusal ekonomiler içerisindeki önemi açıkça görülmektedir. Günümüzde gelinen noktaya bakıldığında özel sağlık sigortaları Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri'nde ana sigorta kurumu iken diğer sistem modellerinde ise tamamlayıcı sigorta kurumu olarak yerini almıştır.

Özel sağlık sigortalarının Türkiye'deki gelişimi incelendiğinde branş öncesi ve branş sonrası olarak ikili ayrıma gitmek gerekir. Sektör bağımsız branş olduğu 1990 öncesinde, özellikle kaza sigortaları içerisinde yer almıştır. Özel sağlık sigortaları bağımsız branş sonrası dönemde gelişim göstermişse de AB'nin genel düzeyinde penetrasyon oranına henüz ulaşamamıştır. Söz konusu sınırlı sektör hacmi, öncelikli olarak Türkiye'de özel sigortalara olan toplumsal bakışın çok da olumlu olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu olumsuz bakışta, kadercilik anlayışı ve sigortacılık faaliyetlerinin dinen haram kabul edilmesi gibi etkenler oldukça etkilidir. Cumhuriyet sonrası dönemde oluşturulan yasal düzenlemeler ve devlet desteğinin de sektörün canlanmasını sağlamada yetersiz kaldığı söylenebilir.

Özel sağlık sigorta sektöründe penetrasyonlar açısından AB ile uluslararası mukayeseye gidildiğinde bulgular, Türkiye'de AB içerisinde 2004 ve 2013 yılları arasında ciddi bir iyileşme yaşandığını göstermektedir. Türkiye, prim penetrasyonu

sıralamasında on üçüncülükten onunculuğa yükselmiştir. Ancak ödemeler penetrasyonunda ciddi bir ilerleme görülmemiştir.

Sınırlayıcı ve geliştirici etkenler bir arada düşünüldüğünde, GSS'nin varlığı kısıtlayıcı konumdadır. Düşük teminat içerikli poliçelerin satılabilmesi için GSS'yi tamamlayıcı nitelikte ürün yelpazesinin oluşturulmasına ihtiyacı vardır. Düşük teminat içerikli GSS'yi tamamlayıcı nitelikli ürün yelpazesinin oluşturulması durumunda, özel sağlık sigortaları Türk Sağlık Sistemi içerisinde ağırlıklı unsur olma potansiyeline sahiptir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının özel sağlık kuruluşlarıyla (özel hastane, görüntüleme ve laboratuvar merkezleri, muayenehaneler vb.) koordineli olan çalışma yapısı özel sağlık sektörünün bütün olarak gelişimine katkı sağlayacaktır. Böylece hem kamunun üzerindeki teminat yükünün hafifletilmesine katkı sağlanacak hem de sektörel genişlemeyle birlikte bütün olarak özel sağlık sektöründe artacak gelir, kamuya daha yüksek vergi aktarımı imkânı oluşturacaktır. Bu da sağlık sistemi kaynaklı kamusal yükün azalarak diğer sosyal yardım ve sosyal hizmet uygulamalarına kamusal fon aktarımı olanağını yükselteceği için toplum nezdinde sosyal faydada belirgin bir artışın yaşanmasını destekleyecektir. Buna ek olarak Türk Sağlık Sistemi'nde basamaklı sevk zincirine yönelinmesi, sağlık hizmet alımında bekleme sürelerini arttırıcı niteliğe sahiptir. Özel sağlık sigortalarının sektör içerisinde ağırlık kazanması ile birlikte sevk zincirinin neden olduğu sağlık hizmet alımındaki bekleme sürelerinin azalması mümkün olduğu için hizmet alım kalitesinde belirgin bir yükseliş yaşanabilecektir. Ancak unutulmaması gereken temel nokta, sosyal devlet olmanın temel şartını oluşturan sosyal refahın temininde özel sağlık sigortalarının temel finansman sağlayıcı kurum olarak alınmaması gereğidir. Sosyal devlette özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortalarının tamamlayıcısı konumunda olmalıdır.

KAYNAKÇA

Afşar, Aslı, *Türkiye'de Sağlık Sigortası Opsiyon Sözleşmelerinin Uygulanabilmesine Yönelik Bir Model Önerisi*, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1999.

Ahking, Francis W., Giaccotto Carmelo ve Santerre Rexford E. "The Aggregate Demand for Private Health Insurance Coverage in the United States", *The Journal of Risk and Insurance*, C. 76, No. 1, 2009, s. 133-57.

Akın, Ayşe ve Korkut Ersoy, *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış*, TÜSİAD yayınları, İstanbul, 2012.

Akkaya, Yüksel, "Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine Notlar", *Toplum ve Hekim*, C. 1, S. 15, 2000, s. 82-91.

Aktuğlu, Mehmet Ali, *Sigorta İşletmeleri ve Muhasebe,* Ege Üniversitesi İktisadi ve Ticari Bilimler Fakültesi Yayınları, Bornova, 1975.

Akyıldız, Hüseyin, "Dünyada Sosyal Güvenlikte Alternatif Reform Arayışları", *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* C. 14, S. 2, 1999, s. 197-214.

Akyürek, Çağdaş Erkan, "Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 2, S. 2, 2012, s. 124-153.

Akyüz, Ferhat, "Sosyal Yardımdan Sosyal Sigortaya: Bismarckyan ve İngiltere Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihsel Dönüşümü", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 1, S. 5, 2008, s. 58-70.

Alan, Makbule, *Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı*, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

Albayrak, Ali Sait, Osman Karamustafa, Filiz Savaş ve Gökhan Rahmi Baki, "Türkiye'de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin 2012 Yılı Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması", *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 11, S. 1, 2015, s. 1-19.

Albayrak, Ali Sait, Şeref Kalaycı ve Abdülmecid Karataş, "Türkiye'de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Temel Bileşenler Analiziyle İncelenmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, C. 9, S. 2, 2004, s. 101-130.

Albayrak, Ali Sait, *Türkiye'de İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle İncelenmesi*, İKV, İstanbul 2005.

Alper, Yusuf, *Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sosyal Sigortalar Hukuku*, Dora Yayıncılık, Güncellenmiş 7. Baskı, Bursa 2015.

Aracı, Mehtap ve Nuriye Kırsay, "Factors Having Influence Upon Patients Hospital Preference: Nevşehir Province Public Hospital Sample", *Internatıonal Health Care Management Conference,* June 2015, s. 33-39.

Armağan, Servet, "İslâm Dininde Sosyal Güvenliğin Temel Müesseseleri", *İslam Hukuku Araştırmaları Dergisi*, S. 14, 2009, s. 67-84.

Arseven, Haydar, "Sigortanın Tarihçesi ve Geri Kalmışlığımızın Sebepleri", *İktisat Fakültesi Mecmuası,* C. 43, Sayı 1-4, 1987, s. 415-431.

Ateş, Metin, *Sağlık Sistemleri*, 2. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul, 2013.

Atlı, Hakkı, *Özel Sağlık Sigortacılığında Aşırı Kullanımların Boyutu ve Nedenlerini Belirlemeye Yönelik Bir Saha Araştırması*, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

Aydın, Erdem, (2004). "19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması", *Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi,* C. 15, S. 15, 2004, s. 185-207.

Bakır, Abdulhalik ve Pınar Ülgen, "Geç Ortaçağlarda Avrupa'da Kent ve Kentsel Yaşam Hakkında Bir Değerlendirme", *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* C. 7, S. 2, 2009, s. 127-142.

Baskıcı, Murat, "Osmanlı Anadolusunda Sigorta Piyasası: 1860-1918", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi,* C. 57, S. 4, 2002, s. 1-33.

Bezirci, Muhammet ve Fehmi Karasioğlu, "Türkiye'de Denetimin Tarihsel Gelişimi", *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* C. 15, S. 21, 2010. s. 571-592.

Bulut, Mehmet, "Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Sosyal Yardım Yaklaşımı ve Türkiye'de Durum", *Yardım ve Dayanışma Dergisi*, C. 2, S. 3, 2011, s. 57-64.

Bulut, Nihat, "Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu mu?", *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,* C. 52, S. 2, 2003, s. 173-197.

Canan, İbrahim, "Vakıfların Çocuğun Korunmasına Yönelik Fonksiyonel Yapıları", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi,* C. 2, S. 2, 1991, s. 56-62.

Çavdar, Necati ve Erol Karcı, "XIX. Yüzyıl Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması'na Dair Bibliyografik Bir Deneme", *Turkish Studies,* C. 9, S. 4, 2014, s. 255-286.

Çekici, Makbule Elif ve Mehmet Nuri İnel, "Türk Sigorta Sektörünün Direkt Prim Üretimlerinin Tahmin Teknikleri İle İncelenmesi", *Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi,* C. 34, S. 1, 2013, s. 135-152.

Çelikay, Ferdi ve Erdal Gümüş, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 11, S. 1, 2010, s. 177-216.

Çetin, Halis, "Liberalizmin Tarihsel Kökenleri", *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, C. 3, S. 1, 2002, s. 79-96.

Çiftçi, Murat, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönemsel Değişim ve Dönüşümünün Ana Hatları", *Eurasian Academy of Sciences, Eurasian Business & Economics Journal,* Volume. 3, No. 4, 2015, s. 43-59.

Çiftçi, Murat, *Sosyal Politika Oluşturmada Referans Gösterge Olarak Bölgesel Gelişmişlik Endeksleri: Temsil Gücü Sorunları ve Alternatif Endeks Önerileri,* İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, ÇEEİ Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 2011.

Çizakça, Murat, "Osmanlı Dönemi Vakıflarının Tarihsel ve Ekonomik Boyutları", *Türkiye'de Hayırseverlik: Vatandaşlar, Vakıflar ve Sosyal Adalet Araştırması*, TÜSEV, İstanbul, 2006, s. 21-31.

Dalkılıç, Nilüfer, "Türkiye'de Hayat Dışı Sigortacılık Sektöründe Etkinlik Analizi", *Muhasebe ve Finansman Dergisi,* S. 55, 2012, s. 71-90.

Daştan, İlker ve Volkan Çetinkaya, "Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 5, S. 1, 2015, s. 104-134.

Deloitte ve Yased, *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu*, İstanbul 2012.

Demiray Erol, Ece, "Türkiye ve Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Karşılaştırmalı Analizi", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, C. 5, S. 1, 2013, s. 198-208.

Dilik, Sait, "Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 43, S. 1, 1988, s. 41-80.

Dilik, Sait, "Sosyal Güvenliğin Yöntemleri", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 26, S. 4, 1971, s. 73-87.

Dilik, Sait, "Sosyal Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Arasındaki İlişkiler", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, C. 35, S. 1, 1980, s. 73-84.

Dinçer, Bülent ve Metin Özaslan, *İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2004),* DPT, Ankara, 2004.

Dinçer, Bülent, Metin Özaslan ve Erdoğan Satılmış, *İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*, DPT, Ankara, 1996.

Dinçer, Bülent, Metin Özaslan ve Taner Kavasoğlu, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2003),* DPT, Ankara, 2003.

Dirican, Rahmi, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Başarısızlık Nedenleri", *Toplum ve Hekim Dergisi,* S. 9, 1994, s. 49-50.

DPT, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1963-1967*, Ankara, 1963.

DPT, *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1979-83*, Ankara, 1979.

DPT, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1968-1972*, Ankara, 1968.

DPT, *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı, 1973-1977*, Ankara, 1973.

Duman, Ali, "Sadaka" maddesi, *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi,* C. 35, 2008, s. 384.

Durdu, Zafer, "Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, C. 1, S. 22, 2009, s. 37-50.

Duyuk, Gürkan, *Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması*, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ, 2015.

Eraydın, Kıvılcım, Erhan Gül, Bora Çevik ve Eren Demir, *2005 ve 2010 Verileriyle Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırması*, Türkiye İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü, 2012.

Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 1, S. 4, 2014, s. 9-34.

Ertunç, Hüseyin, "İslam Hukuk Tarihinde Vakıflar ile Batı Kültüründeki Benzeri Kurumların Karşılaştırılması", *Dünya Vakıflar Konferansı 23-24 Eylül,* İstanbul, 2013, s. 345-371.

Ertürk Atabey, Selin, *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, Ankara, 2012.

Evans, Robert, "The Early History of Fire Insurance", *The Journal of Legal History*, C. 8, No. 1, 1987, s. 88-91.

Fişek, Nusret H., *Halk Sağlığı'na Giriş*, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.

Fuchs, Victor R., "From Bismarck to Woodcock: The "Irrational" Pursuit of National Health Insurance", *The Journal of Law & Economics*, C. 19, No. 2, 1976, s. 347-359.

Gezgin, Ruhsan, *Tedavi Edici Hizmet Sunumunda SSK Ve Özel Sağlık Sigortasının Sağlık Harcama Giderleri Yönünden Karşılaştırılması ve Özel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmet Kullanımı*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2003.

Gökçeoğlu, Şebnem, "İnsan Hakları Perspektifinden Sosyal Güvenlik Hakkının Anlamı ve Kapsamı", *VII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyumu*, 2015, s. 131-151.

Gözlü, Mehmet ve Hüseyin Tatlıdil, "Türkiye'de 81 İlin Kamu Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetlerine Erişim Durumları", *Sosyal Güvenlik Dergisi,* C. 5, S. 2, 2015, s. 145-165.

Gül, H. Erhan ve Bora Çevik, *2010 ve 2012 Verileriyle Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırması*, Türkiye İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü, 2014.

Gümüş, Erdal, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler", *Seta Analiz,* C. 1, S. 24, Ağustos 2010, s. 1-22.

Günay, Ünver, "Dini Sosyal Bir Kurum Olarak Ahilik", *Erciyes Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi*, C. 16, S. 10, 1998, s. 69-78.

Gündüz, Ali Yılmaz, Mehmet Kaya ve Cahit Aydemir, "Ahilik Teşkilatında ve Günümüzde Tüketicilerin Korunmasına Yönelik Çalışmalar Üzerine Bir

Değerlendirme", *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* C. 14, S. 2, 2012, s. 37-54.

Güneş, İsmail ve Soner Yakar, "Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye'de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 13, S. 2, 2004, s. 127-142.

Güran, Tevfik, *İktisat Tarihi*, Acar Matbaacılık Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul, 1995.

Güvel, Enver Alper ve Afitap Öndaş Güvel, *Sigortacılık*, 2. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara, 2004.

Güvercin, Cemal Hüseyin, "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* C. 57, S. 2, 2004, s. 89-95.

Güzel, Ali ve Ali Rıza Okur, *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 2. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, 1990.

Hacak, Hasan, "İslâm Hukukunda Sigorta ve Fıkıh Bilginlerinin Sigortaya Yaklaşımının Genel Bir Değerlendirmesi", *M.Ü. İlâhiyat Fakültesi Dergisi,* S. 30, İstanbul 2006, s. 21-50.

Herschaft, J. A., "Not Your Average Coffee Shop: Lloyd's of London-a Twenty-first-century Primer on the History, Structure ve Future of the Backbone of Marine Insurance" *Tulane Maritime Law Journal*, C. *29*, No. 2, 2005, s. 169-184.

Humbert, O. Nelli, "The Earliest Insurance Contract. A New Discovery" *The Journal of Risk and Insurance*, C. 39, No. 2, 1972, s. 215-220.

IMF, Exchange Rate Selected Indicators, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108 Erişim: 15.06.2016.

Insurance Europe, European Insurance in Figures, 2014 Data, http://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20in%20Figures%20-%202014%20data_0.pdf Erişim: 20.09.2016.

Insurance Europe, Health Insurance, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database Erişim: 09.09.2016.

Islahi, Abdul Azim, *Economic Thinking of Arab Muslim Writers During the Nineteenth Century*, PALGRAVE MACMILLAN, New York, Hampshire, 2015.

İstanbulluoğlu, Hakan, Mahir Güleç ve Recai Oğur, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, C. 85, S. 2, 2010, s. 86-99.

Jin, Zhouying, *Global Technological Change-From Hard Technolgy to Soft Technology*, English Translated by Kelwin W. WILLOUGHBY and Ying BAI, Second Edition, The University of Chicago Press, Chicago, 2011.

Kamilçelebi, Hatime, "Osmanlı Devleti'nde Sigortacılığa Yönelik Dinî Yaklaşım", *Ekonomi Bilimleri Dergisi,* C. 4, S. 1, 2012, s. 105-114.

Karadeniz, Oğuz, "Türkiye'de Çiftçilerin Sosyal Güvenliği Ve Sosyal Güvenlik Reformunun Çiftçiler Üzerine Olası Etkileri" *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* C. 8, S. 4, 2006, s. 91-127.

Kayaköy Taş, Merve, "Dünya Sigorta Pazarında Türkiye'nin Yeri", *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi,* C. 14 S. 27, 2015, s.133-148.

Kıraç Ergüler, Gülin, *İstanbul'daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının Anlaşmalı Kurumlarından Beklentileri*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.

Kıraç Ergüler, Gülin, *İstanbul'daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının, Anlaşmalı Kurumlarından Beklentileri*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.

Kırımlı, Gül, *Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı, yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

Kifmann, Mathias, "Health Insurance in a Democracy: Why Is It Public and Why Are Premiums Income Related?" *Public Choice*, C. 3, No. 4, 2005, s. 283-308.

Koçak, Orhan, "Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler", *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi,* C. 13, S. 4, Ekim 2011, s. 61-82.

Koçkaya, Güvenç, Kağan Atikeler, ve Fatma Betül Yenilmez "Türkiye Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi", *Sosyal Güvence Dergisi,* C. 5, S. 9, 2016, s. 82-101.

Korkmaz, Murat, Şule Yüksel Yiğiter, Selami Güney ve Nesrin Ceylan, "Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda Çalışan Memnuniyetliğinin İncelenmesi

(Elazığ İli Örneği)", *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, C. 2, S. 4, 2012, s. 1-11.

Kozak, İbrahim Erol, "İşçi Sendikalarının Tarihi Gelişimi (İngiltere Örneği) ", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, S. 37-38, 1992, s. 63-81.

Kuşçu, Sinan, G. Afşin Revanoğlu, "Türkiye Sigorta Sektörü ve Analizi", *International Conference on Eurasian Economies* Kyrgyzstan-Turkey Manas University Publication 151, Conference Series: 22, Bishkek-Kyrgyzstan, 2011, s. 138-142.

Light, Donald W., "Values and Structure in the German Health Care Systems", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, C. 63, No. 4, 1985, s. 615-647.

Macit, Hüseyin, "Sigortaya Bakış", *Ayrıntı Dergisi*, C. 1, S. 2, 2013, s. 69-70.

Mahiroğulları, Adnan, "Selçuklu Osmanlı Döneminde Kurumsal Bir Yapı: Ahilik, Gedik Teşkilatı ve Sosyo-Ekonomik İşlevleri", *Sosyal Siyaset Konferansları*, C. 54, 2008, s. 139-154.

Maral, Işıl, "Yeşil Kart", *Toplum ve Hekim*, C. 10, S. 69-70, 1995, s. 125-127.

Martinez, Michael E. & Robin A. Cohen, *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January-June 2013*, Centres for Disease Control and Prevention, Clifton Road Atlanta, 2013.

McKinsey & Company, *Global Insurance Industry Insights An in-depth Perspective*, North America Edition, 2014.

Morlock, Laura, Hugh Waters, Alan Lyles, Haluk Özsarı ve Göksenin Aktulay, *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri,* TÜSİAD, İstanbul, 2004.

Nikelly, A. G., "Health Care in Cuba", *Public Health*, C. 102, No. 1, 1988, s. 19-25.

OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2015.

OECD, *Summary on Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Publishing, Paris, 2015.

Okay, Sami, "Müşterek Avarya Hukukunun Kısa Bir Tarihçesi", *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, C. 24, S. 1-4, 1959, s. 289-308.

Oral, A. İlhan, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C. 2, S. 2, 2002, s. 61-78.

Orhan, Ece, Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

Orhaner, Emine, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, S. 1, 2006, s. 1-22.

Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı, *TR83 Bölgesi İlçeleri Sosyo Ekonomik Gelişmişlik Endeksi*, 2014.

Önder, Mustafa Erkut, Ersan Ersoy ve Korhan Karacaoğlu, "Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", *Uluslararası İş, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, C. 1, S. 1, 2016, s. 23-36.

Önder, Mustafa Erkut, Ersan Ersoy ve Korhan Karacaoğlu, "Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", *Uluslararası İş, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, C. 1, Sayı:1, 2016, s. 23-36.

Ören, Kenan ve Hasan Yüksel, "Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı", *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi,* C. 1, S. 1, 2012, s. 36-59.

Özalp, Ahmet, "Piyasa-Kamu Dikotomisi ve Küba Örneği", *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 1, S. 2, 2009, s. 67-81.

Özdamar, Kazım, *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-2 (Çok Değişkenli Analiz),* 5. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir 2004.

Özel, Mehmet, "Özerk Yerel Yönetimlerin Oluşumunda Kentlerin Tarihsel İşlevi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 18, S. 2, 2013, s. 47-64.

Özger, Yunus, *Osmanlı Ordusunda Emeklilik Sistemi ve Askeri Tekaüd Sandığı 1865-1923,* IQ Kültür ve Sanat Yayıncılık, İstanbul, 2011.

Özsarı, Salih Haluk, *Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2003.

Peter, N. Ehlers, Elisabeth Mann Borgese, Rüdiger Wolfrum, Cristina Hoszlig, *Marine Issues*: *From a Scientific, Political and Legal Perspective*, Martinus Nijhoff Publishers, Hague/Netherlands, 2002.

Ramazanoğlu, M. Gözde, "16. Yüzyılda Osmanlı Külliyeleri", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt 17, Sayı 3, 2008, s. 333-344.

Roemer, Milton I., "Health Care: Financing and Delivery around the World", *The American Journal of Nursing*, C. 71, No. 6, 1971, s. 1158-1163.

Roemer, Milton I., "Highlights of Soviet Health Services", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, C. 40, No. 4, 1962, s. 373-406.

Roemer, Milton I., "Private Health Insurance in a National Health Program: The U.S. Experience", *Journal of Public Health Policy*, C. 1, No. 2, 1980, s. 166-176. *British Medical Journal*

Ryan, Michael, "Health Care Insurance In The Soviet Union", C. 302, 1991, s. 170-171.

Sağlam, Hadi, "Sigortanın Sosyal ve Özel Sigortalar Şeklindeki Taksiminden Hareketle Ticârî ve Yardımlaşma Sigortalarının İslâm Hukuku Açısından Değerlendirilmesi", *Akademik Bakış Dergisi,* s. 31, 2012, s. 1-19.

Sallan Gül, Songül, "Yeni Sağ Sosyal Güvenlik Anlatışının Tarihsel Bağlantıları: İngiltere ve Türkiye Örnekleri", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, C. 40, S. 3-4, 2000, s. 51-66.

Sargutan, A. Erdal, "Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı; Kavram, Metot ve Uygulamalar", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 8, s. 1, 2005, s. 81-111.

Sargutan, A. Erdal, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 8, S. 3, 2005, s. 400-428.

Sarı, Nil, "Osmanlı Dönemi" maddesi, *İslam Ansiklopedisi,* C. 41, 2012, s. 102.

Saymen, Ferit Hakkı, "Yakın ve Ortadoğu Memleketlerinde İçtimai Güvenlik", *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası,* C. 19, s. 3-4, 1954, s. 918-946.

Schoenmaker, Dirk ve Jan Sass, Cross-border Insurance in Europe, DSF Policy Paper Series, Duisenberg, 2014.

Seldon, Arthur, "Prospects For Private Health Insurance", *The British Medical Journal*, C. 3, s. 5558, 1967, s. 166-168.

Sigma, *World Insurance Database 2015*, Swiss Re Economic Research & Consulting, Zurich, 2015.

Somers, Herman M. ve Somers Anne R., "Private Health Insurance: Part Two. Problems, Pressures and Prospects", *California Law Review*, C. 46, No. 4, 1958, s. 508-557.

Somunoğlu, Sinem, "Kavramsal Açıdan Sağlık", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 4, S. 1, 1999, s. 51-62.

Songur, Haluk, Tuba Saygın, "Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* S. 19, 2014, s. 199-212.

Sonğur, Cuma, "Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, C. 6, s. 1, 2016, s. 197-224.

Swiss Re, *Insurance Penatration*, http://www.sigma-explorer.com/index.html Erişim: 20.08.2016.

Swiss Re, *Sigma-World Insurance in 2003: Insurance Industry on the Road to Recovery*, Zurich, 2004, http://www.sigma-explorer.com/index.html Erişim: 29.08.2016.

Swiss Re, *Sigma-World Insurance in 2014: Back to Life*, Zurich, 2015, http://www.sigma-explorer.com/index.html Erişim: 29.08.2016.

Şenalp, Vural, *Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2008.

Şener, Ülker, *Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları,* Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Politika Notu, Şubat 2010.

Şengün, Mert, (Çeviren) "Küresel Ekonomideki Büyümenin Sigorta Sektörü Üzerine Olumlu Etkileri", *Reasürör Dergisi*, S. 99, 2016, s. 18-19.

Şenocak, Hasan, "Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi", *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi,* S. 56, 2009, s. 410-468.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2011*, Ankara, 2012.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2009*, Ankara, 2010.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2004*, Ankara, 2005.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurumu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2014,* Ankara, 2015.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurumu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2006,* Ankara, 2007.

T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, *2008 Yılı Sigortacılık Sektörü Piyasa Analiz Raporu*, Ankara, 2009.

T.C. Kalkınma Bakanlığı, *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011),* Ankara, 2013.

T.C. Sigorta Denetleme Kurulu, *Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2015*, Ankara, 2016.

Tabakoğlu, Ahmet, *Türk İktisat Tarihi*, Genişletilmiş 2. Baskı, Dergâh Yayınları, İstanbul, 1994.

Tabakoğlu, Ahmet, *Türk İktisat Tarihi*, Gözden Geçirilmiş 11. Baskı, Dergâh Yayınları, İstanbul, 2012.

Tapan, Birkan, Selin Alıcı, Nurdan Yıldırım ve Albena Gayef, "Özel sağlık sigorta şirketlerinin genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi", *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi,* C. 1, S. 2, 2015, s. 55-86.

Tatar, Mehtap, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi,* C. 1, Sayı:1, 2011, s. 103-133.

Tatar, Mehtap, *Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.

Tatlıdil, Hüseyin, *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatiksel Analiz*, Engin Yayınları, Ankara, 1992.

Ticaret Kanunu, RG. 28.06.1926 ve 865 Sayı.

Tiryaki, Derya ve Mehtap Tatar, "Sağlık Sigortası: Teorik ve Uygulama", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, C. 5, S. 4, 2000, s. 127.

Tokuç, Burcu, *Özel Sağlık Sigortacılığı ve Halk Sağlığı*, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, Edirne, 2004.

Torun, İshak, "Endüstri Toplumu'nun Oluşmasında Etkili Olan İktisadi ve Sina-i Faktörler", *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,* C. 4, S. 1, 2003, s. 181-196.

Tuncay, A. Can ve Ömer Ekmekçi, *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri*, 15. Bası, Beta Yayınları, İstanbul, 2011.

Tunç, Orhan ve Mithat Kıyak, "Türkiye ve Avrupa'da Özel Sağlık Sigortaları", *Journal of Economics Finance and Accounting* C. 2, No. 3, 2015, s. 409-426.

Tutar, Hasan, "Katı Olan Her 'İş' Sanallaşıyor veya İş Görenin Artan Yalnızlığı Üzerine: Kuramsal Bir Yaklaşım", *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi,* C. 9, S. 2, 2007, s. 116-141.

Türkiye Sigorta Birliği, http://tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909, Erişim: 10.09.2016.

Ulutürk, Süleyman ve Kutlu Dane, "Sosyal Güvenlik Sisteminde Dönüşüm: Burjuvazinin İrade Beyanı ve Ülke Örnekleri", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 29, 2009, s. 361-371.

Uralcan, G. Şebnem, "Sigorta Faaliyetlerinin İşlevsel Açıdan Değerlendirilmesi ve Türk Sigorta Sektörünün Bu Bağlamda Dünya Sigorta Şirketleriyle

Karşılaştırılması", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi,* C. 4, S. 1, 2012, s. 125-134.

Uralcan, G. Şebnem, "Sigorta Sektöründe Yaşanan Değişime Rağmen Yeteri Kadar Üretim Artışı Sağlanamamaktadır", *Reasürör Dergisi,* S. 91, 2014, s. 10-18.

Usui, Chie, *The Comparative Political Economy of the Welfare State*, Cambridge University Press, New York, 1994.

Üstün, Alparslan, Tarım Kesimine Yönelik Hayat ve Sağlık Sigortası: Tokat İli Örneği, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2011.

Varoğlu, F. Özge, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye'deki Gelişim Süreci", *Sosyal Güvence Dergisi*, S. 3, 2013, s. 20-40.

Vitzthum, Wolfgang Graf, *Marine Issues: From a Scientific, Political and Legal Perspective,* Kluwer Law International, Netherlands 2002.

WHO, Global Health Expenditure Database, http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en, Erişim: 19.09.2016.

World Bank, World Development Indicators, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14.06.2016.

Wysong, Jere A. ve Abel Thomas, "Universal Health Insurance and High-Risk Groups in West Germany: Implications for U.S. Health Policy", *The Milbank Quarterly*, C. 68, No. 4, 1990, s. 527-560.

Yaman, Kemal, "Alman Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Finansman Prensipleri", *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, S. 24, 2014, s. 281-298.

Yapar, Güçkan ve Sibel Özge Tuncel, "Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi", *Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması,* Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi, İstanbul 1999, s. 141-184.

Yiğit, Filiz, Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.

Yörük, Sinan, Abdullah Dikici ve Ahmet Uysal, "Bilgi Toplumu ve Türkiye'de Mesleki Eğitim", *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* C. 12, S. 2, 2002, s. 299-312.

Yücel, A. Serdar, Cemal Gündoğdu ve Tuğba Fatma Karadağ, "Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda Çalışan Memnuniyetliğinin İncelenmesi (Elazığ İli Örneği) ", *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, C. 2, S. 4, 2012, s. 31-51.

Yücel, Emel ve Yıldırım Beyazıt Önal, "Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma Adana İlinde Bir Uygulama", *Sosyal Güvenlik Dergisi,* C. 5, S. 2, 2015, s. 88-123.

Zengin, Eyüp, Ayhan Şahin ve Salih Özcan, "Türkiye'de Sosyal Yardım Uygulamaları", *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C. 19, S. 2, 2012, s. 133-142.

Zengin, Hacer, Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

Zeytinoğlu, Erol, *İktisat Tarihi*, Met/Er Matbaası, İstanbul, 1976.

EKLER

Ek 1: Osmanlı Döneminde Özel Sigortalara İlişkin Fetvalar

1901 tarihli fetva:

Zikredildiği şekilde bu şahsın bu şirket ile bir meblağ vermek hususundaki anlaşması zımni şirketin bir çeşidini husule getirir. Bu ise caizdir. Bu şahıs için ticarette hâsıl olan kâr ile birlikte malını almasına bir engel yoktur. Şayet bu adam tespit edilen müddet içinde ölürse, şirket de onun verdiği parayı işletmişse, mirasçılarının veya malında tasarruf hakkı olana mevcut ödeme borcunu ifa etmişse, ticaretten elde edilen kârı ile birlikte zikredildiği şekilde meblağı öderler. (Kamilçelebi, 2012: 109)

1911 tarihli fetva:

Havâle buyurulan işbu arzuhal mütâlâa olundu. Derûn-i arzuhalde muharrer akd-i mezkûr Dâr-i İslâm'da olmayub da ber-vech-i meşrûh memâlik-i ecnebiyyede kâin bir sigorta şirketi ile icrâ edildiği takdirde şirket-i mezkûre rızâsiyle vereceği ziyâdeyi yâni makudün aleyh sigorta bedeli ne miktar meblâğ ise anı ahz helal olur ol babda emr-ü ferman menlehülemrindir. (Kamilçelebi, 2012: 110)

1913 tarihli fetva:

Bu husus hakkında mukaddema Mahmud Celaleddin'in mührünü havi 22 Teşrinievvel 1327 (Rumi) tarihli istidaya 22 Zilkade 1329 tarihinde havale buyurulan işbu arzuhal mütalaa olundu: Derunu arzuhalde muharrer akd-i mezkur dar-ı İslam'da bervech-i meşruh, memalik-i ecnebiyede kain bir sigorta şirketi ile icra edildiği takdirde şirket-i mezkure rızasıyla vereceği ziyadeyi yani maksudun aleyh sigorta bedeli ne miktar meblağ ise o meblağın gerek akdi mezbur ve gerek veresesi tarafından ahzı helal olur deyu tahrir kılınmıştır ol babda emrü ferman Hazret-i menlehülemrindir. Takdim ve itası 2 Zilhicce 1331 (Kamilçelebi, 2012: 111)

Ek 2: İstatistik Uygulamalarında Kullanılan Veriler

Tablo Ek 1: Prim Penetrasyon Analizinde Kullanılan Gelir Unsuru Değişkenler-2004

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /							
	Tarım üretimi	Sanayi üretimi	Hizmetler sektörü üretimi	İlk yüzde 20 geliri	İkinci yüzde 20 geliri	Üçüncü yüzde 20 geliri	Dördüncü yüzde 20 geliri	Beşinci yüzde yirmi geliri
Avusturya	411,18	22,39	10,11	15,84	46,08	35,41	27,17	71,91
Belçika	278,13	12,39	4,31	7,22	21,10	16,49	12,92	33,78
Bulgaristan	0,003	0,001	0,000	0,001	0,002	0,002	0,001	0,005
Hırvatistan	11,61	2,15	1,00	1,41	4,13	3,17	2,40	6,29
Çek C.	10,58	0,72	0,45	0,66	1,71	1,38	1,11	2,70
Danimarka	8,70	0,64	0,23	0,40	0,97	0,78	0,62	1,53
Finlandiya	27,00	2,19	1,15	1,72	4,67	3,75	2,90	6,85
Fransa	214,79	19,95	5,73	9,98	30,35	23,07	17,47	47,02
Almanya	1405,37	47,87	20,24	31,60	99,31	75,51	56,77	172,68
Yunanistan	0,66	0,14	0,04	0,07	0,23	0,17	0,12	0,42
Macaristan	1,38	0,22	0,11	0,15	0,45	0,35	0,27	0,70
İtalya	50,94	5,09	1,85	2,88	9,70	7,06	5,26	17,82
Lüksemburg	148,82	5,21	1,14	2,15	6,33	4,83	3,68	10,10
Hollanda	892,41	76,30	24,18	41,57	119,53	92,05	70,53	207,14
Norveç	138,51	5,49	3,67	4,74	14,49	11,69	9,13	22,06
Polonya	5,61	0,64	0,33	0,43	1,59	1,14	0,81	2,59
Portekiz	95,86	11,20	3,97	5,38	22,30	16,48	11,82	38,83
Romanya	0,36	0,18	0,09	0,12	0,35	0,26	0,20	0,55
Slovenya	498,68	37,45	20,67	28,87	89,35	66,96	50,37	138,48
İspanya	165,90	18,81	8,51	12,63	40,86	29,87	21,93	74,44
İsviçre	1825,84	69,69	25,70	42,67	148,04	109,06	79,38	245,92
İngiltere	320,76	12,39	3,77	5,95	21,81	15,75	11,49	38,94
Türkiye	8,42	3,23	1,52	1,70	7,93	5,27	3,56	14,89

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 2: Prim Penetrasyon Analizinde Kullanılan Servet Unsuru Değişkenler-2004

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /				
	Brüt sermaye hacmi	Yurtiçi yatırımlar	Net ulusal yatırımlar	Hane halkı harcamaları	Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu
Avusturya	25,32	22,60	64,53	11,28	20,86
Belçika	12,57	10,40	29,98	5,57	3,84
Bulgaristan	0,001	0,002	0,008	0,000	0,002
Hırvatistan	1,97	2,53	6,29	0,90	2,06
Çek C.	0,83	0,81	5,06	0,50	1,08
Danimarka	0,65	0,52	1,62	0,30	0,23
Finlandiya	2,81	2,21	5,39	1,30	0,69
Fransa	17,99	17,49	62,44	7,16	5,34
Almanya	66,74	52,82	195,54	22,24	30,12
Yunanistan	0,11	0,17	0,71	0,04	0,05
Macaristan	0,22	0,26	3,60	0,11	0,22
İtalya	5,64	5,49	20,93	2,02	2,72
Lüksemburg	3,76	1,81	5,67	2,22	0,57
Hollanda	77,62	56,12	129,83	32,80	19,39
Norveç	8,87	5,52	9,90	4,33	3,59
Polonya	0,90	1,03	13,72	0,29	0,66
Portekiz	10,29	15,63	-251,65	3,92	6,70
Romanya	0,19	0,30	-1,33	0,07	0,32
Slovenya	39,79	41,91	154,26	21,01	40,55
İspanya	17,73	20,48	59,24	8,80	5,80
İsviçre	82,92	58,55	123,75	30,75	8,47
İngiltere	13,98	16,52	118,21	3,98	2,09
Türkiye	4,12	4,76	9,28	1,12	3,18

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 3: Ödeme Penetrasyon Analizinde Kullanılan Gelir Unsuru Değişkenler-2004

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /							
	Tarım üretimi	Sanayi üretimi	Hizmetler sektörü üretimi	İlk yüzde 20 geliri	İkinci yüzde 20 geliri	Üçüncü yüzde 20 geliri	Dördüncü yüzde 20 geliri	Beşinci yüzde yirmi geliri
Avusturya	297,06	16,17	7,31	11,44	33,29	25,58	19,63	51,95
Belçika	232,11	10,34	3,60	6,02	17,61	13,76	10,78	28,19
Finlandiya	24,68	2,00	1,06	1,57	4,26	3,42	2,65	6,26
Fransa	170,65	15,85	4,55	7,93	24,12	18,33	13,88	37,36
Almanya	1.519,7	51,77	21,88	34,17	107,39	81,65	61,39	186,73
Macaristan	1,93	0,31	0,15	0,21	0,63	0,49	0,37	0,97
İtalya	39,73	3,97	1,44	2,25	7,56	5,51	4,11	13,90
Lüksemburg	85,04	2,98	0,65	1,23	3,62	2,76	2,10	5,77
Norveç	128,12	5,08	3,39	4,38	13,40	10,81	8,44	20,41
Polonya	2,27	0,26	0,13	0,17	0,64	0,46	0,33	1,05
Portekiz	99,54	11,63	4,12	5,59	23,16	17,11	12,27	40,32
Romanya	0,10	0,05	0,03	0,03	0,10	0,08	0,06	0,16
Slovenya	434,35	32,62	18,00	25,14	77,82	58,32	43,87	120,61
İspanya	135,39	15,35	6,94	10,31	33,34	24,38	17,90	60,75
İsviçre	1.758,9	67,14	24,76	41,11	142,62	105,07	76,48	236,91
İngiltere	245,62	9,49	2,89	4,55	16,70	12,06	8,80	29,82
Türkiye	9,69	3,72	1,74	1,95	9,13	6,06	4,10	17,14

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 4: Ödeme Penetrasyon Analizinde Kullanılan Servet Unsuru Değişkenler-2004

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /				
	Brüt sermaye hacmi	Yurtiçi yatırımlar	Net ulusal yatırımlar	Hane halkı harcamaları	Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu
Avusturya	18,29	16,33	46,62	8,15	15,07
Belçika	10,49	8,68	25,02	4,65	3,20
Finlandiya	2,57	2,02	4,92	1,19	0,63
Fransa	14,29	13,89	49,61	5,69	4,25
Almanya	72,17	57,11	211,45	24,05	32,57
Macaristan	0,31	0,36	5,02	0,15	0,30
İtalya	4,40	4,28	16,32	1,58	2,12
Lüksemburg	2,15	1,03	3,24	1,27	0,33
Norveç	8,21	5,10	9,15	4,01	3,32
Polonya	0,36	0,42	5,54	0,12	0,27
Portekiz	10,69	16,23	-261,32	4,07	6,96
Romanya	0,05	0,09	-0,38	0,02	0,09
Slovenya	34,66	36,50	134,35	18,30	35,32
İspanya	14,47	16,71	48,34	7,18	4,73
İsviçre	79,88	56,40	119,22	29,62	8,16
İngiltere	10,71	12,65	90,52	3,05	1,60
Türkiye	4,74	5,48	10,67	1,29	3,66

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 5: Prim Penetrasyon Analizinde Kullanılan Gelir Unsuru Değişkenler-2013

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /							
	Tarım üretimi	Sanayi üretimi	Hizmetler sektörü üretimi	İlk yüzde 20 geliri	İkinci yüzde 20 geliri	Üçüncü yüzde 20 geliri	Dördüncü yüzde 20 geliri	Beşinci yüzde yirmi geliri
Avusturya	458,91	23,27	9,36	15,25	44,08	33,47	25,46	75,30
Belçika	523,05	18,65	5,38	10,17	26,16	20,57	16,25	42,97
Bulgaristan	10,20	1,98	0,81	1,10	3,84	2,83	2,10	7,61
Hırvatistan	20,96	3,37	1,35	1,99	6,04	4,44	3,29	11,10
Çek C.	24,15	1,77	1,08	1,62	4,02	3,26	2,66	6,11
Danimarka	59,85	3,57	1,08	1,86	5,01	4,02	3,16	8,29
Finlandiya	55,15	6,13	2,35	3,87	10,16	8,13	6,32	15,05
Fransa	356,04	28,85	7,24	12,40	40,50	30,94	23,43	65,53
Almanya	1868,54	48,70	21,42	34,35	101,18	77,04	58,61	158,60
Yunanistan	3,48	0,79	0,16	0,27	0,99	0,67	0,49	2,07
Macaristan	9,53	1,44	0,66	0,95	2,74	2,08	1,61	4,69
İtalya	64,03	6,29	2,01	3,21	10,90	7,88	5,86	21,48
Lüksemburg	474,83	11,89	1,58	2,99	10,58	7,57	5,49	17,70
Hollanda	3814,90	334,09	96,19	178,13	474,04	374,77	293,48	744,46
Norveç	116,80	4,64	3,14	4,68	11,44	9,11	7,21	17,75
Polonya	12,69	1,31	0,66	0,93	3,04	2,27	1,69	4,69
Portekiz	163,60	18,02	5,08	7,88	28,08	21,06	15,41	52,76
Romanya	1,49	0,34	0,14	0,22	0,59	0,45	0,35	0,91
Slovak C.	13,68	1,65	0,86	1,42	3,38	2,65	2,13	5,74
Slovenya	782,96	50,06	24,63	39,57	95,62	76,77	61,71	147,84
İspanya	265,31	33,01	10,05	16,33	57,23	40,12	29,14	118,63
İsviçre	2349,25	64,04	22,84	40,61	127,41	95,89	71,73	199,85
İngiltere	520,60	16,97	4,63	8,04	26,21	18,90	13,94	42,89
Türkiye	19,82	6,20	2,54	3,14	13,87	9,70	6,65	25,21

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.
Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.
IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 6: Prim Penetrasyon Analizinde Kullanılan Servet Unsuru Değişkenler-2013

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /				
	Brüt sermaye hacmi	Yurtiçi yatırımlar	Net ulusal yatırımlar	Hane halkı harcamaları	Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu
Avusturya	34,74	31,01	88,52	15,47	28,61
Belçika	23,15	19,15	55,20	10,26	7,07
Bulgaristan	4,26	8,13	28,37	1,48	9,30
Hırvatistan	3,92	5,01	12,48	1,80	4,09
Çek C.	3,48	3,38	21,17	2,08	4,52
Danimarka	4,30	3,44	10,75	1,97	1,56
Finlandiya	8,47	6,67	16,24	3,92	2,08
Fransa	31,02	30,16	107,68	12,35	9,21
Almanya	92,23	72,99	270,23	30,73	41,62
Yunanistan	0,45	0,68	2,87	0,18	0,22
Macaristan	1,75	2,05	28,59	0,87	1,72
İtalya	7,50	7,30	27,82	2,68	3,62
Lüksemburg	10,14	4,89	15,30	5,99	1,54
Hollanda	424,12	306,64	709,41	179,24	105,94
Norveç	15,06	9,36	16,80	7,35	6,10
Polonya	3,83	4,37	58,21	1,22	2,80
Portekiz	16,82	25,54	-411,22	6,40	10,95
Romanya	0,84	1,33	-5,98	0,30	1,42
Slovak C.	3,10	3,44	-165,78	1,49	0,52
Slovenya	67,41	70,99	261,30	35,59	68,69
İspanya	30,42	35,13	101,62	15,10	9,95
İsviçre	130,68	92,28	195,04	48,46	13,36
İngiltere	20,75	24,50	175,37	5,90	12,25
Türkiye	15,83	18,32	35,67	4,31	3,10

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 7: Ödeme Penetrasyon Analizinde Kullanılan Gelir Unsuru Değişkenler-2013

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /							
	Tarım üretimi	Sanayi üretimi	Hizmetler sektörü üretimi	İlk yüzde 20 geliri	İkinci yüzde 20 geliri	Üçüncü yüzde 20 geliri	Dördüncü yüzde 20 geliri	Beşinci yüzde yirmi geliri
Avusturya	298,38	15,13	6,08	9,92	28,66	21,76	16,55	48,96
Belçika	374,70	13,36	3,85	7,29	18,74	14,73	11,64	30,78
Hırvatistan	13,64	2,19	0,88	1,29	3,93	2,89	2,14	7,22
Çek C.	6,79	0,50	0,30	0,45	1,13	0,92	0,75	1,72
Danimarka	42,30	2,52	0,76	1,32	3,54	2,84	2,23	5,86
Finlandiya	45,39	5,04	1,94	3,18	8,36	6,69	5,20	12,39
Fransa	285,93	23,17	5,82	9,96	32,53	24,85	18,81	52,63
Almanya	2161,07	56,33	24,78	39,73	117,02	89,11	67,78	183,43
İtalya	46,37	4,56	1,45	2,32	7,89	5,71	4,24	15,55
Lüksemburg	288,29	7,22	0,96	1,81	6,43	4,60	3,33	10,75
Hollanda	3525,12	308,71	88,88	164,60	438,03	346,30	271,19	687,91
Norveç	102,50	4,07	2,76	4,11	10,04	7,99	6,32	15,57
Polonya	3,46	0,36	0,18	0,25	0,83	0,62	0,46	1,28
Portekiz	131,26	14,46	4,08	6,33	22,53	16,90	12,36	42,33
Romanya	0,29	0,07	0,03	0,04	0,12	0,09	0,07	0,18
Slovenya	676,14	43,23	21,27	34,17	82,57	66,30	53,29	127,67
İspanya	220,18	27,39	8,34	13,56	47,49	33,30	24,18	98,45
İsviçre	1584,66	43,20	15,41	27,39	85,94	64,68	48,38	134,80
İngiltere	381,74	12,45	3,40	5,89	19,22	13,86	10,22	31,45
Türkiye	14,17	4,44	1,81	2,24	9,92	6,94	4,75	18,03

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 15/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Tablo Ek 8: Ödeme Penetrasyon Analizinde Kullanılan Servet Unsuru Değişkenler-2013

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /				
	Brüt sermaye hacmi	Yurtiçi yatırımlar	Net ulusal yatırımlar	Hane halkı harcamaları	Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu
Avusturya	22,58	20,16	57,56	10,06	18,60
Belçika	16,58	13,72	39,54	7,35	5,06
Hırvatistan	2,55	3,26	8,12	1,17	2,66
Çek C.	0,98	0,95	5,96	0,59	1,27
Danimarka	3,04	2,43	7,60	1,39	1,10
Finlandiya	6,98	5,49	13,37	3,23	1,71
Fransa	24,91	24,22	86,47	9,92	7,40
Almanya	106,67	84,42	312,53	35,54	48,14
İtalya	5,43	5,28	20,14	1,94	2,62
Lüksemburg	6,16	2,97	9,29	3,63	0,94
Hollanda	391,90	283,35	655,52	165,63	97,89
Norveç	13,21	8,21	14,74	6,45	5,35
Polonya	1,04	1,19	15,88	0,33	0,76
Portekiz	13,49	20,49	-329,93	5,14	8,79
Romanya	0,17	0,26	-1,18	0,06	0,28
Slovenya	58,21	61,31	225,65	30,74	59,32
İspanya	25,25	29,16	84,34	12,53	8,25
İsviçre	88,15	62,24	131,56	32,69	9,01
İngiltere	15,21	17,97	128,60	4,33	2,27
Türkiye	11,32	13,10	25,51	3,08	8,76

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

World Bank, *World Development Indicators*, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.

Insurance Europe, *Health Insurance*, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.

IMF, *Exchange Rate Selected Indicators*, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.

Ek 3: İstatistik Uygulamalarında Kullanılan Veriler

Ek Tablo 1:

Tez No	Yazar	Yıl	Tez Adı (Orijinal/Çeviri)	Tez Türü	Konu
92085	ASLI AFŞAR	1999	Türkiye'de sağlık sigortası opsiyon sözleşmelerinin uygulanabilmesine yönelik bir model önerisi	Doktora	Sigortacılık; İşletme
138399	RUHSAN GEZGİN	2003	Tedavi edici hizmet sunumunda SSK ve özel sağlık sigortasının sağlık harcama giderleri yönünden karşılaştırılması ve özel sağlık sigortasında sağlık hizmet kullanımı	Doktora	Halk Sağlığı
132111	SALİH HALUK ÖZSARI	2003	Bir özel sağlık sigortacılık kurumunda kullanıcıların özellikleri ve risk profili (1998-2002)	Doktora	Sağlık Kurumları Yönetimi
157282	BURCU TOKUÇ	2004	Özel sağlık sigortacılığı ve halk sağlığı	Doktora	Halk Sağlığı
214635	VURAL ŞENALP	2008	Özel sağlık sigortalıların sağlık kuruluşu seçiminde doğrudan ödeme sisteminin incelenmesi: bir araştırma	Doktora	Hastaneler; Sağlık Kurumları Yönetimi; Sigortacılık
69742	DERYA TİRYAKİ	1998	Özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri ve özel sağlık sigortasından duyulan tatmin düzeyi	Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları Yönetimi; İşletme
108425	GÜLİN KIRAÇ ERGÜLER	2001	İstanbulda'ki özel sağlık sigortası kurumlarının anlaşmalı kurumlarından beklentileri	Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları Yönetimi
111238	HAKKI ATLI	2002	Özel sağlık sigortacılığında aşırı kullanımların boyutu ve nedenlerini belirlemeye yönelik bir saha araştırması	Yüksek Lisans	Sigortacılık
158069	ESRA GÜNÜŞEN	2004	İstanbul'daki özel sağlık sigortası kurumlarının ve özel hastanelerin sağlıklılığının sürdürülmesini amaçlayan organizasyonlar (HMO-health maintenance organization) hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması	Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları Yönetimi
196078	FİLİZ YİĞİT	2007	Özel sağlık sigortası olmayan kişilerdegenel sağlık ve özel sağlık sigortacılığına bakış	Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları Yönetimi
235872	MAKBULE ALAN	2009	Özel sağlık sigortasının mevcut ve potansiyel müşteriler tarafından algılanışı	Yüksek Lisans	Sigortacılık
303938	NAZAN AVŞAR	2010	Türkiye'de özel sağlık sigortası ve sağlık sistemi	Yüksek Lisans	Sağlık K. Yönetimi; Sigortacılık
301592	ALPASLAN ÜSTÜN	2011	Tarım kesimine yönelik hayat ve sağlık sigortası: Tokat ili örneği	Yüksek Lisans	Ziraat
332632	GÜL KIRIMLI	2013	Özel hastanelerde özel sağlık sigortası işleyişi ve sorunları	Yüksek Lisans	Hastaneler; Sağlık Kurumları Yönetimi ; Sigortacılık
382160	NURAY ÖZTÜRK	2014	Tamamlayıcı sağlık sigortası ve Türkiye'de uygulanabilirliği: Vatandaş görüşlerinin belirlenmesi	Yüksek Lisans	Sigortacılık
399005	ECE ORHAN	2015	Özel hastanelerde tamamlayıcı sağlık sigortasının işleyişi ve sorunları	Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları Yönetimi
389012	HACER ZENGİN	2015	Özel sağlık sigortalarının özel hastanelerde hizmet sunumuna etkisi ve hastaneye yararları	Yüksek Lisans	Hastaneler; Sağlık Kurumları Yönetimi ; Sigortacılık
414652	GÜRKAN DUYUK	2015	Devletlerin sağlık politikaları ile özel sağlık sigorta sistemlerinin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından karşılaştırılması	Yüksek Lisans	Sağlık Kurumları Yönetimi ; Sigortacılık ; İşletme

Kaynak: YÖK Tez Merkezi, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp, Erişim: 14/05/17.