T.C. DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

İŞLETME BİLİM DALI

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ MEVCUT VE POTANSİYEL MÜŞTERİLER TARAFINDAN ALGILANIŞI

Yüksek Lisans Tezi

Makbule ALAN

200782001

Danışman: Doç. Dr. Erdoğan KOÇ

İstanbul, Haziran 2009

ÖNSÖZ

Özel sigorta sektörü, dünyada ve Türkiye'de hızlı bir şekilde büyüyerek daha fazla kişiye ulaşarak giderek önemi artmaktadır. Özel sağlık sigortası sektöründe bulunan firmaların sayısının artışıyla birlikte, sağlık alanındaki gelişmeler özel sağlık sigortasına olan ilginin yükselmesine neden olmaktadır. Türkiye'de kişilerin özel sağlık sigortasına olan bakış açısının incelenmesi, bu alanın gelişimi ve tüketici davranışlarının ortaya konulması için gerekli hale gelmiştir. Hazırlanan bu yüksek lisans tezinde, özel sağlık sigortasının Türkiye'de toplum tarafından algılanışı ortaya konulmaya çalışılmış ve pazarlama iletişimleri ile olan ilişkisi incelenmiştir.

Henüz muğlâk bir fikirken tohumunu ektiğimiz bu çalışma, bir yılı aşkın bir zaman içerisinde yaprak verdi ve şu anki halini aldı. Bu süreç, bilimsel nitelikli bir çalışmayı tasarlama, planlama, yürütme ve sonuçlandırma konusunda son derece eğiticiydi. Ancak; bu uzun süreç içinde çeşitli sıkıntılar ile karşılaştığım oldu. Bu sıkıntılarımı aşmamda çok sayıda kişinin yardımını aldım. Bu kişilerin başında, çalışmam boyunca her konuda anlayışını, ilgisini ve desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen eşim Güvenç Alan gelmektedir.

Yüksek lisans tez çalışmam sırasında beni yüreklendiren, destekleyen ve tez çalışmamın başından sonuna kadar benden desteğini, sabrını ve bilgisini hiç esirgemeyen ve her fırsatta yeni bir şeyler öğrenmemi sağlayan tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Erdoğan KOÇ' a teşekkürü bir borç bilirim.

Her fırsatta çeşitli konular üzerine bizimle beyin jimnastiği yapan ve gerek özgün görüşleri gerekse motivasyon desteğiyle yanımda olan Yard. Doç. Dr. Mehmet DEĞİRMENCİ' ye ve Ekonomi dersinin not için değil, öğrenmek için olduğunu bize idrak ettiren ve motivasyon desteğiyle yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Elif ÇEPNİ'ye teşekkür ederim.

Ayrıca; çalışmamı yürütebilmem için özellikle saha araştırması aşamasında anket çalışmama katkıda bulunan değerli arkadaşlarım Sn. Hasret GÜNGÖR'e, Sn. Gizem DİNÇEL'e, Sn. Aylin ATILGAN'a, Sn. Hakan KAYA'ya Sn. Dilek TUTAK'a, Sn. Kaan YILDIRIM'a ve İşletme Yüksek Lisans sınıf arkadaşlarıma değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

İstanbul, Haziran 2009 **Makbule ALAN**

ÖZET

Özel sağlık sektörünün dünyada ve Türkiye'de gelişimi özellikle 1980 yılından sonra hız kazanmış, sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler ve hizmet sektöründeki pazarlama uygulamalarının ilerlemesiyle daha da artmıştır. Türkiye'de 1990 yılından sonra, özel sağlık sigortası sigorta firmaları tarafından daha da ilgi çeken bir alan haline gelmiştir. Özel sağlık sigortasının, kamu sağlık sistemleriyle doğrudan ilişkili olmasından dolayı özellikle 2000'li yıllarda başlayan sosyal güvenlik sistemindeki değişikliklerle sektörde hareketlilik başlamıştır. Türkiye'de tüketicilerin özel sağlık sigortasına olan bakış açısını daha iyi anlamak için Türkiye'de uygulanan sağlık sistemi incelenmiş ve dünyada uygulanan özel sağlık sigortası modelleri ortaya konulmuştur. Bu incelemelerde uluslararası ve ulusal veriler kullanılarak özel sağlık sigortası geçmişteki ve günümüzdeki durumu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Uygulama bölümünde, özel sağlık sigortasına sahip kişiler ve özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişiler için iki ayrı anket formu likert tutum ölçeği ile oluşturulmuş, İstanbul ilinde tesadüfî olarak seçilen deneklere yüz yüze görüşme veya deneklere e-posta gönderme yöntemleri ile ulaşılmıştır. Bu iki gruba ait verilerin ayrı olarak değerlendirilmesi yanında, iki grubun sorulara olan yanıtları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma ile özel sigortalı olan kişiler ile sigortası olmayan kişilerin konu ile ilgili algılayışlarının farklılığının daha iyi ortaya konulması sağlanmıştır. Bu bulgular, özel sağlık sektöründe müşteri ve toplumun tutumu ve davranışları üzerine yapılan araştırmalar incelenerek değerlendirmiştir. Elde edilen sonuçlarla, özel sağlık sektöründeki firmalar için önemli noktalar ve akademik araştırmalar için ışık tutucu bilgiler sunulmuştur.

SUMMARY

Development in private health sector both in the world and in Turkey have accelerated since 1980s. The technological improvements in health area as well as improvements in marketing strategies in service sector have supported this progress. After 1990 private health insurance has become more attractive for insurance companies in Turkey. Due to direct relationship between private health insurance and public health systems, sector has become more active with reforms in social security system. In order to understand costumers' point of view on private health insurance well, the health system which is enforced in Turkey is examined and the private health insurance models in the world are executed. In these researches, it is targeted to execute the state of private health insurance's background and present.

In this research, two separate survey questionnaires have been prepared with Likert attitude scale for two groups: people who have private health insurance and people who do not have private health insurance. The research was applied to those selected at random in Istanbul have been reached through face-to-face interviews and e-mail. Besides evaluating data for each group, the answers of groups are also statistically compared. By comparing data, the differences of perceptions for two groups are exhibited in detail. Results of these analyses are evaluated with exploring researches regarding private health insurance market's costumers, the attribute of society, and costumer behaviors. Along with the results, information which include important points for private health firms and illuminating points for academic researches are presented.

İÇİNDEKİLER Sayfa No

ÖNSÖZ i
ÖZET ii
SUMMARY iii
İÇİNDEKİLER iv
ŞEKİLLER viii
TABLOLAR ix
KISALTMALAR xi
BÖLÜM I 1
1.1 Amaç 1
1.2 Metodoloji 2
1.3 Araştırmanın Önemi 3
1.4 Kişisel Bilgi 5
1.5 Veri Kaynakları 5
1.6 Araştırmadan Beklenen Fayda 6
1.7 Araştırmanın Kısıtları 6
1.8 Çalışmanın Yapısı 7
BÖLÜM II 8
SİGORTANIN TANIMI VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE GENEL BİR BAKIŞ 8
2.1 Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortacılığı 8
2.2 Sosyal Güvenlik Sistemleri 10
2.3 Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sistemleri 12
2.3.1 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) 14
2.3.2 Emeklilik Sandığı (ES) 16
2.3.3 Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 18
2.3.4 Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları 18
2.4 Dünyada ve Türkiye'de Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri 19
2.4.1 Dünyada Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri 19

2.4.2 Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi Bileşenleri 27
2.5 Genel Sağlık Sigortası 27
2.5.1 Genel Sağlık Sigortasının Tanımı 27
2.5.2 Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası 29
2.5.3 Genel Sağlık Sigortası Modelinin Avantajları 30
2.5.4 Genel Sağlık Sigortası Modelinin Dezavantajları 30
BÖLÜM III 33
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMINA BAKIŞ 33
3.1 Tanım Ve Kavramlar 33
3.2 Özel Sağlık Sigortası Ürünleri 35
3.2.1 Ferdi Ürünler 35
3.2.2 Kurumsal (Ticari) Özel Sağlık Sigortası Ürünleri 35
3.2.3 İhtiyari, Primlerin Çalışan Tarafından Ödendiği Özel Sağlık Sigortası Piyasası 36
3.3 Dünyada ve Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası 36
3.3.1 Dünyadaki Özel Sağlık Sigortası Modelleri 39
3.3.2 Türkiye'de Özel Sağlık Sigortasının Yeri 42
3.4 Pazarlama Stratejileri Açısından Özel Sağlık Sigortası 46
3.4.1 Pazarlama Stratejileri Açısından Özel Sağlık Sigortası 46
3.4.1.1 Ürün 50
3.4.1.2 Fiyat 52
3.4.1.3 Dağıtım / Yer 55
3.4.1.4 Tutundurma 56
3.4.1.5 Reklam 56
3.4.1.6 Pazarlama İletişimi ve Özel Sağlık Sigortası 58
3.5 Tüketici Davranışı Açısından Özel Sağlık Sigortası 59
3.5.1 Tüketici Algısı ve Özel Sağlık Sigortası 59
3.5.2 Motivasyon ve Özel Sağlık Sigortası 60
3.5.3 İlgilenim ve Özel Sağlık Sigortası 62
3.5.4 Satın Alma Karar Süreci ve Özel Sağlık Sigortası 65

BÖLÜM IV 67
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ MEVCUT VE POTANSİYEL MÜŞTERİLER TARAFINDAN ALGILANIŞI 67
4.1 Giriş 67
4.2 Araştırmanın Amacı 71
4.3 Araştırmanın Metodu 71
4.4 Anakütle ve Örneklem Seçimi 72
4.5 Araştırmanın Kısıtları 74
BÖLÜM V 75
ARAŞTIRMANIN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 75
5.1 Giriş 75
5.2 Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olmayan Kişilere Ait Bilgilerin Değerlendirilmesi 75
5.2.1 Güvenirlik Analizi 75
5.2.2 Demografik Bulguların Değerlendirilmesi 78
5.2.3 Özel Sağlık Sigortacılığıyla İlgili Tutum Sorularının Değerlendirilmesi. 83
5.2.4 Demografik Değişkenlere Göre Soruların İncelenmesi 84
5.3 Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olan Kişilere Ait Bilgilerin Değerlendirilmesi.85
5.3.1 Güvenirlik Analizi 86
5.3.2 Demografik Bulguların Değerlendirilmesi 88
5.3.3 Özel Sağlık Sigortacılığıyla İlgili Tutum Sorularının Değerlendirilmesi.94
5.3.4 Özel Sağlık Sigortasına ait Demografik Değişkenlere Göre Soruların İncelenmesi 95
5.4 Özel Sağlık Sigortası Olan Kişilerle Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilere Ait Bilgilerin Karşılaştırılması 98
BÖLÜM VI 103
BULGULAR VE SONUÇ 103
KAYNAKÇA 107
ÖZGEÇMİŞ 114
EKLER 115

ŞEKİLLER LİSTESİ Sayfa No

Şekil 1. 2006 Yılı Sosyal Güvenlik Kapsamı-Türkiye 15
Şekil 2. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri (GSMH……..17
Şekil 3. Ülkelere Göre Sağlık Harcamaları GSMH % (1970-2001)..... 19
Şekil 4. Ülkelere Göre Kamu Sağlık Harcamaları (1990-2006)..... 22
Şekil 5. Dünyada Özel Sağlık Sigorta Sektörü..... 37
Şekil 6. Özel Sağlık Sigortası Sektör Payları 37
Şekil 7. Sağlık Finansmanı Kaynakları 2000..... 41
Şekil 8. Türkiye'de Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcaması İçerisindeki Payı, 1999-2006 46
Şekil 9. Cinsiyet Dağılımı (%)..... 78
Şekil 10. Yaş Dağılımı (%)..... 78
Şekil 11. Eğitim Seviyesine Göre Dağılım (%)..... 79
Şekil 12. Medeni Durum Dağılımı (%) 79
Şekil 13. Çocuk Sahibi Olan Kişilerin Dağılımı (%)..... 80
Şekil 14. Gelir Dağılımı (%)..... 81
Şekil 15. Sosyal Güvenlik Sistemi Dağılımı (%) 82
Şekil 16. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Cinsiyet Dağılımı (%) 88
Şekil 17. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Yaş Dağılımı (%) 88
Şekil 18. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Eğitim Seviyesine Göre Dağılım (%) 89
Şekil 19. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Medeni Durum Dağılımı (%)..... 89
Şekil 20. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Çocuk Sahibi Olan Kişilerin Dağılımı (%).... 90
Şekil 21. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Gelir Dağılımı (%) 91
Şekil 22. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Sosyal Güvenlik Sistemi Dağılımı (%)..... 92
Şekil 23. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Özel Sağlık Sigorta Yaptırma Yöntemleri..... 92
Şekil 24. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Hastalık Durumu 93
Şekil 25. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Toplam Skorları ile Yaş Grupları Dağılımı ... 97
Şekil 26. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Toplam Skorları ile SGK Dağılımı 97

TABLOLAR LİSTESİ Sayfa No

Tablo 1. Yıllara Göre Toplam Hizmet Akti İle Çalışan Sigortalı Sayısı (SSK Kapsamında) 15
Tablo 2. Ülkelere Göre Sağlık Harcamaları GSMH % 2004 20
Tablo 3. Ülkelere Göre Nüfus İstatistikleri 25
Tablo 4. Ülkelere Göre Özel Sağlık Sigorta Modelleri 40
Tablo 5. Sigorta Primleri ve % Artış 43
Tablo 6. Özel Sağlık Sektör Verileri 2005 44
Tablo 7. Sigorta Şirketlerinin Dallar İtibariyle Teknik Karları 53
Tablo 8. Türkiye'de Eğitim Durumlarına Göre Sigorta Poliçesi Almama Nedenleri 60
Tablo 9. Güvenirlik Analizi 76
Tablo 10. Meslek Frekans ve Dağılım Tablosu 80
Tablo 11. Likert Ölçekli Sorulara ait Tanımlayıcı İstatistikler 83
Tablo 12. Tutum Ölçeği Ortalama Skorları ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Analizi 85
Tablo 13. Sigortalı Kişilere ait Güvenirlik Analizi 86
Tablo 14. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Meslek Frekans ve Dağılım Tablosu 90
Tablo 15. Özel Sağlık Sigorta Firmalarının Dağılımı 93
Tablo 16. Likert Ölçekli Sorulara ait Tanımlayıcı İstatistikler 94
Tablo 17. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Kişilerin Tutum Ölçeği Ortalama Skorları ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Analizi 96
Tablo 18. Sigortasız ve Sigortalı Grup için Soruların Karşılaştırma Sonuçları 98

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
ES	: T.C. Emekli Sandığı
EU	: Avrupa Birliği
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi (İngiltere)
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PHI	: Özel Sağlık Sigortası (private health insurance)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TL	: Türk Lirası
TSEV	: Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı
TSRŞB	: Türkiye Sigorta ve Reasürans Sigorta Şirketleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
UN	: Birleşmiş Milletler
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
USD	: Amerikan Doları
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Amaç

Özel sağlık sigortacılığı, dünyada hızla büyüyen ve yeni gelişmelerle farklı ürün ve fiyat uygulamaları içeren bir sektör olarak Türkiye'de de önemli bir yer tutmaktadır. Datamonitor ve OECD Sağlık raporlarına göre, özel sağlık sigortası 1980'lerden sonra gelişmeye başlamış ve dünyada 2009 yılında %33'lük büyümesi beklenen bir sektör haline gelmiştir. Özel sağlık sigortacılığı, kamu sağlık hizmetleri ile doğrudan ilişkili olmasından ve sağlık alanının kendine özgü özelliklerinden dolayı diğer hizmet sektörlerinden ayrışmaktadır (Güngör 2007).

Sağlık alanındaki hizmetler; nüfus, teknolojik gelişmeler, milli gelir ve ülkede uygulanan politikalara göre çok çeşitlilik göstermektedir. ABD gibi sağlık hizmetlerinin %50'sinin özel sağlık sigortacılığı tarafından karşılandığı ülkelerde sağlık alanının çok yüksek oranda özel sağlık sigortacılığına bırakılması söz konusu iken, OECD ülkelerinde halen sağlık alanı %75 oranda kamuya aittir. Ancak bunun yanı sıra Hollanda ve İngiltere gibi ülkeler yakın zamanda sağlık alanında düzenlemelere giderek kamunun sağlık alanındaki ağırlığını azaltarak özel sektörün önünü açan modelleri uygulamaktadır. Bunun yanı sıra Almanya gibi hem kamunun ağırlığının fazla olduğu hem de özel sağlık sigortacılığın teşvik edildiği ülkeler de bulunmaktadır. Sağlık politikaları olarak özel sağlık sigortacılığının ülkelere göre konumlandırması farklı olduğu için ülkeler arası farklılıklar oluşabilmektedir. Hollanda ve İngiltere'de özel sağlık sigortacılığı birincil bir sigorta modeli olarak görülürken, Almanya'da daha çok tamamlayıcı olarak görülmektedir (Dhalla, 2007). Türkiye'de ise son zamanlarda gündemde olan, sosyal güvenlik sistemindeki çok başlılığın getirdiği hantal ve sorunlu işleyişi düzenleyici yeni ve tek bir sosyal güvenlik sistemi belirleme aşaması söz konusu iken özel sağlık sigortasının tamamlayıcı mı yoksa destekleyici olması konusu tartışılmaya devam etmektedir.

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığına baktığımız zaman, sektörün 1990'lı yıllardan sonra gelişmeye başladığı ancak; 2006 itibariyle nüfusun sadece %1'nin özel sağlık sigortasına sahip olduğu görülmektedir. Sektörde halen çok az firma bulunurken (40 firma) özellikle ürün çeşitliliği, fiyat ve pazarlama konularında sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, TÜSİAD ve Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği gibi kamu ve sivil toplum kuruluşları sağlık sistemi ve özel sağlık sigortacılığının gelişimi için çeşitli araştırmalar yaparak raporlar hazırlamaktadır. Bugüne kadar yapılmış raporlarda; özellikle özel sağlık sigortacılığının, prim geri ödeme ile ilgili sıkıntıları olan mevcut sistem için alternatif bir finansman yöntemi olacağı ve tamamlayıcı bir model olarak sunulması gerektiği noktalarına vurgu yapılmıştır.

Özel sağlık sigortacılığı sağlık sistemi ve sosyal güvenlik sistemleri ile ilişkili olmasının yanı sıra, bir hizmet türü olarak pazarlama, tüketici algılayışı ve tüketici tutumu ile de ilişkilidir. Her ne kadar 1995'lerden sonra piyasaya yeni oyuncuların girmesiyle ürün ve fiyat çeşitliliği açısından sektör ilerleme kaydetmişse de halen tüketicinin ihtiyaçlarına yönelik stratejilerin eksikliği hissedilmektedir.

Bu araştırmada Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının tüketici dinamiklerini anlamak için yapılmış araştırmaların yetersizliğine dayanarak, özel sağlık sigortacılığının toplum tarafından algılanışının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, özel sağlık sigortası ile ilintili olarak, sosyal güvenlik sistemi, tamamlayıcı model, sağlık sektöründe kamunun algılanışı, özel sağlık sigortasına ait özelliklere toplumun bakış açısının incelenmesi de hedeflenmiştir.

1.2. Metodoloji

Özel sağlık sigortası çalışmasının metodolojisi belirlenmeden önce, literatürde bu alanda yapılmış araştırmalar taranmıştır. Datamonitor 2004 sektör raporları, UNDP 2007 raporu, OECD 2008 sağlık raporu ve konu ile ilgili yazılmış makaleler ile dünyada özel sağlık sigortasının algılanışı, karşılaştığı problemler ve Türkiye'nin diğer ülkelere kıyasla ne gibi farklılıkları ve benzerlikleri olduğu incelenmiştir.

İncelemeler sonucunda, özel sağlık sigortasının tüketici tarafından algılanışı ve toplumun tutumu ile ilgili çok yönlü faktörlerin olduğu görülmüştür. Bir tutum araştırması

tasarlanarak, anket yöntemi ile daha çok kişiye ulaşılarak hem özel sağlık sigortası olan hem de özel sağlık sigortası olmayan iki ayrı kitleye ulaşılması amaçlanmıştır. Burada bütünde kişilerin özel sağlık sigortasını nasıl algıladığı ve ayrıca özel sağlık sigortasına olan bakış açısının iki grup arasında farklılaşıp farklılaşmadığının ortaya konması amaçlanmıştır.

Sosyal bilimler, tıp gibi alanlarda sıklıkla başvurulan, gözlem değerleriyle hareket edilen tümevarım yöntemi tercih edilmiştir. Tümevarım yöntemi ile daha önceden hakkında yeterince bilgi bulunmayan bir konuda bilgi toplama ve önemli noktaları keşfetme olarak bilinen keşifsel araştırma yöntemi tercih edilmiştir (Mcneil ve Chapman, 2005). Bu tercih, özellikle Türkiye'de özel sağlık sigortası alanında yapılmış araştırmaların azlığına dayalı olarak yapılmıştır.

Veri toplama yöntemi olarak; hem daha çok kişiye ulaşma imkanı veren hem de kişilerin tutumlarını bir sistematik içerisinde, farklı istatistiksel analizlerin uygulanmasına imkan veren likert tipi ölçeklendirme tercih edilmiştir. Anket soruları 5'li şıklarla hazırlanmış olup; özel sağlık sigortası olanlar için 35, özel sağlık sigortası olmayan kişiler için ise 30 tutum sorusu hazırlanmıştır ve ayrıca demografi soruları eklenmiştir. Uygulama alanı olarak İstanbul seçilerek yüz yüze görüşme ya da posta yöntemi ile toplamda 218 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşılan kişilerin, farklı yaş gruplarından, gelir gruplarından ve meslek gruplarından olmasına dikkat edilerek bu anlamda algı farklılıklarının incelenmesi hedeflenmiştir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Özel sağlık sigortası 2004 OECD verilerine göre Avrupa'da genel ekonomi büyüme oranından daha yüksek bir oranla, %5.6 ile büyümüştür. Türkiye'de ise, özel sağlık sigortacılığı kapsamına giren kişi sayısı 2006 yılı itibariyle yaklaşık 1.500.000 kişiye ulaşmış ve 1990 yıllarından bu yana yüksek büyüme oranları göstermiştir. Bu anlamda özel sigortacılık piyasası yatırımcılar için de potansiyel olarak görülmektedir. Yaşam süresi beklentisinin artması, kamunun sağlık harcamalarının tamamını kapsamaması, sağlık sektöründe makul fiyatların oluşumu göz önüne alındığında açısından özel sağlık sigortacılığı ileriki yıllarda çok daha önemli hale gelecektir.

Bu alanda özellikle tüketici algısı ve beklentilerini güncel koşullarla irdeleyen çalışma eksikliği söz konusudur. YÖK veritabanında 1990 sonrasında bu konu ile ilgili yapılan tez sayısı sıfır, konu ile dolaylı yoldan ilgili olan tez sayısı ise (doktora + yüksek lisans) yedidir. Dolayısı ile potansiyel sağlık hizmetleri tüketicilerinin / özel sağlık sigortası ile ilgili beklenti ve algılarının durumunun bilinebilmesi, sektörün sağlıklı gelişimi için elzemdir. Bu gereklilik, bu alanda çalışmalar yapılmasını gerekli kılmaktadır.

TSRŞB'nin 2008 yılında sigorta sektöründe ilk defa yaptırdığı bir tüketici araştırması, "Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması"yla, Türkiye genelinde 17 ilde 3.000 kişi ile anket çalışması gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada elde edilen birçok önemli bulgunun yanı sıra özel sağlık sigortası ile ilgili kişilerin düşünceleri de belirtilmiştir. Özel sağlık sigortası çok az kişinin yaptırdığı bir sigorta olmasına rağmen, en çok yaptırılmak istenen sigorta arasında ilk sırada belirtilmesi önemli bir noktadır. Bu durum özel sağlık sigortacılığına olan bakış açısına ışık tutacak daha ayrıntılı araştırmaların yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

Bu araştırma sonucunda, tüketicilerin özel sağlık sigortasının nasıl algıladıklarına, hatta genel olarak Türkiye'deki sağlık sistemine nasıl baktıklarına dair özel sağlık firmalarına yol gösterici bulgular elde edilmiştir. Öncelikle birçok az gelişmiş ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de kişilerin kamu sağlık sistemine karşı bir güvensizlikleri olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak her ne kadar böyle bir güvensizlik olsa da hem özel sağlık sigortasına sahip olmayan hem de özel sağlık sigortalı kişiler sağlık alanında kamunun ağırlığının azalmaması gerektiğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan kişiler; özel sağlık sigortasını, kamuya alternatif, daha iyi hizmet almak isteyen kişiler için bir seçenek olarak görmektedirler. Kişilerin özel sağlık sigortası seçiminde, özellikle özgürce hastane ve doktor seçimi, ürün çeşitliliği ve müşteri odaklı yaklaşım önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır. Beklenilenin aksine özel sağlık sigortası, ciddi rahatsızlığı olan kişilerin düşündüğü bir sigorta şekli olarak ortaya çıkmamıştır. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortası seçiminde firmanın popülerliğinden çok, teminat kapsamı ve prim ödeme kolaylıkları öne çıkmaktadır. Araştırmada en önemli bulgular, özel sağlık sigortası olan ve özel sağlık sigortası olmayan kişilerin tutumları arasındaki farkların incelenmesi sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre, her iki gruptaki kişiler, özel sağlık sigortasının devletin sağlık alanındaki eksikliği gidermede önemli olduğunu, özel sağlık sigorta şirketlerinin kar

amaçlı olsa da sağlık alanında güvenilir hizmet verdiğini, sosyal güvenlik sisteminin yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünmektedir. Ancak özel sağlık sigortası olan kişiler sağlık alanının sadece kamuya ait olduğu fikrine katılmazken, özel sağlık sigortası olmayan kişiler bu fikre yüksek oranda katılmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortası olmayan kişiler sağlık alanında kamunun ağırlığının artırılmamasını düşünse de halen özel sektörün bu alana girmesine olumlu bakmadığı görülmektedir. Özel sağlık sigortalı olanlar devletin sağlık alanında işini iyi yapması durumunda özel sağlık sigortasına gerek kalmayacağını belirtirken, özel sağlık sigortası olmayan kişiler bu fikre katılmadıklarını belirtmişlerdir.

1.4. Kişisel Bilgi

Özel sağlık sigortası alanında daha önce özel sektörde çalışmış olmam ve yüksek lisans sonrası uzmanlaşmak istediğim ve üzerine doktora yapmak istediğim bir alan olmasından dolayı kişisel ilgim bulunmaktadır.

1.5. Veri Kaynakları

Araştırmada, uluslararası ülke raporlarında detaylı bilgi sunan, sektörel bilgi kaynağı Datamonitor'ün 2004 yılı bölge ve ülke raporlarından faydalanılmıştır. Ülke raporları incelenirken, özellikle farklı uygulamaların olduğu ABD, Almanya, Hollanda, İngiltere ve genel olarak OECD ülkeleri seçilmiştir. Ülke raporları özel sağlık sigortacılığının günümüze kadar gelişimi, ülkelere göre farklılıkları ve pazarın dinamiklerini ortaya koymak adına önemli noktalar sunmuştur. Ülke raporlarından derlenen bilgiler; OECD'nin ülkelerdeki sağlık sistemleri hakkında bilgi veren raporları, UNDP'nin 2007 insani gelişmişlik raporu, TÜIK 2008 sağlık istatistikleri, TÜSİAD 2004 Türkiye'de sağlık reformu için öneriler raporu ve Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nin genel sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası hakkındaki makaleleri ile desteklenmiştir. Yiğit'in (2007) özel sağlık sigortası olmayan kişilerde genel sağlık ve özel sağlık sigortacılığına olan bakış açısını incelediği yüksek lisans tezi, Türkiye'de bu çalışmanın konusuna en yakın yapılmış akademik çalışma olması açısından ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ek olarak Kanar'ın (2006) sosyal güvenlik hizmetlerinin etkinliği açısından özel sağlık sigorta sistemini incelediği yüksek lisans tezi, Gülcan'ın (2006) Türk sosyal güvenlik sistemini Avrupa Birliği ülkelerle karşılaştırarak incelediği yüksek lisans tezi ve Gök'ün (2006)

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminin yapısını incelediği doktora tezi kaynak olarak kullanılmıştır.

Temelde kullanılan kaynakların yanı sıra uluslararası literatürde konu ile ilgili makaleler ve Türkiye'deki çalışmalar incelenmiştir.

1.6. Araştırmadan Beklenen Fayda

Yapılan literatür ve alan araştırmasında, özellikle özel sağlık sigortacılığının algılanışı ve bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların eksikliğinden dolayı hem sektördeki firmalara hem de bu konuyla ilgili çalışma yapmak isteyen araştırmacılara faydalı olacak bilgiler derlenmiştir. Araştırmada, dünyada özel sağlık sigortacılığın hem ülke sağlık politikaları açısından hem de bir pazar olarak ülkeler bazında geniş istatistiki bilgiler açısından çeşitli uluslararası raporlar, makaleler ve konu ile ilgili tezler incelenmiştir. Özel sağlık sigortasıyla ilgili toplumun bakış açısını gözlemleyerek konu ile ilgili daha sonra yapılacak araştırmalara bir ön bilgi sunmaktadır.

1.7. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en büyük kısıtı, uygulama bölümüyle ilgili Türkiye'de yapılmış, referans alınabilecek doğrudan bir çalışmanın olmamasıdır. Benzer şekilde özel sağlık sigorta sektörü ve modelleri hakkında bilgi verilirken daha çok gelişmiş ülkelere ait bilgiler verilmek zorunda kalınmıştır. Bunun en önemli nedeni, özel sağlık sektörünün ABD, Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde daha gelişmiş olmasıdır. Ancak yine de çeşitli kuruluşların sektör raporları incelenerek ülke bazında çok fazla bilgi verilemese de az gelişmiş ülkelerin bulunduğu bölgelerdeki sektör bilgileri sunulmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın uygulama bölümündeki en önemli kısıt, özel sağlık sigortasına sahip kişilere ulaşılmasında yaşanmıştır. Türkiye toplam nüfusunun sadece %1'i özel sağlık sigortasına sahip olduğu göz önünde bulundurulursa, uygulamanın yapıldığı İstanbul ilinde az sayıda özel sağlık sigortalı kişiye ulaşılabilmiştir. Bu nedenle özel sağlık sigortasına sahip olmayan toplam 156 kişiye ulaşılırken, özel sağlık sigortalı 62 kişiye ulaşılmıştır. Ancak yine de örneklem sayısı anketin analizinde güvenilir sonuç verebilecek bir düzeyde tutulmuştur.

1.8. Çalışmanın Yapısı

Araştırmanın birinci bölümünde araştırmanın amacı, önemi ve uygulama bölümüne ait özet bilgiler sunulmuştur.

Araştırmanın ikinci bölümünde ise sigortanın tanımıyla başlanarak diğer ülkelerdeki sosyal güvenlik sistemleri incelenmiş, Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi anlatılmıştır. Bu bölümde Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi içerisinde bulunan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı hakkında detaylı bilgi verilerek çeşitli ülkelerde uygulanan sosyal güvenlik sistemleri ile karşılaştırılmıştır. İkinci bölüm altında genel sağlık sigortası tanımlanarak çeşitli ülkelerdeki sistemlere göre Türkiye'deki sağlık sistemi değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra sosyal güvenlik sisteminin avantajları ve dezavantajları anlatılmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde özel sağlık sigortası tanımı yapılarak, özel sağlık sigortacılığı sektörünün dünya piyasasındaki gelişimi ve çeşitli ülkelerdeki yeri incelenmiştir. Özellikle özel sağlık sigorta sektörünün gelişmiş olduğu ülkelerdeki durumu hakkında bilgi verilmiştir. Dünya piyasasında özel sağlık sektörünün karlılık ve pazar payı bilgileriyle birlikte dünyada uygulanan önemli özel sağlık modelleri uygulandıkları ülkelerle birlikte anlatılmıştır. Daha sonrasında özel sağlık sigortasının Türkiye'deki yeri hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde son olarak pazarlama stratejileri açısından özel sağlık sigortası hakkında bilgiler sunulmuştur. Özel sağlık sigortası sektörü; ürün, fiyat, reklam, dağıtım ve dağıtım stratejileri açısından irdelenmiştir. Bu bölümde son olarak tüketici davranışları açısından özel sağlık sigortası hakkında bilgi verilmiştir. Tüketicilerin özel sağlık sigortasıyla ilgili algısı irdelenmiştir.

Araştırmanın son bölümü olan dördüncü bölümde, uygulamaya ait yöntem, analiz ve değerlendirmeler sunulmuştur. Öncelikle analizin uygulandığı örneklem hakkında bilgi verildikten sonra uygun istatistiksel yöntemlerle analizler yapılmış ve bulgular sonucunda önemli noktalar derlenmiştir.

BÖLÜM II

SİGORTANIN TANIMI VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE GENEL BİR BAKIŞ

Bu bölümde ilk olarak, sigortanın tanımı ve sağlık sigortasının tanımı farklı açılardan tanımlanarak kısaca tarihsel geçmişi anlatılacaktır. Daha sonra sosyal güvenlik sisteminin tanımı yapılarak, ülkeler arası farklılıkları ve bir sosyal güvenlik sisteminin taşıması gereken özellikler verilecektir. Türkiye'de uygulanan sosyal güvenlik sistemleri ve sosyal güvenlik bileşenleri hakkında genel bilgiler verildikten sonra dünyada uygulanan sosyal güvenlik sistemleri anlatılacaktır. Bir sonraki alt bölümde, genel sağlık sigortası tanımına girilerek Türkiye'de sağlık sigortası ve genel sağlık sigortasının avantajları/dezavantajları hakkında bilgi verilecektir.

2.1. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortacılığı

Sigorta kavramı, kişilerin hayatta bazı koşullar altında karşılaşacakları zarar ve giderlere neden olan olayların ekonomik sonuçlarından korunmak için önceden önlem alma ihtiyacından ortaya çıkmıştır (Kender, 2002). Dolayısıyla, kişilerin sağlıklarına gelebilecek zararları öncelemede gördükleri yetersizlikleri önleme çabasına girmeleri söz konusudur.

Sigorta, ekonomik sonuçları doğuran tesadüfi risklerin olumsuz sonuçlarının sigortacı diye isimlendirebileceğimiz kişilerin yaptığı organizasyon dâhilinde bir araya gelen risk taşıyıcıları arasında paylaşılması esasına dayanan bir kurum olarak tanımlanabilir (Duygulu, 2007). Bir başka yaklaşımla, sigorta kavramı ekonomik anlamda bilinmeyen ancak tahmin edilebilen risklerin yol açacağı zararların giderilmesi amacıyla, zararların yol açacağı para ve diğer gereksinimlere ilişkin bir karşılık ayrılarak sistemleştirilmesi olarak tanımlanabilir. Hukuki olarak ise sigortanın tanımı, Türk Ticaret Kanunu'nun Sigorta Hukuku adlı beşinci kitabında şu şekilde yapılmıştır: "Sigorta öyle bir akittir ki, bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir bir menfaatini halele uğratan bir tehlikenin meydana gelmesi halinde tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebiyle veya hayatlarında meydana gelen belli bir takım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır."

(TSRŞB, 2008). Türk Ticaret Kanunu'nun Sigorta Mevzuatında sigortalar iki ana başlıkta toplanır.

Mal Sigortaları:	**Can Sigortaları:**
1. Nakliyat	1. Hayat
2. Kaza	2. Sağlık
3. Yangın	
4. Mühendislik	

Yapılan sözleşmede taraflardan prim ödeyecek ve zarar görürse ödeme alacak olana **sigortalı**, primi kabul ederek zararı ödeyecek olana ise **sigortacı** denir. Sigortacı ile sigortalı arasında imzalanan ve sigorta sözleşmesinin kanıtlanmasını sağlayan belgeye ise **sigorta poliçesi** denir (Tokuç, 2004).

İleriyi düşünerek sigorta yaptırma gereksinimi, kişilerin eğitimleri, sosyal statüleri ve kişisel özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir. Ancak sigorta kavramı özellikle gelecek kaygısından doğan, risklere karşı önlem alma gereksinime dayanır. Kişiler eğitim düzeyleri, gelir seviyeleri artıkça ekonomik varlıklarına tehdit olabilecek tehlikeleri daha iyi görebilmiş ve bunları gidermek üzerine çözümler aramıştır. Bu anlamda sigorta kavramı, sağduyulu davranış ve karşılıklı yardım fikirlerini içeriyor denilebilir. Bir yandan da sigorta kavramını riskler (riziko) açısından tanımlarsak; karşılanabilecek beklenmedik kayıpların bireyler arasında paylaşımı için birikim sağlayan sosyal bir önlem, ölçülebilir tehlikeler kombinasyonu ya da sadece belirsizlik gibi durumlardan doğan kayıpların bir havuzda toplanması, tesadüfi kayıplara ödeme yapılması, risk transferi ve zararın tazmin edildiği ya da bir tarafa prim ödeyip zamanla faydalanılan bir dağıtım sistemidir (Çiftçi, 2004).

Sigortacılık Türk sigortacılık mevzuatı ve diğer ülkelerdeki mevzuatlarda temelde iki ana bölüme ayrılmaktadır; mal sigortacılığı (Non-Life Insurance) ve can sigortacılığı (Life Insurance). Sağlık sigortası, can sigortacılığın içinde olan, sağlığın güvence altına alan düzenlemelerle değil, hastalık olgusu ile ilgilidir. Sağlık sigortası, bir hastalık durumunda

bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türüdür (Yiğit, 2007).

Günümüzde, kamuya bağlı resmi kurumlar ve özel sağlık sigorta şirketleri olmak üzere iki çeşit sağlık sigortacılığı bulunmaktadır. Osmanlı zamanından günümüze kadar çeşitli kanun değişiklikleri ile sosyal sağlık sigortası yaygınlaşmıştır. Ancak halen sistemde doktor-hasta sorunlarına neden olan aksaklıklar mevcuttur. Bu tür sorunların em büyük nedeni ise hastanelerin çok kalabalık olması ve doktorların hastaları anlamak ve tedavi edebilmek için yeterli zamanı ayıramamalarıdır. Bir yandan da doktorların sosyal ve ekonomik problemlerinin olması hastanın durumuna anlamak için çabalamasının önünde engel olabilmektedir. Hasta sayısının çok olması Türkiye'de bir doktora günde 100-200 hasta düşmesine neden olmaktadır.

Sağlık sigortacılığında yaşanan diğer bir önemli sorun da işverenlerin yüksek buldukları sigorta primlerini ödemeden, sağlık güvencesiz işçileri çalıştırmasıdır. Bu işçiler ve çalışanlar yüksek gelire sahip olmadıkları için özel sağlık sigortası da yaptıramamaktadır (Basakoğlu ve Erdemir, 2004).

Sağlık sektörü genel anlamda diğer sektörlerden farklı özellikler taşır ve diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kurallar ve uygulamalar çoğunlukla bu sektör için geçerli olmaz. Bu özellikler arasında finansman açısından en önemli olan risk yani "belirsizlik" özelliğidir. Sağlık sektöründe, hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman nerede, nasıl karşılaşılacağının bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceği miktardan daha fazla olma olasılığı gibi kendine özgü özellikleri vardır. Aslında tam da noktada yukarıda bahsedilen kişilerin gereksinimlerini güvence altına alma arzusu doğar ve tüm bunlar sağlık sigortasının gerekçelerini oluşturur (Tiryaki ve Tatar, 2003).

2.2. Sosyal Güvenlik Sistemleri

Sosyal güvenlikle ilgili kavramlarda, kişilerin sosyal risklere karşı korunması ilkesi odak noktasıdır. Bundan dolayı sosyal güvenlik sistemlerinin özünde belli bir topluluk içerisindeki kişilerin belli temel konularda güvence altına alınması ve en önemlisi de güvence altında olduklarının hissedilmesidir (Tokuç, 2004). Tam da bu noktada sosyal

güvenlik kavramında kamu etkisinin ve öneminin vurgulanması önem kazanmaktadır. Bu açıdan sosyal güvenlik, bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi çok geniş bir kapsamda ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıkların(risklerin) etkilerini gidermek için bireysel güvence sağlayan gelirleri ne olursa olsun, bu riskler karşısında ekonomik güvence sağlamak amacıyla bireyler arasında dayanışmaya dayalı olarak ödenen pay (prim) ayırma ve ardından bu payın dağıtımı ile gelirin yeniden dağıtımı sağlayan düzenekler bütünü olarak tanımlanabilir (Gülcan, 2006). Bu nedenden dolayı sosyal güvenlik sistemlerinin temelinde, ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları yatmaktadır (Güvercin, 2004).

Sosyal güvenlik sisteminin çerçevesi Birleşmiş Milletler'in 10 Aralık 1948 yılında kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirisi"nin 25. başlığın 1. maddesinde şu şekilde belirtilmiştir: " Her kişinin kendisi ve ailesi için yiyecek, giyecek, tıbbı yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve refahını temin edecek bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarında iradesi dışında yoksulluk yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır. Bütün çocuklar, her türlü sosyal yardımlardan yararlanmak hakkına sahiptir" (UN, 1948). Ek olarak, yukarıda bahsedilen durumlar içerisinde sosyal güvenlikte sağlıkla ilgili uygulamalar ve kapsamlar görece daha fazladır.

Sosyal güvenlik sistemi tarihsel açıdan özellikle Sanayi Devrimi'nden sonra gelişme göstermiş ve kurumlaşmıştır. Bunda Sanayi Devrimi ile kentleşmenin, iş kollarının artması gibi birçok değişimin etkisi kuşkusuz ki büyük önem taşımaktadır. Bu dönemden sonra kapitalist sistemle birlikte yoksullaşma, işsizlik, toplum sağlığı sorunları da artmış ve bu değişimlere paralel olarak sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamı da genişlemiştir.

Birleşmiş Milletler Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 9. maddesinde sosyal güvenlik şu şekilde tanımlanmıştır: "Bireylere ve hane halkına askeri yaşam ve standartlarını garanti eden, temel risk ve gereksinimler dışında meydana gelen düşük yaşam standartlarına karşı korunmalarını sağlayan yararlardır" (UN 1993). Ek olarak 9. maddede, ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin şemasının tıbbi yardım, gebelik, yaşlılık, hastalık, engelli olma, hayatta kalmak için gerekli temel şeyler, işsizlik, çalışma

hayatındaki bazı durumlar ve ailenin devamını sağlayacak faydaları içermesi gerektiği vurgulanmıştır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, coğrafi özellikleri ve benzeri diğer önemli değişkenlere göre sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamı, tanımı ve işlerliği farklılık gösterecektir. Ancak temelde bazı unsurları içermesi beklenir.

- Sosyal risklerin yol açabileceği gelir kayıpları ile gider artışlarının zararlarından kurtarıcı bir sistemdir.
- Karşılaşılan zararlara karşı bireylere çalışma gücünü kazandıran ve insan haysiyetine yaraşır yaşama seviyesini yakalamayı amaç edinen bir sistemdir.
- Bireylerin uğrayabileceği tehlikelerin türünü ve boyutlarını, buna göre kendine sağlanacak koruma miktarını ve süresini önceden ayrıntılı olarak içerebilecek bir sistemdir.
- Birbirini bütünleyen sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin(kamusal harcamalar) oluşmaktadır.
- Ülkedeki tüm bireyleri kapsamı içene alma eğilimindedir (Ercan, 2006).

2.3. Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sistemleri

Ticari ilişkileri düzenlemek ve desteklemek için Osmanlı devletinde kurulan loncalardaki "harici aza" adını verdikleri güçsüz, malul ve hasta kişilere yardım ve destek de sağlanmıştır. 1939 Tanzimat Fermanı ile yenileşme hareketleri başlamış ve memurların maaş ödemelerinin düzenlenmesi ve geleceklerine ilişkin bir kısım güvencelere sahip olmaları gündeme gemleştir. Bugünkü anlamda sosyal güvenlik ilk kez kamu görevlileri için düşünülmüştür (25). Bu amaçla ilk önce 1866'da askeri personel için daha sonra da 1880 yılında mülki personel için ayrı ayrı emeklilik sandıkları kurulmuştur. Başlardaki bu ayrı sandıklar II. Meşrutiyet zamanında "Askeri ve Mülki Memurlar Sandığı" adı altında birleştirilerek Cumhuriyet dönemine bu sandık kalmıştır. Ancak savaş ve diğer nedenlerden dolayı 1930'da sandık kapanmıştır. 1933 yılında özel idari memurları ile öğretmenler için İçişleri Bakanlığı nezdinde 1683 sayılı kanuna göre faaliyet göstermek üzere "Vilayetler Hususi İdareleri Takaküt Sandığı" adıyla yeni bir sandık oluşturulmuştur. Daha sonra sosyal güvenlik alanında farklı kesimleri kapsayan sandıkların kurulması

başlamış ve farklı çalışanlar için farklı sandıklar oluşturulmuştur. Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde (1921-1923) kalabalık bir işçi kitlesinin çok ağır çalışma koşulları içinde bulunduğu Zonguldak ve Ereğli kömür bölgesinde uygulanmak üzere iki yasa çıkarılmıştır 1947 yılına kadar prim esasına göre faaliyet göstermek üzere kamu iktisadi teşebbüsler ile belediyeler ve katma bütçeli kuruluşlarda görevli bulunanlar için Emekli Sandığı dâhil toplamda 11 ayrı sandık kurulmuştur. Ancak çok sandıklı yapının getirdiği farklı uygulama ve yükümlülükler, prim sistemlerinin farklı olması gibi sorunlar 1949 yılında "Türkiye Emekli Sandığı Kanunu"nun kabul edilmesine götürmüştür. Bu sandığa dâhil olmayan işçiler için ise 1945 yılında "İşçi Sigortaları Kurumu" kurulmuştur.

1961 anayasayı ile gözden geçirilen kanunlar 1964'de "Sosyal Sigortalar Kanunu" olarak birleştirilmiş ve İşçi Sigortalar Kurumu'nun unvanı "Sosyal Sigortalar Kurumu" olarak değiştirilmiştir. Bu güvence kapsamanı girmeyen esnaf, sanatkar ve diğer bağımsız çalışanların güvenlik kapsamına alınması amacıyla 1972 yılında "Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu" (BAĞ-KUR) kurulmuştur.

Türkiye'de sosyal güvenlik idaresi üç ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Bakanlığı'dır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bünyesinde Bağ-Kur ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) yer almaktadır. Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak ise T.C. Emekliği Sandığı ve Devlet Bakanlığı'na bağlı olarak da Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bulunmaktadır (Çalış, 2006).

Sosyal güvenlik kavramı devletin toplumda yaşayan kişileri güvence altında almasına ya da bu kişilerin devlet desteği ile özel girişimciler tarafından kurulan kurum ve kuruluşların tamamını içererek çalışan ve de çalışmayan herkesi içermektedir (Gök, 2006). Bu içeriğin doğal sonucu olarak sosyal güvenlik sistemi için devlet ve devletin uygulamaları önemli hale gelmektedir. Esasen sunulan hizmetin önemi ve özelliği itibariyle kamusal bir nitelik taşıması, bu konuda yasal ve kurumsal düzenlemeleri zorunlu kılmıştır.

Türkiye'de yukarıda bahsedildiği üzere bu sistem başlarda çalışanlara (hatta en başlarda sadece devlet çalışanları yani memurları kapsarken) güvence sunarken çalışmayan kişileri de kapsamanı uzun bir süreden sonra oluşmuştur. Ancak sosyal güvenlik sistemlerinin kurulma nedenleri özellikle sanayileşme döneminden sonra çalışanların gelir, sağlık gibi

sorunlarının artmasıdır. Bu anlamda gelecek güvencesi kalmayan, huzursuz işçi sınıfı ile mevcut sistemle bütünleştirmek için bir "demokratik uzlaşma" aracına ihtiyaç vardı; bu da "sosyal güvenlik" olarak ortaya çıktı. Elbette sanayi devriminden bu yana özellikle Avrupa ülkelerinde sosyal güvenlik kavramı değişikliğe uğradı, hızlı bir şekilde gelişti ve kapsamı değişti. Sonuçta, sosyal güvenlik sistemleri bir anlamda ekonominin devam edebilmesi için önemli bir görevi üstlenmiş oldu. Bu anlamda sosyal güvenlik sistemleri sadece tanımında geçen sosyal açıdan değil, ekonomik hatta politik açıdan önemli etkileri içermektedir.

2.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal sigorta ile ilgili ilk kanun, 27.06.1945 tarihinde 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları kanunu olmuştur (SSK, 2008). 1946 yılında yürürlüğe giren kanun ile İşçi Sigortaları Kurumu doğmuştur. Ancak bu kanunla sadece işçileri kapsayan bir sistem olduğu için 1961 anayasasının sigorta kollarıyla ilgili getirdiği düzenlemeler ile yeniden gözden geçirilmiş, 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile birleştirilmiştir. 1965 yılında İşçi Sigortalar Kurumu isim değiştirilerek Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı, idari ve mali bakımdan özerk, tüzel kişiliğe sahip ve özel hukuk hükümlerine bağlı bir devlet kurumudur. Kurum'un amacı, işverenler tarafından çalıştırılan sigortalı çalışanları yaşamdaki risklere karşı sigorta ederek sosyal güvenliklerini sağlamaktadır.

20.05.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu ile Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK kurumu aynı çatının altında toplanılarak sosyal güvenlik reformu için önemli bir adım atılmıştır.

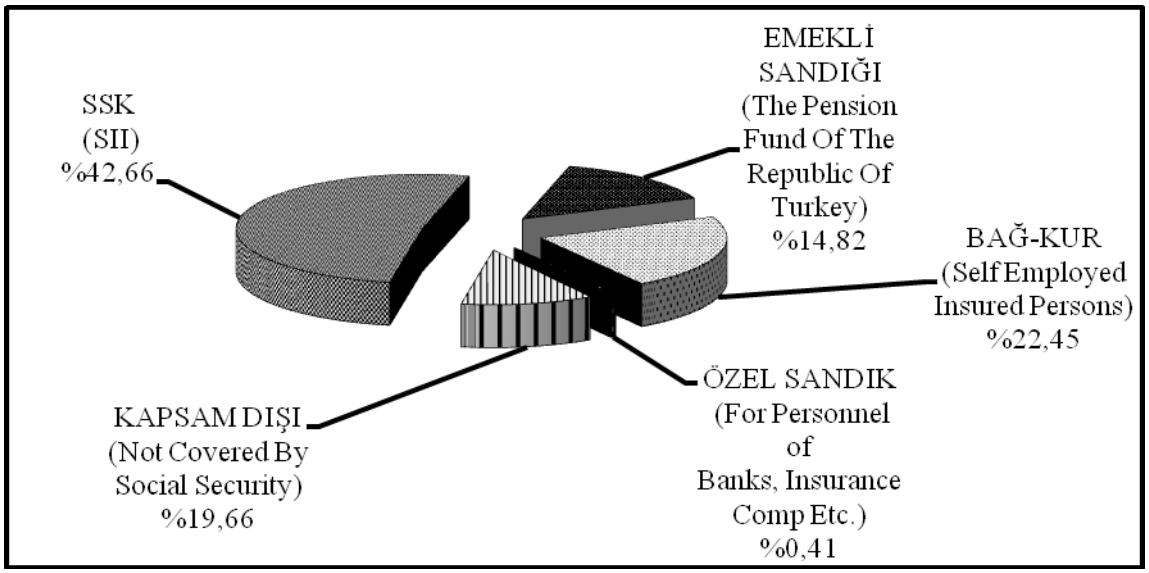
2008 yılı itibari ile SSK Genel Müdürlüğünde taşra ve merkezde kayıtlı toplam 6.328 çalışan kişi bulunmaktadır (SSK, 2008). Şekil 2'de 2000-2008 dönemi için yıllara göre sigortalı kişi sayısı verilmiştir. Tabloda aktif sigortalı sayısı çalışan sigortalıları gösterirken, pasif sigortalı sayısı ise emekli olan ve SSK'dan maaş alan sigortalıları göstermektedir. Buna göre bağımlı sayısını da dahil ettiğinde, 2000 yılında toplamda yaklaşık 10.000.000 sigortalı kişi varken, Eylül 2008 rakamlarına göre yaklaşık 3. katı büyüyerek 30.000.000 kişiye ulaşmıştır.

Tablo 1. Yıllara Göre Toplam Hizmet Akdi İle Çalışan Sigortalı Sayısı (SSK Kapsamında)

Yıllar *Years*	**Aktif Sigortalı Sayısı** *Insured*	**Pasif Sigortalı Sayısı** *Pensioners*	**Bağımlı Sayısı** *Dependents*	**Toplam** *Total*	**Aktif / Pasif Oranı** *Insured/Pensioner*
2000	6.565.167	3.339.327		9.904.494	1,97
2001	6.136.107	3.560.638	13.193.345	22.890.090	1,72
2002	6.563.187	3.747.573	14.018.511	24.329.271	1,75
2003	6.750.044	3.935.523	14.970.084	25.655.651	1,72
2004	6.952.848	4.120.866	16.214.736	27.288.450	1,69
2005	7.651.705	4.308.186	17.735.917	29.695.808	1,78
2006	8.582.395	4.510.701	18.040.101	31.133.197	1,90
2007	9.198.398	4.763.434	19.858.887	33.820.719	1,93
Eyl'08*	**9.924.793**	**4.964.507**	**18.392.616**	**33.281.916**	**2,00**

Kaynak: (SSK İstatistikleri 2006 ve SGK İstatistikleri 2008).

Türkiye nüfusunun 2006 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun % 42,66'sı SSK kapsamındadır. Bu oran 2000 yılından itibaren artmaktadır. Ancak toplam sosyal güvenlik kapsamındaki kişi sayısı artsa da halen toplam nüfusun %20'si güvence altında değildir.



Şekil 1. 2006 Yılı Sosyal Güvenlik Kapsamı-Türkiye **Kaynak:** (SSK, 2006).

Sosyal güvenlik sistemlerinin kamusal bir hizmet sunması açısından birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de finansman açısından sorunlar yaşamaktadır. Yaşanan sorunlar nedeniyle birçok OECD ülkesinde bugüne kadar geçerli olan finansman yöntemleri terk edilip yeni yöntemlere geçilmeye başlanılmıştır. Bu daha çok finansman yöntemlerinden fonlama

yöntemine geçilmesi veya dağıtım yönteminin sistem içerisindeki ağrılığının azaltılması olarak kendini göstermektedir. Son yıllarda SSK finansman açısından benzer önemli problemler yaşamakta ve hatta sosyal güvenlik reformunun gerçekleştirilmesi için önemli bir neden olarak gösterilmektedir. Yaşanan finansman sorunları özellikle demografik özelliklere göre yaş gruplarındaki dağılımın değişmesi, emekli olan kişilerin artması gibi değişimlerden de etkilenmektedir. Ancak ABD'de benzer değişimler öngörülerek 1983 yılından sonra finansman konusunda ciddi değişikliklere gidilmiştir (Modigliani, Marialuisa ve Muralidhar, 1999). Türkiye'de ise uzun dönemli planlamaların ve öngörülerin yapılmaması ve SSK finansmanındaki sorunları uzun yıllar çözümlenmeden daha da girift bir hal alması sorunun devletin ve çalışanların üstünde önemli bir yük olmasına neden olmuştur. SSK reform öncesinde, kapitalizasyon (fon biriktirme) yöntemi ile finansmanını yürütmekteydi ve bu yöntem siyasi müdahalelere açık olması ve toplanan primlerin artan kamu açıklarının finansmanında kullanılmasından dolayı büyük sakıncalar taşımaktaydı. Şekil 1'de görüldüğü üzere, aktif/pasif oranı yıl geçtikçe aynı düşük seviyede kalmıştır, hatta 1990'lardan itibaren bakıldığında giderek azalan bir seyir içerisinde olduğu görülmüştür (SSK İstatistikleri, 2000). Oysaki Avrupa Birliği üyesi ülkelerde 4 aktif 1 pasifi finanse ederek, prim ödeme ve finansal sorunların üstesinden gelebilmektedir.

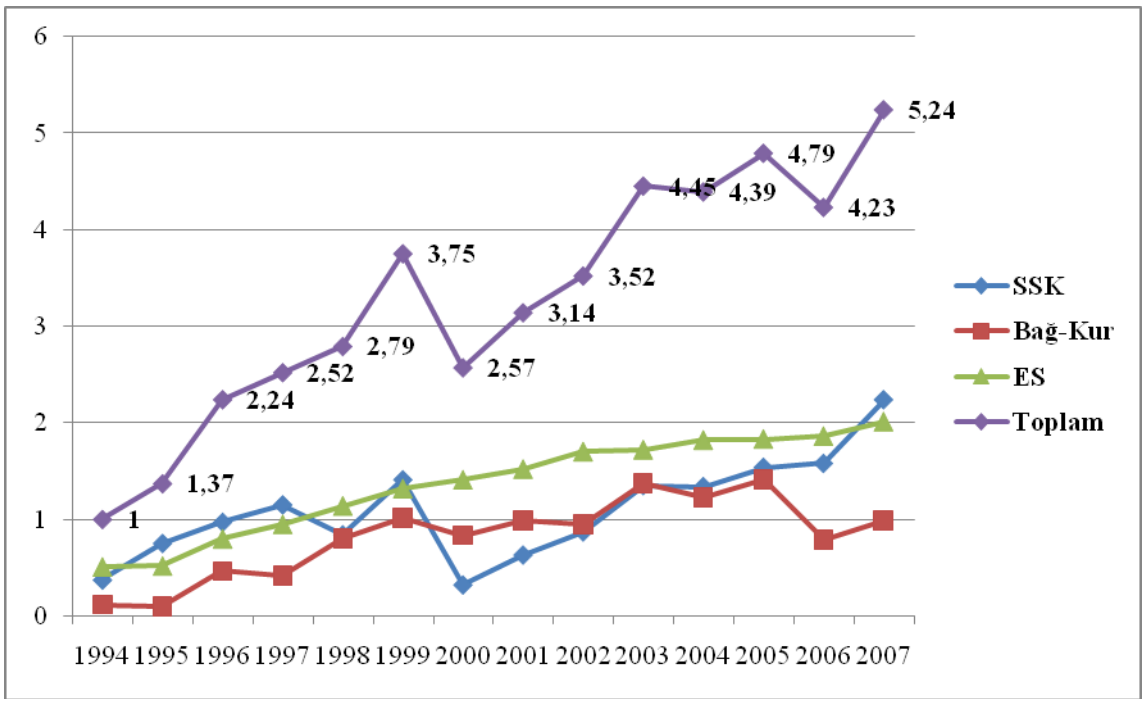
SSK'nın 2000-2007 yılları arası gelir ile gider farklılığını incelediğimizde, 2001 yılında 4.470.166.000 YTL olan hızlı bir büyüme oranı ile 2007 yılında -25.040.571 rakamına ulaşmıştır. Sosyal güvenlik sistemlerinin finansman sorunu her ne kadar doğrudan bu çalışmanın konusu olmasa da, sigorta kurumlarının işleyişi ve özel sigortalarının bu işleyişin içerisinde olup olmaması ve olacak ise nasıl bir rol üstlenmesini anlamak adına önemlidir. Şu bir gerçektir ki özellikle 1980'lerden sonra sosyal güvenlik sistemlerinden sonra yaşanan ciddi mali ve sosyal krizlerden sonra özel sigortacılık ya da tamamlayıcı sigortacılık gibi alternatif yol arayışları başlamış ve birçok ülkede bu yönde önemli reform adımları atılmıştır. Özetle, son zamanlarda SSK'nın matematik karşılığını ayırabilme gücü SSK alacaklarının tahsis edilememesi, kurum kaynaklarının devlet tarafından kullanılmasıdır (Güneş ve Yakar, 2004).

2.3.2. Emeklilik Sandığı (ES)

Cumhuriyetin kurulmasından sonraki yıllarda çeşitli çalışanları kapsayan bir çok sandık kurulmuştur. Örneğin, 1934-1947 yılları arasında Devlet Demir Yolları ve İşletmeleri

Umumi İdaresi memurlarından, öğretmenler sağlık çalışanlarına kadar toplamda 11 ayrı emekli sandığı kurulmuştur. Ancak bu kadar çok sayıda sandığın bulunması işleyişte zorluklara neden olmuştur. 1949 yılında kabul edilen, 1950 yılında yürürlüğe giren 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı kanunu ile mevcut emeklilik hükümleri ve sandıkları ortadan kaldırılmış, çalışanlardan ve işverenlerden prim alınması ilkesine dayalı modern anlamda bütüncül bir sosyal güvenlik politikası oluşturulmuştur ve bu politikanın tek elden yürütülmesi için T. C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur (SSK, 2008).

T. C. Emekli Sandığı aktif pasif dengesinde yaşanan sorunları SSK'da da yaşandığı görülmektedir. 1958 yıllarında 7,7 olan aktif/pasif oranı yıllar itibariyle sürekli bir düşüş yaşayarak 2007 yılında 1,6 değerine gelmiştir (T.C. Emekli Sandığı, 2008).



Şekil 2. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri (GSMH %)
Kaynak: (SSK, 2007).

Şekil 2'de devlet bütçesinden sosyal güvenlik kurumlarına yapılan bütçe transferleri gösterilmiştir ve bütçe transferlerin yıllar itibariyle artan bir seyir izlediği gözlemlenmiştir. Grafikte, en çok bütçe transferinin yapıldığı kurum olarak Emekli Sandığı dikkat çekmektedir (TDB, 2008).

Emekli Sandığı Esası'nın 1. maddesinde sandığın amacı şöyle belirtilmiştir: "Sandık; devlet, belediye, özel idare ve kamu iktisadi teşekküllerinde çalışanların emeklilik işlerini yürütmek amacıyla kurulmuştur. Sandığın diğer etkinlikleri bu amacı daha iyi gerçekleştirme çabasına yöneliktir." Özetle sosyal güvenlikle görevleri: Emeklilik aylığı, adi malullüğü aylığı, dul ve yetim aylığı, harp malullüğü zammı, toptan ödeme, emeklilik keseneklerinin geri verilmesi, ikramiye ödemelerini gerçekleştirmektir (Eğitimsen, 2004). Sandık, 2004 yılı itibariyle 12 şirketin sermayesine hissedar olarak katılmıştır, bu iştirakçilerin bazıları Petkim Petro-Kimya A.Ş., T.C. Emlak Kredi Bankası A.O.'dur.

T.C. Emekli Sandığı prime dayalı çalışan bir kurum olsa da, yıl geçtikçe bu sistemde aksamalar olmuş ve 2004 yılında DPT'nin hazırladığı raporda tekrardan prime dayalı sistemin düzgün işlemesi için düzenlenmiştir. Ancak 5434 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu sürekli yapılan değişikliklerle karmaşık bir hal almış ve uygulamada güçlükler yaşanır olmuştur (Çamkerten, 2006).

2.3.3.Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 1971 yılında 1479 sayılı kanun ile kurulmuş olup, kanunun sigortalıkla ilgili hükümleri 1972 yılında uygulamaya koyulmuştur. 1986 yılından itibaren ise bu sigorta kapsamında olan kişilere sağlık yardımı da verilmeye başlanmıştır. 1977 yılında muhtarların bu sigorta kapsamında zorunlu sigortalı olması sağlanmış, 1979 yılı 2229 sayılı kanunla herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan Türk vatandaşlarıyla, ev kadınlarına Bağ-Kur'a isteğe bağlı sigortalı olma imkanı verilmiştir. 1984 yılından itibaren 2926 sayılı kanun ile tarımda kendi hesabına çalışanların sosyal güvenlikleri sağlanmış olup, 1999 yılından itibaren bu kanuna tabi sigortalılara da sağlık yardımı sunulmaya başlanmıştır (SGK, 2008).

2.3.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları

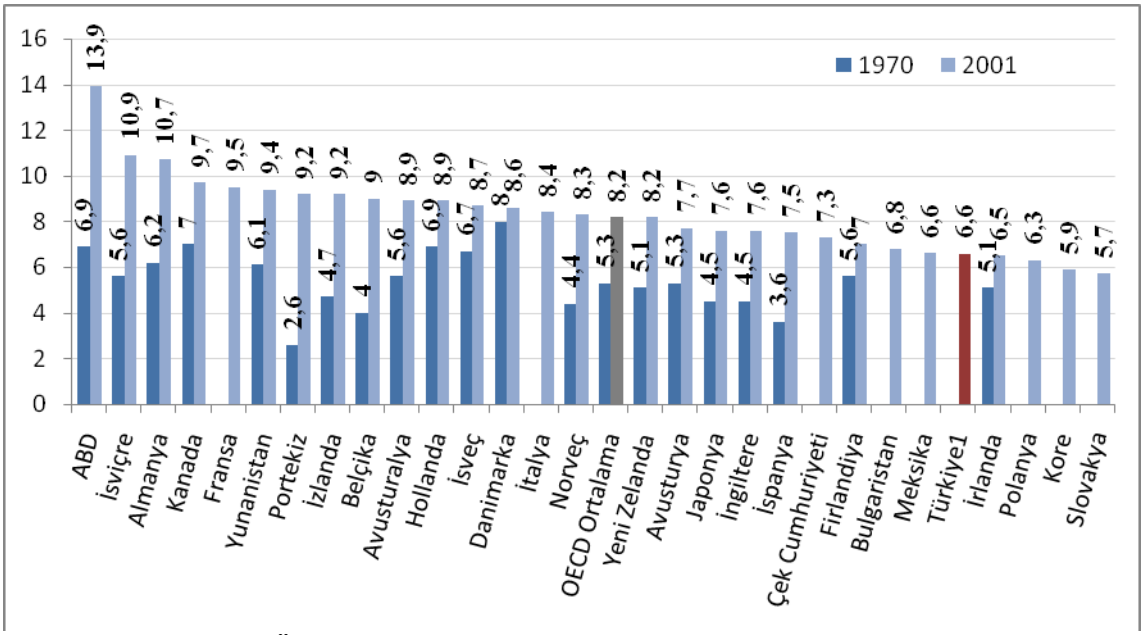
Kanunların belirlediği çerçevede Türk sosyal güvenlik sistemi iki ana temelde işlemektedir; bunlar primli sistem ve primsiz sistem olarak belirtilmiştir. Primsiz sosyal güvenlik sistemi; kimsesiz, muhtaç, malul, dul, yaşlılar, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara karşılıksız olarak yapılan sosyal yardım ve hizmetleri içermektedir. Finansmanı

genel bütçe, belediyeler ya da çeşitli vakıflar ile gerçekleştirilmektedir (Yiğit, 2007). 2022 sayılı 65 yaş kanunu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart uygulaması primsiz sistemde bulunan kuruluşlardan bazılarıdır. Ancak bakıldığında bu kuruluşların GSYİH'dan aldıkları pay sadece %0,1 oranındadır.

2.4. Dünyada ve Türkiye'de Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri

2.4.1. Dünyada Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri

OECD ülkelerinde, sağlık alanında daha bilinçli bir toplum yaratma çabaları ve artan yaşam süresi beklentileri zamanla sağlık harcamalarının da artmasına neden olmuştur. OECD istatistik biriminin güncel verilerine göre, sağlık harcamaları 2001 yılında OECD ülkeleri için ortalama GSMH'nın %8'ini oluşturmaktadır. Milli gelirden sağlık harcamalarının en yüksek pay aldığı ülkeler, şekil 3'te görüldüğü üzere %13 oranında ABD, %10 oranında ise Almana ve İsviçre'dir. Türkiye için ise bu oran %6,6 oranında olup Meksika, Bulgaristan ve Polonya gibi ülkelerle aynı seviyededir. 1970 yılına kıyasla OECD ülkelerinin sağlık harcamalarında ciddi bir artış görülmektedir. Bu artış beklenildiği üzere sağlık alanındaki ilerlemelerin ve teknolojik gelişmelerin artması ile doğru orantılıdır (OECD Health Project, 2004).



Şekil 3. Ülkelere Göre Sağlık Harcamaları GSMH % (1970-2001)
Kaynak: (OECD Health Project, 2004).
1. 2003 T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Verileri.

2004 yılı itibariyle ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları incelendiğinde ABD başta olmak üzere; Almanya, Fransa ve İngiltere en yüksek seviyeye sahip ülkeler olarak dikkat çekmektedir. Ancak ABD'de sağlık harcamalarını daha çok özel sektör üstlenirken; Almanya, Fransa ve İngiltere'de farklı olarak kamu üstlenmektedir (Tablo 2). Türkiye ise bu ülkelerin arasında kişi başına düşen sağlık harcaması 814 USD ile Meksika, Polonya gibi ülkelerle birlikte sonlarda yer almaktadır.

Tablo 2. Ülkelere Göre Sağlık Harcamaları GSMH % 2004

Sağlık Harcamaları			
	Kamu (GSMH %)	**Özel (GSMH %)**	**Kişi Başı (USD)**
Almanya	8,2	2,4	3,171
Fransa	8,2	2,3	3,040
İngiltere	7,0	1,1	2,560
Danimarka	7,1	1,5	2,780
Japonya	6,3	1,5	2,293
Kanada	6,8	3,0	3,173
İspanya	5,7	2,4	2,099
Yunanistan	4,2	3,7	2,179
Meksika	3,0	3,5	655
Polonya	4,3	1,9	814
ABD	6,9	8,5	6,096
Türkiye	**5,2**	**2,1**	**557**

Kaynak: (Human Development Reports, 2007).

Sağlık konusunun, sadece sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarından ibaret bir konu olarak ele alınması dar bir çerçeveden bakmak demektedir. Eldeki veriler, gelişmiş ülkelerde halk sağlığının sağlık hizmetlerinden ziyade, sosyo-ekonomik ve yaşam tarzlarına bağlı etmenler tarafından belirlendiğini göstermektedir (OECD Ülke Raporları, 2006). OECD ülkelerinde iyi tasarlanmış halk sağlığı programları, hastalıkların önlenmesine katkıda bulunup sağlık hizmetlerinin üzerindeki maliyet baskısını azaltabilmektedir. Ayrıca, teknolojik gelişmeler ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler de risk faktörlerini değiştirmektedir. OECD sağlık raporlarında özetle bu risk faktörlerinin değişimi şu şekilde sunulmaktadır:

- Tütün tüketimi, hala erken yaşta ölümlerin ve ciddi hastalıkların oluşmasında önemli bir etken olsa da, OECD ülkelerinde tütün tüketiminde son 20 yılda dikkate değer azalmalar gerçekleşti. Avusturya, Kanada, İsveç ve ABD'de yetişkinler arasında her gün sigara içenlerin oranı 1970'lerde %33'ün üzerinde iken 2006 yılında bu oran %20'nin altına düşmüştür.

- Yetişkin başına düşen alkol tüketimi ortalaması da OECD ülkelerinin birçoğunda, son yirmi yıl içerisinde düşüş göstermiştir. Yüksek vergi uygulamaları ve satış kısıtlamaları bu konuda etkili olmuştur.

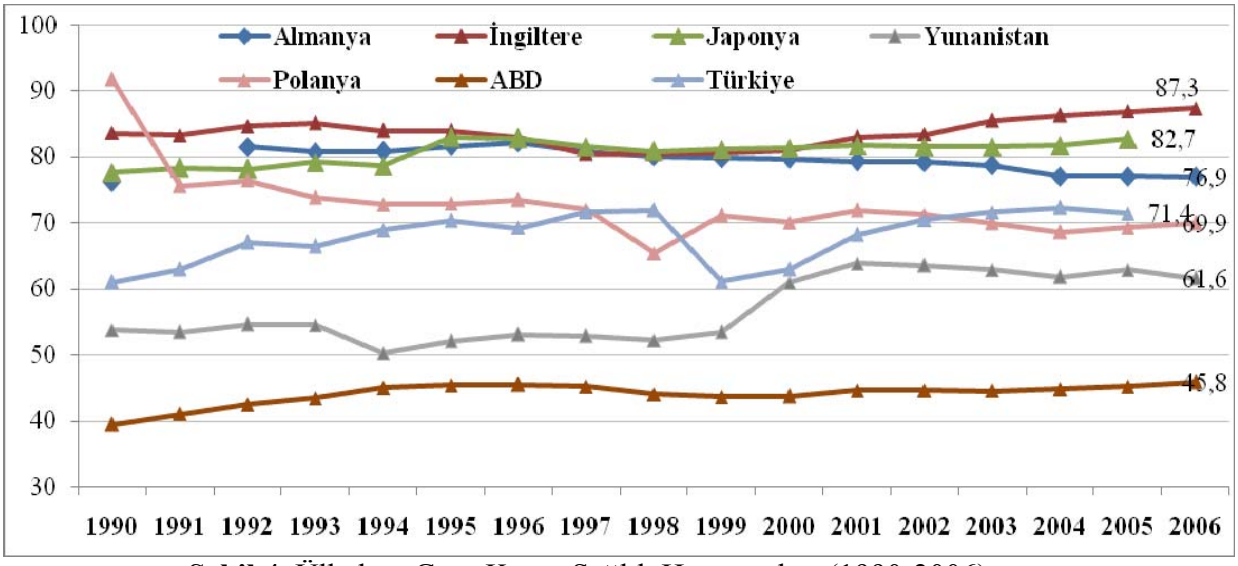
- Çoğu OECD ülkesinde çocuk ve yetişkinler arasında aşırı kilo problemi ve aşırı şişmanlık oranlarının son yıllarda hızla artması bu konudaki sağlık kaygılarını arttırmıştır. Aşırı kilo problemleri ile birlikte yüksek tansiyon, şeker, yüksek kolesterol, kalp-damar sorunları da beraberinde gelmektedir. ABD başta olmak üzere, Meksika, İngiltere, Avustralya, Yunanistan, Macaristan gibi ülkelerde yetişkinlerin %50'den fazlası fazla kilolu ya da aşırı şişman olarak tanımlanmaktadır. Aşırı şişmanlık riskini taşıyan (obezite) kişi sayısı ise ABD'de 2006 yılı verileri ile nüfusun %33'ünü oluşturmaktadır.

Bu risk faktörleri ister istemez sağlık harcamalarında artışa ya da sunulan sağlık hizmetlerinde dengesiz bir dağılıma neden olmaktadır. Örneğin ABD'de normal kilolu kişilere kıyasla aşırı şişman kişilere sağlanan sağlık hizmetlerinin %36, ilaçların ise %77 daha fazla maliyetli olduğun göstermektedir. Ancak Türkiye gibi ülkelerde bu risk faktörlerinin değişimi farklılık göstermektedir. Örneğin tütün tüketiminde Türkiye'de azalmadan öte artış gözlemlenmektedir, ayrıca şimdilik aşırı şişmanlık gibi problemler de görülmemektedir (OECD Türkiye Sağlık Raporu, 2006).

Ancak bir yanda da OECD ülkelerinde son on yılda sağlık harcamaları, maliyetlerle birlikte artış göstermiştir. OECD ülkelerinin çoğunda sağlık harcamalarındaki artış ülkelerin genel ekonomik büyümelerinden daha yüksek gerçekleşmiştir. 1970 yılında OECD ülkeleri ortalamada GSYIH'nin %5'ini ayırırken, 1990 yılında bu oran %7,1 ve 2003 yılında ise %8,8'e ulaşmıştır (OECD Health Project, 2004). Sağlık harcamalarına ayrılan pay ülkeden ülkeye büyük farklılık göstermektedir. Bu farklılık nüfus sayısının

çeşitlilik göstermesine, yaşam sürelerinin ülkelere göre değişmesine ve diğer etmenlere göre oluşmaktadır. Bu oran ABD'de %15 iken, Slovak Cumhuriyeti'nde ve Kore'de sadece %6 kadardır. En yüksek orana sahip olan ülkeler ise başta ABD olmak üzere, sırasıyla %11,5 ile İsviçre ve %11,1 ile Almanya gelmektedir.

Artan bu sağlık harcamaları yıl geçtikçe devlet bütçesinde bir baskıya neden olmaktadır. OECD ülkelerinin çoğunda (Hollanda gibi ülkelerde yakın tarihte kamunun ağırlığı azaltılmıştır) kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortasının ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından finanse edilmesinin ağır basması sonucu, ABD, Meksika ve Kore dışındaki ülkelerin neredeyse tamamında sağlık harcamalarının en büyük bölümünü kamu sektörü üstlenmektedir. Şekil 2'de görüldüğü üzere Almanya, İngiltere ve Japonya'da kamu sağlık harcamalarının %75 ve üstünü kamu karşılarken, ABD'de 2006 yılında sadece %45,8'ini kamu karşılamaktadır ve 1990 yılından 2006 yılına kadar bu oranda ciddi değişiklikler olmamıştır (OECD Database, 2008).



Şekil 4. Ülkelere Göre Kamu Sağlık Harcamaları (1990-2006)
Kaynak: (OECD Database, 2008).

ABD'de devlet, sağlık harcamalarının yaklaşık %50'sini üstlenirken, geri kalan harcamaları özel sektör üstlenmektedir. ABD'de sosyal güvenlik sistemi yoksulluğun yüksek olduğu 1935'li yıllarda kurulmuştur. Sistem özellikle 65 ve daha yaşlı kişilerin güvence altına alınmasında oldukça iyi bir şekilde çalışmaktadır. 2006 yılı itibariyle sosyal güvence sistemi altındaki emeklilik güvencesi, 65 ve daha yaşlı kişilerin %90'ını kapsamaktadır. Sosyal sigorta sisteminde öncelikle gelir seviyesi düşük, eğitim düzeyi

düşük ve beyaz Amerikan olmayan kişilerin kapsama altına alınması hedeflenmiştir. Sosyal güvenlik sistemi aynı zamanda sağlık hizmeti alanının ve çalışanlar için ailelerinin güvence altına alınması gibi konuları da kapsamaktadır (Baumgart, Perun ve Mensah, 2008). ABD'de sosyal güvenlik sistemi yanı sıra özel sektörün bu alanda bulunması da desteklenmektedir.

Erdoğan (1993) kapsamı dar olan ABD kamu sağlık sigortası (medicare) ile İngiltere kamu sağlık sigortasını (NHS) kapsamları, finansman yöntemleri ve uygulamaları açısından karşılaştırmıştır. ABD'de kamu sağlık sigortacılığı sistemi 1929'lu yıllarda gelişmeye başlarken özel sağlık sigortacılığı II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllarda hızlı bir şekilde gelişim göstermiştir. Bu süreçte özel sağlık sigortasının ilaç ve hastane kapsamları genişletilirken 1960'lara kadar sosyal sağlık sigortasına el atılmamıştır (Belek, 1994). 1965 yılına gelindiğinde yaşlılar ve yoksullar kamu güvencesi altına alınırken yine de günümüzde özel sağlık sigortası yaptıramayan bu kişilerin ABD'de devlet desteğinden tam anlamda yararlanamadıkları görülmektedir (Kılıç, 1995).

ABD'de sağlık kuruluşlarında gereksiz yığılmaları önlemek için sağlık hizmetleri birinci basamakta aile hekimleri olmak üzere hiyerarşik bir yapıda sunulmaktadır. Kişiler bu hiyerarşi içerisinde istedikleri doktora, hastaneye veya sağlık kuruluşuna gidebilme özgürlüğüne sahip olsa da olsa da bu seçme özgürlüğü kişinin maddi gücüne bağlıdır.

ABD'de genel olarak 65 ve üstü kişileri kapsayan Medicare programı en önemli sosyal sağlık sigorta programıdır. Bu program genel olarak çalışan kişilerin aylıklarından ve işverenden finanse edilirken, gelir seviyesi düşük kişiler için devlet desteği söz konusudur. Medicare dışında ayrıca daha dar kapsama sahip olan ve isteğe bağlı olan Medicaid programı da bulunmaktadır.

İngiltere'de yürütülen Ulusal Sağlık Servisinin (National Health Service, NHS) kökü 19. yüzyıla dayansa da, servis tam olarak yürürlüğe 1948 yılında girmiştir. Sistemin temel amacı herkese ücretsiz sağlık hizmetinin ulaştırılması olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla ABD'de sağlık hizmetleri büyük oranda özel sektöre bırakılmışken İngiltere'de kamunun varlığı daha baskındır. Bu iki gelişmiş ülkede uygulanan sağlık sigorta programlarının en temel farkı bu uygulama farklılığından gelmektedir. İngiltere'de toplumun neredeyse tamamını kapsayan (%97) bir sigortacılık sistemi varken, ABD'de kamu sadece belli bir

kesimi kapsam altında tutmaktadır. Kamu sağlık hizmetinden yararlanmada ABD'de İngiltere'ye göre ağır koşullar belirlenmiştir; örneğin en az 5 yıldır bu ülkede yaşıyor olmak gibi. Dolayısıyla zaten az bir ağırlığı olan kamu sigortacılığı bu koşulların varlığıyla daha da az bir kesimi kapsamaktadır.

OECD ülkelerinde genel olarak sosyal güvenlik sistemi aşağıdaki konuları kapsamaktadır.

- Sağlık sigortası
- Uzun dönem bakım hizmetleri
- İşsizlik sigortası
- İş Kazaları sigortası

Avrupa Birliği üyelerinde uygulanan sosyal güvenlik sistemi ülkelerin nüfuslarına, ekonomik düzeylerini ve buna benzer bir çok etkene göre değişkenlik göstermektedir. 2000 yılından itibaren sosyal güvenlik sisteminde tek bir uygulamanın geçerli olması ve daha homojen bir yapıya ulaşılması için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu düzenlemeler daha çok sosyal sigorta sisteminde kapsamında hizmetlerin bir olması ve Avrupa Birliği vatandaşların her ülkede ortak bir hizmet alabilmesi amaçlanmıştır. 2007 yılında Avrupa Birliği tarafından yayınlanan düzenlemelerle ilgili raporda; öğrenciler, mülteciler gibi risk grupları için ortak bir tanım getirilmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı konular özetle aşağıdaki gibi belirtilmiştir (EU Regulations, 2007):

- Hastalık ve annelik yardımı
- Maluliyet yardımı (kazanç seviyesinin artırılması ya da iyileştirilmesi gibi)
- Yaşlılık yardımı
- Dul ve yetim yardımı
- İş kazaları ve mesleki hastalıkları yardımı
- Cenaze yardımı
- İşsizlik yardımı
- Aile yardımı

Almanya Avrupa Birliği'nin sosyal güvenlik sisteminde getirmiş olduğu ölçütleri iyi bir şekilde uygulayan bir ülke olarak çeşitli reformlar yapmıştır. Avrupa ülkeleri arasında, özellikle yaşlılık/emeklilik sigortasının en iyi kapsama oranına ulaşmış ülkelerden biridir.

Ancak bir yandan da İsviçre, Avusturya ülkeleri gibi nüfusun giderek yaşlandığı ve bu durumun sosyal sigorta siteminde bir baskı haline geldiği bir ülkedir (Supan, 1997). Tablo 3'de Almanya emeklilik sistemi, Türkiye ve birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi dağıtım (pay-as-you-go) yöntemine göre işlemektedir. Bu sistemin aktif katılımcılardan toplanan katkı paylarından oluşan fonların pasif katılımcılara emeklilik geliri olarak dağıtılmasına dayanmasından dolayı ciddi sıkıntılara neden olmaktadır (Konuralp ve Utkueri, 2002). Örneğin İtalya'da dağıtım sisteminin 2023 yılında en yüksek değere ulaşarak GSYİH'den aldığı pay %15,8 olacağı tahmin edilmektedir (Siebert, 2000). Benzer tahminler Almanya için de yapılmaktadır.

UNDP'nin "Human Development Index" ölçütüne göre kategorilere ayırdığı ülkelere ait nüfus istatistiklerinin bir bölümü tablo 32'de verilmiştir. Türkiye, Kanada ve ABD dışındaki ülkelerde genel olarak nüfus artış hızı %1'in altındadır ve 2015'de de %1'in altında olacağı tahmin edilmektedir. Hatta Bulgaristan ve Japonya'da nüfus artış hızı negatif işaretlidir. 65 ve yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranları ise genelde gelişmiş ülkelerde %15-16 iken, İtalya, Japonya ve Almanya gibi ülkelerde %19'lara çıkmaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının 2015 yılında ülkelerde artacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise yaşlı nüfus toplam nüfusun %5,6'sını oluşturmaktadır ve yaşlı nüfusun artış hızı oldukça düşüktür.

Tablo 3. Ülkelere Göre Nüfus İstatistikleri

HDI Sıra		**Toplam Nüfus (Milyon)**			**Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)**		**65 yaş üstü Nüfusun Oranı** (% toplam)	
		1975	**2005**	**2015[b]**	**1975-2005**	**2005-15[b]**	**2005**	**2015[b]**
2	Norveç	4,0	4,6	4,9	0,5	0,6	14,7	17,0
3	Avustralya	13,6	20,3	22,4	1,3	1,0	13,1	16,1
4	Kanada	23,1	32,3	35,2	1,1	0,9	13,1	16,1
6	İsveç	8,2	9,0	9,4	0,3	0,4	17,2	20,2
8	Japonya	111,5	127,9	126,6	0,5	-0,1	19,7	26,2

9	Hollanda	13,7	16,3	16,6	0,6	0,2	14,2	18,0
10	Fransa	52,7	61,0	63,7	0,5	0,4	16,3	18,5
12	ABD	220,2	299,8	329,0	1,0	0,9	12,3	14,1
13	İspanya	35,7	43,4	46,0	0,7	0,6	16,8	18,3
15	Avusturya	7,6	8,3	8,5	0,3	0,3	16,2	18,6
16	İngiltere	56,2	60,2	62,8	0,2	0,4	16,1	18,1
20	İtalya	55,4	58,6	59,0	0,2	0,1	19,7	22,1
22	Almanya	78,7	82,7	81,8	0,2	-0,1	18,8	20,9
24	Yunanistan	9,0	11,1	11,3	0,7	0,2	18,3	19,9
36	Bulgaristan	10,5	10,1	9,8	-0,1	-0,3	15,2	17,3
84	**Türkiye**	**41,2**	**73,0**	**82,0**	**1,9**	**1,2**	**5,6**	**6,5**

Kaynak: (UNDP , 2007).

Şekil 2'de yıllar itibariyle, özellikle OECD ülkelerinde kamunun ağırlığının sosyal sigortacılık alanında azalmadığı görülmektedir. 1980'lerde başlayan neo-liberal politikaların etkinliği sosyal güvenlik sisteminin özelleştirilmesini ilk yıllarda kapsamasa da gelinen bu noktada sistemin aksaklıklarının sorgulanmasına, özel sektörü içine alan, kamunun içinde bulunduğu sıkıntıları azaltan çalışmalar yapılmaktadır (Feldstein, 2000). Buna karşılık ABD, Meksika, Şile gibi ülkelerde 1990'larda sosyal güvenlik alanında özelleştirmeler başlamıştır.

Nordlund (2000) çalışmasında, 1980 ve 1990'larda balkan ülkeleri olan Danimarka, Finlandiya, Norveç ve İsveç'te sosyal güvenliğin gelişimini incelemiştir. Balkan ülkeleri sosyal devlet anlayışının benimsendiği ülkeler olarak bilinmektedir. Bu anlamda sosyal güvenlik sisteminin en iyi işlediği ülkeler olarak da karşımıza çıkmaktadır. Örneğin 1980'lerde Finlandiya'da sosyal güvenliğin GSYİH'den aldığı pay %21'lerdeyken 1990'larda bu pay %32'ye ulaşmıştır. Hastalık hizmetleri, aile ve çocukların bakımı, işsizlik sigortası gibi alanlarda sosyal güvenlik sisteminden yıllar geçtikçe kapsama oranı artan hizmet ise emeklilik hizmetidir. Bu beklenildiği üzere yaşlı nüfusun artışıyla paralellik göstermektedir.

2.4.2. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi Bileşenleri

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi, üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Bakanlığıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bünyesinde Bağ-Kur ve SSK yer alırken; Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak T.C. ES ve Devlet Bakanlığı'na bağlı olarak ise Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bulunmaktadır (Çalış, 2006). Ayrıca işsizlik sigortasını yürütmekle görevli olan Türkiye İş Kurumu (İş-Kur) da bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Türkiye'de sosyal güvenliği devlet yürütürken, bazı özel ve banka kuruluşlarının kendi sandıkları olabilmektedir ancak bu sandıkların kapsamı sadece %5'dir (Özden, 2009).

Emeklilik fonlarını idare eden SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı temel olarak dağıtım sistemine (pay-as-you-go) göre işlemektedir. Dolayısıyla aktif çalışan ve pasif üyelerin arasında bir fon döngüsü mevcuttur. Bu prim dengesinin korunması önemli bir hale gelmiştir.

2.5. Genel Sağlık Sigortası

2.5.1. Genel Sağlık Sigortasının Tanımı

Genel sağlık sigortası, toplumdaki bireylerin sağlıklarıyla ilgili gelecekte karşılaşabilecekleri risklere karşı kişilerin ekonomik güçlerine ve istekli olup olmamalarına bakılmaksızın, toplumda yaygın ve etkili bir şekilde faydalanmayı sağlamayı amaçlayan bir sosyal güvenlik aracı olarak tanımlanabilir.

Sağlık hizmetleri, ulaşılan teknolojik düzeye dayalı olması ve gelecekteki riskleri üstlenilmesinden dolayı arzı son derece pahalı olan bir hizmettir. Bir yandan yaygın ve etkili bir genel sağlık sigorta sitemi oluşturulmaya çalışılırken bir yandan da bu sistemin temel bazı kriterleri içermesi amaçlanır. Bu amaçla Dünya Sağlık Teşkilatı'nın 1996 yılında Slovenya'da yapmış olduğu toplantıda, "Sağlıkta Yeniden Yapılanmada Ortak Kriterler Geliştirilmesi" başlığı altında genel bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Tüm Avrupa Bölgesi'ne üye ülkeler, sağlık hizmetlerinin; insana saygı, sağlık kazanımları, eşitlik/hakkaniyet gibi değerlere yönelmesi gerektiğini, sağlığı hedefleyerek, insan merkezli, kaliteye odaklı, gerçekçi bir finansmana dayanmasını ve temel sağlık

hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik olmasını öngören bir "Deklarasyonu" kabul etmişlerdir (Özsarı, 2005).

Bu anlamda, genel sağlık sigortası, toplumdaki tüm bireylerin tamamına sağlık hizmeti finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerin prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla sosyal sigorta sistemi hizmet sunma sistemi olması yanında aynı zamanda bu hizmete uygun bir finansman modelini ifade etmektedir.

Birçok ülkede, uygulanan sağlık politikasının temel amacı uzun ve sağlıklı bir toplumun devamlılığını sağlamaktır. Sosyal sigorta sistemi, bu amaçla hizmet verirken sağlık sektörünün kendine has bazı sorunlarını da içermektedir. Buradaki en temel sorunlar, bu sektörde hizmet sağlayıcıların tekel olması ve talebin belirsiz olmasıdır (Normand ve Weber, 1994).

Temelde sosyal sağlık sigorta finansmanında 4 yaklaşım benimsenmektedir:

- Vergilere dayalı devletin finansmanı
- Sosyal sigortası
- Özel aktüeryal sigortası
- Hastalar tarafından hizmet karşılığında doğrudan ödeme yapılması

Bu yöntemlerden "Ulusal Sağlık Sistemi" olarak adlandırılabilecek olan birinci yöntemde, hizmet ücretsiz olarak tüm toplumu kapsar şekilde uygulanmaktadır. Uygulama devletin genel olarak toplanan vergilerle fonlanmasının yanı sıra sağlık için özel olarak toplanan vergilerle de finanse edilebilir. Sosyal sigorta sisteminde ise sağlık fonunun oluşturulması üzerinden sağlık hizmeti sunulur. Oluşturulan sağlık fonu çalışan ve işverenlerden toplanan primlerle oluşturulur ve katılımlar ödeme yapabilme ve ihtiyaca göre hizmetlere ulaşabilmeye göre oluşturulur. Bu sistemde finansman birçok bağımsız sandık tarafından yönetilmektedir. Özel Aktüeryal sistemi riske dayalı olup, bireyler kendilerine sağlanılacak sağlık hizmetlerinin tahmini maliyetlerine göre prim ödemesi yaparlar. Örneğin yüksek risk grubundaki bireyler daha yüksek ödeme yaparken, düşük risk grubundakiler daha düşük ödeme yaparlar. Bu sistem ülkelere göre hatta bir ülke içerisindeki kişilere göre değişkenlik gösterebilir. Bu tür bir finansman sistemi bir araba ya da ev sigortasının

sistemine benzer. Son olarak da doğrudan ödemelere dayalı sistemde, sigorta ya da toplumu desteklemek benimsenmez. Hastalar sağlık hizmetleri için belirlenen tariflere göre kendi ceplerinden ödeme yaparlar.

Sağlık sigortasında, genel olarak ülkelerde benimsenen model, toplanan vergilerle ve devletin bütçesinden özellikle prim ödeme gücü olmayan kişiler için eksik kalan fonu tamamlamak için katkıda bulunması ile bir fonun yaratılmasına dayanır. Yapılacak olan sağlık hizmetleri bu fondan finanse edilir.

2.5.2. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası

Türkiye'de sosyal sağlık sigorta sistemi son 30 yıldır çeşitli uygulama değişikliklerinden geçmesine rağmen halen etkin bir şekilde çalışmamaktadır. En son 1998 yılında devletin garantör olarak sistemin açıklarını kapamak için sosyal sigorta fonuna katkıda bulunmaya başlaması finansman açıcından sosyal sigortacılığın zor durumda olduğunu göstermiştir.

Genel sağlık sigortasının en önemli yönü Anayasa'nın 56. maddesi hükmü ve 60. maddesinde yer alan " Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir." düzenlemesinin gereği olarak, mevcut sosyal güvenlik kurumlarının kapsamında olan sigortalıların yanında, bugüne kadar herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna üye olmayan veya mevcut sosyal güvenlik kurumu kanunlarının üye olabilme şartlarını yerine getirmemesi deneniyle, herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun kapsamı altına girememiş olanların; yani tüm bireylerin sosyal güvenlik kapsamına dahil edilerek genel sağlık sigortası kapsamında yer almasını sağlayan bir kanun olmuştur (Demir, 2007).

Türkiye'de genel sağlık sigorta sisteminin finansmanı karma bir model olarak nitelendirilebilir. Belirli bir kesim için zorunlu sigortanın olması işçi ve işverenlerin zorunlu prim ödemelerine neden olurken diğer taraftan kamu yardımı ile devlet memurları ve mali gücü düşük kesimin desteklenmesi sağlanmaktadır. Öte yandan fonun açıklarını kapatmakta devletin genel bütçesinin de zorunlu olarak kullanılması dönem dönem söz konusu olmuştur.

2.5.3. Genel Sağlık Sigortası Modelinin Avantajları

Genel sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin finansmanı için olan modellerden bir tanesidir. Genel sağlık sigortasının avantajları ana hatları ile aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Sağlık hizmetleri için değişmeyen sağlam bir gelir kaynağı sunar.
- Sağlık sektöründe toplanan fonların görülebilir ve kayıt altında tutulabilir olmasını sağlar.
- Toplumda gelir seviyesi farklı olan kişileri kapsayarak sosyal bir hizmet sunar.
- Devlet tarafından sunulsa da bağımsız bir sağlık hizmeti sunulmasında önemli bir rol oynar.
- Sağlık hizmetlerinde etkin bir provizyon sisteminin kurulmasını sağlar.
- Geniş kitlerde prim sisteminin oturtulmasında devletin gücü ile etkin bir sistem sağlar.

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan bir sağlık sigortasıdır (Çalış, 2006). Tanımda da belirtildiği gibi genel sağlık sigortasında amaç tüm toplumu kapsayan bir sigorta sistemi oluşturmaktır. Bu nedenle prim ödemeleri zorunlu hale getirilmiştir. Sosyal sağlık sigortasının bir diğeri, yüksek gelir gruplarını düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Açıkça görülmektedir ki bu risk paylaşımı ve her kesimin kapsam altına alınmaya çalışması bu modelin avantajıdır. Gelirin yeniden dağılması için bir yöntem sunmaktadır. Kişilerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmesini sağlayarak hastalıkların ilerlemesini engellemekte ve toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşme sağlamaktadır. Bu iyileşme dolaylı olarak daha verimli işgünün oluşmasını, toplumun refah düzeyinin yüksek olmasını olumlu yönden etkilemektedir.

2.5.4. Genel Sağlık Sigortası Modelinin Dezavantajları

Genel sağlık sigortasının dezavantajları aşağıdaki ana başlıklar altında toplanabilir:

- Yüksek yönetim masraflarının oluşmasına neden olur.

- Maliyet problemlerinin oluşmasına neden olabilmektedir.
- Resmi olmayan sektörleri ve tarım gibi sektörlerde çalışan kişileri kapsamaması açısından dezavantajlı olabilmektedir.
- Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplanan primlerin verimli kullanılmamasından dolayı doğan maliyetin kamunun üstünde bir yük haline gelmesine neden olabilmektedir.

Genel sağlık sigortası gelişmiş ülkelerde daha yüksek oranda bir kapsamda uygulanırken, Türkiye gibi ülkelerde toplumun tüm kesimleri kapsam altında değildir. OECD ülkelerinde sosyal sağlık sigortasının işleyişi daha iyi düzeyde olsa da sağlık sektöründe kamunun üstünde bir maliyet baskısı oluşturabilmektedir. Özellikle yaşama süresinin yüksek olması, nüfusta yaşlı kişilerin sayısının artması kamunun sağlık alanında daha çok harcama yapmasına dolayısıyla kişilerden toplanan primlerin yüksek olmasına neden olmaktadır. Genel sağlık sigortasının bir diğer dezavantajı da bu toplanan primlerin zorunlu olmasıdır. Ülkedeki kişiler bağlı oldukları sosyal sigorta kurumuna zorunlu olarak prim ödemesi yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerin finansman hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla üzerinde durulan bir konudur. Bunun ana nedeni sağlık harcamalarının genel olarak ülkelerin GSYİH'den aldığı payın yüksek olmasıdır. Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, belirli kaynaklarla artan sağlık hizmeti talebinin karşılanması ve bununla beraber kaynakların verimli kullanılması sorun olabilmektedir (Tiryaki ve Tatar, 2003).

Sosyal sağlık sigortasının finansmanı genel olarak iki farklı yöntemle sağlanmaktadır; İngiltere, Kanada gibi ülkelerde olduğu üzere toplanan vergiler üzerinden ya da Doğu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi zorunlu prim ödemelerinden. Ayrıca bu iki yöntemin karma olarak uygulandığı ülkelerde bulunmaktadır. Hangi yöntemle yapılıyor olursa olsun, sosyal sigorta sisteminin ekonomi üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Zorunlu prim ödemelerinde, her ne kadar prim ödemeleri çalışan kişinin gelirine göre belirlendiği modeller olsa da, çalışan kesimin üstünde bir yük oluşturmaktadır. Bu konuda yapılan analizler, ödenen yüksek primlerin sadece çalışanları değil işverenleri dolayısıyla ülke düzeyinde istihdamı olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir. Yapılan çalışmalar,

işverenlerin primin kendilerine düşük payını ürettikleri malın fiyatını artırarak tüketicilere ya da ücretleri düşük tutarak işçilere yükleme olasılıklarının olduğunu göstermektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise sigortasız işçi çalıştırmanın dolayısıyla kayıt dışılığın artmasına neden olabilmektedir. Özetle, bu finansmanın tüketicilerden üreticilere toplumun tüm kesimine ek bir maliyet olarak yüklenmesi söz konusu olabilmektedir.

Sosyal sağlık sigortasına getirilen önemli bir eleştiri de; özellikle gelişmekte olan ülkelerde çalışan nüfusun çalışmayan nüfusa oranla daha düşük olmasından kaynaklı ancak belirli bir azınlığın bu sistemden yararlanabilmesine neden olmasıdır. Ayrıca sistemde oluşan açıkların devletin bütçesinden finanse edilmesi düşük gelir seviyesinden yüksek gelir seviyesine doğru net bir kaynak transferine neden olmaktadır (Normand, 1999).

Sosyal sağlık sigortası, hastanın sağlık hizmeti ile karşılaştığı noktada sıfıra yakın bir fiyatla hizmet alımı sağlamaktadır. Dolayısıyla hizmet alımında fiyatın çok düşük olması hizmetin satın alınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu anlamda "ahlaki tehlike" (moral hazard) olarak tanımlanan sigortanın talep ya da arz üzerindeki etkisi oluşmaktadır. Bu tehlike, aslında temelde kişilerin iyi niyetli olmamasından kaynaklıdır. Sigortalı olmadığında talep etmeyebileceği hizmetleri, sigortalı olmasından dolayı ve hizmet satın alırken sıfıra yakın bir fiyat ödemesinden dolayı satın olması söz konusu olabilmektedir. Bir yandan da hastane ve doktorlar tarafından gerekli olmayan talebin yaratılması arz yönünde olumsuz bir etki yaratabilmektedir.

Dolayısıyla sosyal sigorta modelinin sorgulanması, genel anlamda modelin finansmanı ve kapsamı konularında yoğunlaşmaktadır.

BÖLÜM III

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMINA BAKIŞ

Bu bölümde, özel sağlık sigortasının tanımı yapılarak, özel sağlık sigortacılığında kullanılan tanımlara değinilecektir. Özel sağlık sigortasına ait ürünler hakkında bilgi verildikten sonra dünyada ve Türkiye'de özel sağlık sigortası ve uygulanan modeller hakkında ayrıntılı bilgiler sunulacaktır. Son olarak özel sağlık sigortası, pazarlama stratejileri açısından değerlendirilecektir ve tüketici algısı, motivasyonu ve ilgilenimi ile ilişkilendirilecektir.

3.1. Tanım ve Kavramlar

Sigorta tanımı daha önce de belirtildiği üzere; belirli bir prim karşılığında kişilerin para ile ölçülebilir, yasa ile korumaya değer bir sigortalanabilir menfaatine, zarar veren bir riskin gerçekleşmesi halinde bu zararı karşılayacak tutarda sigortalının tazminata hak kazanmasını sağlayan çift taraflı bir sözleşmedir (TSEV, 2009). Sigorta sözleşmesinin hukuki geçerlilik kazanabilmesi için tarafların, teminat altına alınmak istenen risk, sigorta konusu, sigorta bedeli, sigorta süresi, sigorta şartları ve prim gibi tanımların belirlenmesi gerekmektedir.

Sigortalı; sigorta şirketi tarafından, sigorta teminatlarını kullanabilmesi kabul edilmiş, ferdi ya da herhangi bir şirkette çalışan poliçe sahibi kişidir.

Hastalık; sigortalının tıbbi veya cerrahi müdahaleyi gerektirecek şekilde tıbbi fonksiyonel dengesinde meydana gelen bozukluklardır.

Muafiyet; sigorta teminatının ödenebilmesi için aşılması gereken tutardır. Muafiyet altında kalan harcamalar için ödeme yapılmamaktadır.

İştirak Oranı; hasarlara sigortalının katılma payıdır.

Bağımlı; prim tutarını ödemek koşuluyla aile poliçesine hak kazanan sigortalının sayal eşi ve söz konusu sigortalı ile yaşayan çocukları geliri olmaması koşuluyla teminat altında bulunmaktadır.

Hastane; Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca, yurt dışında ise muadil resmi kuruluşlarca, hasta ve yaralı tedavi etmeye yetkili olarak izin verilmiş ve 24 saat hizmet verebilen sağlık kuruluşlarıdır. Bu teminat kapsamındaki hastane terimi kaplıca, dinlenme, huzur evleri, karantina ve akıl hastalıkları, uyuşturucu ve alkolizm tedavisine mahsus kuruluşları kapsamamaktadır.

Hastane Tedavi; sigortalının hastanede tedavi olmak amacıyla bulunması halidir.

Doktor; tıp doktoru diplomasına haiz olup, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nca yurt dışında ise resmi kuruluşlarca çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde ve/veya özel muayenehanede hasta kabul etmeye yetkili kişidir.

Anlaşmalı Kuruluş; özel bir sözleşme ile anlaşmalı kuruluşlar ağını meydana getiren hekimler, hastaneler, tıp merkezleri, eczaneler, laboratuarlar ve fizik tedavi merkezleridir.

Sigortalının Katılım Payı; sigortalının üstleneceği ve poliçede belirtilen sağlık harcamaları katılım yüzdesidir.

Bekleme Süresi; kayıt tarihi ile başlayan ve belirli durumların teminat altına alınmayacağı süredir.

Sürprim; kişinin herhangi bir rahatsızlığından dolayı veya risk grubu olmasından dolayı sigorta primine eklenen ek primdir (Güven, 1995).

Özel sağlık sigortacılığında poliçe üç grupta değerlendirilmektedir. Birinci grup; %100 kapsamlı ve sınırsız yatarak tedavi teminatı ya da %20 katılımlı ve sınırlı ayakta tedavi teminatını içermektedir. İkinci grup; farklı sınır ve katılımları ve üçüncü grup da anlaşmalı kuruluşlarda sınırsız ve katılımsız teminatları içermektedir (Güven, 1995).

3.2. Özel Sağlık Sigortası Ürünleri

3.2.1. Ferdi Ürünler

Ferdi ürünlerde kendi primini ödeyen, bireysel müşterilerin gereksinimlerine göre ve genellikle güvencenin şahıs ya da aile adına düzenlendiği ürünlerdir.

Ferdi ürünlerde tam teminat sunan geniş kapsamlı poliçeler önemli bir yer tutmaktadır. Tam kapsamlı olmasından dolayı sektörde en pahalı ürünler olmaktadır. Diğer poliçelere göre daha kapsamlı bir teminatla verilen hizmet yelpazesi daha geniş olmaktadır. Tam kapsamlı poliçeler, kapsamların poliçede yazılı olarak standartlaştırılmasıyla standart poliçe olarak da sunulması söz konusudur.

Sınırlı poliçelerde, sigortalı düşük prim karşılığında belirli bir teminat sunulan poliçelerdir. Bütçeye uygun olması ve hesaplı olması açısından tercih edilen sigorta poliçelerindendir.

Üst yaş grubuna yönelik poliçeler, özellikle kurumsal özel sağlık sigorta kapsamında olan kişilerin emekli olmasıyla sigortalarının bitmesi sonucunda yaptırmayı tercih ettiği, daha kapsamlı poliçelerdir.

Tüm poliçelerde yurtdışı kapsamı eklenerek uluslararası poliçe haline getirilmesi söz konusu olabilir. Bu durumda uluslararası poliçeler, tam ya da sınırlı teminat olmak üzere farklı poliçe seçenekleri içerebilmektedir.

3.2.2. Kurumsal (Ticari) Özel Sağlık Sigortası Ürünleri

Türkiye'de özel sağlık sigorta çoğunlukla kurumsal olarak yapılmaktadır. Kurumsal özel sağlık sigortası prim ödemeleri açısından kişilere ve kurumlara daha cazip gelebilmektedir. Kurumsal özel sağlık sigortası, hem işveren hem de çalışan için avantajlar sağlayarak, uygun primler ile sağlık masraflarını güvence altına alma imkanı vermektedir. Kurumsal sağlık sigortası kurumlarda çalışanların; şirkete bağlılıklarının artması, çalışacakları şirketi seçerken ek bir avantaj sunması, kendilerini güvende hissetmelerini sağlamasıyla fark yaratmaktadır. Ayrıca çalışanların kendilerini daha değerli hissetmelerini ve şirketin uzun vadeli planların içinde hissetmelerini sağlamada faydalı olabilmektedir.

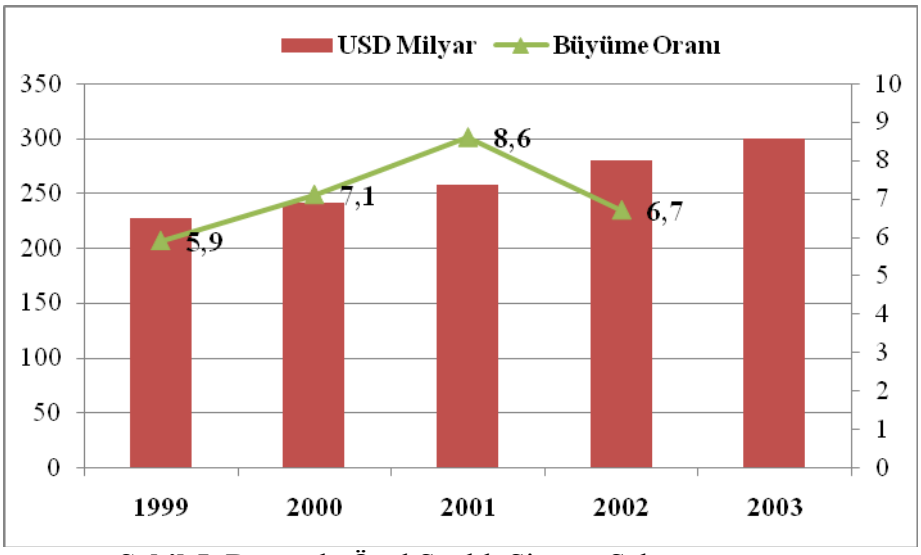
Kurumsal sağlık sigortalarına en az katılım kişi sayısı sigorta şirketlerine göre değişse de ortalamada en az 20 kişilik gruplar ile şirketler başvuruda bulunabilmektedir. Şirketler poliçelerde istedikleri gibi teminatların kapsamını, limitini, yatarak veya ayakta tedavi giderlerini sigorta güvencesi altına alabilmektedir. Kurumsal özel sağlık sigorta ödemeleri şirketler tarafından yapılabileceği gibi çalışanı ile ortak bir ödeme planı çıkararak da yapılabilmektedir. Ayrıca sağlık sigortalarına tanınan vergi avantajı ile çalışan ve işveren artı bir avantaj da sağlayabilmektedir.

3.2.3. İhtiyari, Primlerin Çalışan Tarafından Ödendiği Özel Sağlık Sigortası Piyasası

Kurumsal özel sağlık sigorta ürününde kurumun ve çalışanın anlaşarak prim ödemelerinin çalışan tarafından ödenmesi söz konusu olabilir. Bu kapsamda, kişiler isteğe bağlı olarak kendileri ve aileleri için özel sağlık sigortası yaptırabilirler. Bu durumda çalışan primleri ödeyeceğini taahhüt eder ve bu primler şirket tarafından maaşından kesilir.

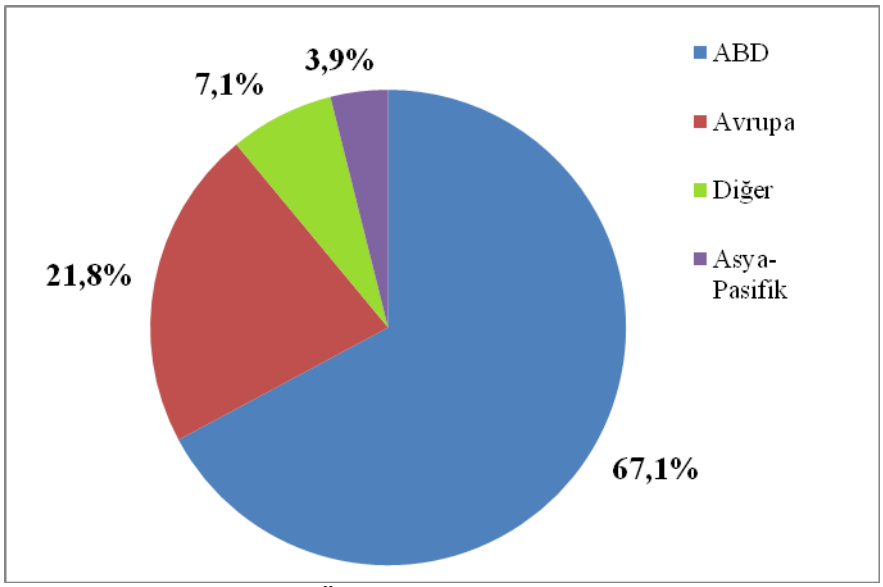
3.3. Dünyada ve Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası

Dünyada çoğu ülkede sağlık harcamalarının GSYİH'den aldığı pay yıllar geçtikçe artmaktadır. Sağlık harcamalarının artışıyla birlikte, özel sağlık sigortasına olan ilgi daha da artmaktadır. Şekil 2'de görüldüğü üzere dünyada özel sağlık ve hayat sigortacılığı sektörü 2003 yılında %6,7 büyüme göstererek 299,1 Milyar Dolar'a ulaşmıştır. 2009 yılında ise dünyada özel sağlık sektörünün %31,1 büyüme göstererek daha da büyüyeceği ön görülmektedir (Datamonitor Global PHI, 2008). Özel sağlık sigortacılığında, Türkiye'deki durumun aksine bireysel sigortacılık dünyanda %72,2 ile daha baskın bulunmaktadır. Grup sigortacılığı ise sağlık sektöründe sadece %27,8 oranında kalmıştır. Sektörde dünya genelinde %2,8 pazar payına sahip AXA Group firması hayat ve sağlık sigortacılığında lider firma olarak yer almaktadır.



Şekil 5. Dünyada Özel Sağlık Sigorta Sektörü
Kaynak: (Datamonitor Global PHI, 2008).

Daha önceki bölümlerde Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının büyük bir bölümü kamu tarafından karşılanırken, ABD'de bu oran daha düşük çıkmıştı. Bunun sonucu olarak özel sağlık sigortacılık sektörünün büyük bir bölümünün ABD'de olması beklenilmektedir. Datamonitor'un 2003 sektör raporuna göre, özel sağlık sektörünün %67,1'i ABD'de bulunmaktadır. Şekil 6'de görüldüğü üzere, Avrupa bölgesi toplam pazarın %21,8'ini oluşturmaktadır.



Şekil 6. Özel Sağlık Sigortası Sektör Payları
Kaynak: (Datamonitor Global PHI, 2003).

Asya-Pasifik bölgesi Türkiye'nin de içinde olduğu Çin, Hindistan, İran, Pakistan, Suudi Arabistan gibi ülkeleri içermekte olup toplam sağlık sigortası pazarından aldığı pay sadece %3,9'dur. Sağlık sigortacılığın sağlık alanında büyük bir yer tuttuğu ABD'de Aetna ve United Health firmaları lider durumdayken, Avrupa'da ise özellikle Almanya'da kamu sağlık sigortacılığı daha baskındır. 2003 yılında Almanya'da nüfusun sadece %9,1'i özel sigorta kapsamındadır. ABD'de 2003 yılında özel sigorta sektörü %7,1 büyüme göstererek toplam 200,7 Milyar USD değerine ulaşmıştır. 2009 yılında ise bu rakamın %29,2 oranında büyüyerek 259,3 Milyar Dolar'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (Datamonitor US PHI, 2004). Dünyadaki pazarın aksine, ABD'de pazarın neredeyse tamamı grup sigortacılıktan oluşmaktadır (%93,2'si). ABD, sağlık teknolojilerin geliştiği yer olmasından ve artan sağlık harcamalarından dolayı özel sağlık sigortacılığın hızla geliştiği ve bugün bu alanda baskın bir rol üstlendiği bir ülke olmuştur.

Avrupa'daki sağlık sigorta sektörünün 2003 yılındaki büyümesi %5,1 olup dünya büyüme oranının altında kalmaktadır. Toplam pazar 65,3 Milyar USD ve 2009 yılında %27,8 büyüyerek 83 Milyar USD' ye ulaşılacağı tahmin edilmektedir (Datamonitor Europe PHI, 2003). [1] Avrupa pazarında dünya pazarıyla paralel bir şekilde bireysel sağlık sigortacılığın baskın olduğu bir pazardır (%83). Aslında Avrupa sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının yüksek olduğu bir bölge olmasına rağmen, kamu sağlık hizmetlerinin iyi işlemediği ya da sağlık hizmeti için vatandaşların bireysel olarak ödeme yapılmasına zorlandığı ülkelerde özel sağlık sigortası giderek daha popüler olan bir alternatif seçenek olmaktadır.

Avrupa ülkelerinden İngiltere ve Hollanda gibi ülkelerin sağlıkta kamunun ağırlığını azaltıcı ve özel sağlık sistemini teşvik edici reformlara doğru gitmesi Avrupa'daki özel sağlık sigortacılığını canlandırmıştır. Pazarda Alman bir firma olan Allianz AG ve Fransız bir firma olan AXA lider durumdadır. İngiliz firma olan BUPA'da giderek büyüyen bir sigorta şirketi olarak özel sağlık sigortacılığı pazarında önemli bir oyuncudur.

Türkiye'nin de içerisinde olduğu ülkelerden oluşan Asya-Pasifik bölgesi toplam sağlık sigortacılığı sektöründen %3,9 gibi çok küçük bir pay almaktadır. Bölgede pazar 2003 yılında %4,6 dünya ortalamasının altında büyüyerek 11,7 Milyar Dolar'a ulaşmıştır

[1] Datamonitor'un Avrupa pazarı olarak tanımladığı bölgeye şu ülkeleri dahil etmektedir: Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Norveç, İspanya, İsveç, İsviçre ve İngiltere.

(Datamonitor Asia-Pasific PHI, 2004). Ancak bu bölgede 2009 yılına kadar olan dönemde %52,1 gibi büyük bir büyüme gerçekleşip pazarın 17,9 Milyar USD'ye ulaşacağı öngörülmektedir. Bu anlamda şu an için küçük bir pazarın gelecekteki potansiyelini görmek sigorta firmaları için önemlidir. Türkiye'nin bulunduğu bölgede Türkiye'deki durumun aksine, bireysel sigortacılık daha baskın olup %79,2 oranında çıkmaktadır. Özellikle bu bölgedeki ülkelerin nüfus yoğunluğunun çok olması, sağlık hizmetinin kamu tarafından tam olarak sunulmaması gibi nedenlerden dolayı özel sağlık sigortasının tercih edilir hale geleceği beklenilmektedir.

3.3.1. Dünyadaki Özel Sağlık Sigortası Modelleri

OECD ülkelerinde ortalama olarak sağlık harcamaları GSYİH'nin %8'ini oluşturmaktadır ve bu oran gittikçe artmaktadır. Özel sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin nüfusa oranı OECD ülkeleri arasında çeşitlilik gösterse de ortalamada OECD ülkelerin nüfusunun %30'u özel sağlık sigorta kapsamında olduğu söylenebilir (OECD PHI, 2004). Özel sağlık sigortası aynı zamanda üstlendiği rol açısından da ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Buna bağlı olarak hükümetlerin özel sağlık sigortasına olan tutumları da farklılaşmaktadır. Bazı OECD ülkeleri özel sağlık sigortasını kendi sağlık sistemleri için gerekli ve de önemli görmemektedir. Bazı ülkeler ise sağlık sisteminin bir ayağı olarak görmektedir. Bu noktada ülkelerin özel sağlık sigortasına bakış açısı şu iki noktada özetlenebilir; birinci olarak özel sağlık sigortası sağlık hizmetlerin finansmanında destekleyici olarak görülebilmektedir. İkinci olarak ise sağlık politikaları özel sağlık sigortası ile bireylerin daha çok sorumluluk ve yükümlülük almalarını sağlamaktadır.

Özel sağlık sigortası temelde 4 modelle işlemektedir:

1. Ek Model (Duplicate Model): Bu modelde bireyler isteklerine göre özel sağlık sigortası kapsamına girer. Belli hizmetlere ulaşabilmek veya çabuk ulaşabilmek için belirli teminatların satın alındığı modellerdir (Sigorta Sempozyumu, 2006). Modelde kamu sağlık sigortasının kapsadığı hizmetler için sigorta yaptırılmaktadır.

2. Destekleyici Model (Supplementary Model): Modelde kamunun kapsamadığı alanlar için (örneğin diş sağlığı hizmetleri gibi) ya da maliyeti kamu sigortacılığı ile aynı olduğu hizmetlerde özel sağlık sigortası yaptırılmaktadır (Dhalla, 2007).

3. Birincil Model (Primary Model): Kamu sağlık hizmetinden faydalanamayan bireyler için oluşturulan modellerdir. Örneğin kamu sağlık hizmetinden yararlanamayan yeni göçmenler bu modele dahil edilir.

4. Tamamlayıcı Model (Complementary Model): Hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık risklerini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir özel sağlık sigortacılığı modelidir.

Tablo 4. Ülkelere Göre Özel Sağlık Sigorta Modelleri

	ÖSS(Toplam Sağlık Harcamaları %)	**ÖSS Kapsamındaki Nüfus %**	**Model Türü**
Avustralya	7,3	44,9 40,3	Ek, Tamamlayıcı Destekleyici
Belçika	7,2	31,8	Tamamlayıcı, Destekleyici
Kanada	11,4	65	Destekleyici
Danimarka	1,6	28	Tamamlayıcı, Destekleyici
Fransa	12,7	92	Tamamlayıcı, Destekleyici
Almanya	12,6	9,1	Birincil, Tamamlayıcı, Destekleyici
Yunanistan	-	10	Ek, Destekleyici
Bulgaristan	0,2	-	Destekleyici
İtalya	0,9	15,6	Ek, Tamamlayıcı, Destekleyici
Japonya	0,3	-	-
Hollanda	15,2	28	Birincil
		64	Destekleyici
Polonya	-	-	Destekleyici
İspanya	3,9	2,7 10,3	Birincil Ek, Destekleyici
İsveç	-	-	Destekleyici, Tamamlayıcı
İsviçre	10,5	80	Destekleyici
İngiltere	3,3	10	Ek, destekleyici
ABD	35,1	71,9	Birincil, Tamamlayıcı, Destekleyici
Türkiye	0,7(1994)	1,2	Tamamlayıcı, Destekleyici

Kaynak: (OECD PHI, 2004).

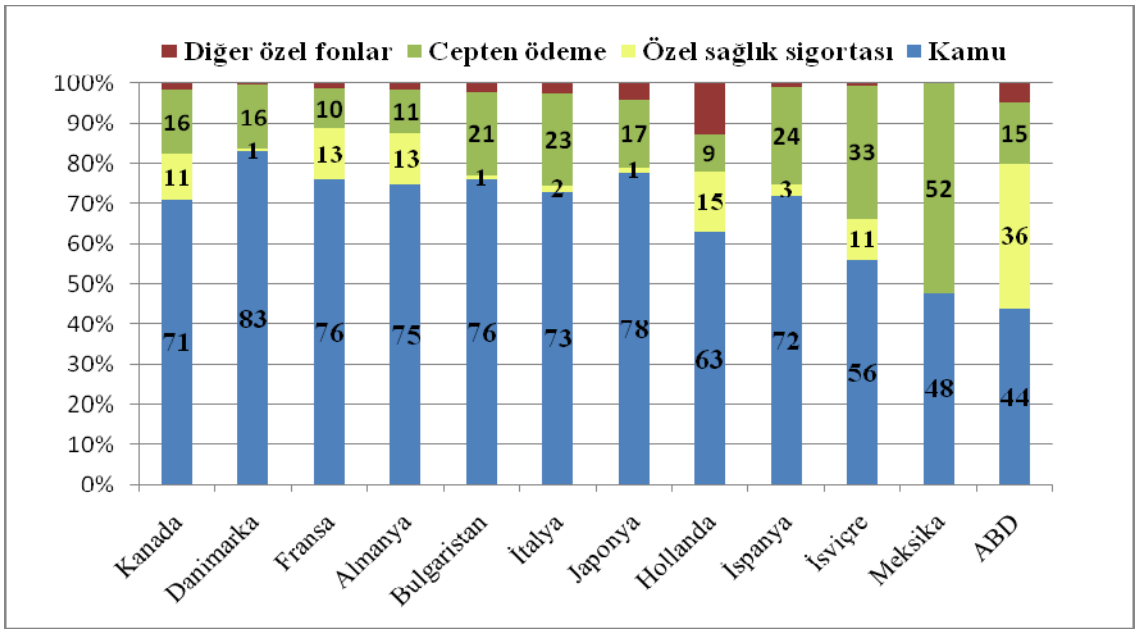
ABD'de olduğu gibi Almanya ve Hollanda'da da özel sağlık sigortası kamu sağlık kapsamına girmeyen nüfus için birincil olarak kullanılan bir model benimsenmektedir. Almanya diğer OECD ülkelerinden farklı olarak, belli bir gelir eşiğinin üstündeki

bireylerin özel sağlık sigortası yaptırmasına izin vermektedir. Tablo 4 Türkiye dahil dünyadaki belli ülkelerin özel sağlık sigorta modellerini açıklamaktadır. Avustralya ve İngiltere özel sağlık sigortasını "ek model" olarak teşvik ederek var olan kamu sağlık sistemine paralel işlemesini sağlamaktadır. Avustralya nüfusunun yaklaşık olarak %50'si kamu sigortasının yanı sıra özel sağlık sigortasının kapsamına girmektedir. OECD ülkelerinin içerisinde ek model uygulamasında en yüksek kapsamaya sahip olan ülke Avusturya'dır.

Tamamlayıcı model Fransa'da uygulanan model olarak Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre Fransa halkının %90'ı bu model kapsamındadır. Sağlık politikaları, özel sektörün kamuya ait bazı riskleri üstlenmesini desteklemektedir. Benzer uygulama ABD'de de yapılmakta, kamu programına dahil olmayan ya da eksik olan hizmetleri özel sağlık sigortasından karşılamaktadır.

OECD ülkelerinin birçoğu destekleyici modeli barındırmaktadır. Örneğin Kanada nüfusunun %65'i, Hollanda nüfusunun neredeyse tamamı ve İsviçre nüfusunun %80'i destekleyici özel sağlık sigorta kapsamındadır.

Şekil 7, belirli ülkelerin sağlık finansmanı kaynaklarının yüzdelerini vermektedir. Grafikteki rakamlara göre, Kanada, Danimarka ve Fransa gibi ülkelerde kamu finansmanı ağırlıkta iken Meksika ve ABD'de kamunun ağırlığı çok daha azdır.



Şekil 7. Sağlık Finansmanı Kaynakları 2000
Kaynak: (OECD PHI, 2004).

Özel sağlık sigortacılığı az gelişmiş ile gelişmiş olan ülkelerde çok daha farklı bir gelişim göstermektedir. Drechsler ve Jutting 2005 yapmış oldukları çalışmada az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özel sağlık sigortasının üstlendiği rolü incelemişlerdir. Çalışmada Asya, Güney Pasifik, Latin Amerika ülkeleri gibi ülkeleri incelediklerinde, özel sağlık sigortacılığında ya hiç kar olmadığı ya da düşük kar marjlarının olduğunu tespit etmişlerdir (Drechsler ve Jutting, 2005). Ancak daha olumlu bir açıdan bakarak bu ülkelerde aşağıdaki nedenlerden dolayı özel sağlık sigortasının yaygınlaşması için uygun bir ortam olduğunu belirtmişlerdir.

- Birçok ülkede sağlık hizmeti finansmanı ile ilgili sorunların olması
- Genel ekonomik büyümede istikrarın olmamasının, müşteri talebeni değişken kılması
- Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerine halkın güveninin eksik olması
- Bu ülkelerde küreselleşme ile açık ekonomilere geçişin sağlık sektöründe yeni teknolojilerin ithal edilmesine olanak sağlaması
- Özel sağlık sigortasının çok gelişmiş bir alt yapıya ihtiyaç duymaması

Yine de özel sağlık sigortacılığın gelişimde ülkenin sağlık politikasını nasıl etkileyeceği ve yerinin ne olacağının planlı bir şekilde yapılması gerekmektedir.

3.3.2. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortasının Yeri

OECD Türkiye Özel Sağlık Raporuna göre, 2004 yılında toplam sağlık harcamaları toplam GSYİH'nin %7,7'sini oluştururken bu oran OECD ülkelerinde ortalama %8,8'dir (OECD Country Report, 2006). Kişi başı sağlık harcaması ise OECD ülkelerindeki ortalama 2,550 USD'nin çok altında olup 580 USD'dir. Ancak bir yandan da kişi başı sağlık harcaması yılda ortalama %8 oranında büyüyerek 1999-2004 döneminde gelişme göstermiştir. OECD ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sistemi büyük oranda kamu tarafından sağlanırken özel sağlık sigortasının bu anlamda etkinliği çok düşüktür. Türkiye OECD ülkeleri arasında nüfusa göre doktor sayısında en düşük değere sahip ülkeler arasında bulunmaktadır. 2003 yılında her 1,000 kişide 1,4 pratisyen hekim düşmekte olup bu oran OECD ortalaması 3 değerinin oldukça altındadır. Benzer şekilde OECD ülkelerinde her 1,000 kişiye ortalama 8,3 hemşire düşerken bu rakam Türkiye için sadece 1,7'dir.

Türkiye'de sağlık sigortacılığı hayat dışı prim üretimi içerisinde 2005 yılı itibariyle %13'lük bir yer tutmaktadır. 1997 yılında toplam 40 sigorta şirketi sağlık sigortası alanında iken, 2005 yılında bu rakam 30'a gerilemiştir (Sağlık Analizi Raporu, 2005). Sigortalı sayısı ise 1997 yılından 2005 yılına %84'lük bir artış ile 974.251'e ulaşmıştır. İlk iki şirket toplam pazarın %43-44'ünü oluştururken bu rakam son 6 yıl içerisinde değişmemiştir. Tablo 3'te özel sağlık primlerinin artışı ile hayat dışı primlerin artışı birlikte verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, sağlık alanındaki prim üretim artışı, hayat dışı diğer bölümler ile paralel bir seyir göstermektedir. 2000-2005 döneminde sağlık alanında %322 oranında büyüme gerçekleşmişken, diğer hayat dışı alanlarında artış %352 oranında olmuştur.

Tablo 5. Sigorta Primleri ve % Artış

Yıllar	Sağlık Prim	Artış %	Hayat Dışı Prim (Sağlık Hariç)	Artış %
2000	188.855.080		1.275.678.998	
2001	270.383.136	43,17%	1.773.128.026	38,99%
2002	410.422.141	51,79%	2.621.748.429	47,86%
2003	517.595.301	26,11%	3.444.273.699	31,37%
2004	682.013.985	31,77%	4.722.652.620	37,12%
2005	798.538.595	17,09%	5.770.885.491	22,20%

Kaynak: (Sağlık Analizi Raporu, 2005).

Her sigorta dalında olduğu gibi özel sağlık sigorta alanında da sigorta konusu olan primlerin sahip oldukları risk derecelerine göre belirlenmesi söz konusudur.

Türkiye'de toplam nüfusun yaklaşık olarak %1'i özel sigortasına sahiptir. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında sigortalanmamış potansiyel nüfus dikkat çekici olup, aynı zamanda son yıllarda gündemde olan Genel Sağlık Sistemi ile ilgili gelişmeler özel sağlık sigorta alında da ciddi girişimler yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu anlamda özellikle risk analizi, etkin provizyon sistemleri ve sağlıklı pazarlama stratejilerimin uygulamaya konulması önem taşımaktadır.

Tablo 6'da özel sağlık kapsamındaki kişilerin teminatları kullanım sıklıkları ve ortalama maliyetleri verilmiştir. Doktor ve ilaç kullanım sıklığı çok yüksek çıkarken, doktor için ortalama maliyet 56 TL, ilaç için ortalama maliyet 30 TL olarak elde edilmiştir. Özel sağlık sigorta kapsamındaki kişilerin, ödedikleri primlerin karşılığını alabilmek için

doktora gitme ya da tedavi olmada iyi niyetli olmamaları bu maliyetleri artırıcı bir etken olarak kendini göstermektedir

Tablo 6. Özel Sağlık Sektör Verileri 2005

Teminat	Kullanım Sıklığı	Ortalama Maliyet (TL)
Doktor	2,69	56
İlaç	2,99	30
Tanı	1,85	103
Yatakta Tedavi	0,15	1,439

Kaynak: (Sağlık Analizi Raporu, 2005).

Sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformların özel sağlık sigortacılığını da etkileyeceği uzmanlar tarafından beklenilmektedir. Türkiye'de hayat ve sağlık sigortası sektöründe önemli yeri olan Anadolu Hayat Emeklilik A.Ş.'nin genel müdürünün İşveren Dergisinde yayınlanan röportajında, yapılan reformlarla birlikte özel sağlık sektörünün olumsuz etkilenebileceği vurgulanmıştır (İşveren Dergisi, Ocak 2004). Raporda özel sağlık sigortası olan kişilerin aynı zamanda kamu sigortası için prim ödemek zorunda olmalarının maliyet açısından baskı yaptığı belirtilmiştir. Özel sağlık sigorta primleri Türkiye ortalama satın alma gücüne göre yüksek olduğu göz önünü alındığında ciddi bir kaynak israfına neden olmaktadır. Çünkü, Türkiye'de özel sağlık hizmetinden yararlananların hemen hemen tamamı sağlık sorunları için prim ödedikleri sosyal güvenlik kurumlarına başvurmamaktadır.

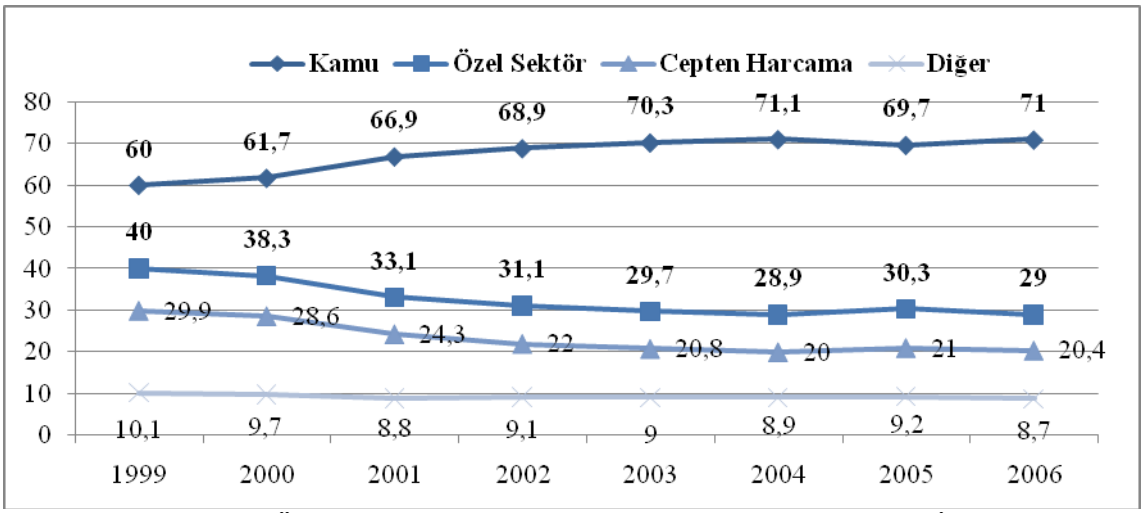
Türkiye'de özel sağlık sigorta kapsamında bulunan kişilerin 2007 yılı itibariyle yaklaşık olarak 900,000 olması ve yaş dağılımının dengeli olmamasından dolayı sektördeki risklerin yeterince dağıtılmamasına neden olmaktadır. Bir yandan primlerin yüksek olması özel sağlık sigortasından yararlanmayı isteyenler için caydırıcı bir etken olarak ortaya çıkmaktadır.

Yapılan değişiklerle sosyal güvenlik sisteminde sağlık hizmetlerinin kamuya olan yükü azaltılmak uzun vadede amaçlanan bir hedeftir. Bu amaçla tamamlayıcı modele yakın uygulamalar seçilmiştir. Örneğin, prim ödeyenlerin istediği doktor ve sağlık kuruluşunu seçmede daha özgür olması ve temel teminat paketinin karşılığı tutarlar ve oranların

haricindeki sağlık giderlerinin de, tam kapsamlı sağlık poliçelerine göre çok daha ekonomik olmaları sağlanmaya çalışılmıştır. Kamu sağlık sistemi bu şekilde düzenlenirken, kamudan daha iyi hizmet almaya başlayan kişilerin ek olarak ödedikleri özel sağlık primlerini ödememeyi tercih edebilir. Ancak tasarının tam olarak uygulanması ve pratikte sorunları çözebilmesi yakın zamanda olası olarak gözükmemektedir. Bu anlamda özel sağlık sigortası sektörünün daha çok öne çıkacağı beklenebilir.

Özel sağlık sigortası sağlık sektöründeki yeri TÜSİAD'ın 2004 yılında sağlık reformu ile ilgili yayınlamış olduğu detaylı raporda da incelenmiştir. TÜSİAD mevcut reasürans piyasasının özel sağlık sigortacılığının büyümesinde büyük bir engel olarak göstermiştir. Türkiye'de sadece üç yerli firmanın reasürans şirketi olarak yer alması ve bu şirketlerin uluslararası büyük reasürans şirketleri ile aynı düzenlemelere bağlı tutulması da olumsuz bir etken olarak belirtilmiştir. Aynı zamanda bu piyasadaki, veri kodlaması ve faturalandırma sisteminin düzgün işlememesi de sektörün gelişimde engel olarak gösterilmiştir. TÜSİAD özetle, isteğe bağlı sigortacılık için devletin ek imkânlar sunması ve bireylerin istedikleri zaman genel sağlık sigorta sisteminden çıkabilme özgürlüğüne sahip olması gerektiğini belirtmiştir (TÜSİAD, 2004).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın her yıl sağlık hizmetleri ile ilgili yayınladığı raporda, Türkiye'de sağlık harcamalarına ait rakamlar özel sağlık sigortasının yerini ve potansiyeli gösterir niteliktedir. Şekil 8'de görüldüğü üzere, özel sağlık sigorta şirketlerini ve cepten ödemeleri içeren özel sektör sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Ancak 1999-2006 yılları içerisinde toplam cari sağlık harcaması içerisinde özel sektörün payı giderek azalmaktadır. Özel sağlık sektörünün sağlık harcamalarındaki payı 1999 yılında %38,1 iken, 2006 yılında %27,1'dir. Burada dikkat çeken bir nokta özel sağlık harcamaları içerisinde en büyük kalem hane halkının ceplerinden yaptıkları sağlık harcamalarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Raporu, 2007). Cepten harcama oranının yüksek olması, özel sağlık sigortalı sayısını artırmada potansiyelin olduğunu gösteren bir veri olarak yorumlanabilir.



Şekil 8. Türkiye'de Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcaması İçerisindeki Payı, 1999-2006

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Raporu, 2007).

3.4. Pazarlama Stratejileri Açısından Özel Sağlık Sigortası

Sağlık sigortası belli bir toplumdaki kişilerin gelecek kaygılarının güvence altına alınması ile ortaya çıkmıştır. Bu anlamda sağlık sigortası kamusal bir hizmet olarak algılanmaktadır. Sağlık sigortası kavramına "özel" ifadesinin eklenmesi, hizmetin özel sektördeki firmalar tarafından sunulmasını ifade etmek içindir. Verilen hizmetin kamu sağlığıyla ilgili olmasından dolayı bu firmaların iyi niyetli ve sağlıkla ilgili etik kuralları göz önünde bulundurması gerektiği gibi sundukları ürünlerin pazarlamasını da yapmak zorundadırlar.

Pazarlama kavramı genel olarak; ürünlerin üreticiden tüketiciye doğru akışını sağlamak için kullanılan eylemler bütünü olarak tanımlanabilir (Timur, 2006). Hangi alanda olursa olsun, pazarlama faaliyetlerin tüketicinin değişen ihtiyaçlarını karşılayabilir olması önemlidir.

3.4.1. Pazarlama Stratejileri Açısından Özel Sağlık Sigortası

Pazarlama alanında sigortacılık faaliyetinin amacı, sigortalanması mümkün olan risklerin meydana gelmesinden kaynaklanan zararların teminat altına alınarak maddi varlıların kaybını önlemek, mali sorumlulukların karşılanmasını temin etmektir. Sağlık sigortacılığı dahil olmak üzere tüm sigorta şirketleri bu amaçları gerçekleştirmek üzere, piyasanın mevcut değişen gereksinimlerine uygun yeni ürünler geliştirmektir (Timur, 2006).

Sağlık sigortacılığında bireysel ya da işletme bazındaki mikro düzeydeki işlevler, ülke ve dünya ekonomisi ölçeğinde kalkınmaya olan etkileri ise makro düzeyde işlemler olarak

değerlendirilmektedir. Makro düzeyde, toplumu risklere karşı güvence altına almakta, vergiye kaynak oluşturmakta ve sağlık alanında sigortaları üstlenerek devleti vergi kaybından kurtararak dolaylı olsa da kamuya fon yaratılmasını sağlamaktadır. Genel olarak sigorta sektöründe toplanan primler gönüllü sigorta yaptırmış kişilerden toplanıp mali kesime aktarılarak rasyonel alanlarda yatırımlara yönlendirilmektedir. Genel olarak dünyada sigorta şirketleri bu primleri teminat hesaplarında ve hayat fonlarında biriktirmektedir. Dolayısıyla kalkınma ve ekonomi üzerinde dinamik bir etki yaratmaktadır.

Sigorta sektöründe hayat sigortası dünyada lokomotif bir görev üstlenirken, sağlık sigortacılığı özellikle 1980'lerden sonra gerek primlerin yüksek olması gerekse sektördeki diğer sorunlardan dolayı zaman zaman daralmıştır. 2000 yılına gelindiğinde dünya ortalamasında kişi başına düşen sağlık sigortasını da kapsayan hayat sigortası primi ABD'de 1,400 Dolar iken en yüksek ortalama kişi başı prim ödemesi 3,400 Dolar İsviçre'de kaydedilmiştir. Dünya pazarında ABD, Japonya ve İngiltere sigorta sektörünün büyük ölçüde döndüğü ülkeler haline gelmiştir.

Türkiye'de 1980'den sonra izlenen liberal politikalarla beraber sigorta sektörünün yapısal sorunları tartışılmaya başlanmış ve 1987 yılında Sigorta Murakabe Kanunu yeniden düzenlenerek güncelleştirilmiştir (Timur, 2006). Bu sayede önceden olan sigorta sektöründeki oligopol piyasa yapısı kırılmış ve sektöre yeni oyuncuların girmesi sağlanmıştır. Dolayısıyla 1990lı yıllar Türk sigorta sektörü için dönüm noktası olmuştur. Daha sonra ise yeni sistemle birlikte kişiler ile sigorta firmalarının arasında poliçe anlaşmalarını serbestçe yapılabilmesi dolayısıyla sektörün ürün ve fiyat çeşitliliği açısından ilerlemesi sağlanmıştır. Bu dönemle birlikte özel sağlık sigorta şirket sayısı artmış ve bu artışla beraber sigortalı kişi sayısı da büyümüştür.

Sigorta sektöründe pazarlama kavramı oldukça gecikerek girmiştir. Ancak bir yandan da son zamanlarda bazı gelişmelerinde başlandığı görülmektedir. Bunun doğal sonucu olarak pazarlama ile daha önce tanışan imalat ve malların satıldığı sektörlerle kıyaslandığında pazarlama anlamında çok geri kaldığı söylenebilir. Bu durum sağlık sigortacılığı sektöründe de bu şekilde gerçekleşmiştir, bu alanda profesyonel pazarlama çoğu zaman yerine getirilememektedir.

Özel sağlık sigorta sektörünün, pazarlama alında başka sektörlerde gelişip başarıyla uygulanmış yöntemleri, teknikleri, yaklaşımları ve çözümleri uygulanmasından sağlayacağı faydaları vardır. Örneğin müşteri odaklı çalışmak ve hizmet sunmak bu yararların başında gelmektedir. Özel sağlık sektöründeki şirketlerin ve acentelerin müşteriye sunacakları hizmet paketini, müşterinin sigorta ihtiyaçlarına ve sağlık hizmeti alışkanlıklarına göre hazırlamış olmaları müşteri odaklı bir yaklaşımı gösterecektir. Dolayısıyla temelde bu sektör için özel olmayan pazarlamaya ait bazı kuralların acenteler tarafından uygulanması piyasanın gelişmesinde büyük değer taşımaktadır.

Ancak bir yandan da sağlık alanına özgü, sağlık poliçesinin pazarlaması elbette bir kıyafet ya da yiyecek pazarlanmasından farklı dinamiklere sahip olacaktır. Sağlık sigortacılığının kendine has özellikleri elbette pazarlama kurallarını da etkiler. Öncelikle, sağlık sigortasının diğer ürünlerden ayıran en büyük özelliği kişilerin sağlıklarıyla ilgili oluşabilecek risklere karşı geleceğe yönelik bir hizmet olması ve gelecekte oluşabilecek bir ihtiyacı gidermek için satın alınmasıdır. Burada sigorta sektörü genel anlamda geleceği yönelik teminat vermesi ve satış yapması ile farklılaşırken, sağlık sigortacılığında bir de sağlık konusunun olması farklılık yaratmaktadır.

Çağdaş pazarlama anlayışında ister mal ister bir hizmet olsun istenilen hedef kitleye ait sorunların çözümlenmesidir. Bu çözümlere ulaşmadan önce müşterinin sorunları, ihtiyaçları ve isteklerinin firmalar tarafından keşfedilmiş olması gerekir. Sağlık sigortasında firmaların, hedef sigortalının gelecekteki muhtemel risk türünü ve seviyelerini belirlemek ve buna uygun olarak bir pazarlama programı geliştirmektir. Burada ise yine sağlık sigortacılığına özgü, müşteriye güven hissenin verilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. İnsanlar sağlıkları ile ilgili olan sorunlarını ya da gelecek kaygılarını güven duydukları firmalarla paylaşmak isteyecektir. Ancak günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelere baktığımızda maalesef sektör tam da bu anlamda işlememektedir. Kişiler güven duyabilecekleri firma seçiminden çok bütçelerine uygun sigortayı seçmede titiz davranmakta dolayısıyla da firmalar fiyata yönelik pazarlama stratejileri geliştirmektedir.

Tüm bunlardan dolayı sigorta sektörünün hangi dalında olursa olsun kişilerin ihtiyaçlarının tatmini ile kar elde edebilmek önemli hale gelmektedir.

Hizmet sektöründeki pazarlama ilkelere ile mal sektöründeki pazarlama ilkeleri ortak özellikler taşısa da temel bazı farklılıkları da barındırırlar. Öncelikle hizmetlerin

genişlemesi, hizmet sektöründeki pazarlama gelişmelerinden çok ekonominin ve yaşam standartlarının yükselişine bağlıdır. Hizmet sektörünün daha sonra oluşması bu alanda fiziksel malları pazarlanmasına göre daha geç bir gelişim yaşamıştır.

Hizmetlerin kendine özgü özelliklerinden kaynaklanan farklılıklar olsa da yine de temel yaklaşımlar aynıdır ve pazarlanmanın uygulanacağı her alanda satış, pazarlama, dağıtım, tutundurma ve reklam gibi konularda karar vermek ve çözümler üretmek gerekir. Hizmetlerin elde dokunulamayan bir yapısı olması, hizmetleri satın alan kişilerden ayrılamaması, türdeş olmaması ve depolanamaması gibi özellikleri farklılaşmaktadır. Bu farklılıklar özellikle fiyatlandırmanın zor ve karmaşık olmasına, tanıtımının ve sergilenmesinin geç olmasına neden olabilmektedir.

Sağlık sigortacılığında ürünün üretilmesi ve pazarlanması aynı zamanda yapılmaktadır; poliçenin önceden hazırlanıp sonra müşteriye satılması genel olarak mümkün değildir (Bazı standart sağlık poliçe paketleri hariç). Her müşteri ile ayrı ayrı görüşüp, kişinin sağlık durumuna, ihtiyaçlarına göre en uygun poliçenin düzenlenmesi gerekir.

Sağlık sigorta hizmetlerinin sahip oldukları özellikleri nedeniyle, hizmet pazarının belirlenmesi, hizmetin planlanıp geliştirilmesi, dağıtım kanallarının seçimi, fiyatlama ve satış çabaları malların pazarlanmasından ayrıcalıklar gösterir ve farklı sorunlar ortaya çıkar. Özel sağlık sigortasında sigorta-sigortacı ilişkisi bir mal satışında satış elemanı ile alıcı arasındaki ilişkiye göre daha kişiseldir, daha çok banka hizmetlerindeki ilişkiye benzer. Konu teknik ve karmaşık olduğu için müşteri karşıdaki sigortacıya bir anlamda kendini teslim etme ihtiyacı duyar. Dolayısıyla özel sağlık sigortasında karşılıklı güvenin sağlanması oldukça önemlidir.

Özel sağlık sigortacılığında geleceğe dönük bir işlem yapılır. Kişiler eğer mevcut durumda ciddi sağlık problemlerine sahip değil ise yarını düşünmek yerine bugünü düşünmeye eğilimli olabilir ve sigortacının bu engeli aşması gerekir. Sigorta işlemlerinde bu farklılıklar göz önüne alınarak bir pazarlama karması geliştirilmeye çalışılır.

Özel sağlık sigortacılığında müşteri ile olan ilişki bireysel ve kurumsal olmak üzere iki yolla kurulabilir. Bireysel sağlık sigorta hizmetinde bireyler kendi talepleri ile sigortalanmayı isterken kurumsal sigortada çalıştığı şirket aracılığıyla sigorta hizmeti satın alır. Bireysel ya da kurumsal müşterilerin satın alma nedenleri, satın alma davranışları,

ihtiyaçları, satın alma için izleyecekleri yol ve yöntemler farlılık gösterecektir. Bununla beraber bireysel alınan risk ile kurumsal alınan risk farklı olacaktır (Timur, 2006).

3.4.1.1. Ürün

Özel sağlık sigortacılığında ürünler; temelde kurumsal ve bireysel ihtiyaçlara yönelik olarak ikiye ayrılmaktadır. Ancak her ne kadar bu ayrım yapılsa da her iki başlık içerisinde de ayrımlar olduğu görülmektedir. Firmaya yönelik bir ürün, firmanın büyüklüğüne göre değişebilmektedir. Benzer şekilde bir bireysel sağlık sigortası, bireyin ihtiyaçlarına ve beklentilerine çeşitlilik göstermektedir. Çeşitlilik, dinamik yapıdaki piyasaya uyum sağlanması adına olması gerekmektedir.

Sigorta şirketlerinin ürün bazında çeşitliliğe gidebilmeleri için araştırma&geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerine daha fazla bütçe ayırmaları gerekmektedir. Bu araştırma geliştirme faaliyetlerinin planlı ve etkin bir şekilde gerçekleşebilmesi için gerekli departmanların kurulması ve yeteri bütçenin ayrılması gerekmektedir. Ürün geliştirmede sektöre ait istatistiklerin kullanılması, dünyadaki sigorta piyasasının takip edilmesi ve gelişmelerin izlenmesi önemli bir hal almaktadır. Bu amaçla özellikle sigortacılığın gelişimi için ülke bazında düzenli olarak verinin saklanması ve firmaların kullanımına sunulması gerekmektedir. Ürün çeşitliliğinin artması kuşkusuz ki tüketim talebini olumlu yönde etkileyecektir. Türkiye'de 1990'lı yıllarda sigorta piyasasına giren Şark Sigorta ve Halk Yaşam Sigorta gibi firmaların ürün çeşitliliği zayıf iken zamanla müşteri ihtiyaçlarının anlaşılması ile ürün çeşitliliği artmıştır. Hatta bir çok firmada araştırma geliştirme bölümleri kurulmuştur. Bu bölümler beklenen işlevselliğe sahip olmasa da pazar araştırmaları üstlenerek ürünlerin gelişimine katkısı olmuştur (Güngör, 2007).

Sağlık sigortacılığında ürün geliştirmede, yurtiçi piyasanın yanı sıra gelişmiş ülkelerdeki piyasaların da yakından incelenmesi ve gerekli analizler yapılarak sektöre katkısı sağlanmalıdır. Özel sağlık sigortacılığında oldukça ileride olan ABD gibi ülkelerde ürün çeşitliliği çok fazladır. Bu ürünlerin incelenmesi sektörün gelişmesinde faydalı olacaktır.

Sağlık sigorta ürünlerinde göz ardı edilen bir nokta olan poliçenin görünüşü ve içeriği de üzerinde durulması gereken bir husustur. Poliçeler içerik olarak eksiksiz, müşterinin isteğini ve ihtiyacını kapsar halde olması gerekir. Bunun yanı sıra poliçenin görünüm olarak da kaliteli olması fark yaratacaktır. Bir sigorta tüketicisi açısından, hasar durumu

kadar, somut anlamda elde edilen tek nesnenin poliçe kâğıdı olduğu düşünülürse poliçenin kaliteli ve özenli olması, tasarımının profesyonel olması da gerekli olacaktır.

Sigorta tüketicilerinin en çok şikâyette oldukları konu kendilerine bilgilendirmenin eksik yapıldığı ya da hiç yapılmadığıdır. Genelde olan durum, tüketiciye okuması için belgeler verilmektedir ancak bu belgelerde ne yazıldığı ve ne koşullarda geçerli olduğu açıklanmamaktadır. Bu bilgilendirmenin ürün satışı sırasında yapılmış olması gerekmektedir. Ya da Yapı Kredi Sigorta gibi bazı firmaların yaptığı gibi ilk belli bir ay tüketiciye primlerini geri alarak sigortasını iptal etme şansı verilebilir. Böylece tüketici bu süre içerisinde poliçeyi incelemekte ve değerlendirmektedir.

Türkiye'de her ne kadar sağlık sigortacılığı sadece fiyata dayalı olarak yürütülse de son yıllarda ürün çeşitliliği ile müşterileri yakalamaya çalışan firma sayısı artmaktadır. Özellikle esnek ürünlerin üzerinde durulması ile limitli, limitsiz, muafiyetli, muafiyetsiz, katılım oranı %10-%25 olabilen yani ihtiyaca yönelik ürünler ortaya çıkarılmaya başlanmıştır. Ancak halen bu ürünlerin tanıtımı ve müşteriye ulaştırılması konusunda çalışmaların yapılması gereklidir. Bunun yanı sıra, özel sağlık sigortasını pahalı bulun, üniversite öğrencisi ya da bekar çalışan kesime yönelik yaş sınırı konularak potansiyel müşterilere ulaşılabilecek ürünler üzerine de çalışmalar yapılmaktadır (Sigorta Gazetesi, 2008).

Tüm sigorta ürünlerinin gelir esnekliği oldukça yüksektir. Bundan dolayı sigorta sektörünün dünyadaki gelişimine baktığımız zaman genel ekonominin büyümesinden daha fazla bir büyüme gösterdiği görülür. Örneğin Avrupa'da 2008 yılında ortalama büyüme %3,6 iken sağlık sektörü %5,6 büyüyerek genel ekonomik büyüme oranının üzerinde bir gelişme göstermiştir.

Gelir seviyesi düşük kişiler, doğal olarak gelecekte oluşabilecek risklere karşı bir ürün alma eğiliminde olmamaktadır. Ayrıca genel olarak gelir seviyesi düşük kişilerin sigorta altına alabileceği varlıkları daha az olmaktadır. Bundan dolayı da sigorta gelir esnekliği yüksek bir ürün haline gelmektedir. Ancak burada sağlık sigorta ürünleri farklı bir yere sahip olabilir. Sağlığın güvence altına alınması geliri düşük kişiler tarafından da düşünülen bir durumdur. Burada geliri düşük kişi eğer sosyal güvencesi varsa kamudan faydalanma yoluna gidebilmektedir. Ancak bu tarz potansiyel müşteriye yönelik hazırlanabilecek daha az kapsamlı ve ödemesi daha kolay poliçelerle cazip hale getirilebilir. Türkiye'de ise gelir

seviyesinin düşük olması ve gelir dağılımının eşitsiz olması sigorta sektörünün gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sigorta satın alımı çoğu zaman lüks bir davranış olarak görülebilmektedir. Kişiler arabalarını sigorta yaptırmada tereddüt etmezken özel sağlık sigortası yaptırmada çekimser kalabilmektedir. Kişilerin öncelik sıralarında sigorta çok gerilerde geldiği gibi özel sağlık sigortaları mal sigortalarının da gerisinden gelmektedir. Eğitim oranının daha yüksek olduğu, sağlık konularında daha hassas davranan gelişmiş ülkelerde özel sağlık sigorta ürününün satın alınması daha bilinç bir şekilde yapılabilmektedir. (Güngör, 2007).

Sigortanın gelir esnekliği ekonometrik analizlere dayanan S eğrisi ile açıklandığında; talebin gelir esnekliğinin sabit olmadığı görülmüştür (Enz, 2000). S eğrisi, gelirin çok yüksek ya da çok düşük seviyelerinde talebin gelir esnekliğinin bire eşit olduğunu, orta gelir seviyesinde ise esnekliğin iki ya da fazla olduğunu göstermiştir. Rudolf (2000) çalışmasında Avrupa ülkelerine ait hayat ve hayat dışı sigorta pazarına olan talebi incelediğinde, talebin GSYİH ile yüksek oranda ilişkili olduğun bulmuştur. S eğrisi analizi sonucunda beklenildiği üzere gelişmiş ülkelerdeki sigorta ürünlerine olan talep daha yüksek oranda çıkmıştır. Ancak Türkiye'nin de içerisinde olan gelişmekte olan ülkelerde bu oran düşük olsa da talepteki artışın oransal olarak giderek arttığı ve bunun en temel nedenlerinin toplumun yaş dağılım yapısının ve sosyal güvenlik sistemindeki aksaklıklar olduğu görüşmüştür (Enz, 2000).

Gelir seviyesindeki dengesizlik ve düşük gelirin giderek artması gibi temel sorunların aşılmadığı sürece sağlık sigorta ürünlerine olan talebin ciddi anlamda bir yükselişe geçebileceği beklenilmemektedir. Sağlık sigortası ürünlerine olan talebin artması, ülke içerisinde uygulanacak ekonomik ve sosyal kararlara bağlı olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık sigortası ürünlerinin çeşitliliğinin fazla olması ve talebin daha yüksek olması, elbette ki ülkenin gelir düzeyinin yüksek olmasına bağlıdır.

3.4.1.2. Fiyat

Pazarlama karması için halen önemini koruya fiyat özel sağlık sigortacılığında da önemini korumaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde fiyat, özel sağlık sigortası ürünlerine olan talebi etkileyen en önemli unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde sigorta şirketlerinin, gereken düzeyde istatistikî veriye sahip olmaması, doğru risk analizlerinin yapılmaması, riskli müşterilerin farklılaştırılmaması ve maliyet kavramının

dikkate alınmayarak sadece yüksek sayıda poliçe satarak kar elde etme düşüncesi gibi nedenlerden dolayı fiyatlandırma sürecinde ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Şirketler özellikle serbest tarife sistemine geçildikten sonra uzun vadede planlanmayan fiyat indirimlerine gitmişlerdir ve bu durum şirketlerin mali dengelerinin bozulmasına neden olmuştur. Dolayısıyla sigorta şirketleri ne pahasına olursa olsun poliçe satabilmek ya da piyasada varlığını sürdürmek gibi kısa vadeli hedeflere yönelmiştir (Güngör, 2007).

Özel sağlık sigorta şirketlerinin sektörde nasıl bir pozisyona gelmek istediklerini, maliyetlerini, hedef müşteri kitlesini ve rakiplerini göz önüne alarak ve tüm bu verilerin sürekli değişim içerisinde olduğunu kavrayarak analitik bir fiyatlandırma çalışmasında bulunması gerekmektedir. Fiyatlandırma dinamik bir süreç olduğu için sürekli koşulların değerlendirilmesi ve uzun vadede planlar yapılarak etkilerin öngörülmesi gerekmektedir. Bu planlar müşteri gözünde daha istikrarlı ve güvenilir olmayı da sağlayacaktır.

Tablo 7. Sigorta Şirketlerinin Dallar İtibariyle Teknik Karları

Hayat Dışı Sigorta Teknik Karları				**Bin TL**	
	Yangın	**Nakliyat**	**Kaza**	**Makine-Montaj**	**Sağlık**
1990	103	66	171	13	-
1991	137	106	287	21	4
1992	260	185	615	50	24
1993	482	316	1.416	111	54
1994	898	678	1.778	270	135
1995	1.535	1.655	2.478	482	421
1996	3.344	2.960	1.312	1.115	923
1997	5.892	5.671	-360	2.608	2.328
1998	14.284	10.228	-6.821	5.771	4.005
1999	28.585	11.586	5.094	8.103	8.478
2000	44.675	20.079	91.034	14.353	22.964
2001	21.447	30.318	84.925	18.289	26.829
2002	58.112	47.451	86.712	18.318	51.506
2003	43.168	61.193	-67.120	22.871	26.977
2004	88.601	68.047	47.104	34.208	40.330
2005	123.999	76.666	-186.797	31.445	-33.437
2006	105.473	84.150	-194.087	34.695	-16.616
2007	67.996	84.420	94.602	45.518	6.441

Kaynak: (T.C. Hazine Müsteşarlığı, 2008).

Tablo 7'de T.C. Hazine Bakanlığı Sigortacılık İstatistiklerinden alınan, dallara göre teknik karlar yıllara göre verilmiştir. Tabloya göre sağlık sigorta sektörü 1991 yılından itibaren kar etmeye başlamıştır. 2000 yılında bir önceki seneye göre oldukça yüksek bir karlılık gösteren sektör 2003 yılında kar miktarında düşüş yaşamıştır 2005 ve 2006 yıllarında ise sektör zarar etmiştir. Bu durum firmaların fiyatlandırma ve müşteri talebine göre değişimleri yakalaması gerektiğine işaret etmektedir.

Türk sigortacılık sektöründe halen fiyata dayalı bir rekabetin devam etmesi hem sektörün gelişmesini engellemekte hem de ürün çeşitliliğinin ve kalitesinin gelişimine olumsuz katkıda bulunmaktadır. Fiyat kuşkusuz ki rekabet içi vazgeçilmez bir pazarlama karmasıdır ancak sadece fiyat üründen rekabetin yürütülmesi sektördeki oyunculara zarar verecektir.1990 yılı öncesinde sabit tarife güvencesi altındaki sigorta şirketleri, zorunlu sigortaların getirilmesi ile fiyat bazlı güçlü bir rekabete girmişlerdir. Sağlık sigorta şirketlerinden Güneş Sigorta Sağlık ve Hayat Sigortaları Grup Müdürü Elvan Atalay bu durumu şu şekilde özetlemiştir: "Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, Avrupa sağlık poliçe biçiminin Türk insanına ve hastane yapısına uyarlanması ve fiyatlandırılmasıyla başlamıştır. Avrupa'daki Ar-Ge araştırmaları sonucunda Türkiye'deki sektöre bilgi akışı olmuştur. Ancak sonraki dönemde sağlık sigortası satma yetkisi alan birçok sigorta şirketi artık başlangıç noktasından uzaklaşmaya başladı. Belli bir standardı ve etiği tutturma amacının yerini satış kaygılı çalışma biçimi aldı". Sağlık sigortacılığında hedeflerini tutturmuş firmaların yanı sıra yıl sonu hedefini tutturamamış firmaların varlığı yılın son aylarında kuralsız, aktüaryasız ve plansız bir fiyatlandırmaya gitmesi söz konusu olabiliyor (Sigorta Gazetesi, 2008). Kasko, sağlık gibi bazı dallarda fiyata dalı rekabetin artması, piyasaya giren yeni oyuncuların agresif bir pazarlama yöntemini tercih etmeleri ve mevcut piyasalarında kendilerini korumaları için fiyatları olduğundan fazla düşürmesi zamanla teknik karların düşmesine neden olmuştur. Ancak fiyatlardaki bu düşüş beklenildiği gibi talepte bir artışı da getirmemiştir. Sigorta sektörü büyüse de fiyatlardaki bu düşüşler karlılığın büyümesini sağlayamamıştır (Güngör, 2007).

Özel sağlık sigortacılığı özel sağlık hizmet veren kuruluşlar ilişki içerisinde bulunmaktadır. Özellikle özel sağlık hastanelerinin artması sigortacılık sektörünün de gelişmesini etkilemiştir. Ancak özellikle çok pahalı özel hastanelerde maliyetlerin çok yüksek olmasından dolayı sigorta şirketlerinin rekabetten dolayı poliçelerde riske dayalı fiyatlandırma yapamamalarına neden olabilmektedir. Bu durumda özellikle 2005-2006

senelerinde maliyetlerin yüksek, fiyatların ise düşük kalarak firmaların aynı fiyattan poliçe satmalarına neden olmuştur.

Görülen şu ki sadece fiyat üzerinden yapılan bir rekabet sektörün gelişimine katkıda bulunmamaktadır. Sigorta şirketlerinin fiyatın yanı sıra, ürün çeşitliliği ve ürün kalitesi gibi konularda da rekabete girip daha iyi hizmet vermeyi amaçlamalıdır. Sigorta sektörünün gelişebilmesi için bu rekabet ortamının hazırlanması gerekmektedir.

3.4.1.3. Dağıtım / Yer

Dağıtım, ürün ya da hizmetin tüketicilere ulaştırmada geçen tüm süreci kapsayan, daha çok satın alma faaliyetinin olacağı yerleri hedeflendiği, ürünün rafta görünümü, hizmetin sunumunu içeren bir pazarlama bileşenidir (Koç, 2008). Bu anlamda dağıtım reklam ve markaya yapılan diğer yatırımlarla birlikte önem verilmesi gereken bir süreçtir. İyi bir ürünün, reklam ve tanıtımını en güzel bir şekilde yaptıktan sonra, müşterilerin bu ürüne ulaşamaması aslında dağıtım öncesi çabanın boşa gitmesine neden olabilmektedir. Bu yüzden dağıtım ve dağıtım yerlerinin planı, tüm bu süreçlerle birlikte planlanması gerekir ve bu durum potansiyel müşterilere ulaşmada önemlidir.

Dağıtımdaki temel amaç tüketiciye uygunluk ve rahatlık sağlamaktır. Dağıtım bileşeni farklı dağıtım alanlarının analizi, uygun dağıtım kanallarının belirlenmesi, dağıtım merkezlerinin oluşturulması ve stok takibi gibi bir çok kararları içerir. (Koç, 2008). Bir hizmet olan özel sağlık sigortacılığında bu kararların bazıları farklılaşsa da temelde prensipler aynıdır. Özel sağlık sigortacılığı açısından, dağıtım kanallarının; etkinlik ve maliyet gibi unsurlar göz önüne alınarak çeşitlendirilmesi önemlidir. Bu alanda ürün çeşitliliğinin artması ve rekabetin hızlanması sonucunda sigorta şirketlerinin, daha verimli olabilmek için değişik dağıtım kanallarıyla etkin bir şekilde müşterilere sunabilmelidir (Güngör, 2007).

Türkiye'de sigorta şirketlerinin en büyük satış kanalı acentelerdir. 2007 verilerine göre, sigorta ürünlerinin satışında acentelerin ağırlığı %65 iken, doğrudan satış ofislerinin %10,5, bankaların %16 ve brokerlerin ağırlığı %8,5'dir. Acentelerin Türkiye bölgelerin dağılımına bakıldığı zaman Marmara Bölgesi ağırlıklı olduğu görülmektedir. Ege Bölgesi ve İç Anadolu Bölgesi, acentelerin büyük orana sahip olduğu diğer bölgelerdir. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, acenteciliğin sigorta şirketleri için olan önemine dayanarak, bu kanalın geliştirilmesi için hukuksal ve sektörel çalışmalar yürütmektedir

(Sigorta Acenteleri Birliği, 2008). 2007 sigortacılık verilerine göre, Türkiye'de özel sağlık sigortalarının satışının %43'ü acenteler aracılığıyla, %25'i direk satış ofisleriyle, %10'u ise ve kalan %22'si ise brokerlerle gerçekleşmektedir (T.C. Hazine Bakanlığı Sigorta İstatistikleri, 2008). Görüldüğü üzere acente kanalı özel sağlık sigortacılığı için önemli bir yer tutmaktadır.

3.4.1.4. Tutundurma

Tutundurma kavramı, ürün/hizmet ile hedef kitle arasındaki tüm iletişim süreçlerini içeren bir kavramdır. Tutundurma, müşteri ile iletişimin nasıl kurulacağı, reklam için hangi televizyon kanallarının belirleneceği, hangi dergilerde reklam verileceği, reklam ve tüm iletişim mesajlarının nasıl belirleneceği, promosyon ve kampanyaların nasıl seçileceği gibi bir çok planı içeren bir süreçtir. Hedef kitle ile doğru iletişimin yapılması her türlü ürün ya da hizmet için oldukça önemlidir. Halkla ilişkiler, reklam ve kişisel satış tutundurma stratejilerinin önemli ayaklarını oluşturur (Koç,2008).

Halkla ilişkiler, sıkça karıştırılan müşteri ilişkileri pazarlama iletişimi yöntemlerinden biri olup bir işletme ve onun ürünleri/hizmetleri hakkında çeşitli mecralarda olumlu haber çıkmasını sağlama, medyanın takip edilerek oluşabilecek olumsuz haberler için strateji geliştirme ve medya şirketleriyle iletişim içerisinde olma ve işletme ile ilgili olumlu mesaj geliştirmeyi kapsar. Sosyal sorumluluk projeleri, firmaların medyada olumlu haber çıkmasını sağlama da etkin yöntemlerden biridir. Bu sayede şirketin ismi olumlu bir haber ile müşterilere iletilmiş olur (Koç, 2008).

Tutundurma, daha inandırıcı ve samimi bir iletişime olanak sağladığı için özel sağlık sigortası firmaları daha önemli bir hale gelmektedir. Özel sağlık sigortaları hakkında, hedef kitleye yönelik iletişimin kurulması ve sigorta firmalarına olan güvenin artırılması ile daha sağlıklı iletişimin yolu açılmış olur (Güngör, 2007).

3.4.1.5. Reklam

Özel sağlık sigortacılığı güven üzerine kurulu bir sektör olmasından dolayı çok daha geniş kitlelere ulaşabilmesi için en önemli araçların başında reklam gelmektedir. Reklam harcamalarının oldukça yüksek olduğu ve reklamların genel olarak yaratıcı olduğu bankacılık sektörüne nazaran ülkemizde sigortacılık sektörünün reklam bütçesi oldukça düşüktür. Son zamanlarda düşük bütçelerle daha geniş kitlelere ulaşmayı sağlayan internet

reklamcılığı sigortacılık sektöründe önemli bir yer almıştır. İnternet reklamcılığında küçük acenteler ya da büyük sigorta firmaları müşterilerine iletmek istedikleri mesajları iletebilmektedir. İnternet alanı az reklam bütçelerine sahip firmalar için büyük bir avantaj haline gelmiştir. Ancak halen satın alma davranışı ve marka imajı üzerinde televizyonun etkisi b kadar etkin iken televizyon reklamcılığının da ihmal edilmemesi bir gerçektir.

Türkiye'de Sigorta Şirketleri ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esaslarına İlişkin Yönetmelik sigorta şirketlerinin ürünleri, ilanları ve reklamları hakkındaki düzenlemeleri içermektedir. Bu yönetmeliğe göre sigorta şirketleri yayınlanacak reklamları öncesinde Hazine Müsteşarlığı'na göndermeleri gerekli kılınmıştır (TSRŞB, 2007).

Özel sağlık sigorta firmalarının reklam bütçelerini artırmaları hem ürün ve firmaların tanıtımı hem de sigortacılık hakkında bireylerin bilinçlenmesi açısından önemlidir. Halen sigortacılık sektörünü kaza sigortasından ibaret olarak sayan büyük bir kesim bulunmaktadır. Özellikle Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan kişiler sağlık sigorta ürünleri hakkında hiçbir bilgiye sahip değildir. Bundan dolayı reklam ve tanıtım bu sektördeki ürünlerin daha çok kişiye ulaşması için destek verilmesi gereken bir yoldur. Hem şirketlerin sektörde aldıkları pay açısından hem de sigorta sektörünün ekonomiden aldığı pay açısından reklam çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Sağlık sigorta sektörünün başlangıç yılı 1991 yılı olarak alındığında uzun süre firmaların reklam yatırımı yapmadığı görülmektedir. Son yıllarda sigortacılığın çeşitli dallarında reklam harcamaları yapılmakta ve bu harcamalar firmaların kazançlarına artı olarak geri dönmektedir. Bunun yanı sıra, sektörde önemli bir yeri ola Sigortacı gazetesi, ulusal bir kanalda "Sigortacı" adı altında yayınlanan programda, sektöre ilişkin yeni gelişmeleri, bireylerin daha çok bilinçlenmesi için bilgiler aktarılmaktadır (Sigortacı Gazetesi, 2009). Bu programların yaygınlaşması sektörün tanıtımı için önemli bir etkendir.

Sigortacılık sektörünün gelişimi ve tüketici tarafından algılanışı değiştirmek için TSRŞB tarafından bilgilendirici bir reklam kampanyası yürütülmeye başlanmıştır. Bu reklam kampanyası, 2008 yılında Nielsen firması tarafından Türkiye genelinde yapılan "Sigorta Tutum ve Tutum Davranışı Araştırması"ndan elde edilen bulgular ve iç görüler doğrultusunda hazırlanmıştır. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, insanların kendi hayatlarından bir parça bulacakları, kendilerini görecekleri ve sahip oldukları şeylere ulaşırken ödedikleri bedelleri sorgulayacakları bu iletişimle, "Neyim var ki sigortalatayım"

diyen insanlara, sahip olduklarının değerini ve onları kaybetmenin bedellerinin ne kadar ağır olduğunu hatırlatan, aynı zamanda da geleceğe daha güvenle bakabilmek için sigortalı olmanın önemini vurgulayan bir kampanya benimsemiştir (TSRŞB, 2009).

3.4.1.6. Pazarlama İletişimi ve Özel Sağlık Sigortası

Pazarlama iletişimi, tüketici davranışlarından önemli ölçüde yararlanan bir diğer pazarlama alt disiplinlerinden birisidir. Dolayısıyla, pazarlama iletişimi tutundurma, halkla ilişkiler, reklam gibi diğer pazarlama unsurlarıyla doğrudan ilişkilidir. Bunun yanı sıra, ürünün/hizmetin sunumu, ambalajı gibi özellikleri de pazarlama iletişimi dahilinde marka ile hedef kitle arasındaki iletişimi sağlamak açısından önemlidir. Pazarlama iletişimi genel anlamda ürün ya da hizmet hakkında bilgi vermeyi içerir. Ürünün/hizmetin piyasaya girişi, neden satıl alınması gerektiği, varlığı, özellikleri, nereden satın alınabileceği gibi konularda bilgi verilir. Özetle, pazarlama iletişimi insanların ilgili firmanın ürününü almaya yönelik ana bir hedef taşır. Dolayısıyla reklam filminin yaratıcılığı ve markaya olan katkısı yanı sıra, reklamın satışa ne kadar etki yaptığı ve sadık müşteri yaratmada ne kadar etkili olduğu araştırmaları yapılmaktadır (Koç, 2008). Bu araştırmalar bir yandan da doğru iletişimi bulabilmenin aşamalarını da oluşturur.

İletişim yollarının hızla arttığı ve bir konu hakkında bilgi edinmenin yaygınlaştığı günümüzde, pazarlama iletişiminin çok çeşitli kanallarını kullanması gerekmektedir. Türkiye'de sigortacılık sektörü halen hedef kitleye ulaşmada ve bu kitle ile sıkı bir iletişim kurmada oldukça geri durumda olduğu göz önüne alınırsa, bu alanda iletişimin yapılması önem kazanmaktadır. Bunun öneminin farkında olan TSRŞB, 2008 yılında Türkiye'de bir ilki yaparak sigorta alanında tutum ve davranış araştırmasını Nielsen pazar araştırması firmasına yaptırdıktan sonra; bu araştırmanın sonuçlarından hareketle bilgilendirici reklam kampanyasını Mayıs 2009 tarihinde televizyonda gösterime sunmuştur (TSRŞB, 2009). "Sigortasız bir yaşamın bedelinin farkında mısın" sloganıyla yola çıkıla kampanyanın ilk reklamı "bedeller" teması altında, kişilerin sigorta bilincinin geliştirilmesini hedeflemektedir.

3.5. Tüketici Davranışı Açısından Özel Sağlık Sigortası

3.5.1. Tüketici Algısı ve Özel Sağlık Sigortası

Algılama, insanların beş duyusu ile çevresini anlamaya çalışma sürecidir. İnsanlar beş duyusunu da alıcı olarak kullanır ve çevresinde olup biteni kavramaya çalışır. Bu nedenle, tüketiciler bir ürün ya da hizmeti alırken, ürüne dokunmak, onu koklamak ve hissetmek isterler. Firmalar ne kadar reklama para yatırırsa yatırsın, tüketicinin ürünü yeterince algılamasını sağlamadığı sürece bu yatırımlar satışa dönüşmemektedir. Daha fazla duyulara hitap eden ürünleri algılamaya çalışmak ve bunun sonucunda davranış ve tutum geliştirmedeki amaç algılamadaki riski azaltma istemidir. Bunun altında ise tüketicinin negatif sonuçlar yaşamama isteği yatar. Dolayısıyla, algılama isteği bir tür sigortalama oluşturur (Koç, 2008).

Algılamanın Hosftede'nin yaptığı çalışmaya dayanarak; kültürlere göre değişmesi söz konusudur. Örneğin Çin gibi Asya ülkelerinde algılama riski çok düşükken, Türkiye'de algılama riski oldukça yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla Türk tüketiciler aldıkları ürüne dokunmak, onu koklamak ve hissetmek istemektedir.

Türkiye'de özel sağlık sigortasının tüketici algısı ile ilgili yapılmış çalışma yok denecek kadar az sayıda bulunmaktadır. Tüketici davranışı daha çok sektördeki firmaların tutundurma çalışmalarında öngördükleri bazı noktaları içermektedir. Bu konuda Erdoğan'ın yapmış olduğu "İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetlerine Karşı Tutum" adlı çalışmasında kısmen bilgi bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasını yaptırma nedenleri eğitim durumuna göre eğilimi tablo 6'da verilmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre, sigorta poliçesi yaptırmama nedeni olarak yararına inanmama ve sigortaya güvenmeme nedenleri çıkarken ekonomik olarak pahalı bulma üçüncü sırada önemli çıkmıştır. Ancak bu sonuçlar tüketicilerin tüm özel sigortalara karşı olan tutumlarına dair bulgular içermektedir.

Tablo 8. Türkiye'de Eğitim Durumlarına Göre Sigorta Poliçesi Almama Nedenleri

Sigorta Poliçesi Almama Nedeni	İlköğretim		Lise		Yüksek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yararına İnanmama	55	19	112	20	265	17	432	18
Sigortaya Güvenmeme	43	15	124	22	302	19	469	19
Pahalı Bulma	38	13	85	15	267	17	390	16
Sigorta Edecek Varlık Yok	31	11	42	7	165	11	238	10
Sigorta Bilgisi Yokluğu	33	11	46	8	189	12	268	11
Gelirin Sürekli Olmaması	31	11	62	11	102	7	195	8
Gerekli Görmeme	32	11	47	8	169	11	248	10
Dinsel İnançlar	26	9	55	10	92	6	173	7
Toplam	289	100	573	100	1551	100	2413	100

Kaynak: (Erdoğan, 1993).

3.5.2. Motivasyon ve Özel Sağlık Sigortası

Motivasyon ve güdüler, insanları harekete geçiren, yerlerinden kalkarak bir şeyler yapmalarını sağlayan sebeplerdir. Dolayısıyla ihtiyaçların olması insanların harekete geçerek bir şeyler yapmasını sağlayan bir etkendir. Bu ihtiyaçlar fiziksel ihtiyaçlar olabileceği gibi psikolojik ihtiyaçlar da olabilir. Kısacası, davranışların anlaşılması için davranışların arkasında yatan nedenlerin anlaşılması gerekmektedir. İşte tam bu noktada, pazarlamacılar için güdüler ve motivasyonlar çok önemli bir hale gelmektedir. Tüketicinin bir ürün ya da hizmeti satın almasındaki motivasyonu ve güdüyü anlayabilmek için bu motivasyonların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Koç, 2008).

Tüketicilerin, bir ürün ya da hizmeti satın alırken birden fazla motivasyonunun olabileceği, hatta kişilere göre değişebileceği olası bir durumdur. Ancak bu motivasyonlar içerisinde en çok etkili olanı veya bunların önem sırası tespit edilebilir. Bu etkiler, ürünün prestiji, ürünün kendisi, fiyatı vs. gibi ürün ile ilgili ya da bambaşka etkiler olabilir. Elbette ki bu etkiler, bulunulan sektöre, pazara göre değişkenlik gösterecektir. Çünkü bir gıda ürününün satın alınmasını etkileyen güdüler ile bir sigorta ürününün alımını etkileyen güdülerin farklı olacağı beklenir. Ancak yapılan psikolojik araştırmalarla birlikte pazarlama araştırmalarında, güdüler bazı ana kategorilere ayrılmıştır. Bunlardan birincil güdüler, daha çok kişinin bir ürün ya da hizmeti satın alması için nedenler sunan, firmaların özellikle yeni bir ürünü pazarlarken tüketicilerine öğretmeleri gerektiği bir üründür. Örneğin;

piyasaya yeni sürülmüş bir özel sağlık sigortası ürününün ilk önce firmalar tarafından tüketicilere anlatılması ve öğretilmesi, ne işe yaradığının anlaşılması gerekmektedir. İkincil güdüler ise, birincil güdülerden sonra üzerinde durulması gereken marka satın alma ile ilgili güdülerdir. Burada ise tüketicilere markanın benimsetilmesi söz konusudur. Rasyonel ve rasyonel olmayan güdüler ise daha çok tüketicinin ürün hakkında duymak istediklerini içeren etkilerdir. Rasyonel güdülerde, tüketici ürünün faydasını, özelliğini ve ürün/hizmeti alma da akıllıca bir iş yaptığını gösteren nedenleri duymak ister. Rasyonel olmayan güdülerde ise, tüketicinin daha çok duygusal ihtiyaçlarını karşılanmasıyla ilgilidir. İyi bir ürün/hizmetin bu iki rasyonel ve rasyonel olmayan etkileri kapsaması beklenir (Koç, 2008).

Satın alma durumlarının pek çoğunda, bilinçli olmadan reflekssel olarak satın alma yapılabilmektedir. Tüketici, almayı düşündüğü marka ve ürün/hizmeti satın almayıp, satışın yapıldığı yerde farklı marka ürünlerin daha fazla dikkat çekmesi gibi nedenlerden dolayı aklında olmayan markayı ya da ürünü alabilmektedir. Dolayısıyla bilinçli olmayan güdüler, markanın ya da ünün/hizmetin neden satın alındığının farklında olmadan yapılmasını etkiler (Koç,2008).

Tüm bu güdülerin ihtiyaçlarla sıkı bir ilişki içerisindedir. Abraham Moslow'un 1943 yılında oluşturduğu hiyerarşik ihtiyaçlar modeli, her ne kadar geçerliliği konusunda eleştirilse de tüketici ihtiyaçlarını anlama da bir temel teşkil etmektedir. Maslow'un çalışmasına göre, fiziksel ihtiyaçlar; ihtiyaçlar hiyerarşisinde en alttadır ve insanlar ilk önce yemek yemek, uyumak gibi temel ihtiyaçlarını gidermek için çabalarlar. Bu ihtiyaçların karşılanmasından sonra, insanlarda en büyük istek kendilerini güvende hissetme ihtiyaçlarıdır. Bu güvenlik ihtiyaçları, yaşamlarını sürdürme istekleriyle ilgilidir. Pazarlamacılar, bir ürünü/hizmeti anlatırken, tüketicilere güven ve huzur duygusunu vermeye dikkat ederler. Örneğin bir otobüs firması, reklam afişinde otobüslerin ne kadar rahat ve güvenli olduğu üzerine durabilmektedir. Sosyal ihtiyaçlar ise, insanın sosyal bir varlık olmasıyla ilişkilendirilmektedir. Kozmetik ürünlerin kendini beğendirme, kabul görmeyle ilgili olmasından dolayı sosyal ihtiyaçlara yönelik olduğu belirtilir. Ancak bir çok ürün/hizmet sosyal ihtiyaçlara yönelik özelikler taşır. Her türlü ürün/hizmetin pazarlama iletişiminde sevme, sevilme, kabul görme ve ait olma vb. İhtiyaçların tatmini ile ilgili mesajları taşıdığı görülmektedir. Kişiler bir yandan sosyalleşmeyi, kabul görmeyi

isterken bir yandan da farklı olmayı, ayırt edilmeyi yani saygı görmeyi ister. Saygı ihtiyaçları olarak adlandırılan bu ihtiyaçlar, kişilerin aldıkları ürün ile farklı ve özel olduklarını hissetmek isterler. Örneğin bankaların "gold" ya da "premium" adı altında özel kredi kartları çıkartması buna örnek gösterilebilir. Buradan da anlaşılacağı üzere, firmalar farklı hedef kitlelerine farklı ihtiyaçlarına dayanarak ürün ya da hizmet sunabilir. Kendini geliştirme ihtiyacı da tüketicilere ait bir ihtiyaçtır. İnsanlar sürekli kendilerini geliştirme, öğrenme ve daha ileriye gidebilme isteğindedir. Bu ihtiyaç diğerlerinden farklı olarak, giderildikten sonra şiddeti azalmayıp aksine daha da artabilir. Örneğin bir sporcu kazandığı bir ödülden sonra daha yüksek bir ödülü hedefleyebilir. Tüm bu ihtiyaçlar bir hiyerarşi içerisinde açık bir şekilde verilse de, gerçekte insanlar her zaman ihtiyaçlarını bu kadar açık ve net dile getiremezler ve çoğu zaman daha karmaşık bir sistem işler (Koç,2008).

TSRŞB'nin 2008 yılında özel bir pazar araştırması firmasına yaptırmış olduğu sigorta tutum ve davranış araştırmaları sonucunda, insanların sigorta ürünü almalarında en büyük motivasyonun güven unsuru olduğu ortaya çıkmıştır. Türkiye çapında 17 ilde, yaklaşık 3.000 kişiyi kapsayan araştırma sonuçlarında, Türkiye'de kişilerin sigortacılığı "güvence ve bilinçle" birleştirdiği, sigortalı olmanın ise "geleceği güvence altına alma" olduğunu vurgulamaktadır. Yine araştırmaya göre, kişilerin sigorta almaya iten motivasyonlar arasında ekonomik nedenler ağırlık basmakta; işsizlik, ekonomik durum, enflasyon, sağlık ve deprem riskleri sıralanmaktadır (TSRŞB, 2009). Kişilerin sigorta yaptırmalarında ise sigorta şirketinin güvenirliği öne çıkmaktadır. Dolayısıyla bu ve benzeri araştırmalardan elde edilen iç görülerle sigorta sektörünün hedef kitlesine dair motivasyon unsurlarının doğru belirlenip buna göre pazarlama stratejilerinin belirlenmesi gerekmektedir.

3.5.3. İlgilenim ve Özel Sağlık Sigortası

İnsanların etrafındaki olaylar, nesneler ya da ürünler/hizmetlere olan ilgileri her zaman aynı derecede olmayabilir. Dolayısıyla ilgilenim, olayları, nesneleri veya ürünleri/hizmetleri onlara ne derece önem verildiğini ve kişilerin kendileriyle ne kadar alakalı bulduğunun göstergesidir. Pazarlamacılar, kendi ürünlerine/ hizmetlerine/ markalarına olan ilgiyi artırarak bu ilginin satışa hatta dönüştürmek ister.

Bu noktada ilgilenimin, durumsal yani geçici olması veya sürekli olması önem kazanmaktadır. Durumsal ilgilenim, örneğin tatile gitmiş bir çiftin otomobil kiralaması

iken, kalıcı ilgilenim otomobil tutkunu bir kişinin otomobil markasına olan ilgisidir. Pazarlamacılar, durumsal ilgilenim için yaratıcı, dikkat çekici reklam stratejileri belirlerken; kalıcı ilgilenim için daha çok marka bağlılığını yaratacak uzun soluklu reklam stratejileri belirlerler.

İlgilenim teorisinin temelinde, beynin sağ ve sol tarafının bilgi işleme de farklı çalıştığı yatmaktadır. Buna göre sağ ya da sol beyni ağırlıklı olarak kullanan kişilerin ilgilenimleri farklı olacaktır. Pazarlamacılar hedef kitleye yönelik araştırmalarla, potansiyel müşterilerinin beynin hangi tarafını ağırlıklı kullandıklarını anlayarak stratejiler belirleyebilir. Örneğin sol beynini ağırlıklı olarak kullanan bir kişi, sözel, kelimelere ve sembollere odaklanırken; sağ beynini ağırlıklı olarak kullanan bir kişi görsel, resimlere ve kalıplara odaklanır. Bu tür farklılıklarının ortaya çıkarılması elbette ki kişilerin ilgilenimlerini anlama ve buna yönelik pazarlama stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir araçtır (Koç, 2008).

İlgilenimin birey üzerindeki etkileri, daha çok bilgi arayışı, bilgi toplama ve bilgi işleme kapasitesi, anlama derinliği, değerlendirme ve analiz etme derecesi, duygusal uyarılma derecesi ve bilgi aktarımı ile ilgilidir. Örneğin bilgisayar almak isteyen; bilgisayarı işinde yoğun olarak kullanan bir kişinin ürün ve markalar ile ilgili yaptığı ön araştırma ile bilgisayar bilgisi az olan bir kişinin yapacağı araştırma çok farklı olacaktır. Yüksek ilgilenimi olan tüketiciler için doğru karar vermek ve doğru ürünü/hizmeti satın olmak çok önemlidir. Düşük ilgilenime sahip kişilerin ise, satın alabilecekleri ürün/hizmet yelpazesi daha geniştir ve satın alma kararından önce pek çok marka ve ürüne bakarlar. Yüksek ilgilenime sahip kişiler, daha çok bilgiye sahip oldukları için ürünlere karşı daha fazla heyecan duyarlar ve düşük ilgilenime göre etraflarına ürün/hizmet hakkında daha çok bilgi aktarımında bulunurlar. Bu anlamda pazarlamacıların, yüksek ilgilenime sahip kişilerin kolayca bilgi edinebilmelerini sağlamaları gerekmektedir (Koç,2008).

İlgilenim, yukarıdaki nedenlerden dolayı pazarlama stratejilerinin oluşturulması için büyük bir önem taşır. İlgilenimi etkileyen faktörler ise kişisel, ürün ile ilgili ve durumsal faktörler olarak sınıflandırılabilir. Kişisel faktörler, kişilerin kültür değerleri, yaşam biçimleri gibi faktörleri içerir ve pazarlama stratejisinde kişilerin ihtiyaçları, değerleri ve benlik arayışları göz önünde bulundurulmalıdır. Ürün ile ilgili faktörler ise, ürünlerin tüketiciye ifade ettiği risk derecesiyle ilgilidir. Bu anlamda risk parasal olabileceği gibi duygusal, sosyal ya da

psikolojik riskler de olabilir. Bu risk derecesi arttıkça tüketicilerin ilgisi de o ürüne karşı artar. Yine, bir ürünün hedonik (haz) değeri arttıkça ilgilenimi de artar. Tüketicilerin haz arayışı onların ürün ya da markalar üzerinde daha fazla yoğunlaşmasına neden olur (Koç,2008).

Durumsal faktörler ise satın alımın yapıldığı zamanın, yani durumun özellikleriyle ilgilidir. Örneğin tüketicinin bir arkadaşın doğum günü için alınan hediyede ki ilgilenim ile kendisi için bir ürün alacağı zamandaki ilgilenim farklı olacaktır.

Pazarlamacılar tüketicilerin ilgilenimlerini arttırmak ve canlı tutmak için bir çok yöntem kullanmaktadırlar. Tüketicilerin o ana kadar bir ürün/hizmet ya da ihtiyaç hakkındaki sahip oldukları bilgilerin yanlış olduğunu göstermek bu yöntemlerden bir tanesidir. Tüketicilere ürün/marka hakkında bildikleri dışında, farklı bilgilerin sunulması ilgilerini çekecektir. Örneğin bir deodorantın güzel koktuğu bilinen bir özelliği iken, aynı zamanda leke bırakmadığı bilgisinin sunulması ilgiyi artırabilir bir durumdur.

Tüketicilerin ilgilenimlerini artırmada; tüketicilerle olan iletişimde yaratıcılığın kullanılması, pazarlama stratejilerinde ünlülerin kullanılması ve ürün ile tüketici arasında sürekli bir ilişkinin sağlanması önemli unsurlardır (Koç, 2008).

Pazarlama bileşenleri ile ilgili stratejilerin oluşturulmasında dört temel model kullanılmaktadır: Bunlar düşük öğrenme modeli, öğren-hisset-yap hiyerarşi modeli, derinlemesine düşünme modeli ve ürüne nazaran marka ilgilenimi modelidir. Düşük ilgilenim ürünleri, genel olarak düşük risk taşıyan, pahalı olmayan ve daha sık satın alınan ürünlerdir. Örneğin bir el sabunu bu tarz ürünlere örnek verilebilecek tipik bir üründür. Bazı ürünlerin ise satın alınması derin düşünme ve ilgilenilme gerçekleşir. Öğren-hisset-yap modelinde, ev, araba gibi ürünler yüksek ilgilenim ve yüksek düşünme ile gerçekleşir. Mücevher gibi ürünlerin alımında ise duygular daha öne çıkar ve yüksek ilgilenim ve yüksek hissetme bir araya gelir. Doğal olarak sık sık satın alınan ürünler/hizmetlerin satın alımı düşük ilgilenim ve düşük düşünmeyle gerçekleşir. Benzer şekilde gazlı içecekler gibi ürünlere karşı da düşük ilgilenim söz konusudur. Bu tarz ürünlerin satın alınma süreci yap-hisset-öğren şeklinde işler ve marka sadakati yaratmak oldukça zordur (Koç,2008).

Bazı durumlarda ise tüketiciler ürün hakkında yüksek ilgilenime sahipken marka hakkında düşük bir bilgiye sahip olabilmektedir. Bu anlamda tüketiciler; marka sadakatçileri, bilgi arayıcıları, rutin marka müşterileri ve marka değiştirenler olarak ayrılmaktadır. Marka sadakatçileri hem ürün hem de marka hakkında yüksek bilgiye sahiptir ve bunlara karşı ilgilenim dereceleri yüksektir. Ancak rutin marka müşterileri ve marka değiştirenler için markaya karşı ilgilenim oldukça düşük olmaktadır.

Özel Sigortacılığın gelişiminde etkili olan bir kurum olan Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, özel sağlık sigortasına karşı ilgilenen kişilerin aşağıdaki özellikleri taşıdığını belirtmektedir.

- Belli bir düzeyde gelire sahip olma
- Devletin sağladığı sağlık hizmetinden hoşnut olmama ve mali gücü nedeniyle daha farklı ve özel bir hizmet almayı isteme
- Sorgulayıcı olma
- Gelişmiş ülkelerdeki standartlarında sağlık hizmeti almaya niyetli olma

Özel sağlık sigortasına olan ilgilinin açıklanmasında çeşitli kuruluşların birleştiği nokta genel olarak gelir seviyesinin özel sağlık sigorta primini karşılayacak düzeyde olmaması olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla satın alma gücü düşük olan kişilerin özel sağlık sigortaya karşı ilgisi en başından engellenmiş olmaktadır.

Sigorta sektörüne genel olarak bakıldığında; kişilerin ürün ve bu pazar ile ilgilenimi sigorta alt kategorilerine göre değişkenlik göstermektedir. Ancak yine de durumsal ilgilenimler önemli bir unsur olarak gözükmektedir. Örneğin, sağlık sorunu olan kişilerin özel sağlık sigortasına olan ilgisi, sağlıklı ve genç kişilerin ilgileniminden daha fazla olabilmektedir. Bu durum, TSRŞB "Sigorta tutum ve davranış araştırmasından elde edilen bulgularla da desteklenmektedir. Ancak sigorta yaptırmanın en önemli neden olarak geleceği güvence altına alma belirtildiği için, uzun dönemli ilgilenmenin de önemli yeri olduğu görülmektedir (RotaHaber, 2009).

3.5.4. Satın Alma Karar Süreci ve Özel Sağlık Sigortası

Türkiye'de özel sağlık sigortasının yaptırma nedenleri ve karar alma süreci ile ilgili literatürde yapılmış araştırma kısıtlı sayıdadır. Tiryaki'nin çalışmasında özel sağlık

sigortalı kişilerin sigorta yaptırma nedenleri ve özel sağlık sigortasından duydukları tatmin düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla, Ankara'da özel sağlık sigortalı kişiler arasından seçilen 348 sigortalı kişiye anket uygulanmıştır. Bulgulara göre, özel sağlık sigortası yaptırmış kişilerin neredeyse tamamı aynı zamanda bir sosyal güvenlik sistemine bağlı çıkmıştır. Özel sağlık sigorta yaptırma nedenleri arasında en önemli neden olarak sosyal güvenlik sistemine karşı duyulan tatminsizlik ve güvensizlik çıkmıştır. Özel sağlık sigortası alma kararına etkileyen faktörler ise sırasıyla; kaliteli sağlık hizmeti alma isteği, hastalık riskine karşı önceden önlem alma, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetini karşılayabilme, bağlı olunan sosyal güvenlik kuruluşlarına güvenmeme ve kamu hastanelerinde sunulan hizmetlere güvenmeme olarak belirlenmiştir. Özel sağlık sigortasını yakınlarına önerme ile ilgili sorulan soruya ise %90 oranında önerirdim seçeneği çıkmıştır. Dolayısıyla özel sağlık sigortasından duydukları tatmin düzeyi yüksek çıkmıştır.

TSRŞB'nin 2008 yılında yaptırmış olduğu araştırmaya göre ise; kişilerin sigorta yattırma nedenleri arasında en önemli vurgu "gelir" ve "güven" üzerine yapılmıştır. Bu araştırmaya göre; geliri düşük kişiler paraları oldukları zaman sigorta yaptırmak isteyebileceklerini belirtirken, geliri orta ve yüksek seviyede olanlar sigorta yaptırmada geleceklerini güvence altına alma ve sahip oldukları önemli şeyleri garanti altına ama duygusunun yattığını belirtmiştir (TSRŞB, 2009).

BÖLÜM IV

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ MEVCUT VE POTANSİYEL MÜŞTERİLER TARAFINDAN ALGILANIŞI

Bu bölümde, literatür taramasından elde edilen bilgiler ışığında özel sağlık sigortasına toplumun bakış açısını araştırmak için uygulanan araştırma ve sonuçları hakkında bilgi verilecektir. Sırasıyla, araştırmanın amacı, araştırmanın metodu, anakütle ve örneklem seçimi ve araştırmanın kısıtları anlatılacaktır.

4.1. Giriş

Sağlık alanında gerçekleşen teknolojik gelişmeler, insan ömrünün ve ülke nüfusların artması gibi çeşitli nedenlerle dünyada devletlerin sağlık alanına ayırdığı bütçe giderek artmaktadır. Bu artışla birlikte sağlık alanındaki hizmetlerde devletin varlığı yanında özel sağlık firmalarının da varlığı giderek artmakta; bu durumla ilişkili olarak özel sağlık sektörünün gelişimi gerçekleşmektedir. Bu gelişim ABD gibi sağlık alanında kamunun ağırlığının çok düşük olduğu ülkelerde çok hızlı bir şekilde olurken, Avrupa ülkelerinde kamunun ağırlığıyla paralel olarak daha yavaş bir hızla olmaktadır. Ancak sonuçta özel sağlık sektörünün dünyada 2009 yılında %31 oranında büyüyeceği öngörülmektedir (Datamonitor, Global HPI, 2008).

Hızlı bir şekilde büyüyen özel sektörün gelişimi, Türkiye'de 1990 yıllarında bu alanın özel sektöre tamamen açılması ve yapılan kanun değişiklikleri ile desteklenmesi ile başlamıştır. Ancak 1997 yılında toplam 40 sigorta şirketi sağlık alanında iken, 2005 yılında bu rakam 30 firmaya düşmüştür (Sağlık Analizi Raporu, 2005). Özel sağlık sektörünün gelişimi Türkiye'de halen tam olarak sağlanmamıştır. OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ortalamada %8,8 iken, Türkiye'de bu rakam %7,7'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise OECD ülkeleri için ortalama 2,550 USD iken Türkiye'de sadece 580 USD'dir. Türkiye'de sağlık sektörünün bu durumu, son zamanlarda gündemde de olan çok başlı ve ağır, sorunlu işleyen sosyal güvenlik sisteminin tek çatıda toplanması ve sosyal güvenlik

sisteminin tam anlamıyla işlemesini sağlama yönünde çalışmaları ortaya çıkarmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Sektörüne Bakış, 2007).

Kamu sağlık sigortasında bu problemleri yaşayan tüketiciler, daha iyi bir sağlık hizmeti alabilmek, doktor ve hastane seçimlerinde daha özgür olabilmek için özel sağlık sigortasına yönelebilmektedir. Türkiye'de özel sağlık sigortalar gelişmiş ülkelerin aksine bireysel olarak değil çoğunlukla kurumsal olarak yapılmaktadır. Tüketicilerin özel sağlık sigortacılığını tercih etmelerindeki nedenleri araştıran Çiftçi'nin (2004) ve Güngör'ün (2007) yapmış olduğu çalışmalar dışında kapsamlı ve tüketicilerin özel sağlık sigortasına bakış açısını inceleyen bir araştırma 2008 yılına kadar bulunmamaktaydı.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Birliği, bu eksiklikten hareketle 2008 yılında 17 ilde 3.000 kişi ile görüşülerek "Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması"nı gerçekleştirmiştir. Uluslararası bir pazar araştırma firması olan Nielsen firması tarafından gerçekleştirilen araştırma sonuçları 14 Nisan 2009 yılında bir basın bülteni ile açıklanmıştır. Tüm sigorta sektörüne ait bulguların elde edildiği araştırma, Türkiye'de sigorta bilincinin belirlenmesi ve yapılacak çalışmalar ile bu bilincin gelişerek insanların sigortaya olan güveninin tazelenmesiyle ilgili bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonuçları bir sosyolog ve bir de ekonomist olan iki önemli araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Bu araştırma, aynı zamanda sigorta algısının bölgesel ve il bazında nasıl olduğunu da ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçlarının önemli maddelerinden biri Türk insanının özelliklerinden birinin kaderci olması olarak açıklanmıştır. Kişilerin gelecekle ilgili endişeleri de sırasıyla; ekonomik durum, işsizlik, enflasyon, sağlık ve deprem riskleri gelmektedir. Bu anlamda ilk vazgeçilen sigorta bireysel emeklilik ve hayat sigortasıdır (Rotahaber, 2009).

Araştırma sonuçlarına göre, sigorta "güvence ve garanti" ile özleştirilen bir kavram olarak tanımlanmaktadır ve sigortalı olmanın "geleceği güvence altına alacağı" düşünülmektedir. Araştırma aynı zamanda sektörde bulunan firmalar için yol gösterici bulgular içermektedir. Sigorta şirketlerine güvenip güvenilmedi sorusuna katılımcılar "fikrim yok" olarak yanıtlasa da, sigortalıların sigorta hakkındaki görüşleri genel olarak olumlu çıkmıştır. Araştırma raporu aynı zamanda sigortalı olan kesimin sosyal sınıf ve ekonomik durumuyla ilgili bilgiler de içermektedir. Sigorta sahiplerinin %71'i evli ve %75'i aile bireyleriyle birlikte yaşamaktadır. Sigortalı profili üniversite mezunu, erkek ve yüksek gelir ağırlıklı

çıkmıştır. Özel sigortasına sahip kişilerin %65'ini erkekler oluşturmaktadır. Kadınlar ile 16-24 yaş arası grubun sigortalı olma oranı daha düşük olarak elde edilmiştir. Sağlık alanında ise, kadınların erkeklere göre daha çok endişeye sahip oldukları; erkeklerin daha çok ekonomik endişelere sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla, araştırmaya göre kadınlar erkeklere göre daha az kaderci ve risklere karşı daha duyarlı gözükmektedir. Sigorta bilincinin geliştirilmesi için "bilgi" ve "güven"in iki önemli anahtar kelime olduğu ise raporda yer almaktadır.

Araştırma sonucuna göre, sigorta denilince ilk olarak akla kasko sigortası gelmektedir. Ayrıca, Türkiye'de aylık geliri 1.000-1.200 TL arasında olan kişiler daha çok özel sigorta yaptırmaktadır. Halk arasında en çok bilenen sigorta ise bireysel emeklilik sigortası olarak çıkmıştır. Araştırmanın önemli bulgularından biri de en çok satılan sigortanın trafik sigortası olmaktadır ki bu durum bu sigortanın zorunlu olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Ancak en çok yaptırılması arzulanan sigorta sorusuna özel sağlık sigortası yanıtı verilmiştir. Sigorta şirketini seçerken en çok dikkat edilen unsur ise markanın ve şirketin güvenirliği öne çıkmaktadır (TSRŞB, 2009). Özetle, bu araştırma doğrudan özel sağlık sigortası ile ilgili olmasa da Türkiye'de sigortaya olan bakış açısını toplum düzeyinde anlamak adına önem taşımaktadır.

Araştırmanın amacı, Türkiye'de özel sağlık sigortasının toplum tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkarmaktır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle konu ile ilgili olarak Türkiye'de kamu sağlık sistemi ve özel sağlık sigortasına ait pazarlama bileşenleri incelenmiştir (Güngör, 2007 ve Sigorta Gazetesi, 2008). Literatürde özellikle Enz'in 2000 yılında Türkiye'de özel sağlık sigortasının problemleri ile ilgili yaptığı araştırmada, kişilerin özel sağlık sigortasını daha çok ciddi bir rahatsızlıkları olduğu zaman yaptırma eğiliminde olduğu, ancak daha çok özel sağlık sigortasının firmaların çalışanlarına iş verirken sundukları bir avantaj olarak görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca Rudolf'un Avrupa ülkelerinde yaptığı araştırmada gelir ile özel sağlık sigortası yaptırma eğiliminin yüksek korelasyonlu olduğu ve gelir arttıkça kişilerin özel sağlık sigortası yaptırma eğiliminde olduğu elde edilmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında özel sağlık sigortacılığının bireyler tarafından gelir, pazarlama, fiyat, iletişim, reklam gibi farklı açılardan algılandığı dolayısıyla yapılacak araştırmanın bu noktaları içermesi gerektiğine karar verilmiştir.

Birçok alanda araştırmalar temelde iki yönteme göre oluşturulmaktadır; birincisi tümevarım (inductive) iken ikinci yöntem tümdengelim (deductive) yöntemidir (Urban Research, 2004). Tümdengelimde, araştırmacı genel bir kuramdan hareketle elde ettiği veriler doğrultusunda kurmuş olduğu hipotezi çeşitli yöntemlerle analiz eder ve hipotezin doğrulanması ya da reddedilmesini amaçlar. Aşağıda gösterildiği üzere daha genel bir çerçeveden detaya doğru bir akış izlenir. Tümevarımda ise spesifik gözlemlerden yola çıkarak genele ve teoriye ulaşmak amaçlanır. Belirli ölçümler ve gözlemlerle araştırmaya başlanır, araştırma için kurallar ve çerçeve oluşturulur, inceleme için geçici hipotezler kurulur ve sonunda genel sonuçlar çıkarılarak teoriye ulaşılır (Trochim, 2006).

Tümdengelim:

Theory ⟶ Hipotez ⟶ Gözlem(veri toplama) ⟶ Doğrulama

Tümevarım:

Gözlem ⟶ Bulgu/Çerçeve ⟶ Geçici Hipotez ⟶ Teori

Bu iki yöntem araştırmanın amacına göre seçilmesi önemlidir. Uygulamada hukuka dayalı argümanların araştırılmasında ya da kurallar ve kabul edilen ilkelerin araştırılmasında genelde tümdengelim yöntemi kullanılmaktadır. Sosyoloji, tıp/sağlık araştırmaları ve diğer birçok sosyal bilimler ve tıp bilimleri alanında ise gözlem değerlerinden hareketle tümevarım yöntemi sıklıkla kullanılmaktadır.

Bazı araştırmalarda kurulan hipotez ve öne atılan argümanlar için "ne kadar", "ne zaman gerçekleşti?" "kim gerçekleşti?" gibi soruları ararken, bazı araştırmacılar ise "neden" ve "nasıl" soruların cevaplarını arar. Buradaki temel fark, ilk yaklaşımdaki amaç olan bir durumu ya da olguyu destekleyici ve doğrulayıcı bilgiler elde etmek iken, ikinci yaklaşımda bu durum ya da olgunun nedenlerini araştırarak var olan bilginin üstüne bilgi eklemektir (Mcneil ve Chapman, 2005). Bu anlamda Keşifsel Araştırma (Exploratory research), yeterince bilginin olmadığı ya da tam olarak anlaşılmamış bir konuda bilgi toplama ve önemli noktaları keşfetme olarak tanımlanmaktadır. Özellikle bilinmeyen ya da anlaşılmamış bir konuda, önemli ipuçlarının ve genel davranışların elde edilmesi amacıyla sıkça kullanılır. Keşifsel araştırmanın, tanımlayıcı araştırmadan (Descriptive research) temel farkı araştırma tasarımından kaynaklanmaktadır. Keşifsel araştırmada araştırma

tasarımı, tanımlayıcı araştırmaya göre daha az esnek ve kalıplaşmış bir şekilde olmaktadır. Keşifsel araştırmada daha esnek bir format olması, özellikle daha önce çalışılmamış yeni bir konu üzerinde araştırma yapılırken büyük avantajlar sunmaktadır. Bu denenle, bu araştırmada özel sağlık sigortasına olan bakışın ve tutumun tam olarak bilinmediği ve bu konuda genel bilgilerin eksik olduğu bu alanda keşifsel bir araştırma yöntemine başvurulması tercih edilmiştir.

4.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, özel sağlık sigortasının toplum tarafından nasıl algılandığını ortaya çıkarmaktır. Bu amaçla aşağıdaki alt hipotezler geliştirilmiştir:

- Özel sağlık sigortası olan ve olmayanların özel sağlık sigortasına karşı tutumlarının belirlenmesi
- Bu iki grup arasındaki tutum farklılıklarının ortaya konulması

Bu anlamda örneklem özel sağlık sigortalı olan ve özel sağlık sigortası olmayan kişiler olarak gruplanmaktadır. Buradaki amaç, özel sağlık sigortasına olan bakışın bu hizmetten yararlanan kişiler ile bu hizmetten yararlanmayan kişiler arasında farklılaşıp farklılaşmadığını ölçebilmektedir.

4.3. Araştırmanın Metodu

Sosyal araştırmalarda, genelde büyük verilere ulaşılması için oluşturulan anket formunun yüksek sayıda kişilere ulaştırılarak bu metodun sıkça uygulanması söz konusudur (Mcneill ve Chapman, 2005). Anket yöntemi açıklayıcı bilginin toplanması ya da sadece betimleyici bilgiye ulaşılması için tercih edilebilir. Sosyal bilimciler, anket yönteminin avantajlarını şu şekilde belirtmektedirler; anket yöntemi çalışmanın başında sistemli bir planın çıkarılmasına olanak verir, deneklere anketin ulaştırılması kontrollü olacağı için daha sağlıklı veri toplanmasını sağlar ve zamandan tasarruf sağlar (Mcneill ve Chapman, 2005). Bu avantajlar göz önünde bulundurularak, araştırma metodunda anket yöntemi seçilerek birinci elden veri toplama tercih edilmiştir. Bu amaçla hazırlanan anket formu iki hedef kitle olan özel sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar için ayrı ayrı tasarlanmıştır. Anket formunun hazırlanmasında, kişilerin tutumlarını ölçmede literatürde sıkça kullanılan “Likert Ölçeği” kullanılmıştır. Kullanılan beşli likert ölçeğinde 1: kesinlikle katılıyorum, 2: katılıyorum, 3: fikrim yok, 4: katılmıyorum, 5: kesinlikle

katılmıyorum olarak sıralanmıştır. Likert ölçeği tutum ölçmede özel olarak geliştirilmiş, ileri istatistiksel analizlerin kullanılmasına olanak veren bir ölçek olması araştırmanın amacı ile bütünlük sağlamıştır. Likert ölçeği dışında kişilerin demografik bilgileri için sorular eklenmiştir.

Sosyal bilimlerde yapılan araştırmalarda likert ölçeği tüketicilerin/bireylerin bir konu hakkında tutumları ölçmede büyük avantajlar sunmaktadır (Breweton, Paul ve Millward, Lynne, 2001). Likert ölçeği evet-hayır şıklarıyla oluşturulan dikotom ölçekli soruların aksine, tüketicinin sorulan soru üzerinde düşünerek 5'li, 7'li hatta 13'lü skalada yanıt vermesine olanak sağlamaktadır.

Konu üzerine yapılmış doğrudan ilintili bir uygulama literatürde bulunamadığından dolayı soru formundaki sorular konu üzerine yayınlanmış makale ve raporlar üzerinden oluşturulmuştur. Demografik bilgiler dışındaki sorular aşağıdaki ana başlık altında sunulmaya çalışılmıştır.

- Özel sağlık sigortacılığı hakkındaki bilgi düzeyinin ölçülmesi
- Özel sağlık sigortacılığı ile kamu sigortacılığı arasındaki ilişkinin sorgulanması
- Özel sağlık sigortalarının piyasa değerlendirilmesi (ürün, rekabet gibi konularla)
- Özel sağlık sigortaları ile kamu hizmetinin ilişkisi
- Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemindeki değişimin özel sağlık sigortası üzerine etkileri
- Özel sağlık sigortalarının etkinliğinin ortaya çıkarılması

4.4. Anakütle ve Örneklem Seçimi

Bir araştırmada araştırma sonuçlarının geçerli, güvenilir ve kullanabilir olması için verilerin toplanma yöntemi ve kaynağın özellikleri çok önemlidir (Karatay, 2007). Elbette en doğru bilginin elde edilmesi anakütlenin tamamından elde edilen sonuçlardır. Ancak araştırmalarda, tüm anakütleye ulaşmanın imkansız olması, daha çok zaman alması ve maliyetinin yüksek olmasından dolayı örneklemeye gidilerek anakütleyi temsil edecek bilginin toplanması tercih edilmektedir. Örnekleme için ise anakütleyi temsil edecek ve

çalışılan konuya ait doğru verilerin elde edilmesi için uygun örneklem yönteminin seçimi gerekmektedir.

Her araştırmada anakütleyi temsil eden bir örneklem seçilmesi esastır. Böyle bir örneklemin ise temel özellikleri aşağıdaki gibidir:

- Örneklem büyüklüğünün yeterli olması
- Örneklemin belli bir örneklem yöntemi ile seçilmesi
- Örneklemin yansız olması

Her ne kadar tüm bu özellikleri de taşısa her örneklem belli bir hatayı içerir. Ancak yapılan tüm bu sistematik çalışmalarda amaç bu örneklem hatasının en azda tutulmasıdır.

Örnekleme yöntemleri temelde "tesadüfi" ve "tesadüfi olmayan" olmak üzere ikiye ayrılır. Tesadüfi örneklem, adından da anlaşılacağı üzere örneklem seçiminde olasılık içermeyen, özellikle çok homojen anakütlelere uygun olan yöntemlerdir. Olasılıklı örneklemler ise örneklem seçiminde olasılık içeren ve kendi içerisinde "sistematik" ve "sistematik olmayan" olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tesadüfi örnekleme yöntemleri temelde aşağıdaki dört gruba ayrılmaktadır:

- Basit tesadüfi örnekleme
- Tabakalı tesadüfi örnekleme
- Küme örnekleme
- Sistematik örnekleme

Araştırmanın ulaşılması istenen anakütlenin heterojen bir yapıya sahip olmasından dolayı, örneklem yöntemi olarak tesadüfi örnekleme seçilmiştir. Aynı zamanda tabakalı ve küme örneklemesinin daha çok tüm ülke ya da daha geniş araştırmalarda örneklemin kümelere ya da coğrafi bölgeler gibi tabakalara ayrıldığı ve her bir tabakanın/kümenin anakütlede temsiliyetinin olması istendiği durumlarda tercih edilmesinden dolayı bu araştırmaya uygun bulunmamıştır (Cochran, 1997).

Basit örnekleme toplam anakütle içerisinden ulaşılabilecek örneklem sayısının araştırma öncesinden belirlenerek, tesadüfi olarak seçme şansı vererek esnek bir yöntem olmasından dolayı tercih edilmektedir. Özel sağlık sigortasının toplum tarafından algılanışı açısından değerlendirilmesi için basit tesadüfi örnekleme yöntemi tercih edilmiştir.

Araştırmanın anakütlesi olarak İstanbul ili seçilmiş olup, İstanbul ilinde özel sağlık sigortalı ve özel sağlık sigortası olmayan kişilere ulaşılması hedeflenmiştir.

4.5. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmada anakütle olarak İstanbul ilinin seçilmesi bir kısıt olarak belirlenmiştir. Seçilen örneklemde maliyet ve zaman kısıtından dolayı belirli bir sayıda tutulması benimsenmiştir. Ayrıca, tüketici algılayışı gibi konularda etkin bir yöntem olan odak grup görüşmeleri ile daha az bir tüketici grubuna ulaşılarak, derinlemesine görüşmeler yapılıp daha çok bu algının dinamiklerini ortaya çıkarabilecek bir araştırma ile desteklenebilirdi.

BÖLÜM V

ARAŞTIRMANIN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, özel sağlık sigortasına sahip olan ve sahip olmayan kişilere ait verilerin güvenirlik analizi, demografik değişkenlerin analizi, grafiksel analizler ve anket sorularının tek tek incelenmesine ait analizler ve sonuçları sunulacaktır. Bölüm devamında, iki grup sorularının karşılaştırılması ve farklılıkların ayrıntılı incelenmesi yapılacaktır.

5.1. Giriş

Bu bölümde, özel sağlık sigortasına sahip olan ve özel sağlık sigortası olmayan kişilerle yapılan anketlerden elde edilen verilerin analiz sonuçları değerlendirilmiştir. Araştırmada veriler SPSS 16 istatistiksel paket programı ile analiz edilmiştir. Uygulanan tüm istatistik testlerinde, p anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmış ve analiz sonucunda elde edilen p değeri 0,05'den küçük çıktığı durumda istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Özdamar, 2004).

5.2. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olmayan Kişilere Ait Bilgilerin Değerlendirilmesi

Özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin olduğu örneklemde toplam 156 denek ile görüşülmüştür.

5.2.1. Güvenirlik Analizi

Anket formunda kişilerin özel sağlık sigortası hakkındaki görüşlerini ve tutumlarını ölçen likert ölçekli sorular için Güvenirlik Analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizi, likert ölçekte sorulan konuya dair doğru bilgileri toplamada yeterliliğini ve farklı örneklemlerle çalışıldığında da benzer sonuçların elde edilebileceğini ölçmek için gerçekleştirilmektedir.

Tablo 9. Güvenirlik Analizi

Tüm Sorular	**Cronbach Alpha Katsayısı**	**0.72**
	Toplam Korelasyon Katsayısı	**Sorunun Çıkarılması Durumunda Cronbach Alpha Katsayısı**
S1	.307	.72
S2	**.113**	**.73**
S3	.170	.73
S4	**-.121**	**.75**
S5	**.133**	**.73**
S6	.336	.72
S7	**.001**	**.74**
S8	**-.102**	**.75**
S9	.189	.73
S10	.424	.71
S11	.245	.72
S12	**.084**	**.73**
S13	.464	.71
S14	.458	.71
S15	.409	.71
S16	.257	.72
S17	.435	.71
S18	**.114**	**.73**
S19	.404	.72
S20	.304	.72
S21	.169	.73
S22	.194	.73
S23	.256	.72
S24	.308	.72
S25	.354	.72
S26	**-.146**	**.75**
S27	.525	.71
S28	.586	.70
S29	.461	.71
S30	.358	.72

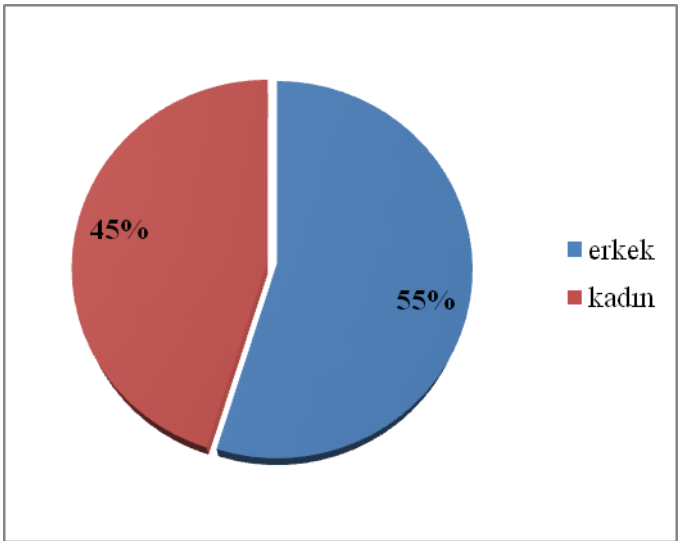
Tablo 9'da 30 soruya ait verilerin güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir. Güvenirlik analizinde sıkça kullanılan ve likert ölçekli sorular için uygun olan Cronbach Alpha

katsayısı kullanılmış ve tüm sorular için 0,72 değeri elde edilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı 0-1 arasında değişen ve 1'e yakınlaştıkça güvenirliğin arttığını ve yeteri düzeyde olduğunu gösterir (Özdamar, 2004). 0,72 değeri 1'e yakın çıkmasından dolayı, ankette sorulan soruların doğru sorular olduğunu ve yeteri düzeyde güvenilir veriler elde edildiğini göstermektedir. Güvenirlik analizi için daha ayrıntılı inceleme yapılarak, her sorunun konu ile olan ilişkisini gösteren toplam korelasyon katsayısı ve her bir soru için anketten çıkarılması durumunda Cronbach Alpha katsayısının değeri bulunmuştur. Korelasyon katsayısı düştükçe o sorunun anketteki bütünlükten uzaklaştığı ve sorunun çıkarılması durumunda güvenirlik katsayısının yükseleceğini gösterir. Bu anlamda 2, 4, 5, 7, 8, 12, 18 ve 26. Soruların korelasyon katsayılarının diğer sorulara göre düşük olduğu ve soruların anket formundan çıkarılması durumunda 0,72 katsayısından daha yüksek bir güvenirlik katsayının elde edileceği belirlenmiştir. Bu 7 soru aşağıda verilmiştir:

- Mevcut sağlık sigortamın hizmet kapsamını yetersiz buluyorum.
- Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.
- Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.
- Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında bilgim var.
- Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.
- Sosyal Güvenlik Reformu özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacaktır.
- Devlet sağlık alanında işini daha iyi yaparsa özel sağlık sigortalarına gerek kalmayacaktır.
- Devletin sosyal güvenlik sistemine güven duyuyorum.

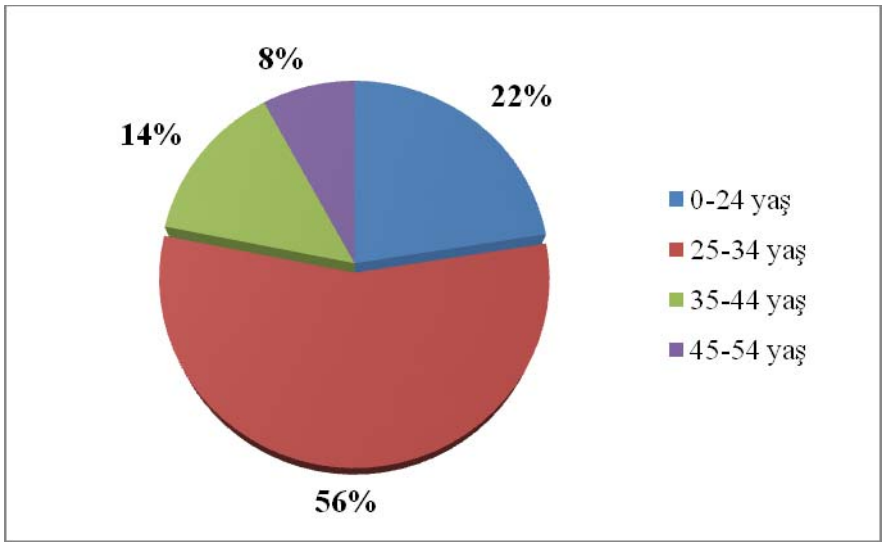
Yukarıdaki sorular incelendiğinde, özel sağlık sigortacılığıyla dolaylı olarak ilgili olan sorular olduğu anlaşılmaktadır. Soruların genel konu ile daha az ilişkili çıkmasının nedeninin bu olduğu düşünülmüştür. Ancak genel sağlık sistemi ve tamamlayıcı sigorta gibi önemli tanımlarla ilgili ve çalışmada araştırılan konuyla ilgili önemli noktaları sorgulayan sorular olmasından dolayı anket formunda bu soruların olmasında ve değerlendirilmesinde bir sakınca görülmemiştir.

5.2.2. Demografik Bulguların Değerlendirilmesi



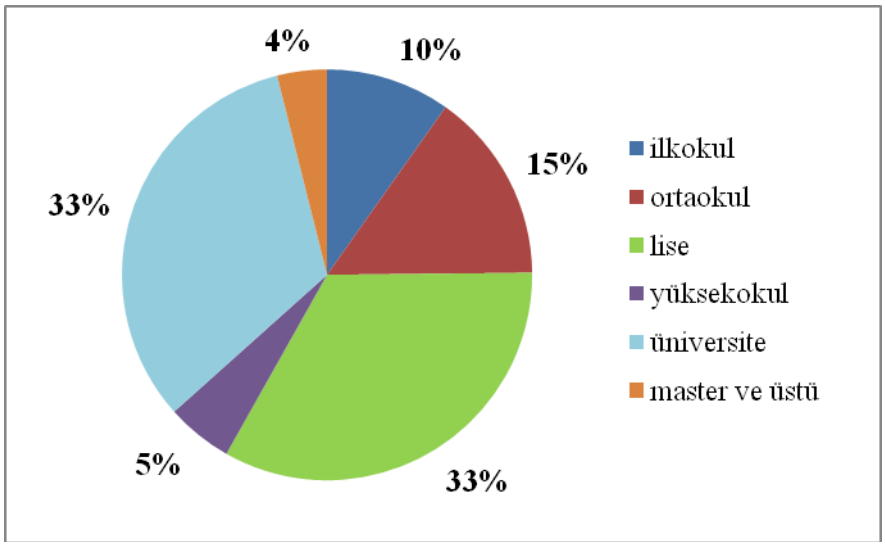
Şekil 9. Cinsiyet Dağılımı (%)

Özel sigortası olmayan kişilerin %45'ini kadınlar oluştururken, %55'ini erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Örnekleme ait cinsiyet dağılımı yaklaşık olarak eşit dağılmıştır.



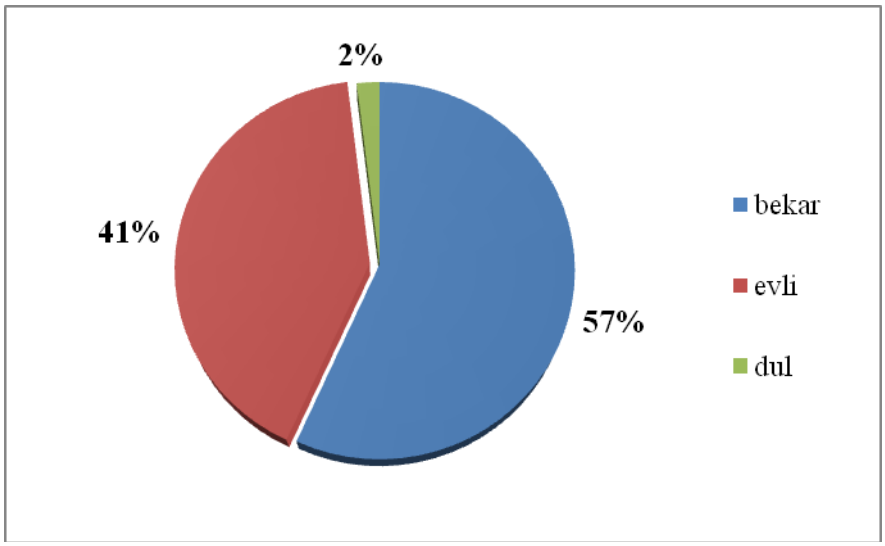
Şekil 10. Yaş Dağılımı (%)

Ankete katılanların yarıdan fazlasını oluşturan %56'sı 25-34 yaş aralığında iken, %22'si 0-24 yaş aralığında, %14'ü 35-44 yaş aralığında ve kalan %8'i de 45-54 yaş aralığındadır. Özetle ankete katılanların büyük çoğunluğu (%78) 34 yaş altındaki katılımcılardan oluşmaktadır.

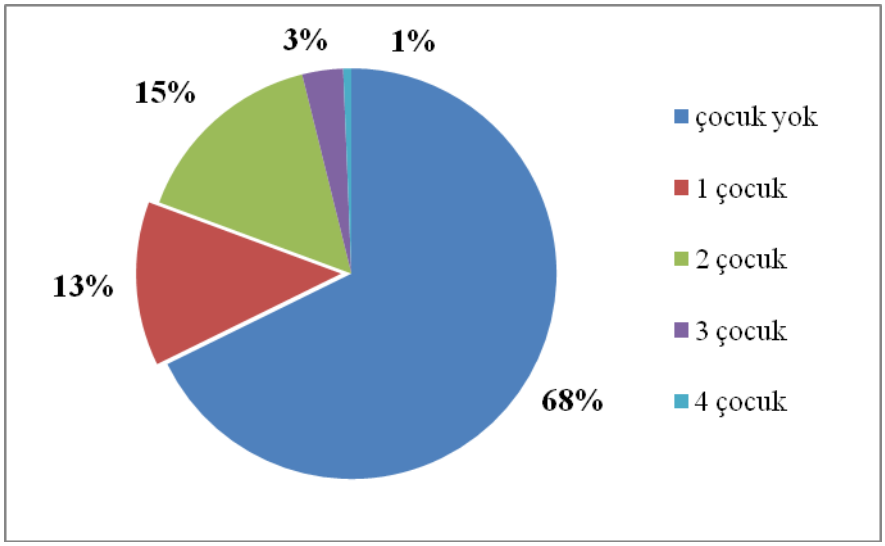


Şekil 11. Eğitim Seviyesine Göre Dağılım (%)

Ankete katılanların %33'ü lise mezunu iken, %33'ü ise üniversite mezunudur. Kalan katılımcıların ise %15'i ortaokul, %10'u ilkokul, %5'i yüksekokul ve %4'ü ise yüksek lisans ve doktora mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu ise (%66) lise ve üniversite mezunları oluşturmaktadır.



Şekil 12. Medeni Durum Dağılımı (%)



Şekil 13. Çocuk Sahibi Olan Kişilerin Dağılımı (%)

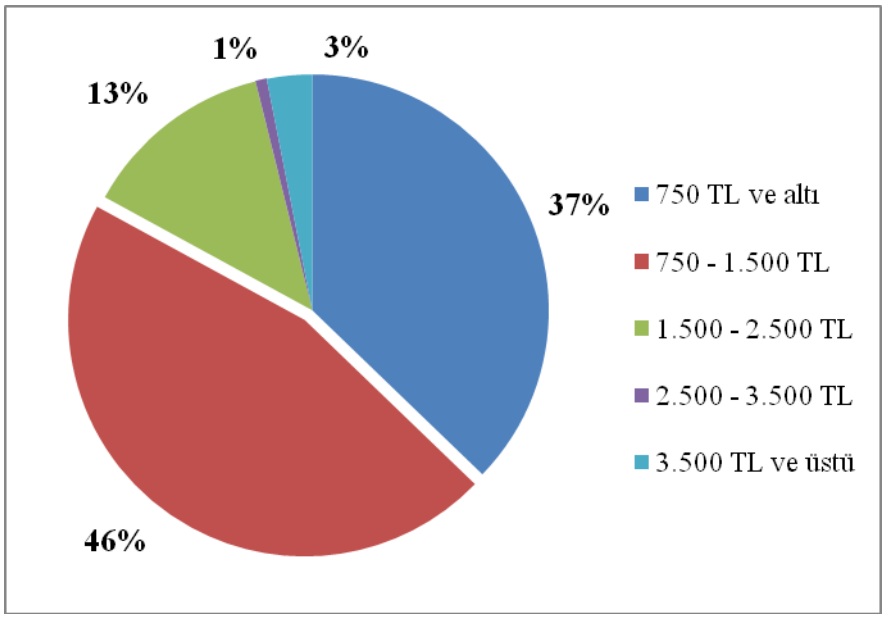
Ankete katılanların %57'si bekar iken %41'i evlidir. Evli olanların ise %68'i çocuk sahibi olmadığını, %15'i 2 çocuk sahibi olduğunu, %13'ü i ise sadece 1 çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. 3 ve daha fazla çocuk sahibi olan kişilerin oranı ise sadece %4'tür.

Tablo 10. Meslek Frekans ve Dağılım Tablosu

Meslek	Frekans (Kişi Sayısı)	Oran(%)
Mühendis	20	12.8
Muhasebe	12	7.7
Temizlik İşçisi	12	7.7
Bankacı	8	5.1
Öğrenci	8	5.1
Boş	7	4.5
İişçi	7	4.5
Kuaför	7	4.5
Memur	6	3.8
Öğretmen	5	3.2
Satış Danışmanı	5	3.2
Serbest Meslek	5	3.2
Kasiyer	4	2.6
Teknisyen	4	2.5
Asistan	3	1.9
Güvenlik Görevlisi	3	1.9
İşletmeci	3	1.9
Sekreter	3	1.9

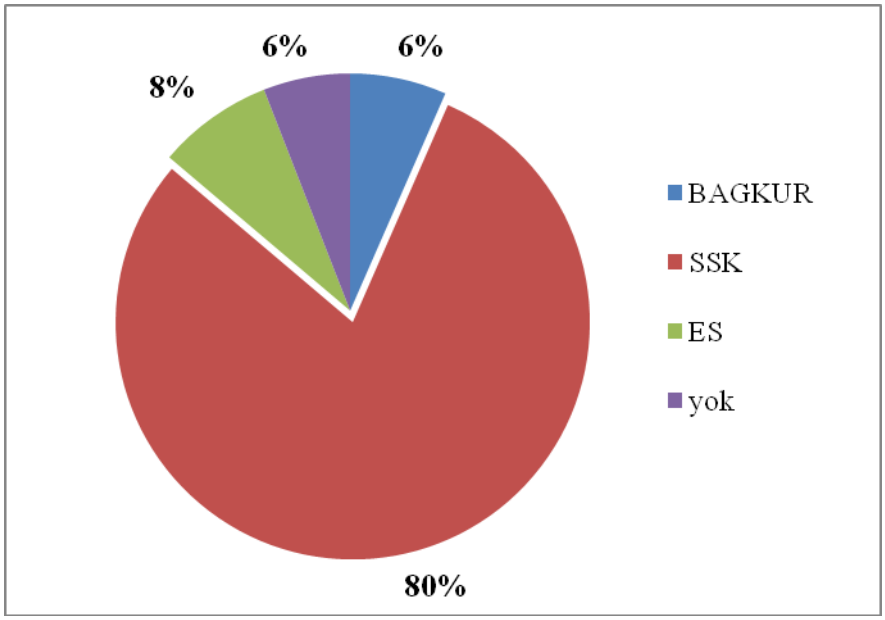
Akademisyen	2	1.3
Ev Hanımı	2	1.3
Garson	2	1.3
Laborant	2	1.3
Sağlık Memuru	2	1.3
Şef	2	1.3
Yönetici	2	1.2
Diğer	20	13
Toplam	**156**	**100**

Ankete katılanların meslekleri incelendiğinde çeşitli meslek gruplarından katılımcıların olduğu görülmektedir. Tablo 10'a göre, katılımcıların %12,8'i mühendis, %7,7'si muhasebeci, %7,7'si temizlik işçisi, %5,1'i bankacı ve %5,1'i ise öğrencidir. Kalan katılımcılar ise akademisyen, tekniker, mimar, kuaför, yönetici gibi farklı meslek gruplarından olduğunu belirtmiştir. Bu anlamda, belli meslek gruplarında yığılma olmadığı görülmektedir.



Şekil 14. Gelir Dağılımı (%)

Ankete katılanların %46'sı 750-1.500 TL arası gelire sahip olduğunu belirtirken, %37'si ise 750 TL ve altı gelire sahip olduğunu belirtmiştir. 1,500 ve üstü gelire sahip kişilerin oranı ise %17'dir. Ankete katılanların ortalama geliri 1,100 TL'dir.



Şekil 15. Sosyal Güvenlik Sistemi Dağılımı (%)

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu, %80'ini sosyal güvenlik sisteminin SSK olduğunu belirtirken, %8'i Emekli Sandığı ve %6'sı da BAĞ-KUR olduğunu belirtmiştir. Ankete katılanların sadece %6'sı bir sosyal güvencelerinin olmadığını belirtmiştir.

5.2.3. Özel Sağlık Sigortacılığıyla İlgili Tutum Sorularının Değerlendirilmesi

Tablo 11. Likert Ölçekli Sorulara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Sorular (1 Kesinlikle Katılıyorum-5 Kesinlikle Katılmıyorum)	Standart Sapma	Ortalama
21. Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiğini düşünüyorum.	1.4	4
4. Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.	1.2	3
8. Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.	1.4	3
7. Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında bilgim var.	1.0	3
26. Devletin sosyal güvenlik sistemine güven duyuyorum.	1.2	3
5. Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.	1.3	3
12. Sosyal Güvenlik Reformu özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacaktır.	1.0	3
23. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksamalar özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilemektedir.	1.0	3
9. Özel sağlık firmaları sadece kar etmeyi amaçladıkları için sağlık hizmetini yeterince veremiyorlar.	1.2	3
25. Devlete sağlık sigortası prim ödemelerinin zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.	1.3	3
11. Sosyal Güvenlik Reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünüyorum.	1.2	3
10. Özel sağlık sigortasının sağlık alanında ürün çeşitliliğini artırdığını düşünüyorum.	1.1	3
17. Ciddi bir sağlık sorunum olsaydı özel sağlık sigortası yaptırırdım.	1.4	3
24. Özel sigortacılık ile ilgili kanunların yetersiz olduğunu düşünüyorum.	.8	3
3. Sağlıkla ilgili sorumlarımda genelde özel hastaneleri tercih ediyorum.	1.3	3
6. Türkiye'de özel sağlık sigortasının, devletin sağlık hizmetlerinin eksikliklerini gidermede önemli olduğunu düşünüyorum.	1.2	3
22. Özel sağlık sigortası, daha düşük gelirli kişilerin daha kötü sağlık hizmeti almasına neden olarak sağlıkta eşitsizliğe neden olmaktadır.	1.3	2
19. Özel sağlık sigortası, gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti standartlarını yakalama şansını sunmaktadır.	1.0	2
27. Hastane ve doktor seçimden daha özgür olabilmek için özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünebilirim.	1.2	2
29. Resmi sağlık sigortalarının yetersizliğinden dolayı ilerde özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünebilirim.	1.1	2
16. Özel sağlık sigortalarını, sağlık alanında kamu dışında alternatif bir finansman olarak görüyorum.	1.0	2
2. Mevcut sağlık sigortamın hizmet kapsamını yetersiz buluyorum.	1.2	2
13. Devletin, özel sağlık sigortasını desteklemesi gerekmektedir.	1.3	2
14. Özel sağlık sigortaları sağlık alanında verimliliği artırmaktadır.	1.1	2
15. Özel sağlık sigortaları müşteri odaklı yaklaşarak fark yaratmaktadır.	1.1	2
28. Özel sağlık sigortası yaptırırsam daha kaliteli sağlık hizmeti olabileceğimi düşünüyorum.	1.2	2
30. Özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünürsem, teminatın kapsamı en önemli etken olacaktır.	1.1	2
20. Sağlık alanında hem kamunun hem de özel sektörün olması gerektiğini düşünüyorum.	1.3	2
1. Gelirim yüksek olsaydı özel sağlık sigortası yaptırırdım.	1.4	2
18. Devlet sağlık alanında işini daha iyi yaparsa özel sağlık sigortalarına gerek kalmayacaktır.	1.2	2

Tablo 11'de sorulara ait aritmetik ortalama ve standart hata değerleri büyükten küçüğe sıralı bir şekilde özetlenmiştir. Ortalama sonuçlarında 4 ve 5 değerleri olumsuz yanıtı, 1 ve 2 olumlu yatını göstermektedir. 3 yanıtı "fikrim yok" olarak yorumlanmakla birlikte 4'e yakın çıktığında olumsuz, 2 değerine yakın çıktığında ise olumlu olarak yorumlanmıştır. Buna göre, katılımcılar devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığını azaltması konusuna katılmadıklarını belirtmişlerdir. Ancak bunun yanı sıra mevcut sağlık güvencelerinin sunduğu hizmetten memnun olmadıklarını, sağlık alanının sadece kamuya ait olduğuna katılmadıklarını, devletin sosyal güvenlik sistemine güven duymadıklarını belirtmişlerdir. Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıklarını belirtirken özel sağlık sigortacılığı hakkında da yeterince bilgilendirilmediklerini düşünmektedirler. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksaklıkların ya da değişiklerin özel sağlık sigortacılığını etkilemeyeceklerini belirtmişlerdir. Özel sağlık sigortacılığının kar amaçlı hizmet verdiği için iyi hizmet sunamayacağına ise katılmamaktadırlar.

Katılımcılar devletin sağlık alanında işini iyi bir şekilde yaparsa özel sağlık sigortacılığına gerek kalmayacağını belirtmişlerdir. Ancak bunun yanı sıra "gelirim yüksek olsaydı özel sağlık sigortası yaptırırdım" ifadesine de katıldıklarını belirtmiştir. Mevcut sağlık sisteminin kapsamını yetersiz bulurlarken, özel sağlık sigortasının verimliliği artırdığını, müşteri odaklı yaklaşımın olduğunu, daha kaliteli hizmet verdiğini, resmi sağlık sigortalarının yetersizliğini kapatabileceğini, daha çağdaş standartlar sunduğunu ve özel hastane, doktor seçiminde daha özgür olmayı sağladığını düşünmektedirler. Bu düşüncelere paralel olarak devletin özel sağlık sistemini desteklemesi gerekliliğini de belirtmişlerdir. Ancak kişilerin özel sağlık sigortacılığı ile ilgili kanunlar, sigorta ürünleri ve çeşitliliği hakkında fikirlerinin olmadığı anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, özel sağlık sigortası olmayan kişiler özel sağlık sigortasına karşı genel olarak olumlu baktıkları belirtilebilir.

Bu özet bilgiler ışığında genel tablo ortaya konularak aşağıdaki ayrıntılı analizler gerçekleştirilmiştir.

5.2.4. Demografik Değişkenlere Göre Soruların İncelenmesi

Tutum ölçeği özellikle toplam değerlerin ortalamasına göre yorumlamalarda ve değerlendirmelerde kolaylık sağlayan bir ölçektir. Tüm sorulara ait değerlerin aritmetik

ortalaması alınarak SPSS 16 programında "compute" komutu ile yeni bir değişken oluşturulmuştur. Bu değişken özel sağlık sigortasına olan genel tutumu ifade eden bir değişken olup, demografik değişkenlerle olan ilişkileri verilerin normal varsayımı sağlamamalarından dolayı Ki-Kare İlişki Testi ile incelenmiştir.

Tablo 12. Tutum Ölçeği Ortalama Skorları ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Analizi

		Ki-Kare Test İstatistiği	**P değeri**
H1	Ankete katılanların cinsiyetleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	58.7	0.63
H2	Ankete katılanların eğitim seviyeleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	344.0	0.12
H3	Ankete katılanların bağlı olduğu SGK ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	206.6	0.18
H4	Ankete katılanların yaşları ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	179.7	0.67
H5	Ankete katılanların gelirleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	213.0	0.69
H6	Ankete katılanların meslekleri ile öze sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	3226.4	**0.00**
H7	Ankete katılanların ciddi bir hastalığa sahip olmaları ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	861.4	**0.00**

p<0.05

Tablo 4'de oluşturulan hipotezlerin test sonuçları incelendiğinde; katılımcıların özel sağlık sigortasına olan genel tutumları ile cinsiyetleri, eğitim seviyeleri, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumları, yaşları ve gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak ankete katılanların meslekleri ile özel sağlık sigortasına olan bakış açıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bunun anlamı, kişilerin mesleklerinin özel sağlık sigortasına olan tutumlarını etkilediğidir. Katılımcıların ciddi bir hastalığa sahip olmaları ile özel sağlık sigortasına sahip olmaları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

5.3. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olan Kişilere Ait Bilgilerin Değerlendirilmesi

Özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerin olduğu örneklemde toplam 69 denek ile görüşülmüş, ancak güvenirliği düşük ve cevaplanan soru oranı düşük olan anketler çıkarıldıktan sonra toplam 62 anket analize dahil edilmiştir.

5.3.1. Güvenirlik Analizi

Anket formunda kişilerin özel sağlık sigortası hakkındaki görüşlerini ve tutumlarını ölçen likert ölçekli sorular için güvenirlik analizi yapılmıştır.

Tablo 13. Sigortalı Kişilere ait Güvenirlik Analizi

Tüm Sorular	**Cronbach Alpha Katsayısı**	**0.74**
	Toplam Korelasyon Katsayısı	**Sorunun Çıkarılması Durumunda Cronbach Alpha Katsayısı**
S1	.319	.73
S2	.283	.73
S3	.484	.72
S4	.541	.71
S5	.506	.72
S6	.523	.72
S7	.326	.73
S8	.251	.73
S9	.600	.72
S10	**-.158**	**.76**
S11	**-.342**	**.76**
S12	.587	.71
S13	.346	.73
S14	**-.167**	**.76**
S15	**-.240**	**.76**
S16	.343	.73
S17	**-.050**	**.75**
S18	.027	.74
S19	.569	.71
S20	.558	.72
S21	.331	.73
S22	.399	.73
S23	**-.422**	**.77**
S24	.276	.73
S25	.554	.72
S26	.274	.73
S27	.301	.73
S28	**-.192**	**.76**
S29	**-.189**	**.76**

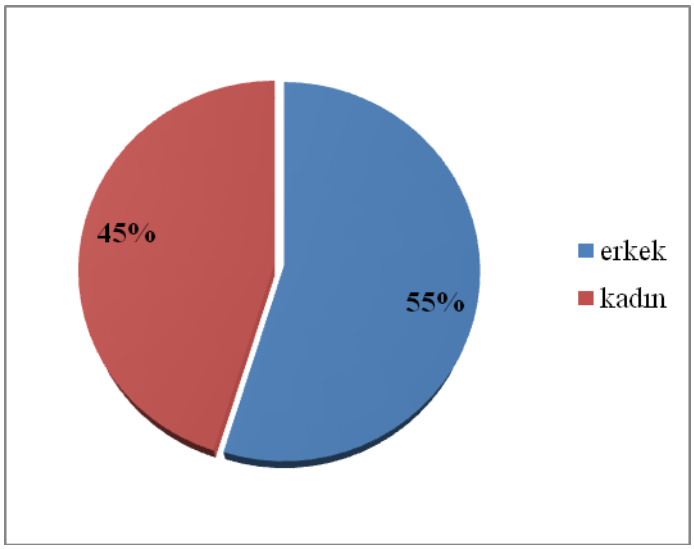
S30	.332	.73
S31	.103	.74
S32	.511	.72
S33	.437	.72
S34	.186	.74
S35	.367	.73

Tablo 13'te 35 soruya ait verilerin güvenirlik analizi sonuçları verilmiştir. Cronbach Alpha katsayısı tüm sorular için 0,74 olarak elde edilmiştir. 0,74 değeri 1'e yakın çıkmasından dolayı, ankette sorulan soruların doğru sorular olduğunu ve yeteri düzeyde güvenilir veriler elde edildiği belirtilir. Güvenirlik analizi için daha ayrıntılı inceleme yapılarak, her sorunun konu ile olan ilişkisini gösteren toplam korelasyon katsayısı ve her bir soru için anketten çıkarılması durumunda Cronbach Alpha katsayısının değeri bulunmuştur. Bu anlamda 10, 11, 14, 15, 17, 23, 28, ve 29. soruların korelasyon katsayılarının diğer sorulara göre düşük olduğu ve soruların anket formundan çıkarılması durumunda 0,74 katsayısından biraz daha yüksek bir güvenirlik katsayının elde edileceği belirlenmiştir. Bu 8 soru aşağıda verilmiştir:

- Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.
- Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.
- Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.
- Özel sağlık firmaları sadece kar etmeyi amaçladıkları için sağlık hizmetini yeterince veremiyorlar.
- Sosyal Güvenlik Reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünüyorum.
- Ciddi bir sağlık sorunum olmasaydı özel sağlık sigortası yaptırmazdım.
- Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiğini düşünüyorum.
- Özel sağlık sigortası, daha düşük gelirli kişilerin daha kötü sağlık hizmeti almasına neden olarak sağlıkta eşitsizliğe neden olmaktadır.

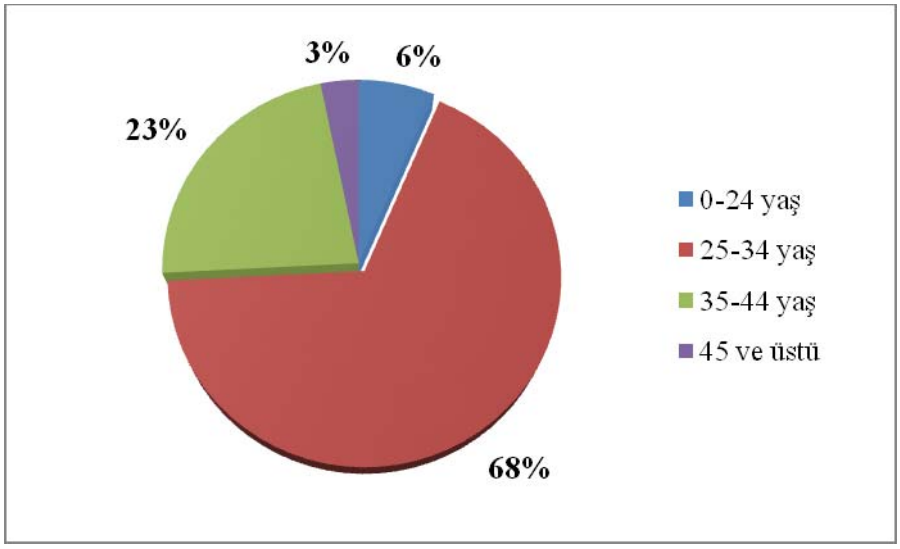
Yukarıdaki soruların çıkarılması sonucu güvenirlik katsayısı çok az artmaktadır, soruların analizde değerlendirilmesi önemli bulunduğu için sorular dahil edilerek analizler gerçekleştirilmiştir.

5.3.2. Demografik Bulguların Değerlendirilmesi



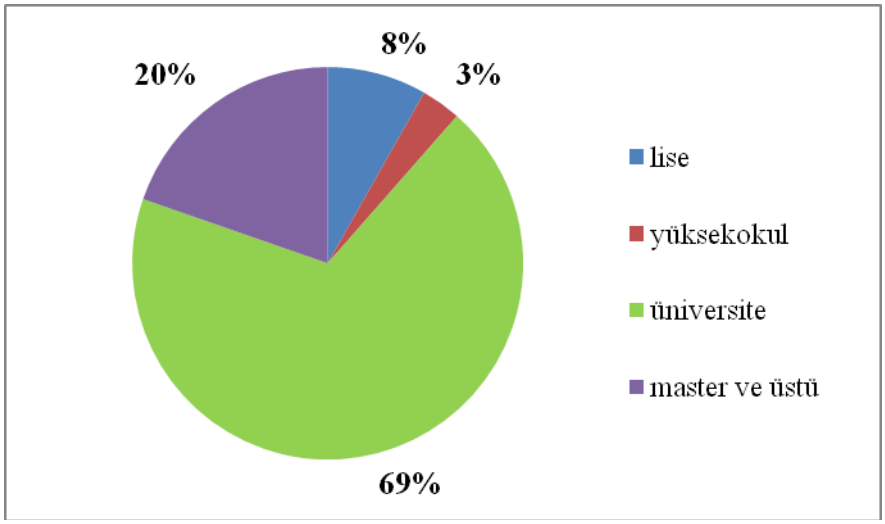
Şekil 16. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Cinsiyet Dağılımı (%)

Özel sağlık sigortası olan kişilerin %55'ini kadınlar oluştururken, %45'ini erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Örnekleme ait cinsiyet dağılımı yaklaşık olarak eşit dağılmıştır.



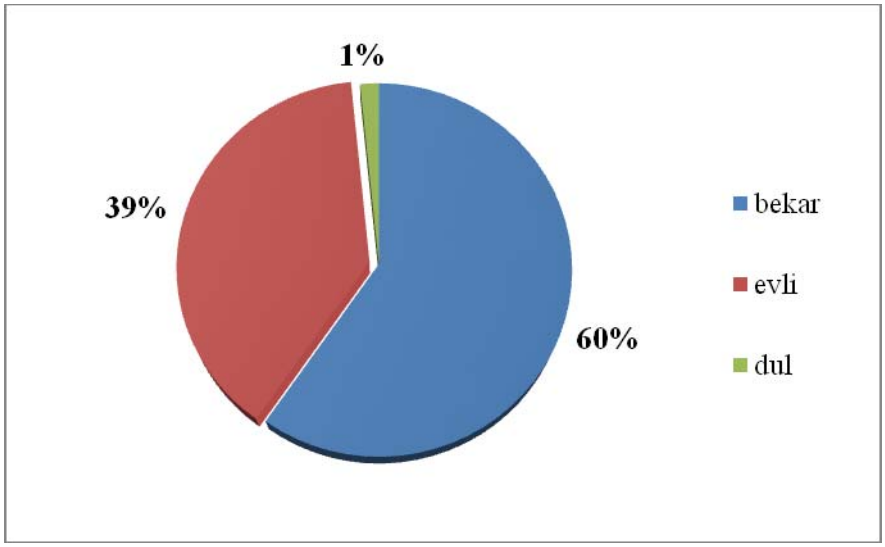
Şekil 17. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Yaş Dağılımı (%)

Ankete katılanların yarıdan fazlasını oluşturan %68'i 25-34 yaş aralığında iken, %23'ü 35-44 yaş aralığında, %6'sı 0-24 yaş aralığında ve kalan %3'i de 45 ve üstü yaş aralığındadır. Özetle ankete katılanların büyük çoğunluğu (%68) 25-34 yaş aralığındaki katılımcılar olmuştur.



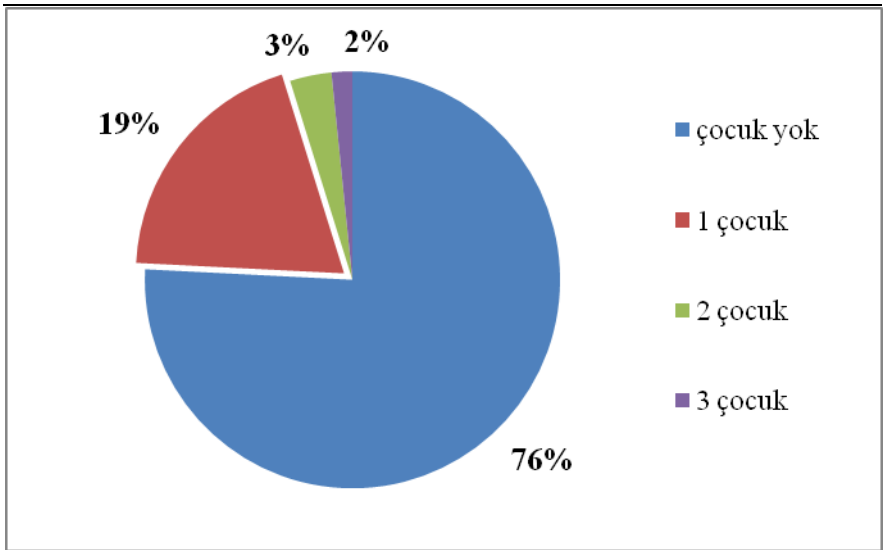
Şekil 18. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Eğitim Seviyesine Göre Dağılım (%)

Ankete katılanların %69'u üniversiteden mezun iken, %20'si ise yüksek lisans ve daha üst seviyeden mezundur. Kalan katılımcıların ise %8'i lise ve %3'ü ise yüksekokul mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu ise (%69) üniversite mezunları oluşturmaktadır.



Şekil 19. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Medeni Durum Dağılımı (%)

Özel sağlık sigortasına sahip kişilerin %60'ı bekar iken; %39'u evli olduklarını belirtmiştir.



Şekil 20. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Çocuk Sahibi Olan Kişilerin Dağılımı (%)

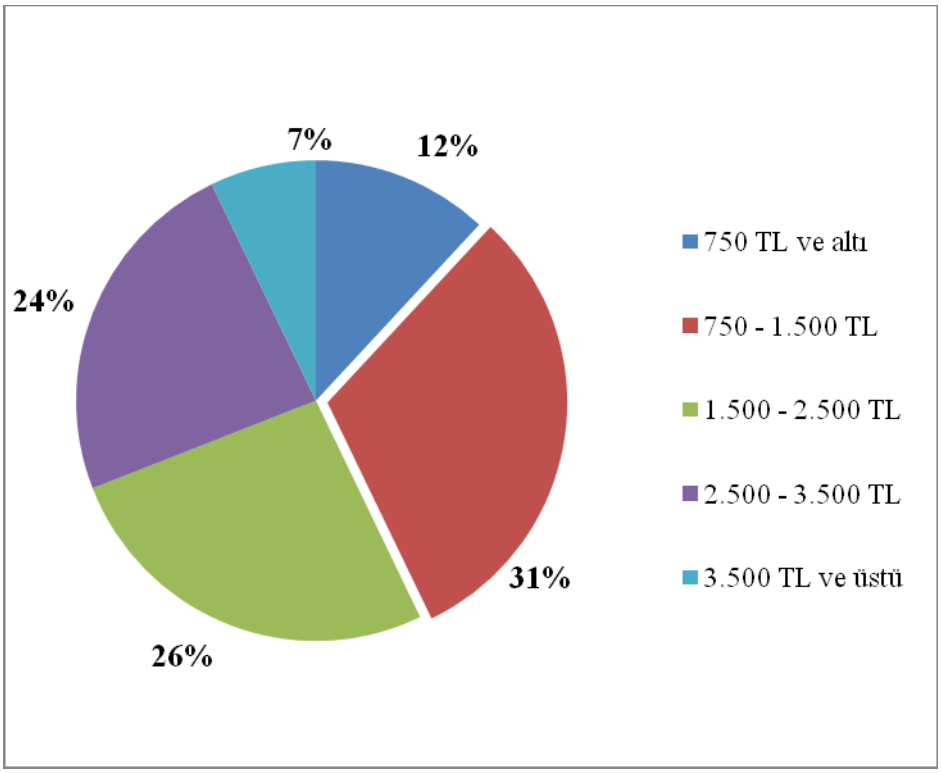
Ankete katılanlardan evli olanların ise %76'sı çocuk sahibi olmadığını, %19'u 1 çocuk sahibi olduğunu, %3'ü i ise 2 çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. 3 ve daha fazla çocuk sahibi olan kişilerin oranı ise sadece %2'dir.

Tablo 14. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Meslek Frekans ve Dağılım Tablosu

meslek	Frekans (Kişi Sayısı)	Oran(%)
Akademisyen	1	1.6
Asistan	1	1.6
Bankaci	5	8.1
Bütçe raporlama	1	1.6
Finansman memuru	5	8.1
İK uzmanı	1	1.6
İşletmeci	2	3.2
KY Temsilcisi	3	4.8
Mali müşavir	1	1.6
Muhendis	10	16.1
Pastane sahibi	1	1.6
Pazarlamaci	2	3.2
Proje sorumlusu	1	1.6
Sanayici	1	1.6
Satiş Danışmanı	16	25.8
Serbest Meslek	2	3.2
Sigortaci	1	1.6
Tekniker	2	3.2
Tıbbi mümessil	3	4.8

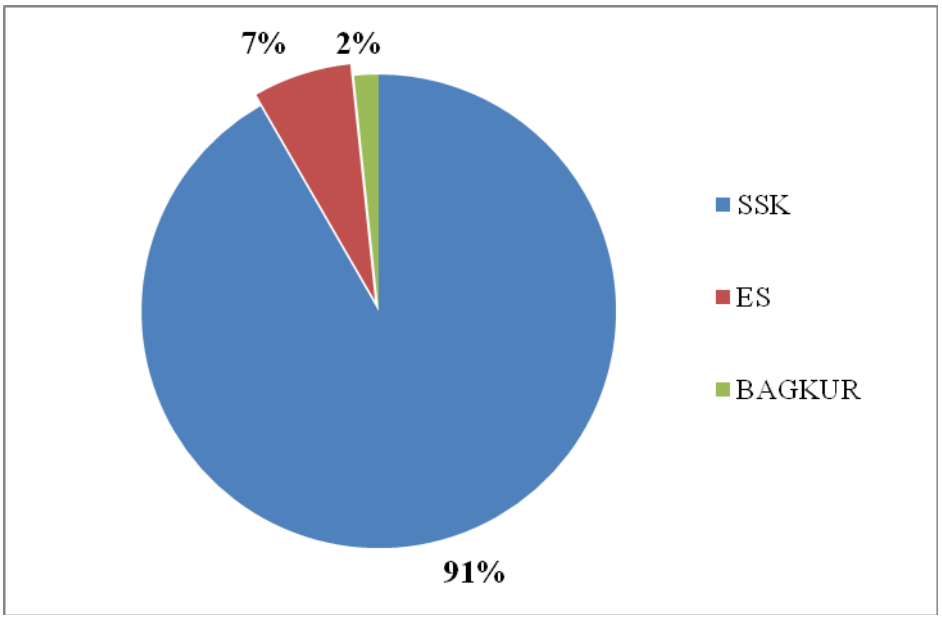
Ticaret lojistik	1	1.6
Veri giriş elemani	1	1.6
Toplam	**62**	**100**

Ankete katılanların meslekleri incelendiğinde çeşitli meslek gruplarından katılımcıların olduğu görülmektedir. Tablo 14'e göre, katılımcıların %26'sı satış danışmanı, %16'sı ise bankacı ve finansçıdır. Kalan katılımcılar ise akademisyen, tekniker, pastane işletmecisi, mali müşavir, veri giriş elemanı gibi farklı meslek gruplarından olduğunu belirtmiştir.



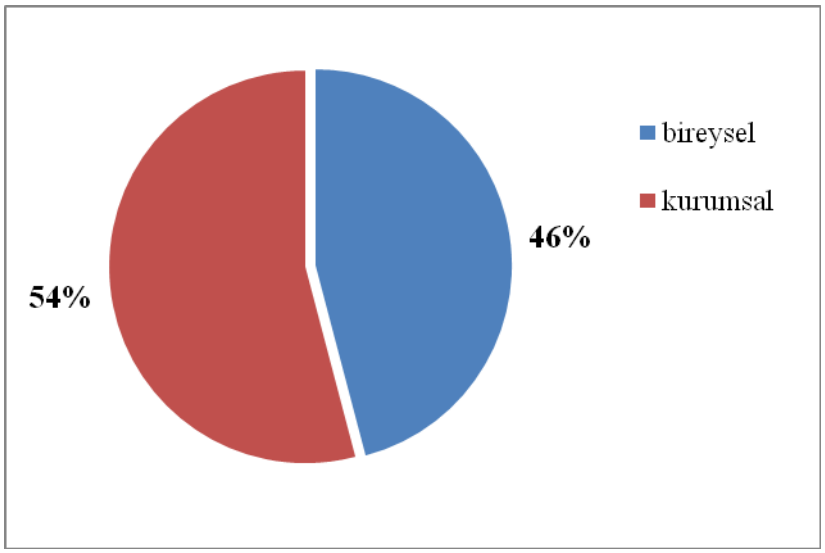
Şekil 21. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Gelir Dağılımı (%)

Ankete katılanların %31'i 750-1,500 TL arası gelire sahip olduğunu belirtirken, %26'sı ise 1.500-2.500 TL arası gelire sahip olduğunu belirtmiştir. 1.500 ve üstü gelire sahip kişilerin oranı ise %17'dir. Ankete katılanların ortalama geliri 1.933 TL'dir.



Şekil 22. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Sosyal Güvenlik Sistemi Dağılımı (%)

Katılımcıların tamamına yakını, %91'i sosyal güvenlik sisteminin SSK olduğunu belirtirken, %7'si Emekli Sandığı ve %2'si de BAĞ-KUR olduğunu belirtmiştir.



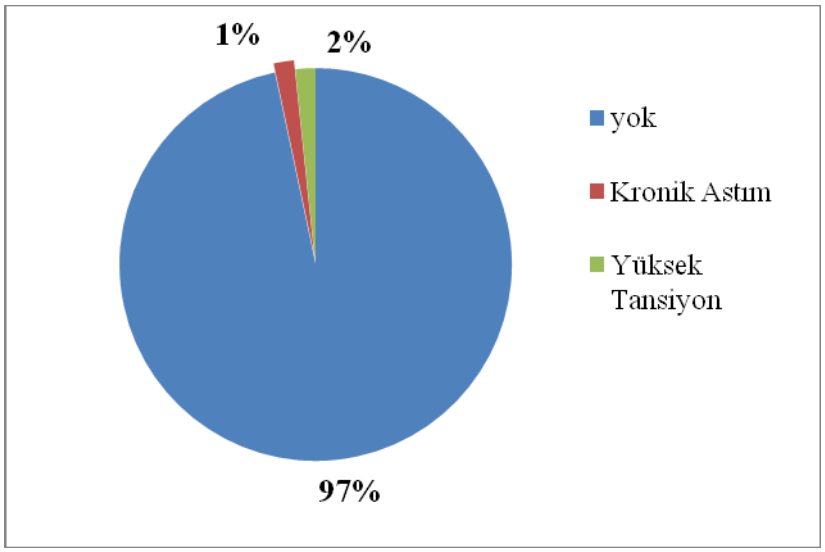
Şekil 23. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Özel Sağlık Sigorta Yaptırma Yöntemleri

Ankete katılan kişilerin %54'ü kurumsal olarak sigortalarını yaptırmışken, %46'sı bireysel olarak özel sigortalarını yaptırmışlardır. Özel sağlık sigorta yaptırma yolu eşit olarak dağılmıştır.

Tablo 15. Özel Sağlık Sigorta Firmalarının Dağılımı

Sigorta Şirketi	Frekans	Yüzde
Boş	1	2
Acıbadem sigorta	3	5
Ak Sigorta	21	34
Anadolu Sigorta	9	15
Eureko sigorta	1	2
Genel Sigorta	4	6
Güneş Sigorta	3	5
Koç Allianz	7	11
Oyak Sigorta	1	2
Promed Sigorta	1	2
Yapı Kredi Sigorta	11	18
Toplam	**62**	**100.0**

Ankete katılanlar farklı şirketlerden özel sağlık sigortasına sahiptir. En yüksek sayıda Ak Sigorta (21 kişi), ikinci olarak Yapı Kredi (11) ve üçüncü olarak da Anadolu Sigorta (9) elde edilmiştir. Bu sigorta firmaları dışında, Genel Sigorta, Koç Allianz, Acıbadem Sigorta gibi sektörde faaliyet gösteren firmalar da bulunmaktadır.



Şekil 24. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Hastalık Durumu

Özel sağlık sigortasına sahip kişilerin tamamına yakını (%97) ciddi bir hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. 1 kişi kronik astıma, 2 kişi ise yüksek tansiyona sahip olduğunu belirtmiştir.

5.3.3. Özel Sağlık Sigortacılı Kişilere ait Tutum Sorularının Değerlendirilmesi

Tablo 16. Likert Ölçekli Sorulara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Sorular (1 Kesinlikle Katılıyorum-5 Kesinlikle Katılmıyorum)	Standart Sapma	Ortalama
23. Ciddi bir sağlık sorunum olmasaydı özel sağlık sigortası yaptırmazdım.	1.1	4
28. Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiğini düşünüyorum.	1.2	4
11. Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.	1.1	4
13. Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında bilgim var.	1.0	4
14. Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.	1.3	3
15. Özel sağlık firmaları sadece kar etmeyi amaçladıkları için sağlık hizmetini yeterince veremiyorlar.	1.0	3
18. Sosyal Güvenlik Reformu özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacaktır.	.9	3
10. Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.	1.2	3
30. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksamalar özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilemektedir.	1.0	3
8. Provizyon alma işlemlerin zorluğu	1.0	3
4. Özel sağlık sigortamla ilgili hiç problem yaşamıyorum.	1.2	3
34. Özel sağlık sigortasını seçmemde sigorta şirketinin popüler olması etkili oldu.	.9	3
31. Özel sigortacılık ile ilgili kanunların yetersiz olduğunu düşünüyorum.	.7	3
24. Devlete sağlık sigortası prim ödemelerinin zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.	1.3	3
7. Özel sağlık sigortam için ödediğim primin bütçeme uygun olduğunu düşünüyorum.	.9	3
17. Sosyal Güvenlik Reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünüyorum.	1.0	3
33. Özel sağlık sigortamın bana sunduğu ek teminatlardan memnunum.	1.0	3
2. Özel sağlık sigortası yaptırdığımda bana sigortamla ilgili her türlü bilgi verildi.	1.2	3
35. Özel sağlık sigortası seçmemde verilen teminatın kapsamı etkili oldu.	.9	3
29. Özel sağlık sigortası, daha düşük gelirli kişilerin daha kötü sağlık hizmeti almasına neden olarak sağlıkta eşitsizliğe neden olmaktadır.	1.3	3
3. Sağlıkla ilgili her türlü sorumumda her zaman özel sağlık sigortamı kullanıyorum.	1.4	2
16. Özel sağlık sigortasının sağlık alanında ürün çeşitliliğini artırdığını düşünüyorum.	.9	2
12. Türkiye'de özel sağlık sigortasının, devletin sağlık hizmetlerinin eksikliklerini gidermede önemli olduğunu düşünüyorum.	1.2	2
22. Özel sağlık sigortalarını, sağlık alanında kamu dışında alternatif bir finansman olarak görüyorum.	1.0	2
26. Özel sağlık sigortası ile gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti standartlarını yakalama şansını buldum.	1.1	2
32. Özel sağlık sigortası yaptırmamda daha özgür hastane ve doktor seçimi yapabiliyor olmam etkili oldu.	1.2	2
20. Özel sağlık sigortaları sağlık alanında verimliliği artırmaktadır.	1.1	2
19. Devletin, özel sağlık sigortasını desteklemesi gerekmektedir.	1.2	2
21. Özel sağlık sigortaları müşteri odaklı yaklaşarak fark yaratmaktadır.	1.0	2
27. Sağlık alanında hem kamunun hem de özel sektörün olması gerektiğini düşünüyorum.	1.2	2
6. Mevcut özel sağlık sigortamdan aldığım hizmetten memnunum.	1.0	2
1. İşyerim özel sağlık sigortası yaptırmasaydı kesinlikle kendim yaptırırdım.	1.2	2
9. Özel sağlık sigortası yaptırmayı başkalarına öneririm.	1.0	2
25. Devlet sağlık alanında işini daha iyi yaparsa özel sağlık sigortalarına gerek kalmayacaktır.	1.2	2
5. Sağlıkla ilgili sorumlarımda genelde özel hastaneleri tercih ediyorum.	1.2	2

Tablo 16'da sorulara ait aritmetik ortalama ve standart hata değerleri büyükten küçüğe sıralı bir şekilde özetlenmiştir. Ortalama sonuçlarında 4 ve 5 değerleri olumlu yanıtı, 1,2 olumlu yatını göstermektedir. 3 yanıtı "fikrim yok" olarak yorumlanmakla birlikte 4'e yakın çıktığında olumsuz, 2 değerine yakın çıktığında ise olumlu olarak yorumlanmıştır. Ankete katılanlar ortalamada değerlere göre, özel sağlık sigortalarından memnun olduklarını, devletin prim ödemede zorunluluk koymaması gerektiğini, işyeri yaptırmasaydı özel sağlık sigortasını bireysel olarak kesinlikle yaptıracaklarını, sağlık sigortacılığında özel sektöründe bulunması gerektiği, özel sağlık sigortası yaptırmayı kesinlikle başkalarına tavsiye edeceklerini, özel sağlık sigortalarının müşteri odaklı yaklaştıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda özel sağlık sigortalıyla Avrupa'daki sağlık hizmetlerine eş hizmet aldıklarını, ciddi bir hastalıkları olmasa da özel sağlık sigortası yaptıracaklarını, özel sağlık sigortalarının bu alandaki ürün çeşitliliğini arttırdığını, özel sağlık sigortası sayesinde daha özgür doktor ve hastane seçimi yapabildiklerini, mevcut özel sağlık sigortaları hakkında yeteri bilginin verildiğini, özel sağlık sigortasının sunduğu ek teminatlardan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Ancak özel sağlık sigortası ile ilgili provizyon sorunları yaşadıklarını, kamunun sağlık alanındaki ağırlığını azaltmaması gerektiğini, özel sağlık sigortası ile hiç bir sorun yaşamadıkları ile ilgili soruya katılmadıklarını belirtmişlerdir. Özel sağlık sigorta firmasının seçiminde popülerliğin etkili olmadığını söylemişlerdir. Sosyal güvenlik sisteminin özel sağlık sigortacılığını etkilemeyeceğini, talebin azalmasında etkili olmayacağını belirtmişlerdir. Kişilerin özel sağlık sigortacılığı ile ilgili kanunlar, tamamlayıcı sigorta ve yeni gelen sosyal güvenlik sistemi hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür (ortalama değerler 3).

Özetle kişiler özel sağlık sigortasıyla ilgili olumlu düşüncelere sahip olduğu ancak devletin sağlık alanından da çekilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kişilerin yeni sigorta kanunları ve sosyal güvenlik sistemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı da görülmüştür.

5.3.4. Özel Sağlık Sigortasına ait Demografik Değişkenlere Göre Soruların İncelenmesi

Tüm sorulara ait değerlerin aritmetik ortalaması alınarak SPSS 16 programında "compute" komutu ile yeni bir değişken oluşturulmuştur. Bu değişken özel sağlık sigortasına olan genel tutumu ifade eden bir değişken olup, demografik değişkenlerle olan ilişkileri Ki-Kare İlişki Testi ile incelenmiştir.

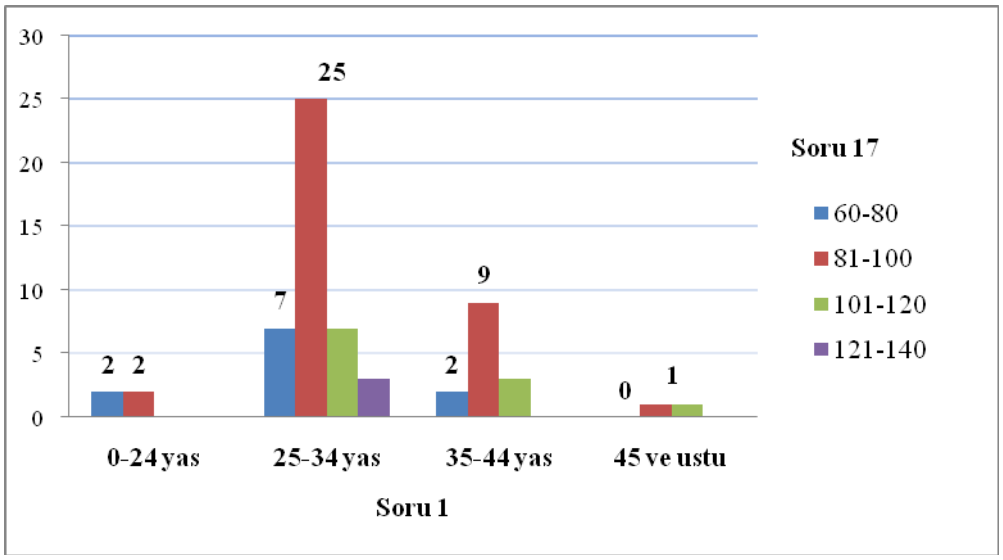
Tablo 17. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Kişilerin Tutum Ölçeği Ortalama Skorları ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki Analizi

		Ki-Kare Test İstatistiği	P değeri
H1	Ankete katılanların cinsiyetleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	41	0.19
H2	Ankete katılanların eğitim seviyeleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	97	0.61
H3	Ankete katılanların bağlı olduğu SGK ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	96	**0.01**
H4	Ankete katılanların yaşları ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	127	**0.04**
H5	Ankete katılanların gelirleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	117	0.24
H6	Ankete katılanların meslekleri ile öze sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	696	0.67
H7	Ankete katılanların ciddi bir hastalığa sahip olmaları ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	38	0.98
H8	Ankete katılanların özel sağlık sigortasını yaptırma yöntemleri ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	35	0.39
H9	Ankete katılanların özel sağlık sigorta firmaları ile özel sağlık sigortasına olan tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.	543	0.15

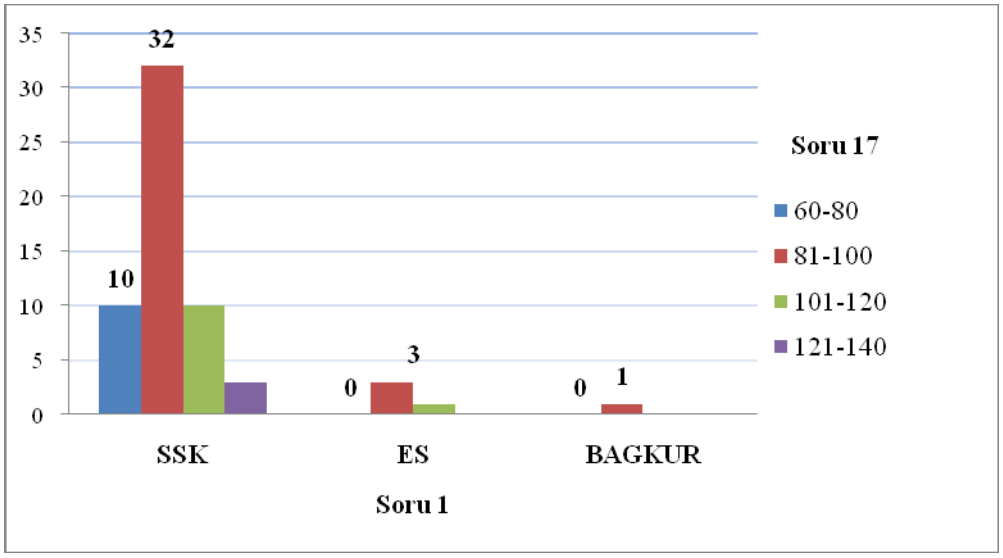
p<0.05

Tablo 17'deki oluşturulan hipotezlerin test sonuçları incelendiğinde; katılımcıların özel sağlık sigortasına olan genel tutumları ile cinsiyetleri, eğitim seviyeleri, meslekleri, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumları, gelirleri, sahip oldukları hastalıkları ve özel sağlık sigortası firmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ancak ankete katılanların yaşları ile özel sağlık sigortasına olan bakış açıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aşağıdaki şekilde, toplam skor 20'şer aralıklarla gruplandırılarak yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Toplam skor 60 ile 140 arasında dağılmaktadır. 60 skoru en düşük skoru dolayısıyla olumlu tutumu,140 ise en yüksek skoru ve olumsuz skoru göstermektedir. 60 ile 100 arasındaki skor 25-34 yaş grubunda toplanmıştır. 25-34 yaş arası kişilerden 25 kişi 81-100 arasında skora sahipken, 7 kişi ise 60-80 arası skora sahiptir. 35-44 yaş arasında ise 9 kişi 81-100 arasında skora sahiptir. Bu sonuçlara göre, 25-35 yaş arası kişiler özel sağlık sigortası hakkında daha olumlu düşünceye sahiptir.



Şekil 25. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Toplam Skorları ile Yaş Grupları Dağılımı



Şekil 26. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Toplam Skorları ile SGK Dağılımı

Özel sağlık sigorta toplam skor ile sahip olunan SGK incelendiğinde, SSK'ya bağlık kişilerin daha olumlu tutuma sahip olduğu görülmüştür. SSK'ya bağlı olan kişilerin 32'si 81-100 arasında skora sahip çıkmıştır. Ancak burada katılımcıların büyük çoğunluğunun SSK'ya bağlı oldukları, bundan dolayı sosyal sigorta grupları arasında dağılımın eşitsiz olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Katılımcıların %97'si SSK'ya bağlı olduklarını belirttikleri için SSK'dan yana bir farklılaşmanın anlamlı çıkması beklenilen bir durumdur.

5.4. Özel Sağlık Sigortası Olan Kişilerle Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilere Ait Bilgilerin Karşılaştırılması

Özel sağlık sigortalı ve sigortasız kişilere uygulanan anket sorularında benzer soruların iki grup arasında karşılaştırılması analiz edilmiştir. Örneklem sayılarını eşitlemek amacıyla 154 Sigortasız grubu örneklem biriminde SPSS paket programında uygun yöntem ile tesadüfi olarak 62 anket seçilerek sigortasız grup ile karşılaştırılması yapılmıştır. Toplam 24 ortak soru öncesinde normallik sınamasından geçirilmiş ve verilerin normal dağılmadığı elde edilmiştir. Bu durumda kullanılan parametrik olmayan yöntemlerden 2 bağımsız örneklem karşılaştırma testi Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 18. Sigortasız ve Sigortalı Grup için Soruların Karşılaştırma Sonuçları

SORULAR	Sigortasız Grup	Sigortalı Grup	Mann-Whitney U Testi	p değeri
	Ortalama	Ortalama	Z değeri	
Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.	57	67	-1.61	0.11
Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.	59	65	-0.99	0.32
Türkiye'de özel sağlık sigortasının, devletin sağlık hizmetlerinin eksikliklerini gidermede önemli olduğunu düşünüyorum.	64	59	-0.88	0.38
Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında bilgim var.	58	66	-1.27	0.20
Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.	52	71	-3.14	**0.00**
Özel sağlık firmaları sadece kar etmeyi amaçladıkları için sağlık hizmetini yeterince veremiyorlar.	62	62	-0.07	0.94
Özel sağlık sigortasının sağlık alanında ürün çeşitliliğini artırdığını düşünüyorum.	64	57	-1.17	0.24
Sosyal Güvenlik Reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünüyorum.	62	63	-0.28	0.78
Sosyal Güvenlik Reformu özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacaktır.	59	66	-1.21	0.23
Devletin, özel sağlık sigortasını desteklemesi gerekmektedir.	61	61	0.00	1.00
Özel sağlık sigortaları sağlık alanında verimliliği artırmaktadır.	61	64	-0.49	0.63

Özel sağlık sigortaları müşteri odaklı yaklaşarak fark yaratmaktadır.	61	62	-0.18	0.86
Özel sağlık sigortalarını, sağlık alanında kamu dışında alternatif bir finansman olarak görüyorum.	62	62	0.00	1.00
Ciddi bir sağlık sorunum olmasaydı özel sağlık sigortası yaptırmazdım. (yaptırmayı düşünmezdim).	61	50	-1.84	**0.07**
Devlet sağlık alanında işini daha iyi yaparsa özel sağlık sigortalarına gerek kalmayacaktır.	87	39	-7.51	**0.00**
Özel sağlık sigortası ile gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti standartlarını yakalama şansını buldum (bulurdum).	65	59	-1.11	0.27
Sağlık alanında hem kamunun hem de özel sektörün olması gerektiğini düşünüyorum.	60	63	-0.41	0.68
Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiğini düşünüyorum.	57	68	-1.76	**0.08**
Özel sağlık sigortası, daha düşük gelirli kişilerin daha kötü sağlık hizmeti almasına neden olarak sağlıkta eşitsizliğe neden olmaktadır.	75	47	-4.56	**0.00**
Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksamalar özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilemektedir.	66	58	-1.34	0.18
Özel sigortacılık ile ilgili kanunların yetersiz olduğunu düşünüyorum.	57	68	-1.67	**0.09**
Devlete sağlık sigortası prim ödemelerinin zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.	59	64	-0.92	0.36
Özel sağlık sigortası yaptırmamda daha özgür hastane ve doktor seçimi yapabiliyor olmam etkili oldu (olurdu).	66	58	-1.36	0.17
Özel sağlık sigortası seçmemde verilen teminatın kapsamı etkili oldu (olur).	54	67	-2.19	**0.03**

P<0.05 - p<0.10

Grup karşılaştırma sonuçları yukarıdaki tabloda sunulmuştur. Tabloda test istatistiği sonuçları ve gruplara ait ortalama skor değerleri bulunmaktadır. Araştırmanın amacıyla bağlantılı olarak özel sigortalı ve sigortasız kişilerin özel sağlık sigortasına bakış açılarında farklılığın olup olmaması önemli bir konudur. Sonuçlara göre sosyal sigorta sisteminden memnuniyet değişkeni açısından sigortasız grup ile sigortalı grup arasında bir farklılık bulunmamıştır (p: 0.11>0.10). Ortalama değerlere baktığımızda sigortasız grubun ortalaması 57 iken sigortalı grubun 67 çıkmıştır, bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sigortasız grubun sosyal sigorta hakkında biraz daha olumlu bir düşünceye sahip olduğu görülmektedir. Anket sorularında 1: kesinlikle katılıyorum olumlu yanıt olacağı için ortalama skorlardan düşük olanı olumlu tutumu yansıtacaktır. Basından özel sağlık

sigortası hakkında aydınlatıcı bilgi verildiği değişkeni de gruplar arası farklılaşmamaktadır (p: 0.32>0.10). Soruya ilişkin ortalamalar incelendiğinde sigortasız grubun ortalama skoru 59, sigortalı grubun ortala skoru 65'den daha düşük olup bu konuda sigortasız grubun biraz daha olumlu düşünceye sahip olduğu görülmektedir. Özel sağlık sigortasının devletin sağlık hizmetindeki eksikliklerini giderdiği sorusu gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşmamaktadır (0.38>0.10). Ancak bu soru ortalamaları incelendiğinde, sigortasız grup ortalama skorun 64, sigortalı grup ortalamasının ise 54'ten yüksek çıktığı görülmektedir. Sigortalı grup özel sağlığın devletin eksikliklerini kapatması konusunda sigortasız gruba göre daha olumlu bir tutum göstermektedir. Gruplar arasında tamamlayıcı sigortacılık modelinden haberdar olma sorusu açısından bir farklılaşma bulunmamıştır (0.20). Özel sağlık sigorta firmalarının sadece kar amacı güttüklerinden dolayı sağlıklı hizmet veremedikleri ile ilgili soru sigortasız ve sigortalı grup arasında farklılaşmamaktadır (0.94>0.10). Grup ortalamaları her iki grup için 62 olarak elde edilmiş olup, bu soruya karşı tutumun aynı olduğu görülmüştür. Özel sağlık sigortasının sağlık alanında ürün çeşitliliğini artırdığı değişkeni ise sigortasız ve sigortalı grup arasında farklılaşmamaktadır (0.24>0.10). Sigortalı grup ortalaması 57, sigortasız grup ortalaması 64 değerinden daha düşük çıkmıştır. Bu soru için sigortalı grup görece daha olumlu bir tutum içerisindedir. Sosyal güvenlik reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceği sorusu da gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.78>0.10). Her iki grubunda skor ortalamaları yaklaşık olarak aynı olup (62-63) reformun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceği konusunda özel sağlık sigortası olanlar ile olmayanlar aynı görüştedirler. Sosyal güvenlik reformunun özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacağı sorusu sigortasız ve sigortalı gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.23>0.10). Ancak sigortasız grubun skor ortalaması 59, sigortalı grup ortalaması 66'dan düşük olup; soruya sigortasız grubun biraz daha olumlu baktığı görülmektedir. Devletin özel sağlık sigortasını desteklemesi sorusu da sigortasız ve sigortalı gruplar arasında farklılaşmamaktadır (1>0.10). Her iki grup ortalamaları birbirine yakın çıkmıştır. Özel sağlık sigortasının sağlık alanında verimliliği artırdığı sorusu gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.63). Soru ile ilgili grup skor ortalamaları birbirine çok yakın çıkmıştır. Özel sağlık sigortalarının müşteri odaklı yaklaşarak fark yarattıkları sorusu gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.86>0.10). Grupların skor ortalamaları birbirine çok yakın çıkmıştır. Özel sağlık sigortacılığın alternatif bir finansman yöntemi olduğu sorusu sigortasız ve sigortalı gruplar

arasında farklılaşmamaktadır (1.00>0.10). Grup ortalamaları aynı çıkmıştır; grupların bu soruya karşı tutumu benzerdir. Özel sağlık sigortalarıyla gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetini yakalamayla ilgili soru sigortasız ve sigortalı gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.27>0.10). Ancak sigortasız grubun skor ortalaması 65 iken; sigortalı grup ortalaması 59 çıkmıştır. Sigortalı olan grup özel sağlık sigortalarıyla gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetini yakaladıklarına dair daha olumlu düşünceye sahiptir. Sağlık alanında hem kamu hem de özel sektörün bulunması sorusu ise iki grup arasında farklılaşmamaktadır (0.68>0.10). Her iki grup ortalamaları birbirine yakın çıkmış olup; bu soruya olan tutumları ortak çıkmıştır. Sosyal sigorta sistemindeki aksamaların özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilediği sorusu gruplar arası farklılaşmamaktadır (0.18>0.10). Sigortasız grubun skor ortalaması 66, sigortalı grubun 58 ortalamasından daha yüksek çıkmıştır. Dolayısıyla Sigortalı grup sosyal sigorta sistemindeki aksamaların özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilediğine görece daha fazla katılmaktadır. Devlet sigorta prim ödemelerinin zorunlu olmaması sorusu gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.38>0.10). Özel sağlık sigortası olmayan kişilerin skor ortalaması 59, sigortalı grubun skor ortalaması 64'den daha düşük çıkmıştır. Beklenilenin aksine prim ödemelerini zorunlu olmaması konusunda özel sağlık sigortasız kişiler daha çok katılmaktadır. Özel sağlık sigortasının daha özgür hastane ve doktor seçiminin etkili olması sorusu gruplar arasında farklılaşmamaktadır (0.17>0.10). Sigortasız grup ortalaması 66; sigortalı grup ortalaması 58'den daha yüksek olup sigortasız grubun bu soruya daha olumsuz yaklaştığı görülmektedir.

Toplam 24 sorudan 7 sorunun gruplar arasında farklılaştığı sonucu elde edilmiştir. Sağlık alanının sadece kamuya ait bir alan olduğunu düşünüyorum sorusu sigortasız ve sigortalı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır (0.00<0.05). Sigortasız grup skor ortalaması 52; sigortalı grup skor ortalaması 71'den çok düşük çıkmıştır. Dolayısıyla, özel sağlık sigortası olmayan kişiler sağlık alanının sadece kamuya ait olması konusuna daha olumlu yaklaşmaktadırlar. Bu bulgu özellikle toplumda özel sağlık sigortası olmayan kişilerin sağlık sektörüne bakış açısını anlamak için önemli bulunmuştur. Tabii ki daha detaylı incelemelerle tüketicilerin neden böyle düşündüğü araştırmalıdır. Ciddi bir sağlık hastalığının olup olmamasının özel sağlık sigortası yaptırmayı etkilemesi sigortalı ve sigortasız grup arasında farklılaşmaktadır (0.07<0.10). Sigortasız grup ortalaması 61 iken sigortalı grup ortalaması 50 çıkmıştır. Ortalamalara

göre, sigortasız grup bu soruya daha olumsuz yanıt verirken; sigortalı grup ciddi bir sağlık rahatsızlığı olmasaydı özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünmeyeceklerini belirtmiştir. Devletin sağlık alanında işini daha iyi yapsaydı özel sağlık sigortacılığına gerek kalmayacaktı sorusu gruplar arasında farklılaşmaktadır (0.00<0.05). Sigortasız grup ortalaması 87 iken sigortalı grup ortalaması çok daha altında olup 38 çıkmıştır. Dolayısıyla sigortalı grubun büyük bir kısmı devletin daha iyi iş yapmasıyla özel sağlık sigortacılığına gerek kalmayacağını düşünmektedir. Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiği sorusu gruplar arasında farklılaşmaktadır (0.08<0.10). Sigortasız grup ortalaması 57, sigortalı grup ortalaması 68'den daha düşük çıkmıştır. Dolayısıyla sigortasız grup devletin zamanla sağlık alanındaki ağrılığını azaltması ifadesine daha olumlu yanıt vermiştir. Aslında bu sonuç; sigortasız grubun sağlık alanının sadece kamuya ait olması gerektiğine olumlu bakmalarıyla tezat gözükmektedir. Özel sağlık sigortasının düşük gelirli kişiler açısından eşitsizliğe yol açtığı sorusu gruplar arasında farklılaşmaktadır (0.00<0.05). Sigortasız grup ortalaması 75 çıkarken, sigortalı grup ortalaması 47 çıkmıştır. Özel sağlık sigortasının toplumda eşitsizliğe yol açtığına sigortalı grup daha olumlu yaklaşmaktadır. Özel sağlık sigortası ile ilgili kanunların yetersizliği sorusu gruplar arasında farklılaşmaktadır (0.09<0.10). Sigortasız grup ortalaması 57, sigortalı grup ortalaması 68'den düşük çıkmıştır. Sigortasız kişiler kanunların yetersiz olduğuna daha yüksek oranda katılmaktadır. Özel sağlık sigortasını seçmede verilen teminat kapsamının etkili olması sorusu gruplar arasında farklılaşmaktadır (0.00<0.05). Sigortasız grup ortalaması 54; sigortalı grup ortalaması 67'den düşük çıkmıştır. Teminatın etkili olması konusuna sigortasız grup daha olumlu bakmaktadır.

BÖLÜM VI

BULGULAR VE SONUÇ

Sigorta kavramı, özellikle sanayileşme döneminden sonra, çalışanların ve işçilerin sosyal güvencelerini sağlamak için ortaya çıkmış ve zamanla kapsamı daha da genişlemiştir. Dolayısıyla, sigorta kavramı, geleceğin güvence altına alınması ve risklere karşı korunma isteğiyle yakından ilişkilidir. 19. yüzyılın başında birçok ülkede başlayan sosyal sigorta kavramı, ilk başlarda çok çeşitli ve faklı kurumlar tarafından yürütülse de zamanla tek bir sistem üzerinden daha dinamik bir yapıya doğru dönüşüm yaşamıştır. Günümüzde birçok gelişmiş ülkede, kapsamı ve nüfusa yaygınlığı değişse de, sosyal güvenlik sistemleri oluşmuş ve emeklilik, sağlık, yaşlılık, işsizlik gibi çeşitli alanlarda ülke vatandaşlarına hizmet verir hale gelmiştir. Sosyal güvenlik sistemlerinin; ülkedeki tüm bireyleri kapsaması, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerle bütünleşerek kapsamlı bir hizmet olması ve kişilerin gelecekteki tehlikelerden kendilerini koruyabilmesini sağlaması açısından önemli olmakla birlikte zamanla ortaya çıkan dezavantajları da bulunmaktadır. Bu dezavantajların en başında devletin üzerine maliyetin giderek artması, kamu tarafından verilen bir hizmet olmasından dolayı özellikle gelişmemiş ülkelerde gereksiz faydalanmaların doğması gelmektedir. Türkiye'de benzer sorunlardan geçerek, SSK ve Emekli Sandığı gibi sigorta kurumlarının zamanla prim döngüsünün olmaması, sürekli mali açık vererek ekonomi üzerinde bir yük olması ve verimli bir hizmetin oluşamaması durumlarıyla karşı karşıya kalınmıştır.

Sağlık harcamaları açısından Türkiye, OECD ülkelerinin gerisinde kalırken milli gelirden sağlık harcamalarının aldığı pay % 6 ile Meksika, Polonya gibi ülkelerle benzer bir durum sergilemektedir. Gelişmiş ülkeler iyi tasarlanmış sağlık sistemleri ile, tütün kullanımı gibi sağlık sorunlarının büyük nedenleri üzerine yaptığı çalışmalar ile ve sağlıktaki teknolojik gelişmelerle sağlık alanındaki maliyetleri düşürme yönündedir. Bunun yanı sıra Hollanda ve İngiltere gibi ülkeler özel sağlık sigortacılığı modelini sosyal sisteme destek ya da tamamlayıcı olarak değil de birincil model olarak uygulamaya başlamıştır. Bu sayede özel

sağlık sigortacılığının önünü açan reformlar yapılmıştır. Almanya gibi ülkeler ise sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası birlikte yürütülmektedir.

Türkiye'de ise özel sağlık sigorta 1990 yıllarında gelişime başlamış, 2007 yılında toplam nüfusun sadece %1'ini kapsayacak hale gelmiştir. Ancak özellikle son zamanlarda bu piyasaya giren uluslararası sigorta firmalarıyla hızlı bir artış yaşanmış; 1997 yılından 2005 yılına kadar %84'lük bir büyüme gerçekleşmiştir. Türkiye'de Avrupa ülkelerinin aksine, %70 oranında kurumsal özel sağlık sigortası yaptırılmaktadır. Özel sağlık sigortası, daha çok tamamlayıcı bir model olarak görülse de, henüz devletin bu alanda kapsamlı bir planı ve çalışmaları görülmemektedir. Türkiye'de halen cepten sağlık harcamaları büyük bir oran olarak ortaya çıkmaktadır. Özel sağlık sigortasının gelişimi için TSRŞB, TÜSİAD gibi kuruluşların çalışmaları bu konuya verilmesi gereken önemi de işaret etmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, özel sağlık sigortasına toplum tarafından nasıl algılandığı, sigorta satım alımındaki engellerin ne olduğuna dair çalışmalar son yıllarda yoğunlaşmıştır. Bu alanda TSRŞB'nin 2008 yılında geniş bir katılım ile yaptırmış olduğu "Özel sigorta tutum ve davranış araştırması" Türkiye'de özel sigortaya olan bakış açısını ve özel sigortalı kişilerin profili göstermektedir. Tüm özel sigortacılık sektörüyle ilgili sorulan sorulardan elde edilen sonuçlara göre; özel sigorta geliri yüksek, eğitim seviyesi üniversite olan ve genelde erkekler tarafından yaptırılmaktadır. Sigorta kavramı ise doğrudan güvence ve garanti kelimeleriyle bütünleştirilmektedir. Araştırmada, insanların aklına ilk gelen sigorta olarak KASKO gelmekte ve en yaygın olarak yapılan sigorta trafik sigortası olarak belirtilmiştir. Özel sağlık sigortalı kişi sayısı çok düşük çıksa da, eğer imkan olursa ilk önce özel sağlık sigortası yapılacağı belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar, sigorta yaptırırken markanın ve firmanın güvenirliğinin en önemli etkenler olduğunu belirtmiştir. Bu araştırma, özel sigortacılık alanında yapılan ilk kapsamlı araştırma olmasından dolayı önemli bulgular içermektedir.

Bu çalışma kapsamında; özel sağlık sigortasına toplumun bakış açısı araştırılmaya çalışılmıştır. Uygulamada, özel sağlık sigortasına sahip kişilerle özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin görüş farklılıklarını da görebilmek için iki gruplu bir araştırma planı çıkarılmıştır. Uygulanan anket yönteminde; öncelikle grupların demografik bilgileri değerlendirilmiştir. Özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin çoğunluğu 25-34 yaş aralığında, lise ve üniversite mezunu, bekar, ortalama 1.100 TL gelire sahip ve SSK'ya

bağlı kişilerdir. Özel sağlık sigortasına sahip kişilerin ise çoğunluğu 25-34 yaş aralığında, büyük bir kısmı üniversite ve yüksek lisans mezunu, bekar ve ortalama geliri 1.933 TL kişilerdir. Özel sağlık sigortasına sahip kişilerin eğitim seviyesi ve gelir seviyesi özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilere göre daha yüksek çıkmıştır.

Özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin sosyal güvenlik sigortası hakkında düşünceleri, özel sağlık sigortasına sahip olmayanlara göre daha olumlu çıkmıştır. Özel sağlık sigortalılar, özel sağlık sigortasının devletin eksikliklerini tamamlamada önemli bir yeri olduğu düşüncesine genel olarak daha olumlu bakmaktadır. Bu sonuca paralel, sigortalı olanlar sağlık alanının sadece kamuya ait olmadığını düşünmektedirler. Özel sağlık sigortası olmayan kişiler ise kamuya ait bir alan olduğunu düşünmektedir. Dolayısıyla özel sağlık sigortası olmayan kesimin halen özel sigortacılık hakkında kesin yargıları olduğu görülmektedir. Bu sonuca paralel olarak sigortasız kesim, yeni sosyal güvenlik sisteminin zamanla özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacağını düşünmektedir. Devletin özel sağlık sigortasını desteklemesi konusuna ise her iki grup olumsuz bakmaktadır. Özellikle, sigortalı olan grup özel sağlık sigortası hakkında basında ve ilgili mecralarda yeterince aydınlatıcı bilgi verilmediğini düşünmektedir. Özel sağlık sigortalı kesim, bu hizmet ile daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti alabildiğini, doktor ve hastane seçiminde daha özgür olduğunu belirtmiştir.

Özetle, uygulamaya katılanların büyük bir kısmı özel sağlık sigortası hakkında olumsuz bir bakış açısına sahip değilken, özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin halen sağlık alanının sadece kamuya ait olmasını desteklediği görülmektedir. Ancak bir yandan da mevcut sağlık sigortalarından çok fazla memnun olmadıklarını da belirtmektedirler. Bunun nedeni, TSRŞB'nin yaptığı araştırma sonuçlarında da belirtildiği gibi eğitim seviyesi ve gelir seviyesinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, özel sağlık sigortası hakkında yeterince bilgiye sahip olmamaları da bu konuya olan bakış açılarını etkiliyor olabilir. Özel sağlık sigortalı kişiler ise, özellikle özel sağlık sigortasının daha verimli hizmet sunması, doktor ve hastane seçimi açılarından özel sağlık sigortasına olumlu bakmaktadırlar. Devleti sosyal sağlık sistemi açısından yetersiz bulsalar da devletin bu alandaki ağırlığını azaltmaması gerektiğini düşünmektedirler.

Araştırma sonuçları genel olarak incelendiğinde, daha önce yapılan araştırmalara paralel bulgular elde edilmiştir. Sigorta istatistiklerini doğrulayıcı şekilde, kurumsal özel sağlık

sigortası olanların oranı daha yüksek çıkmıştır. Özel sağlık sigortası olan kişilerin geliri daha yüksek çıkarken, olmayanlar da gelirleri yüksek olsa özel sağlık sigortası yaptırmak isteyeceklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla, literatürde özel sağlık sigortası ile gelir arasında bulunan yüksek korelasyonu destekleyici bir sonuç elde edilmiştir. Ayrıca ciddi bir sağlık hastalığının olmasının da sigortalanmada kısmen etkili olduğu bulunmuştur. Ancak bunlardan farklı olarak; aslında sektörde özel sağlık sigorta hizmetinden yararlanan kişilerin genel olarak sigortalarından memnun olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu memnuniyet hizmet kalitesi, bilgi edinme, ürün çeşitliliği vs. gibi alanları kapsamaktadır. Örneğin hizmet sektöründe belirtilen doğrudan satışta satış elemanının bilgili olması, kişiye doğru ve etkili bilginin aktarılması noktasında sorun yaşanmadığı görülmektedir. Yine pazarlama stratejilerinden ürün çeşitliliği konusunda sektörün başarılı olduğu ortaya çıkmaktadır. Sigortalı kişilerin sorun yaşadıkları konular, TÜSİAD'ın raporunda da vurgulandığı gibi; provizyon gibi teknik işlemlerden kaynaklanmaktadır. Asıl eksik olan nokta özel sağlık sigortası olmayan ancak potansiyel müşteri olarak görülebilen kişilerin hem özel sağlık sigortası hakkında halen bir güvensizliklerinin ve olumsuz görüşlerinin olmasında hem de özel sağlık sigortasını tam olarak algılamamış olmalarından gözükmektedir. Dolayısıyla, bu pazarda öncelikle kişilerin bilgilendirilmesi, sektöre olan güvenin tazelenmesi ve en önemlisi de özel sağlık sigortacılığında farklı gelir gruplarına göre fiyatlandırmalar belirleyerek özel sağlık sigortasının sadece yüksek gelirlere ait bir hizmet olmadığı anlatılmalıdır.

Hizmet sektöründe daha kaliteli hizmet vermek için, firmaların müşterilerin ilgili kategori, firmalar ve ürünler hakkında ne düşündüğü, satın almaya hangi motivasyonların neden olduğunu iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Özel sağlık sektöründe firma ve ürün çeşitliliği arttıkça daha rekabetçi bir ortam oluşmakta, müşteriyi anlamak daha önem kazanmaktadır. Ancak Türkiye'de özel sağlık sigortasıyla ilgili kategoriye tüketicilerin nasıl baktığı konusunda ciddi bir bilgi ve araştırma eksikliği bulunmaktadır. Bu tez çalışmasında, toplumun özel sağlık sigortasına olan bakışı farklı açılardan irdelenerek sektöre bu konuda katkıda bulunulması amaçlanmıştır. Bu bilgiler ışığında, sektörde pazarlama stratejilerinin ve müşteri odaklı yaklaşımın daha da iyi analiz edilmesi ve farklı araştırmalarla konunun genişletilmesi gerekmektedir. Bu konularda ilerde yapılacak araştırmalar için bu tez çalışmasının yardımcı olacağı beklenilmektedir.

KAYNAKÇA

Abel-Smith, Brian, (1978), "Poverty, Development and Health Policy". *Public Health Papers***.** WHO. 69, Geneve.

Başagaoglu, İbrahim ve Erdemir Demirhan Ayşegül, (2004), "The Development of Health Insurance in Turkey and its Importance from the Point of View of Medical Ethics", *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, (14) 58-59.

Başkan, Tamer, (2006), "Genel Sağlık Sigortasına Özel Sağlık Sigortacılığından Bakış", *Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2. Sigorta Sempozyumu*.

Brewerton, Paul ve Mıllward, Lynne, (2001), *Organizational Research Methods*, Londra: Sage Publications.

Cochan, G. William, (1997), *Sampling Techniques*, New York: Wiles Yayınları.

Çalış, Serkan, (2006), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı.

Çamkerten, Elif Zeybek, (2006), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı: Emekli Sandığı Örneği", Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı.

Çatpınar, Hülya, (2003), " Özel Sağlık Sigortalarında Konjoint Analizi ile Tüketici Tercihi", Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Ankara.

Çiftçi, Hakkı, (2004), "Türk Sigorta Sektörünün Sorunları: DEA Analizi ile Türk Sigorta Şirketlerinin Etkinlik Düzeylerinin Belirlenmesi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 13(1) 121-149.

Datamonitor, (2008), "Global Life Health Insurance", Industry Profile Report.

Datamonitor, (2004), "Global Private Health Insurance", Industry Profile Report.

Datamonitor, (2004), “Private Health Insurance in the United States”, Industry Profile Report.

Datamonitor, (2004), “Private Health Insurance in the Asia-Pasific”, Industry Profile Report.

Datamonitor, (2004), “Private Health Insurance in the United States”, Industry Profile Report.

Datamonitor, (2004), “Private Health Insurance in Europe”, Industry Profile Report.

Dhalla, Irfan, (2007), “Private Health Insurance: An International Overview and Considerations for Canada”, *Longwoods Review*, (5:3).

Demir, Metin, (2007), “Sosyal Güvenlik Kurumu ve Genel Sağlık Sigortası”, *TİSK İşveren Dergisi*.

Drechsler, Denis ve Jütting, Johannes, (2005), “Is There a Role for Private Health Insurance in Developing Countries?”, *German Institute for Economic Research*, Discussion Papers.

Duygulu, Ercan, (2007),“Türkiye’de Sigorta İşletmeleri ve Sigorta İşletmelerinin Mali Durumlarına Genel Bir Bakış”, *Türkiye Sigorta v Reasürans Şirketleri Birliği*, Bilim Kurulu Onayına Sunulmayan Eserler, 185-193.

Emekli Sandığı, (2002), Eğitim-Sen Araştırma,

[Erişim adresi]: <http://e-kutuphane.egitimsen.org.tr/pdf/1078.pdf>, [Erişim tarihi: Aralık, 2008].

Enz, Rudolf, (2000), “The S-Curve Relation Between Per-Capita Income and Insurance Penetration”, *The Gevene Papers on Risk and Insurance*, (25: 3) 396-406.

Ercan, Niyazi, (2006), “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform İhtiyacı ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimler Enstitüsü, Gazi Üniversitesi, Bankacılık Eğitimi Anabilim Dalı.

Erdem, Alptekin, (2007), "Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Hizmeti Kullanımı: Anket Değerlendirmesi", İzmir Ticaret Odası.

Erdoğan, İlhan, (1993), *İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetlerine Karşı Tutum*, İstanbul: Beta Yayın.

Gök, Abdulkerim, (2006), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı: Emekli Sandığı Örneği", Doktora Tezi, Harran Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı.

Gülcan, Erhan, (2006), "Avrupa Birliği'nde Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemleri", Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Programı.

Güneş, İsmail ve Yakar, Soner, (2004), "Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye'de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", *Çukurova Üniversitesi Maliye Bölümü Dergisi*, 127-142.

Güngör, Güven, (2007), "Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarında Satış, Pazarlama ve Ürün Analizi", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.

Güven, O., (1995), *Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü*, İstanbul: Ceyma Matbaası.

Güvercin, Cemal Hüseyin, (2004), "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, (57 2).

Kanar, Hasan Hüseyin, (2006), "Sosyal Güvenlikte Hizmetlerin Etkinliği ve Verimliliği Açısından Özel Sigorta Sisteminin Yeri", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü. Sigortacılık Anabilim Dalı.

Kender, Rayegan, (2002), *Türkiye'de Hususi Sigorta Hukuku I Sigorta Müessesesi-Sigorta Sözleşmesi*, 6. Baskı, İstanbul: Tuncay.

Kılıç, Bülent, (1994-1995), "ABD Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim Dergisi*, (9) 64-65.

Koç, Erdoğan, (2008), *Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri: Global ve yerel yaklaşımlar*, İstanbul: Seçkin.

Konuralp, Gürel ve Utkueri, H. Okan, Sosyal Reformu Kapsamında Özel Emeklilik Fonlarının Önemi, (2002), [Erişim adresi]:

<http://66.102.1.104/scholar?hl=tr&lr=&q=cache:G0Pqam76zPEJ:muhasebemerkezi.marmara.edu.tr> [Erişim tarihi: Ocak, 2009].

Mcneıll,Patrick ve Chapman, Steve, (2005), *Research Methods,* New York: Taylor&Francis Group.

Modigliani, Franco, Ceprini Marialuisa ve Muralidhar, Arun S., (1999), "A Solution to the Social Security Crisis form an MIT Team", *Sloan Working Paper*, (4051) 1-66.

Nordlund, A, (2000), "Social Policy in Harsh Times. Social Security Development in Denmark, Finland, Norway, and Sweden During the 1980s and 1990s", *Interational Journal of Social Welfare*, (9) 31-42.

Normand, Charles, (1999), "Using Social Health Insurance to Meet Policy Goals", *Social Science and Medicine*, (48) 865-869.

Normand, Charles ve Weber, Axel, (1994), *Social Health Insurance: A Guidebook For Planning*, WHO Library.

OECD, (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries", Policy Prief.

OECD Database, 2008, [Erişim adresi]: <http://www.oecd.org/department/0,3355,en_2649_34631_1_1_1_1_1,00.html> [Erişim tarihi: Aralık, 2009).

OECD Health Project, (2004) , *Towards High-Peforming Health Systems*, Policy Studies.

Oral, İlhan, (2003), "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 61-78.

Özdamar, Kazım, (2004), *Paket Programlarıyla İstatistiksel Veri Analizi",* İstanbul: Kaan Kitapevi.

Özden, Serkan, (2006), "Sosyal Güvenlik Sisteminde Emeklilik ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları", Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı.

Özsarı, Haluk, (2005), "Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası Süreci", *TİSK İşveren Dergisi*.

Özsarı, Haluk, (2005), "Genel Sağlık Sigortası Sürecinde Gelinen Son Nokta", *TİSK İşveren Dergisi*.

Rotahaber, (2009), Türkiye'de sigortaya bakış araştırması, [Erişim adresi]:

<http://www.rotahaber.com/haber/20090414/Turkiyede-sigortaya-bakis-arastirmasi.php> [Erişim tarihi: Mayıs, 2009).

SGK, (2008), Yılı Ekim İstatistikleri, [Erişim adresi]:

<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/!ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os_gSPAAE8TIwMLfyM3AyMvwwDLQGMnQwMDA6B8JLK8m4e5gZGxYaiRq4uxoYG7EUm63d09XYG6vUKdDJ2CDZ2DDQjo9vPIz03VL8gNjSh3VFQEAJplWtc!/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfUDkzUVBJNDIwOE8yRjAySjFQOVEzQjEwMDA!/> [Erişim tarihi: Aralık, 2008).

Sigorta Acenteleri Birliği, (2009), Güncel Haberler, [Erişim adresi]:

<http://www.sab.org.tr/haber_detay.asp?id=251> [Erişim tarihi: Mayıs, 2009].

Sigortacı Gazetesi, (2008), Sigortacı programı tüketiciye ışık tutmaya devam ediyor, [Erişim adresi] <http://www.sigortacigazetesi.com.tr/modules/news/article.php?storyid=1346 > [Erişim tarihi: Nisan, 2009].

SSK, 2006 Yılı İstatistikleri,

[Erişim adresi]: <http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2006/default.html> [Erişim tarihi: 17 > [Erişim tarihi: Aralık, 2008].

TDB, (1994), Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferleri, [Erişim adresi]: <http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/SGK_yapilan_butce_transferi_1994_2007.pdf > [Erişim tarihi: Aralık, 2007].

Timur, Necdet, (2006), *Banka ve Sigorta Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Tiryaki, Derya ve Tatar, Mehtap, (2003), "Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, (5) 124-139.

Tokuç, Burcu, (2004), "Özel Sağlık Sigortacılığı ve Halk Sağlığı", Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimler Üniversitesi.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (2007), "Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007".

Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı, (2009), Sigortanın Tanımı ve Önemi, [Erişim adresi]: <http://www.tsev.org.tr/tr/default.asp?PID={4673A24E-08F2-4AB8-B8C9-6473C114DA2E}> [Erişim tarihi: Şubat, 2009].

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, (2004), [Erişim adresi]: <http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/Mevzuat/Yururlukteki+Mevzuat/Kanunlar+ve+KHK/ > [Erişim tarihi: Kasım, 2008].

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, (2009), Reklam Haberi, [Erişim adresi]: <http://www.tsrsb.org.tr/tsrsb/tsrsbreklamtanitim.htm > [Erişim tarihi: Mayıs, 2009].

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, (2006), *Sağlık Sigortası Teknik Analiz Raporu*.

TÜSİAD, (2004), "*Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, İstanbul: Tüsiad Yayınları.

T.C. Emekli Sandığı, (2007), Aktif/Pasif Dengesi, [Erişim adresi]:

<http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sskdownloads/anasayfa/istatistik/ES/ES-ISTATISTIK/Genel_istatistikler/emeklilik_istatistikleri/aktif_pasif_dengesi.pdf > [Erişim tarihi: Aralık, 2008].

T.C. Emekli Sandığı, (2007), Mali İstatistikler, [Erişim adresi]:

<http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sskdownloads/anasayfa/istatistik/ES/ES-ISTATISTIK/mali_istatistikler/mali_01.pdf > [Erişim tarihi: Aralık, 2008].

T.C. Hazine Müsteşarlığı, (2007) Sigortacılık Müdürlüğü Sigorta İstatistikleri, [Erişim adresi]: <http://www.sigortacilik.gov.tr/ > [Erişim tarihi: Aralık, 2008].

Uğur, Suhat, (2004), Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi", *TİSK Yayınları*, 244, [Erişim adresi]: <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1115#dp > [Erişim tarihi: Kasım, 2008].

UNDP, (2007), Human Development Reports, [Erişim adresi]: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/ > [Erişim tarihi: Aralık, 2008].

UNDP (2007), Human Development Reports, Population Statistics, Table 05, [Erişim adresi]: < http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/ > [Erişim tarihi: Ocak, 2008].

United Nations, (1948), Universal Declaration of Human Rights, [Erişim adresi]: <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm. > [Erişim tarihi: Kasım, 2008].

United Nations, (1993), The Committee on Economic, Social and Cultural Rights, [Erişim adresi]: <http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/fs16.htm#n_6_. > [Erişim tarihi: Kasım, 2006].

Yiğit, Filiz, (2007), "Özel sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.

ÖZGEÇMİŞ

19 Mayıs 1978 Sivas / Kangal' da doğdu. Evli ve bir kız çocuğu sahibi. İşletme fakültesinden mezun olduktan sonra sırasıyla Procon GFK, Axa Oyak, Yapı Kredi, Emeklilik Gözetim Merkezi'nde çalıştı. İş yaşamını ortağı olduğu Seros Elektrik Tic. Ltd. Şti.'inde sürdürmektedir. Aynı zamanda Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalında öğrencidir.

EKLER

Ek I: Sigortası olmayan kişilere uygulanan anket formu

Ek II: Sigortalı olan kişilere uygulanan anket formu

EK I: SİGORTASI OLMAYAN KİŞİLERE UYGULANAN ANKET FORMU

DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ, SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ TOPLUM TARAFINDAN ALGILANIŞI

Lütfen aşağıdaki ifadeleri kendi düşüncenizi ifade eden 5 şıktan birini seçerek belirtiniz.

1 - Kesinlikle Katılıyorum 2- Katılıyorum 3-Fikrim Yok 4-Katılmıyorum

5-Kesinlikle Katılmıyorum

	1	2	3	4	5
1. Gelirim yüksek olsaydı özel sağlık sigortası yaptırırdım.					
2. Mevcut sağlık sigortamın hizmet kapsamını yetersiz buluyorum.					
3. Sağlıkla ilgili sorumlarımda genelde özel hastaneleri tercih ediyorum.					
4. Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.					
5. Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.					
6. Türkiye'de özel sağlık sigortasının, devletin sağlık hizmetlerinin eksikliklerini gidermede önemli olduğunu düşünüyorum.					
7. Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında bilgim var.					
8. Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.					
9. Özel sağlık firmaları sadece kar etmeyi amaçladıkları için sağlık hizmetini yeterince veremiyorlar.					
10. Özel sağlık sigortasının sağlık alanında ürün çeşitliliğini artırdığını düşünüyorum.					
11. Sosyal Güvenlik Reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünüyorum.					
12. Sosyal Güvenlik Reformu özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacaktır.					
13. Devletin, özel sağlık sigortasını desteklemesi gerekmektedir.					
14. Özel sağlık sigortaları sağlık alanında verimliliği artırmaktadır.					
15. Özel sağlık sigortaları müşteri odaklı yaklaşarak fark yaratmaktadır.					

16. Özel sağlık sigortalarını, sağlık alanında kamu dışında alternatif bir finansman olarak görüyorum.					
17. Ciddi bir sağlık sorunum olsaydı özel sağlık sigortası yaptırırdım.					
18. Devlet sağlık alanında işini daha iyi yaparsa özel sağlık sigortalarına gerek kalmayacaktır.					
19. Özel sağlık sigortası, gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti standartlarını yakalama şansını sunmaktadır.					
20. Sağlık alanında hem kamunun hem de özel sektörün olması gerektiğini düşünüyorum.					
21. Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiğini düşünüyorum.					
22. Özel sağlık sigortası, daha düşük gelirli kişilerin daha kötü sağlık hizmeti almasına neden olarak sağlıkta eşitsizliğe neden olmaktadır.					
23. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksamalar özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilemektedir.					
24. Özel sigortacılık ile ilgili kanunların yetersiz olduğunu düşünüyorum.					
25. Devlete sağlık sigortası prim ödemelerinin zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.					
26. Devletin sosyal güvenlik sistemine güven duyuyorum.					
27. Hastane ve doktor seçimden daha özgür olabilmek için özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünebilirim.					
28. Özel sağlık sigortası yaptırırsam daha kaliteli sağlık hizmeti olabileceğimi düşünüyorum.					
29. Resmi sağlık sigortalarının yetersizliğinden dolayı ilerde özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünebilirim.					
30. Özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünürsem, teminatın kapsamı en önemli etken olacaktır.					

Bağlı olduğunuz Kamu Sosyal Güvenlik Kurumu	
Cinsiyetiniz	
Medeni Durumunuz	
Kaç çocuğunuz var	
Yaşınız	
Eğitim Seviyeniz (mezun	

olunan okul)	
Aylık geliriniz	
Meslekiniz	
Ciddi sağlık sorununuz varsa belirtiniz.	

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

EK II: SİGORTASI OLMAYAN KİŞİLERE UYGULANAN ANKET FORMU

DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ, SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ **ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ TOPLUM TARAFINDAN ALGILANIŞI**					
Lütfen aşağıdaki ifadeleri kendi düşüncenizi ifade eden 5 şıktan birini seçerek belirtiniz. **1 - Kesinlikle Katılıyorum 2- Katılıyorum 3-Fikrim Yok 4-Katılmıyorum** **5-Kesinlikle Katılmıyorum**					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. İşyerim özel sağlık sigortası yaptırmasaydı kesinlikle kendim yaptırırdım.					
2. Özel sağlık sigortası yaptırdığımda bana sigortamla ilgili her türlü bilgi verildi.					
3. Sağlıkla ilgili her türlü sorumumda her zaman özel sağlık sigortamı kullanıyorum.					
4. Özel sağlık sigortamla ilgili hiç problem yaşamıyorum.					
5. Sağlıkla ilgili sorumlarımda genelde özel hastaneleri tercih ediyorum.					
6. Mevcut özel sağlık sigortamdan aldığım hizmetten memnunum.					
7. Özel sağlık sigortam için ödediğim primin bütçeme uygun olduğunu düşünüyorum.					
8. Provizyon alma işlemlerin zorluğu					
9. Özel sağlık sigortası yaptırmayı başkalarına öneririm.					
10. Sosyal sigortamın sunduğu sağlık hizmetlerinden memnunum.					
11. Özel sağlık sigortacılığı ile ilgili basından ve ilgili kuruluşlardan halkı aydınlatıcı yeterince bilgi verildiğini düşünüyorum.					
12. Türkiye'de özel sağlık sigortasının, devletin sağlık hizmetlerinin eksikliklerini gidermede önemli olduğunu düşünüyorum.					
13. Tamamlayıcı sigorta modeli hakkında bilgim var.					
14. Sağlık alanının sadece kamuya ait olan bir konu olduğunu düşünüyorum.					
15. Özel sağlık firmaları sadece kar etmeyi amaçladıkları için sağlık hizmetini yeterince veremiyorlar.					
16. Özel sağlık sigortasının sağlık alanında ürün çeşitliliğini artırdığını düşünüyorum.					

17. Sosyal Güvenlik Reformunun yakın zamanda bir şey değiştirmeyeceğini düşünüyorum.					
18. Sosyal Güvenlik Reformu özel sağlık sigortacılığına olan talebi azaltacaktır.					
19. Devletin, özel sağlık sigortasını desteklemesi gerekmektedir.					
20. Özel sağlık sigortaları sağlık alanında verimliliği artırmaktadır.					
21. Özel sağlık sigortaları müşteri odaklı yaklaşarak fark yaratmaktadır.					
22. Özel sağlık sigortalarını, sağlık alanında kamu dışında alternatif bir finansman olarak görüyorum.					
23. Ciddi bir sağlık sorunum olmasaydı özel sağlık sigortası yaptırmazdım.					
24. Devlete sağlık sigortası prim ödemelerinin zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.					
25. Devlet sağlık alanında işini daha iyi yaparsa özel sağlık sigortalarına gerek kalmayacaktır.					
26. Özel sağlık sigortası ile gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti standartlarını yakalama şansını buldum.					
27. Sağlık alanında hem kamunun hem de özel sektörün olması gerektiğini düşünüyorum.					
28. Devletin zamanla sağlık alanındaki ağırlığının azalması gerektiğini düşünüyorum.					
29. Özel sağlık sigortası, daha düşük gelirli kişilerin daha kötü sağlık hizmeti almasına neden olarak sağlıkta eşitsizliğe neden olmaktadır.					
30. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksamalar özel sağlık sigortacılığını olumsuz etkilemektedir.					
31. Özel sigortacılık ile ilgili kanunların yetersiz olduğunu düşünüyorum.					
32. Özel sağlık sigortası yaptırmamda daha özgür hastane ve doktor seçimi yapabiliyor olmam etkili oldu.					
33. Özel sağlık sigortamın bana sunduğu ek teminatlardan memnunum.					
34. Özel sağlık sigortasını seçmemde sigorta şirketinin popüler olması etkili oldu.					
35. Özel sağlık sigortası seçmemde verilen teminatın kapsamı etkili oldu.					

Özel Sağlık Sigorta Firmanız:	
Özel Sağlık Sigorta Çeşidiniz	Bireysel ( ) Kurumsal ( )
Bağlı olduğunuz Kamu Sosyal Güvenlik Kurumu	
Cinsiyetiniz	
Medeni Durumunuz	
Kaç çocuğunuz var	
Yaşınız	
Eğitim Seviyeniz (mezun olunan okul)	
Aylık geliriniz	
Meslekiniz	
Ciddi sağlık sorununuz varsa belirtiniz.	