

AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

*ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN*

*JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185*

http://www.akademikbakis.org

TÜRKİYE SAĞLIK FİNANSMANINDA YENİ BİR ALTERNATİF: TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Özlem ÖZER¹, Mehmet GÖZLÜ², Seda KARSAVURAN³, Kenan GÖZLÜ⁴

*¹⁻²⁻³Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi
Bölümü*

⁴Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Özet: Özel sağlık sigortalarının sağlık sigortaları içinde önemli bir rol oynadığı gerçektir. Türkiye’de özellikle son yıllarda ağırlıklı olarak özel sağlık sigortası türlerinden birisi olan tamamlayıcı sağlık sigortası tartışılmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile Türkiye’de genel sağlık sigortası dışında kalan hizmetlerin kapsam altına alınması istenmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının ülkeye ne gibi kazanımlar getireceği ise tam olarak bilinmeyen bir konudur. Bu çalışmada özel sağlık sigortalarından birisi olan tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgiler verilmiş, dünyada ve Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamaları anlatılmış ve Türkiye’de bu sigortanın uygulanabilirliği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Özel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Türkiye

A NEW ALTERNATIVE IN TURKEY HEALTH FINANCING: COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE

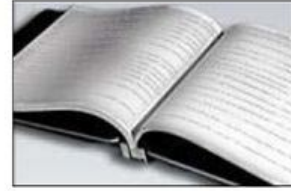
Abstract: It is true that private health insurance have a very important role in health insurance. In Turkey, especially of late years, complementary health insurance which is one kind of private health insurance, have been discussing. Services which are not covered by general health insurance are desired to include in the scope with complementary health insurance in Turkey. It is an unknown issue that what benefits our country will get due to complementary health insurance. In this study, some information about complementary health insurance was given, and implementation of complementary health insurance in the world and Turkey was mentioned and applicability of this insurance in Turkey was assessed.

Keywords: Private Health Insurance, Complementary Health Insurance, Turkey

1.GİRİŞ

Sosyal sağlık sigortalarının finansmanı ister vergi ister primle sağlansın, hiçbir sistem tüm sağlık risklerini karşılayamamıştır. Bu durum karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri

karşısında yetersiz kalan alanlarda iki yöntemi gündeme getirmektedir. Bunlardan birincisi sağlık harcamalarının doğrudan cepten ödeme ile karşılanması yani finansal riskin sağlık hizmetini



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

kullanan kişi tarafından üstlenilmesidir. İkinci yöntem ise finansal riskin özel sağlık sigortası tarafından karşılanmasıdır (Giray, 2010:107).

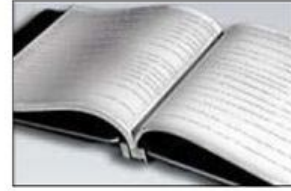
Özel sağlık sigortası özellikle yüksek gelirli ülkelerde yaygın olan bir sağlık finansman yöntemidir (Gottret ve Schieber, 2006:103). Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun veya olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (Orhaner, 2006:9). Özel sigorta, kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altına alınması için serbest iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır (Tiryaki ve Tatar, 2000:126). Ayrıca, gelişmiş ve kamu sağlık sigorta sistemini uygulayan ülkelerde ve genellikle sosyal sigorta sisteminin bulunduğu ülkelerde yaygın bir şekilde kullanılan finansman yöntemidir (Tapan, 2008:19).

Özel sağlık sigortalarının amacı, kişilerin sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek riskleri teminat altına almaktır. Kişilerin sigorta başlangıç tarihinden önce meydana gelmiş olan birtakım hastalıkları varsa bu durum teminat dışında bırakılmaktadır. Riskin gerçekleşmesi durumunda sigortanın görevi, sigortalının sigortalanmadan önceki haline kavuşturulmasıdır. Özel sağlık sigortaları başlıca iki konuda güvence sağlamaktadır. Bunlar tıbbi harcamalar ve işgöremezlik gelirleridir (Çelik, 2011:188).

Gelişmekte olan pek çok ülkede özel sağlık sigortası kullanımı artış göstermektedir. Bu gelişime çeşitli faktörlerin katkı sağladığı söylenebilir. Bunlar; kamu sağlık hizmetine olan memnuniyetsizliğin artması, liberalleşen pazarlar ve genel ekonomik büyüme yanında, daha fazla ve çeşitli tüketici talebini sağlayan sigorta şirketlerinin uluslararası ticaretindeki artışıdır. Özel sağlık sigortası dikkatli yönetilir ve yerel ihtiyaç ve tercihlere uyarlanırsa var olan sağlık finansman seçeneklerini tamamlamak için önemli bir araç olarak kullanılabilir (Drechsler ve Jütting, 2005:4).

Özel sağlık sigortaları; ikame edici, ilave edici ve tamamlayıcı sigorta olarak sınıflandırılabilir. İkame edici/yedek sağlık sigortası; yasal kapsam dışında kalan kişileri (örneğin 2006 yılı öncesinde Hollanda'da yaşayan yüksek gelirli hane halkları) veya yasal ve özel sigorta kapsamı arasında seçim yapma şansı olan kişileri (örneğin Almanya'da yaşayan yüksek gelirli hane halkları) kapsamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası; hizmetlerin kapsanmadığı (diş tedavisi, alternatif tedavi gibi) veya kamu tarafından yalnızca belirli kısmının kapsandığı (yasal kullanıcı katkıları gibi) hizmetleri içerir. İlave edici/destekleyici sağlık sigortası ise; hizmetlere daha hızlı ulaşım ve artan hizmet sunucusu seçimi sağlar (Mossialos ve Thomson, 2004).

Tamamlayıcı ve ilave edici sağlık sigortası tüm nüfusa açıktır ve her Avrupa Birliği üyesi olan ülkede mevcuttur. İkame edici/yedek sağlık sigortası ise üye ülkelerin bazılarında belirli gruplar için



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

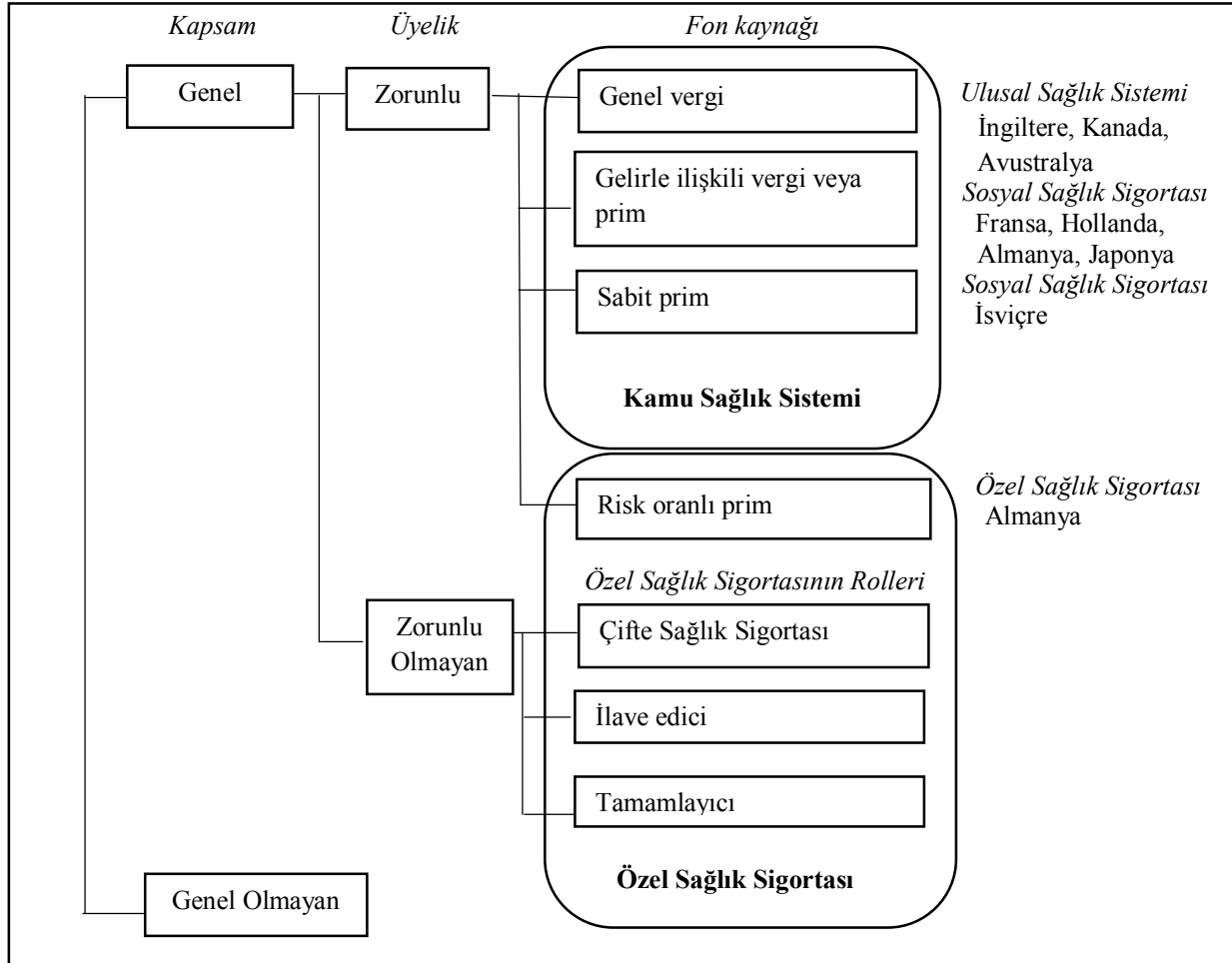
<http://www.akademikbakis.org>

sınırlandırılmıştır (Mossialos ve Thomson, 2004:16).

Özel sağlık sigortası, primlerin nasıl hesaplanacağına (bireysel, grupsal veya toplumsal riske dayalı olarak), faydaların

nasıl belirleneceğine ve hizmet sunucularının (kar amaçlı veya kar amaçsız) statülerine göre de farklılaşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002:19). Şekil 1’de sağlık finansman sistemlerinin sınıflandırılması verilmiştir.

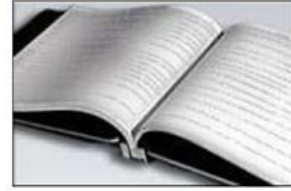
Şekil 1: Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: (Tajika ve Kikuchi, 2012:126)

Bir ülkedeki özel sağlık sigortasının türü ülkenin sağlık sisteminin kamu tarafından finanse edilme yapısına (kamu sistemi)

göre belirlenmektedir. Özel sağlık sigortası pazarında sigorta şirketlerinin büyümesine fırsat sağlayan kamu sisteminin önemli 4



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

ögesi vardır. Bunlar; *Kapsamın genişliği (Kamu sistemi tarafından sağlanan faydalar)*: Teminat paketinde nelerin yer aldığı ve almadığı veya belirli bir teminat paketi olmadığında nelerin kapsanmasının beklenebileceğini gösterir. *Kapsamın derinliği (Kamu sistemi tarafından sağlanan maliyetlerin oranı)*: Faydaların tümüyle mi kapsanmış olduğunu veya sağlık hizmeti kullanıcısının finansal katkı yapmak zorunda olup olmadığını gösterir. *Sistemin kapsayıcılığı (Kapsamın uzandığı nüfusun oranı)*: Kapsamın genel mi olduğunu veya bazı grupların hariç mi tutulduğunu ve kamu sisteminde sağlık hizmeti için ödeme yapması gerekip gerekmediğini gösterir. *Tüketici tatmini (Hizmetin kalite algısı)*: Özel sağlık hizmeti için kamu sistemine zorunlu ödenen katkı payının üzerinde ödemeye gönüllü olacak kadar kamu sistemine karşı tatminsizlik olup olmadığını gösterir. Tüm bu öğeler “kapsamın alanı” (hizmetler, maliyetler, kişiler ve beklentilerin alanı) başlığı altında toplanabilir. Yukarıda belirtilen üç çeşit özel sağlık sigortası, kamu sisteminin bu 4 ögesine karşılık gelmektedir: tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamın genişliği ve kapsamın derinliği için, çifte sağlık sigortası sistemin kapsayıcılığı ve ilave edici sağlık sigortası ise tüketici tatminine karşılık gelmektedir. Bu anlamda eğer kamunun kapsamı, genişlik ve derinlik anlamında yetersizse kamu sistemini tamamlayacak özel sağlık sigortası pazarı geliştirilebilir (Foubister vd., 2006:2-3).

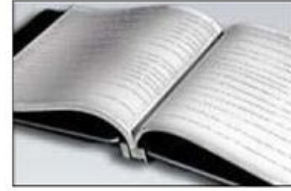
Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği verilerine göre, 2009 yılı Kasım ayı sonu itibariyle Türkiye’de özel sağlık

sigortası poliçesine sahip kişi sayısı 1.28 milyon iken, bu rakam 2011 Kasım ayı itibariyle 2.28 milyona yükselmiştir. Bireysel olarak yaptırılan özel sağlık poliçe sayılarının gün geçtikçe artmakta olduğu görülmektedir. Bu durum oldukça önemli bir gelişmedir ve toplumda farkındalığın ve sağlığa verilen önemin arttığının bir göstergesidir. Sağlık hizmetlerinden beklentilerin artması, özel sağlık sigorta ürün çeşitliliğinin artması ve sağlık sigortası poliçe primlerinin daha ödenebilir seviyelere gelmesinin bu artışta etken olduğu söylenebilir (Gözetmen Sigorta Brokerliği, 2012).

Bu çalışmada özel sağlık sigortası türlerinden birisi olan tamamlayıcı sağlık sigortası üzerinde durulmuştur. Çalışmanın ilk bölümünde tamamlayıcı sağlık sigortası kavramının ne olduğu, ikinci bölümünde dünyadaki tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarının nasıl işlediği ve üçüncü bölümde Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası konuları anlatılmıştır.

1.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı sağlık sigortası, zorunlu sistem tarafından sigortanın dışında kalan kişilerin alacakları hizmetlerin tamamı veya bir kısmını kapsayan sigorta türüdür (Mossialos ve Thomson, 2004:66). Tamamlayıcı sağlık sigortası, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık harcama risklerini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir sağlık sigortası türü olarak tanımlanmaktadır (Erkek ve Erkek, 2012:79). Bazı sigortacılar yatan hastalar için sigorta kapsamını



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

sınırlandırmaktadır fakat birinci basamak hekim muayeneleri, ilaçlar, testler, tıbbi uygulamalar, ulaşım maliyetleri, diş tedavisi, ana sağlığı hizmetleri ve tamamlayıcı veya alternatif tedavi maliyetlerinin önemli bir parçasını ayakta hastalar için karşılamaktadır. Geri ödeme düzeyleri ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir ve seçilen sigorta paketine göre de bu durum değişebilmektedir (Mossialos ve Thomson, 2004:66).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının etkilerinden biri *artan erişilebilirliktir*. Katılım payının yüksek olması düşük gelirliler için sağlık hizmetine erişimini azaltmakta ve sağlık hizmetlerinin eşit ve adil olmayan kullanımıyla sonuçlanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaşmasıyla ve düşük gelirli insanların bu sigortayı satın alabilmesinin sağlanmasıyla eşitsizlik azalacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortasının diğer bir etkisi ise *sağlık hizmeti kullanımının artmasıdır*. Tedavi ve ilaç maliyetlerinin paylaşımı kişileri (hastaları) maliyetler konusunda daha bilinçli hale getirecektir. Ancak, eğer sigorta maliyetlerin bu kısmına uygulanırsa kişiler sağlık hizmetinin marjinal maliyetlerinin düştüğünü fark edecekler ve böylece daha fazla tüketeceklerdir. Bu ahlaki tehlike etkileri, artan sağlık hizmeti maliyetleriyle sona erecektir (Tajika ve Kikuchi, 2012:129).

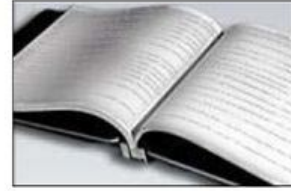
Birçok çalışma tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmeti kullanımını artırdığını göstermektedir (OECD, 2004). Bu da hükümetlerin bazı durumlarda tamamlayıcı sağlık sigortasının geniş kullanımını yasaklamasının bir nedenidir (Tajika ve Kikuchi, 2012:129).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, insanların özel kapsam yoluyla finansal korumaya ulaşması için hükümetlerin hane halklarına maliyetleri kaydırmaya izin vererek yasal kullanıcı ücretlerini ortaya çıkarabilir. Bu durum özellikle Fransa ve Slovenya gibi ülkelerde yaygındır (Thomson, 2011:20).

Çoğu OECD ülkesi kamu sağlık sistemi tarafından sağlanan hizmetler için maliyet paylaşımı gerektirir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, sigortalılar için maliyetlerin bir kısmını hafifletmektedir. Ciddi hastalıklardan kaynaklanan yüksek tıbbi maliyetlere maruz kalmayı sınırlandırmaya yardımcı olur (Tajika ve Kikuchi, 2012:129). Tamamlayıcı sağlık sigortası, en düşük gelirden en az miktarda satın alınabilir, bu yüzden kişiler ücretleri ödemek zorundadırlar. Bu durum, düşük gelirlilerde orantısız olarak artan finansal yüke neden olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002:20). Tablo 1'de kamu sigorta programları ile ilişkili özel sağlık sigortasının fonksiyonları özetlenmiştir.

Tablo 1: Kamu Sigorta Programları İle İlişkili Özel Sağlık Sigortasının Fonksiyonları

		Kamu Sağlık Sigortasına Uygunluk	
		Kişiler kamu kapsamında	Kişiler kamu kapsamında değil
Özel sağlık sigortası	Özel sağlık sigortası tıbbi olarak gerekli iyileştirici hizmetleri kamu sistemi altında	Çifte (duplicate) Özel Sağlık Sigortası	Birincil Özel Sağlık Sigortası



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

tarafından kapsanan sağlık hizmetleri	kapsar		İkame Edici ve Esas
	Özel sağlık sigortası kamu sigorta sistemlerine uygun maliyet paylaşımı sağlar	Tamamlayıcı	
	Özel sağlık sigortası kamu sisteminde veya birincil özel sağlık sigortasında kapsanmayan en üst sağlık hizmetlerini kapsar	İlave Edici	

Kaynak: (OECD, 2004:30)

Tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanabilir olması için Genel Sağlık Sigortası'nın belli alanlarda daraltılması veya prim konularında (ödenen primin tamamının emekliliğe eklenmesi gibi) teşvikler sağlanarak kamu bütçesi üzerindeki yükün azaltılabileceği düşünülmektedir (Deloitte, 2012a:88). Tamamlayıcı sağlık sigortası ile bireyler, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu ücreti gerekse de yatarak tedavide mecbur tutulduğu şartların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı, kendi sigortası aracılığıyla ve riskini diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına kavuşacaktır (Erkek ve Erkek, 2012:79).

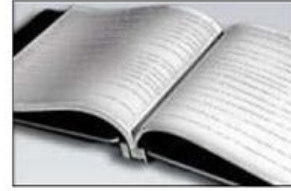
Tamamlayıcı sağlık sigortası ile beraber, kamunun karşılamakta olduğu mali riskler, sigorta kurumları ile beraber karşılanmaktadır. Böylelikle hem kamunun sağlık harcamaları azaltılmakta, hem de kişilerin tercihleri doğrultusunda özelleştirilmiş poliçeler oluşturulabilmektedir. Ayrıca özel sağlık sigortası sektörü de canlılık kazanarak büyümektedir (Deloitte, 2012a:88).

1.2. Dünya'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları Uygulamaları

Tamamlayıcı sağlık sigortası Belçika, Danimarka (özellikle ilaçlar ve diş tedavisi), Fransa (poliklinik hizmetleri),

Hollanda (diş tedavisi), İsveç'te (ilaç ve diş tedavisi) geri ödeme için bazı hizmetleri kapsam altına almaktadır. İtalya'da yapılan son reformların sonucu olarak İtalyan dernekleri ulusal sağlık hizmetleri tarafından fonlanan ve paket kapsamı dışında kalan hizmetlerin maliyetlerini ve geri ödemeyi kapsamaya izin vermiştir. Fransa dışında geri ödemeyi sağlayan özel sağlık sigortası pazarı Avrupa Birliği'nde azımsanmayacak düzeydedir. Ayrıca ilaçlar için ödeme kapsamı önemli miktarda değişiklik göstermektedir (Mossialos ve Thomson, 2004:66).

Hastalar Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Portekiz ve İspanya'da ayakta hasta maliyetleri için tamamlayıcı sağlık sigortası satın alabilir. Zorunlu sağlık sigortası sistemleri dış tedavisini kapsam dışına çıkarmasına rağmen Avrupa Birliği'nde diş tedavisi için özel sağlık sigortası pazarı beklendiği kadar büyük olmayabilir. Bunun nedenleri çok açık değildir. Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere'de diş tedavisi için kapsam mevcuttur (Mossialos ve Thomson, 2004:66). Tablo 2'de AB ülkelerinde tamamlayıcı sağlık sigortası tarafından sağlanan yardımlara örnekler gösterilmiştir.



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

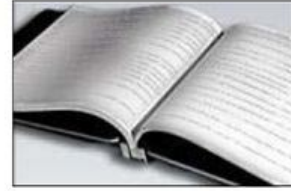
ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

Tablo 2: AB Ülkelerinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tarafından Sağlanan Yardımlar

Avusturya	Hastanelere günlük ödeme (nakit faydası) Alternatif tedavi
Belçika	Yatan hasta veya ayakta hastaların maliyetlerinde ön ödemesi olmayan hizmetler için ortak ödemeler Bakıcı maliyetleri (muhtaç durumda olanlar için)
Danimarka	İlaçlar, diş tedavisi, psikoterapi, lensler gibi hizmetler için ortak ödemeler
Finlandiya	Bazı kamu sektöründeki hastanelerin maliyetleri Seyahat harcamaları
Fransa	Ortak ödemeler Kamu sektörü tarafından kapsanmayan tedaviler Ev yardımları Hastanelere günlük ödeme
Almanya	Ayakta bakım hizmetleri Diş tedavisi Hastanelere günlük ödenekler (nakit faydası)
Yunanistan	Hastanelere günlük ödenekler (nakit faydası)
İrlanda	Ayakta hastaların uzman danışmanlıkları, X-ray ve diğer unsular tarafından kapsanması Ayakta hastalar için alternatif tedavilerin kapsanması Hastanelere günlük ödeme Hastanelerde ergoterapi, X-ray, laboratuvar testleri ve ilaçların maliyetleri Yatan hastalar, günlük bakım ve bazı ayakta hasta tedavileri için danışmanlık ücretleri Analık yardımları Huzurevinde iyileşme dönemi
İtalya	Ortak ödemeler Geri ödemesi olmayan hizmetler Diş tedavisi Hastanelere günlük ödeme
Lüksemburg	Hastanelere ortak ödemeler Ameliyat öncesi ve sonrası maliyetler ve bakım maliyetleri Diş protezi Yurt dışındaki cerrahi tedaviler Tedavinin maliyetinde hiçbir anlaşması olmayan durumlarda kısmı geri ödeme
Hollanda	Çoğunlukla diş bakımı İlaçlar için ortak ödeme Sınır ötesi bakım Alternatif tedavi
Portekiz	Diş tedavisi Göz hekimliği Ortak ödemeler Nakdi yardımlar
İspanya	Diş tedavisi
İsveç	İlaçlar, diş tedavisi, alternatif tedavi için geri ödeme
İngiltere	Nakdi faydalar



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

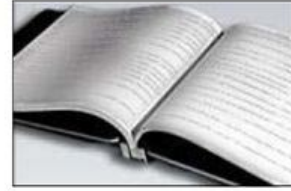
<http://www.akademikbakis.org>

	Diş tedavisi Alternatif tedavi
--	-----------------------------------

Kaynak: (Mossialos ve Thomson, 2004:68) Deloitte tarafından hazırlanan “2011 Survey of Health Care Consumers” raporuna göre nüfusun %99’unun genel sağlık sigortası ile kapsandığı Belçika’da, nüfusun üçte birinin tamamlayıcı sağlık sigortası kullandığı görülmektedir (Deloitte, 2012a:88). Tamamlayıcı sağlık sigortası Danimarka sağlık sisteminde 1970’li yıllardan beri yaygındır. Tamamlayıcı sağlık sigortası geleneksel olarak zorunlu sistemde (çoğunlukla ilaç ve diş tedavisi için) ve kamu tarafından tamamının kapsamadığı hizmetler için ortak ödeme de kullanılmaktadır. Ayrıca kar amacı olmayan kurumlar Danimarka’da geçmişte tamamlayıcı sağlık sigortasının tek hizmet sunucu konumunda olmuştur (Vrangbaek, 2010:16). Diğer pek çok ülkedeki durumun tersine Fransa’da tamamlayıcı sağlık sigortası planı zorunlu sağlık sigortası fonları ile karşılaştırıldığında konusal olmaktan ziyade finansal bir etkiye sahiptir. Diğer bir deyişle tamamlayıcı sağlık sigortası zorunlu sigorta tarafından kapsanmayan mal ve hizmetleri aynı sağlık sepetinde bir araya getirmektedir (Bellanger vd, 2005:3). İsviçre’de tamamlayıcı sigorta hem hastalık fonları hem de kar amacı güden

özel sigorta şirketleri tarafından sunulmaktadır. Her ikisi de riski primlere göre ayarlamakta ve yüksek riskli kişileri kapsam altına almayı reddetmektedir (Kifmann, 2006:153).

Pek çok Avrupa ülkesinde nüfusun yalnızca küçük bir oranı ek özel sağlık sigortasına sahiptir. Fakat 6 ülkede nüfusun yarısı veya daha fazlası 2010 yılında bir özel sağlık sigortasına sahiptir (Şekil 2). Fransa’da nüfusun neredeyse tamamı (%96) tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir. Belçika, Lüksemburg ve Slovenya’da da nüfusun önemli bir oranı tamamlayıcı sağlık sigortasını kullanmaktadır. Hollanda %89 ile en fazla ilave edici sigorta kullanan ülkedir (OECD, 2012:118). Tamamlayıcı sağlık sigortasının Fransa’da yaygın olması kısmen, genel sigortadan önce geniş çapta geliştirilen karşılıklı sigortadan kaynaklanmaktadır (Tajika ve Kikuchi, 2012:129). Türk Ticaret Kanunu’nda karşılıklı sigorta, “birden çok kişinin birleşerek, içlerinden herhangi birinin, belli bir rizikonun gerçekleşmesi durumunda doğacak zararlarını tazmin etmeyi borçlanmaları” olarak tanımlanmıştır.



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

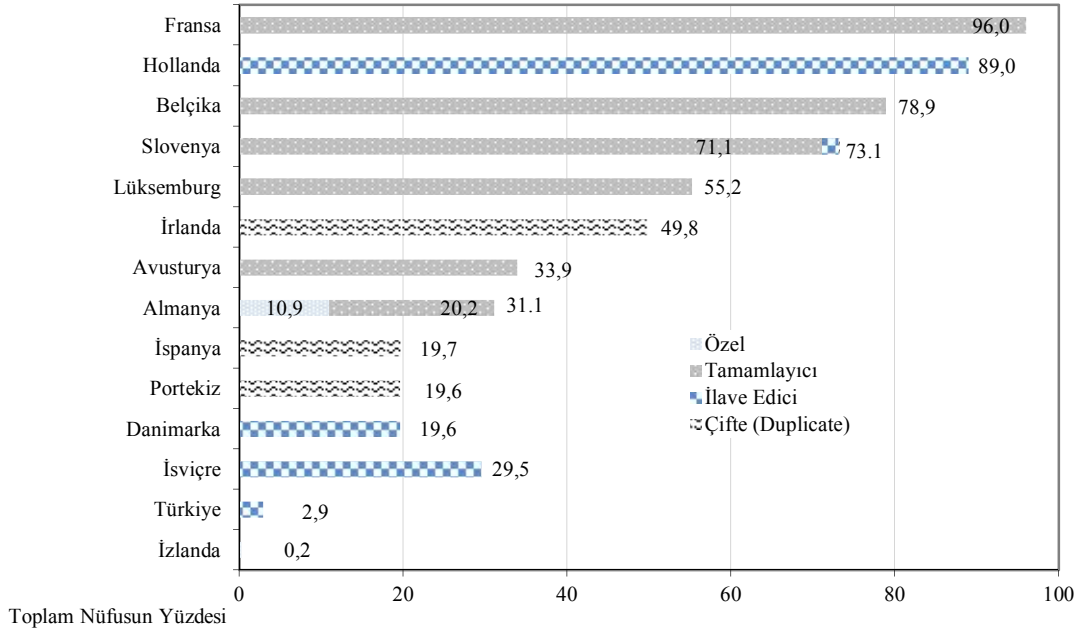
Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

Şekil 2: Özel Sağlık Sigortası Türleri (2010 veya En yakın yıl)

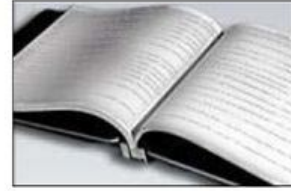


Kaynak: (OECD, 2012)

Fransa'daki tamamlayıcı sağlık sigortası talebinin belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almadaki temel etkenin sosyal sistemin getirdiği finansal riski azaltmak olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, tamamlayıcı sağlık sigortası talebinde gelirin etkisinin yüksek düzeyde olduğu, yani tamamlayıcı sağlık sigortası harcamasının gelire beraber arttığı bulunmuştur (Grigon ve Kambia-Chopin, 2009:24). Saliba ve Ventelou (2007) da gelirin tamamlayıcı sağlık sigortası satın alma kararında önemli derecede etkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca zorunlu olan kamu sağlık sigortasının ciddi hastalıkların giderlerini karşılaması nedeniyle, bu tip hastalıklara sahip olmayla tamamlayıcı sağlık sigortasını satın alma kararları arasında önemli bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Saliba ve Ventelou, 2007).

Fransa'daki tamamlayıcı sağlık sigortası nüfusun %90'ından fazlasını etkilerken toplam sağlık harcamalarının %13,3'ünü ödemektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının bu etkisinin sigorta alıcıların kendi marjinal maliyetlerini düşürürken genel sağlık hizmeti maliyetlerini artırdığı söylenebilir (Buchmueller ve Couffinal, 2004).

Özel sağlık sigortasının sağlık harcamaları içindeki payının düşük olduğu ülkelerden birisi Japonya'dır. OECD'nin raporunda (2004) Japonya'daki özel sağlık sigortasının payının sadece %0,3 olduğu görülmektedir. Diğer bir çalışmada (Paris vd., 2009) ise bu payın %2,6 olduğu görülmektedir. Japonya özel sigorta pazarının uluslararası açıdan bakıldığında oldukça küçük olduğu söylenebilir. Japonya'da tamamlayıcı sağlık sigortası da



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

oluşturulmamıştır. Bunun nedeni olarak kamu sigortasındaki cömert hizmetler gösterilebilir (Tajika ve Kikuchi, 2012:139).

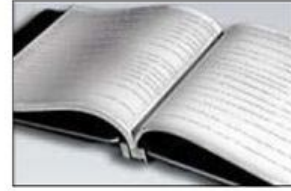
Maliyet paylaşımını kapsayan tamamlayıcı sağlık sigortasının düşük gelirli kişilerin, özellikle maliyet paylaşımından muaf olan eşiktekinin biraz üzerinde gelire sahip olan kişilerin erişimi için engel teşkil etmesi muhtemeldir. Bu durum, hükümetin maliyet paylaşımı yoluyla fiyat mekanizması kurması ve tamamlayıcı sağlık sigortasını satın almada fiyatın etkisini reddetmesi durumunda hem adaletsiz hem de verimsizdir. Araştırmalar, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında olma olasılığının sosyal sınıf, gelir düzeyi, çalışma durumu, çalışma düzeyi ve yaşa yüksek düzeyde bağlı olduğunu göstermektedir. Bunun ötesinde, tamamlayıcı sağlık sigortası ile sağlanan kapsamın kalitesi de gelire birlikte artmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2004:3). Tamamlayıcı sağlık sigortasına erişimdeki eşitsizlikten kaynaklanan sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizliklerin önüne geçebilmek için ülkeler gerekli düzenlemeleri yapmalıdır. Örneğin, tamamlayıcı sağlık sigortasının en yaygın olduğu Fransa’da 2000 yılında belirli bir miktarın altında kazanan kişiler için tamamlayıcı sağlık sigortasına ücretsiz erişim sağlanmıştır (Thomson ve Mossialos, 2004:3).

1.3. Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası çeşitlerinden birisi olan tamamlayıcı sağlık sigortası, Sosyal

Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınmayan ya da alındığı halde kısmen karşılanan ve bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep etmesi durumlarında ortaya çıkan bir sigortadır. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası daha çok 2000’li yılların başından itibaren tartışılmaya başlanmıştır. Bu sigorta türü ilk kez 5510 sayılı Kanununun 98. maddesinde konu olmuş ve 2011 Ekim ayında yayımlanan Orta Vadeli Programda (2012-2014) “tamamlayıcı emeklilik ve sağlık sigortası modellerinin geliştirileceği” konusuna yer verilmiştir. Kanununun 98. maddesinde, konuyu sigortacılık ilkeleri çerçevesinde düzenleme görevi SGK’nın uygun görüşü alınması suretiyle Hazine Müsteşarlığı’na verilmiştir (SGK, 2012).

SGK tarafından da 28 Haziran 2012 tarihinde yayınlanan 2012/25 sayılı Genelge ile tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Daha önceleri uygulamada var olan ancak herhangi bir düzenleme bulunmaması nedeniyle geri ödeme uygulamalarında problemlerin ortaya çıkmasına yol açan durumlar ve uygulamadaki farklılıklar Genelge ile kaldırılmıştır. Bu genelge ile önceden ilave ücret, otelcilik ücreti gibi hastalar tarafından cepten ödenen kısımların sigorta şirketleri tarafından ödenebilmesi sağlanmıştır. Yani, SGK tarafından ödenmesi gereken sağlık hizmetleri bu kuruma, ilave ücret ise özel sigorta şirketine fatura edilebilecektir. Ayrıca, sigorta şirketi ve hastane bir sağlık hizmetinin fiyatı konusunda kendi arasında anlaşma yaptığı takdirde, sağlık hizmet



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

bedelinin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatı SGK'ya, SUT'un üzerinde kalan kısmı da sigorta şirketine fatura edilebilecektir (SGK, 2012). Bu genelgeyle, sağlık kurumları tarafından fark ücretler için "çoklu fatura kesilebilmesi"nin sağlandığı ve tamamlayıcı sağlık sigortasının genel sağlık sigortası anlaşmalı hastanelerde işler halde olmasının önündeki bir engelin kaldırıldığı belirtilmektedir (TSRŞB, 2012:32). Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak ise tamamen isteğe bağlıdır. Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri (estetik girişimler, akupunktur gibi alternatif tedaviler vs.), ilave ücret tutarları, otelecilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar, sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, SUT fiyatları üzerinde kalan tutarlardır (SGK, 2012).

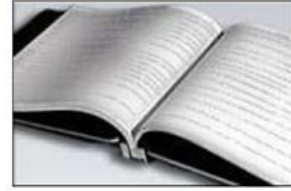
23 Ekim 2013 tarihinde Hazine Müsteşarlığı tarafından yayımlanan özel sağlık sigortası yönetmeliğinin 18. maddesine göre; genel sağlık sigortalısının kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlerine ilave masraflar ve genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderleri özel sağlık sigortası teminatı veren şirketler tarafından karşılanacaktır. Ayrıca şirket; bakıma muhtaç kalma durumunun ortaya çıkmasına bağlı bakım hizmetlerine ilişkin giderler, yurt dışındaki sağlık hizmetleri ve buna bağlı diğer giderler, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile ilintili diğer konular

için ek teminat verebilecektir (Resmi Gazete, 2013).

Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği Sağlık Çalışma Grubu (2011) kaynak sıkıntısının daralmasını olumsuz etkilerini azaltmak ve Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen "tamamlayıcı sağlık sigortası"na geçilmesi; yüksek gelirli bireyler için kamu sağlık sigortacılığında maliyet paylaşımı fırsatı verilmesi, böylece SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısının azaltılmasını önermiştir. Böylece sağlık sigorta sistemlerinin yaygın ve birbirini tamamlayabilecek/destekleyebilecek şekilde geliştirilerek hem finansmanın sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlanması, hem de vatandaşların "tek tip" yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmeti alabilmesinin mümkün kılınacağını belirtmiştir.

30 Ocak 2013 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nda yapılan bir toplantıda tamamlayıcı sağlık sistemi ile asgari 6-7 milyon sigortalının hedeflendiği ve bu anlamda kurumla anlaşmalı olsun veya olmasın, tamamlayıcı sağlık sistemi altında yapılan tüm sağlık giderlerinin kurum ve sigorta şirketleri arasında paylaşılması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca sistemin sağlıklı yürüyebilmesi için SUT'un gözden geçirilerek maliyet odaklı olması gerektiği de vurgulanmıştır (TSRŞB, 2012:100).

Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına eleştirel bakan taraflar da



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

*ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN*

*JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185*

<http://www.akademikbakis.org>

olmuştur. 2012 yılında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili yazılı bir açıklama yapmış ve tamamlayıcı sağlık sigortasının en çok yoksulları, yaşlıları ve kronik hastaları zarara uğratacağını belirtmiştir. Özel sigorta şirketlerinin yaşlılar ve doğumsal ya da sonradan edinilmiş kronik hastalığı olanları sigorta kapsamında almaktan kaçınacaklarını ya da daha fazla para isteyeceklerini öne sürmüşlerdir (TTB, 2012).

Türk Toraks Derneği Sağlık Politikaları Çalışma Grubu ise sağlık hizmeti için Türkiye’de üç kez (vergi, genel sağlık sigortası primi, katılım payı) ve tamamlayıcı sağlık sigortası ile de özel sigorta kapsamında dördüncü kez prim ödenmekte olduğu vurgulanmıştır. Bu durumun sağlık üzerinden para kazanmak isteyen yapılanmalar haricinde herkes için anlamı sağlığa cebinden daha fazla ödeme yapması olarak yorumlanmıştır. Bu uygulamanın “sosyal devlet” anlayışına uymadığı ve pek çok hastalık grubu için bu durumun çok önemli bir harcama kalemi olacağı, tedavilerin aksayacağı belirtilmiştir. Öte yandan tamamlayıcı sağlık sigortasının kişilerin ödeme nispeti oranında kişiler arasında farklı sağlık uygulamalarına neden olacağı vurgulanmıştır (TTD, 2012).

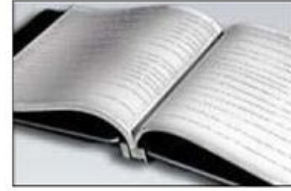
2. SONUÇ VE TARTIŞMA

Tamamlayıcı sağlık sigortası, Türkiye sağlık sisteminde sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla başvurulan alternatif yöntemlerden birisidir. Dünyada özel sağlık

sigortalarının en fazla gelişmiş olduğu ülkelerden birisi olan ABD’de tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlaması nedeniyle Türkiye gibi ülkelerde de tercih edilmeye başlanmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu’nda ortaya çıkan olası gelir-gider dengesizliğinin bir nebze de olsa giderilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca bu sigorta ile vatandaşların kendi hekimini ve hastanesini seçme özgürlüğünün artacağı düşünülmektedir.

Ancak bununla beraber tamamlayıcı sağlık sigortası vatandaşa ve özellikle de düşük geliri, ödeme gücü olmayan bireyler üzerinde finansal yüke neden olacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile gelir düzeyi düşük olan kişiler daha düşük standartlarda sağlık hizmeti almak durumunda kalacaktır. Bu kişiler tamamlayıcı sağlık sigortası alamayacağı için daha fazla ceplerinden harcama yapmak zorunda kalacaktır. Bu durum ise bireyler arasında hakkaniyet ve eşitlik açısından problemlere yol açacaktır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası daha çok kar amacı güden sigorta şirketleri tarafından sağlandığından risk seçimi ilkesi doğrultusunda hareket eden bu şirketlerin hedef kitlesi ödeme gücü yüksek ve risk düzeyi düşük olan bireylerdir. Bu durumda ise sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan grupların örneğin yaşlılar ve kronik hastalığı olanların, ihtiyaç duyduğu bu hizmetleri alma ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda sıkıntı yaşayacağı düşünülmektedir. Bunun yanında



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

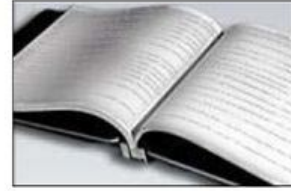
tamamlayıcı sağlık sigortası ile genel sağlık sigortası tarafından karşılanan hizmetlerin daraltılması ve bu yolla özel sağlık sigortası piyasasının canlandırılmasının istenildiği düşünülmektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanabilmesi için öncelikle sosyal sağlık sigorta kapsamının yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir ve maliyet etkililik analizlerinin yapılarak Türkiye sağlık sisteminde uygulanabilirliği analiz edilmelidir. Ayrıca toplumsal ve sosyal etkileri de dikkate alınmalıdır (Deloitte, 2012b:22). Tamlayıcı sağlık sigortasının yapısı ve hangi hizmetlerin genel sağlık sigortası kapsamında ve hangilerinin ise tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sağlanacağı eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri gözetilmeksizin dikkatli bir şekilde belirlenmelidir. Tamamlayıcı sağlık sigortasıyla ilgili bu temel altyapı şartları oluşturulabildiği takdirde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri için gerekli olan farkı ödeyerek daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşabilecektir.

3. KAYNAKÇA

- Bellanger, M., Cherilova, V. & Paris, V. (2005).** Health Basket Project: Fransa. Erişim Tarihi: 15.01.2014, http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_France.pdf
- Buchmueller, T. C. & Couffinal, A. (2004),** Private Health Insurance in France, OECD Health Working Papers, No. 12, OECD Publishing
- Çelik, Y. (2011).** Sağlık Ekonomisi, Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Deloitte, (2012a).** Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, Uluslararası Yatırımcılar Derneği, Erişim Tarihi: 09.01.2014, <http://www.deloitte.com>
- Deloitte, (2012b).** Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli için Yol Haritası ve Süreç Yönetimi, Erişim Tarihi: 09.01.2014, http://www.ieis.org.tr/pdfler/Deloitte_kamufinansmanraporu_0612.pdf
- Drechsler, D. & Jütting, J. (2005).** Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries. Policy Insights, 11, August. OECD Publishing.
- Erkek, N. & Erkek, F. (2012).** Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Türkiye, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi,79, Mayıs– Haziran.
- Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E. & McGuire, A. (2006).** Private Medical Insurance in the United Kingdom. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Giray, B. (2010).** Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gottret, P. & Schieber, G. (2006).** Health Financing Revisited A Practitioner's Guide, The World Bank, Washington.
- Gözetmen Sigorta Brokerliği (2012).** Ülkemizde Özel Sağlık Sigortalarında Yaşanan Gelişmeler. 09/001. Erişim Tarihi: 02.01.2014, http://www.gozetmen.com/e_bultenler/2012_9.Eylul_Bulten_ulkemizd



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN

JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185

<http://www.akademikbakis.org>

[eki_ozel_saglik_sigortalarinda_yas
anan_gelistmeler.pdf](#)

Grigon, M. & Kambia-Chopin, B. (2009). Income and The Demand for Complementary Health Insurance in France. Institute de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. April.

Kifmann, M. (2006). Risk Selection and Complementary Health Insurance: The Swiss Approach, International Journal Health Care Finance and Economics, 6:151-170.

Mossialos, E. & Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction, İçinde: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (eds), Funding Health Care: Options of Europe, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, USA.

Mossialos, E. & Thomson, S. (2004). Voluntary Health Insurance: In the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD, (2004). The OECD Health Project Private Health Insurance in OECD Countries, Erişim Tarihi: 27.12.2013,
<http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/product/8104101e.pdf>

OECD, (2012). Coverage for health care, in Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 1-22.

Paris, V., M. Devaux & L. Wei (2010). “Health Systems Institutional

Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.

Resmi Gazete, (2013). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Sayı:28800, Tarih:23.10.2013,
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm>

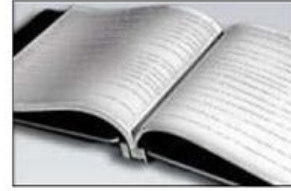
Saliba, B. & Ventelou, B. (2007). Complementary Health Insurance in France who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?, Health Policy, 81:166-182

SGK, (2012). Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulaması Hakkında Yayımlanan Genelgeyi İlişkin Bilgilendirici Duyuru, Erişim Tarihi: 06.01.2014,
http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/e85235330f2b4641bd0e110bfb59a5e/duyuru_10072012_02.pdf?MOD=AJPERES

Tajika, E & Kikuchi, J. (2012). The Roles of Public and Private Insurance for The Health-care Reform of Japan, Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review, 8(2):123-144

Tapan, B. (2008). Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Tiryaki, D. & Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 5(4):123-138.



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 42 Mart – Nisan 2014

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

*ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZISTAN*

*JEL KOD: I13 *** ID:235 K:185*

<http://www.akademikbakis.org>

Thomson, S (2011). Voluntary Health Insurance and Health System Performance in The European Union, Ph.D. Thesis, The Department of Social Policy of the London School of Economics.

Thomson, S. & Mossialos, E. (2004). Private Health Insurance and Access to Health Care in The European Union. Euro Observer. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Spring, 6 (1), 1-8.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), (2012). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası En Çok Yoksulları, Yaşlıları ve Kronik Hastaları Vuracak. Erişim Tarihi: 22.12.2013,
<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/tss-3231.html>

Türk Ticaret Kanunu, Erişim Tarihi: 02.01.2014,
<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k6102.html>

Türk Toraks Derneği (TTD). Torba Yasa ve Tamamlayıcı Sigorta ile İlgili Sağlık Politikaları Çalışma Grubu'nun Görüşü. Erişim Tarihi: 22.01.2014,
<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/179201211744-TORBAYASA-VETAMAMLAYICISIGORTA.pdf>

Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, (2011). Sağlık Sektörünün Öncelikli Sorunlarına İlişkin Görüş ve Öneriler. Erişim Tarihi: 22.01.2014,
<http://www.tusiad.org/rsc/shared/files/Sorunlar-CozumOnerileri.pdf>

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB), (2011). Faaliyet Raporu 2011. Erişim Tarihi: 20.01.2014,
<http://www.tsb.org.tr/Document/Publications/2011Annual%20Report.pdf>

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB), (2012). Faaliyet Raporu 2012. Erişim Tarihi: 20.01.2014,
<http://www.tsb.org.tr/Document/Publications/2012Annual%20Report.pdf>

Vrangbaek, K. (2010). The Danish Health Care Ssystem, 2009 İçinde: International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund.