

Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama

Derya TIRYAKI* Mehtap TATAR**

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden biri olan sigorta, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem kamu hem de özel sektörde sıklıkla başvurulan yöntemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında hem arz hem de talep tarafını önemli ölçüde etkileyen bir olgudur. Özel sağlık sigortası, etkileri açısından kamu sigortalarından çeşitli şekillerde farklılık göstermektedir. Bu çalışmada öncelikle, sağlık sigortası teorik boyutlarıyla ele alınmış, daha sonra özel sağlık sigortası yaptırma nedenlerine ve sigortadan duyulan tatmin düzeyine yönelik bir araştırmanın bulguları sunulmuştur. Sonuç olarak, diğer bulguların yanı sıra "kamu sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı durumlarda özel sektörün önem ve ağırlığı artar" görüşü ile paralel bir sonuca ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerinin finansmanı, özel sağlık sigortası

Health Insurance: Theory & Practice

ABSTRACT

Insurance, both public and private, is among the most frequently used health care financing methods both in the developed and developing countries. Health insurance is an important mechanism that influence both the supply and demand sides in health provision and finance. Private health insurance differs from its public version in terms of its impact. In this study, first of all health insurance is analyzed from a theoretical perspective followed by the results of a research undertaken to reveal the reasons of opting out for private insurance and general satisfaction levels. In conclusion, parallel results with the view that "when public alternatives for health care fail, people are inclined towards private options" were reached.

Key Words: Financing of health services, private health insurance

* Uzm. Alkan Hastanesi Satınalma Sorumlusu

** Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman kaynakları ve yöntemleri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gündemi sıklıkla işgal eden konular arasında yer almaktadır. Bunun temel nedenleri, kaynakların gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun her ülkede kıt olması, artan sağlık hizmetleri talebinin karşılanamaması ve bunların sonucu olarak mevcut kaynakların verimli kullanımını ihtiyacıdır.

Sağlık sektörünün kendine özgü özellikleri, diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kuralların ve uygulamaların bu sektör için de geçerli olmasını mümkün kılmamaktadır. Bu özellikler arasında finansman açısından en önemli olan "belirsizlik" özelliğidir. Sağlık sektörünün belirsizlik (risk), hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılacağına bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceğinden çok daha fazla olabilme ihtimali gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur. Bu gereksinim ise sağlık sigortasının temel gerekçesini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir yere sahip olan sağlık sigortası Türkiye'de de 1964 yılında kurulan SSK ve hızla gelişen özel sağlık sigortası kuruluşları aracılığıyla önemli bir yere sahiptir. Bu makalede öncelikle bu finansman yöntemine ilişkin kavramsal çerçeve ortaya konacak daha sonra da özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri ve sigortadan elde edilen tatmin düzeyine ilişkin olarak yapılan bir araştırmanın sonuçları sunulacaktır.

II. SAĞLIK SİGORTASI: TEORİK ÇERÇEVE

Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık sigortasının ortaya çıkış nedeni temelde hastalanma riskine ve bunun sonuçlarına karşı bir önlem alma gereksinimidir. Burns ve diğerlerinin de belirttiği gibi (Burns et al. 1991) sağlık sigortası, birey ve grubun taşıdığı sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır.

Tarihsel gelişim açısından incelendiğinde, sağlık sigortasının ortaya çıkışı 19. yüzyılın ikinci yarısından sonraya rastlamaktadır. Sağlık sigortası kavramının gelişmesinde sanayi devrimi ve bunun işçi sağlığı açısından ortaya

çıkardığı sorunlar bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. İlk zorunlu sağlık sigortası planı 1883 yılında Almanya'da uygulanmaya başlanmış ve daha sonra bu örnek diğer Avrupa ülkeleri tarafından izlenmiştir (Glaser 1991). Avrupa'da loncalarda başlayan ve daha sonra isteğe bağlı ve zorunlu sağlık sigortası ile gelişmeye devam eden sağlık sigortası planları II. Dünya Savaşı'ndan sonra sosyal sigortanın ortaya çıkışıyla yeni bir boyut kazanmıştır (Banerji 1986). Bu dönemde Avrupa'daki bir çok ülke toplumdaki sigortalılara ve bağımlılarına sağlık hizmeti sağlamak amacıyla harekete geçmiş, sosyal sigorta sağlık bakımı ve diğer sosyal hizmetlerin sağlanmasında önemli bir yöntem olarak gelişmiştir (Abel-Smith 1986; Midgley 1986).

Hastalık riski ile ne zaman karşılaşılacağına bilinmemesi ve hastalık ile karşılaşıldığı anda tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri ile yüz yüze gelinmesi, bireyleri kendilerini güvence altına alma ihtiyacı ile karşı karşıya bırakmaktadır (Appleby 1992; Besley 1989). Sigortanın temelinde yatan, bireyleri ve grupları olası zararlara karşı koruma amacıdır ve sigorta şirketleri bunu risk paylaşımı uygulaması ile yani bireyin ve grupların taşıdığı riskin tüm sigortalılara yayılması ile sağlamaktadır (Besley 1989; Burns et al. 1991; Glaser 1991; Koch 1993).

2.1. Sağlık Sigortası Türleri

Sağlık alanında sigorta uygulamaları sosyal sigorta ve özel sigorta olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir (Glaser 1991; Rejda 1989). Aşağıda her iki sigorta türü de özet olarak ele alınmıştır.

Sosyal Sigorta

İlk kez 1883 yılında Almanya'da Otto Van Bismarck tarafından uygulanan sosyal sigortanın ortaya çıkış gerekçesi sanayi devrimi toplumunun sorunlarına çözüm getirmek olmuştur (Abel-Smith 1986). Bu uygulama daha sonra birçok Avrupa ülkesi tarafından örnek alınmış (Glaser 1991; Ron 1990), 1900'lü yıllardan itibaren de Latin Amerika ülkelerinde model olarak kullanılmaya başlanmıştır (Guitierrez 1986). Türkiye'de ise uygulamaya başlaması 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK) kurulmasıyla gerçekleşmiştir.

Sosyal sigortaların temel özellikleri kar amacı gütmemesi, çalışanların maaşından kesilen paylar ve işverenin ödediği primlerle finanse edilmesi ve bazı durumlarda da devlet tarafından desteklenmesidir (Hoare, Mills 1986). Bu

sistem içinde hizmet sunumunun örgütlenme şekli dolaysız yöntem ve dolaylı yöntem olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Dolaysız yöntemde sosyal sigortalar kurumu sağlık hizmetlerini kendi hastaneleri ve personeli aracılığıyla sunma yoluna gitmektedir. Buna örnek olarak Türkiye'deki SSK'nın örgütlenmesi gösterilebilir. Dolaylı yöntemde ise sosyal sigorta kurumu kendisi hizmet sunmak yerine dışarıdan satın alma yoluna gitmektedir (Almanya)

Sosyal sigortalar, aynı özellikleri taşıyan geniş toplum kitlelerini aynı çatı altında birleştirme ve bu kitlelere eşit haklar sunma gibi avantajları yanısıra bazı dezavantajlar da taşımaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, örgütlü sektörlerde çalışan nüfusun genel nüfusa oranının düşük olması nedeniyle, bu ülkelerde ancak belirli bir azınlığın bu sistemden yararlanmasına olanak sağlanmaktadır (Hoare, Mills 1986). Bir başka sakınca, özellikle sosyal sigortaların farklı ve özerk bir kurum olduğu ve dolaysız yöntemi benimsediği ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık politikalarının belirlenmesinde ortaya çıkan koordinasyonsuzluktur. Bu durum çoğu ülkelerde kaynakların verimsiz kullanımına, sağlık hizmetlerinde kalite düşüklüğüne ve kaynakların dublikasyonuna neden olabilmektedir (Abel-Smith 1986). Ayrıca, sosyal sigorta sisteminin finansmanında kullanılan dolaysız (çalışanların ücretlerinden yapılan kesintiler) ve dolaylı (mal ve hizmetlerin artan fiyatları) ödeme yöntemleri çoğu zaman sistemi çalışanların finanse etmesine neden olabilmektedir (Tatar 1994).

Sosyal sigortaların önemli bir özelliği, sigortalının ödeyeceği prim miktarının bordro üzerinden belli bir oran çerçevesinde kesilmesidir. Bu durumda, prim düzeyi ile kişinin yaş, cins gibi özellikleri ve sağlık statüsü arasında herhangi bir bağlantı kurulmamaktadır. Literatürde toplum oranlaması (community rating) olarak adlandırılan bu yöntemde tüm primler bir havuzda toplanmakta ve buradan ihtiyacı olanlar için kullanılmaktadır. Bu durumda düşük risk gruplarının yüksek risk gruplarını sübvansetmesi söz konusudur.

Özel Sağlık Sigortası

Özel sigorta, kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altına alınması için serbest iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır (Tunçomağ 1988). 1950'lerin sonlarında sanayileşmiş ülkelerin bir çoğu, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almışken hizmet kullanımı, fiyatlar ve enflasyonun artışı hükümetleri önceliklerin belirlenmesi

ve talebin karşılanması konusunda yoğun bir baskı altına sokmuştur. Bu dönemde hükümetler toplumun artan talebini karşılamak ve üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla, zaten faaliyet gösteren özel sektörü ve özel sağlık sigortasını teşvik edici ve geliştirici uygulamalara gitmişlerdir (Andersen 1988).

Özel sigortada, sigortalıların ödeyeceği prim miktarı yaş, cinsiyet, sağlık statüsü ve benzeri özellikleri değerlendirilerek belirlenmektedir (Light 1992; Stone 1993). Literatürde risk oranlaması (risk rating) olarak ifade edilen bu uygulama, düşük risk grubundaki sigortalıların düşük prim, yüksek risk grubundaki sigortalıların ise yüksek prim ödemesi esasına dayanmaktadır (Stone 1993). Risk oranlaması, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi yüksek risk grubuna giren bireyler için bir dezavantaj doğurmakta ve bu bireylerin sigorta şirketleri tarafından "sigortalanamaz" olarak nitelendirilerek sigorta kapsamına alınmamasına yol açmaktadır (Light 1992). Bu uygulamanın ahlaki ve moral yönü literatürde oldukça yoğun tartışmalara neden olmaktadır. Risk oranlaması yöntemi ile, sigorta şirketinin sigortalıları risk sınıfına ayırması ve böylece üstleneceği riski seçmesine sigorta sektöründe "kaymak sıyırma" (cream skinning) adı verilmektedir (Van de Ven 1990).

Hoare ve Mills'e göre (1986) özel sağlık sigortasını sosyal sigortadan ayıran iki temel özellikten söz edilebilir. Birincisi, özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı içermemektedir. İkincisi, özel sağlık sigortası primleri, sosyal sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil, sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önüne alınarak belirlenmekte, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ve gruptan gruba farklılık gösterebilmektedir. Yazgan ise (1977) özel sigorta ile sosyal sigorta arasındaki farklılıkları şu şekilde sıralamıştır:

- Sosyal sigortaya katılım zorunluken özel sigortaya katılım bireylerin tercihlerine bağlıdır.
- Sosyal sigortalar genel menfaatleri ve kamu yararını, özel sigortalar ise özel menfaatleri ve kişi yararını koruyucu niteliktedir.
- Özel sigortalar herkese açıkken sosyal sigortaların kapsamı kanunlarla belirlenmiştir.

- Özel sigortalar, sigorta şirketi ile sigortalı arasında yapılan sözleşme akdi ile çalışmakta, sosyal sigortaları düzenleyen hükümler ise kanunlarla belirlenmektedir.

2.2. Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetlerinin Sunum ve Finansmanı Üzerindeki Etkileri

Sigorta, literatürde “ahlaki tehlike” (moral hazard) şeklinde tanımlanan ve sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerinde değişme yaratan eğilimlere neden olmaktadır. Ahlaki tehlikenin talep üzerindeki etkisi iki şekilde gerçekleşmektedir. Birincisi, sağlık sigortası sahibi olan bireyde sağlığın bozulmasına neden olacak etkenleri önemsememe veya önleyici sağlık hizmetlerini kullanmama gibi davranış değişiklikleri meydana gelmektedir (Besley 1989). Ahlaki tehlikenin talep üzerinde yarattığı ikinci etki, sigortanın sağlık hizmetlerinin fiyatını (bireyin ödeyeceği fiyat) düşürmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda birey, sigortası yok iken talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini sigortalandıktan sonra talep etme eğilimine girmektedir (Appleby 1992; Besley 1989).

Ahlaki tehlikenin, sağlık hizmetleri talebi yanında sağlık hizmetleri arzı üzerinde de etkileri vardır. Hastası sigortalı olan hekimin davranışı bu durumdan etkilenebilmekte ve hekim hastasına pahalı ve karmaşık tedavi uygulama yoluna gidebilmektedir. Bu eğilimin nedenlerinden biri, tıpta yeni çıkan teşhis ve tedavi tekniklerinin çok pahalı olmasından dolayı hastaların çoğunun kendi imkanları ile bu maliyetleri karşılayamamalarından kaynaklanmaktadır. Eğer hekim hizmet başına ücret alıyorsa bu arzın (hekim) talep yaratmasına (supplier induced demand) neden olmakta ve hastaya gereksiz ve yüksek maliyetli tedavi uygulamasına neden olabilmektedir. Ekonomik sistem içinde tüketicinin rasyonel davranışı önemli bir özelliktir. Oysa sağlık sektöründe tüketicinin seçimini hekim yönlendirmekte bu da hastaların rasyonel davranışını sınırlayarak, sağlık hizmeti talebini büyük ölçüde hekimin (arzın) yaratmasına neden olmaktadır. Bu eğilimi önlemek ve sigortalılarda maliyet bilincini uyandırmak amacıyla maliyet paylaşımı esasına dayanan uygulamalar geliştirilmiştir. Bu yolla, sigorta şirketleri sigortalının sağlık hizmetini kullanımı sonucu ortaya çıkan tüm harcamaları finanse etmek yerine bir bölümüne (genellikle % 20- 25) kendisinin de katılımını beklemektedir.

2.3. Türkiye’de Sağlık Sigortası

Türkiye’de birçok ülkede olduğu gibi sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapı vardır. Kamu, sosyal sigorta kurumları ve vergilerden karşılanan hizmetler aracılığıyla özel sektör ise özel sağlık sigortası kuruluşlarının sunduğu sağlık sigortaları ile sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmaktadır.

Türkiye, sosyal devlet olmanın bir gereği olarak sosyal güvenliğin ülke nüfusunu kapsar hale getirilmesi ve bütün vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini hedeflemektedir. Anayasa’nın 56. maddesi bu konu ile ilgili genel çerçeveyi aşağıdaki şekilde çizmiştir:

“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Görüldüğü gibi Anayasa’nın 56. maddesi sağlık hakkını vurgulamakta ve bu hakkın gözetilmesi konusunda devlete önemli rol ve sorumluluklar yüklemektedir. Bu maddenin önemli bir özelliği ilk kez sağlık sigortası kavramını gündeme getirmesi ve hizmetlerin sunumunda kamunun yanında özel sektörün de teşvik edilmesi gereğini vurgulamasıdır.

Özel sektörün sağlık hizmetlerinin finansmanına katılımı, bireylerin aldıkları hizmetlerin karşılığı olarak cepten yaptıkları ödemenin yanısıra özel sağlık sigortası kuruluşları ile olmaktadır. Türkiye’de ilk özel sağlık sigortası uygulaması 1990 yılında başlamıştır (Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı 1996). Bu tarihten önce sağlık sigortası ile ilgili olarak yapılan uygulamalar, sadece kaza sigortalarında sigortalılara kaza sonucu tıbbi harcamaların karşılığında tazminat ödenmesinden oluşmuştur. 1990 yılından itibaren çok hızlı bir gelişme gösteren özel sağlık sigortacılığı, Türkiye’nin en hızlı büyüyen sigorta kolu olma özelliğini taşımaktadır. Özel sağlık sigortası sektörünün 1996-1997

yılları arasındaki büyüme hızı % 192 olarak gerçekleşmiştir (Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı 1997). Bu gelişme ve sağlık reformlarındaki öneriler bu sektörün önümüzdeki yıllarda daha da büyüyeceğinin göstergesi olabilir.

III. ARAŞTIRMA

3.1. Amaç ve Yöntem

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sigortanın rolü ve etkileri konusunda yapılan araştırmalar literatürde önemli bir yer tutmaktadır. Bu araştırmalar genellikle sigortalanan bireyin sağlık hizmetleri kullanımındaki değişiklikleri yani sigortanın talep üzerindeki etkisini incelemiştir. Bu çalışmada ise kişilerin özel sağlık sigortası yapma tercihlerini etkileyen nedenlerin ve özel sağlık sigortasından duydukları tatmin düzeyinin belirlenmesine çalışılmıştır. Çalışmanın amacı, bireylerin özel sağlık sigortası yaptıрма tercihlerini etkileyen nedenleri belirlemek, bu nedenlerin bireylerin demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre değişip değişmediğini saptamak, kişilerin özel sağlık sigortasından duydukları tatmin düzeyini belirlemek ve kişilerin özel sağlık sigortasında duydukları tatmin boyutları ile genel tatmin düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak olarak belirlenmiştir.

Araştırma, bir özel sağlık sigortası şirketine bağlı 348 sigortalıya (sigortanın Ankara'daki sigortalı sayısı 16 000) bu araştırma için özel olarak geliştirilen bir anketin uygulanması yoluyla gerçekleştirilmiştir. Anket formunun birinci bölümü sigortalıların demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bilgileri, ikinci bölümü sigortalıların özel sağlık sigortası yaptıрма kararını etkileyen nedenleri, üçüncü bölümü sigortalıların özel sağlık sigortasından duydukları tatmin düzeyini saptamaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Anket geliştirilirken konu ile ilgili uzmanların yanısıra sigorta yöneticilerinin de görüşlerine başvurulmuş ve gelen öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılmıştır.

Ölçüm aracının güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısına bakılmıştır. Bu katsayı birinci bölüm için 0,71, ikinci bölüm için 0,75 bulunmuş ve anketin güvenilirliğinin yüksek olduğuna karar verilmiştir. Anket uygulanmaya başlamadan önce 40 hastaya ön uygulama yapılmış ve daha sonra yapılan madde istatistiği ve uygulama sırasında karşılaşılan sorunlar dikkate alınarak ankete son şekli verilmiştir.

3.2. Bulgular

Ankete katılan sigortalıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de, sosyal güvenlik statüleri ve özel sağlık sigortasının çeşitli boyutlarına göre dağılımları da Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2'de görüldüğü üzere, araştırma kapsamındaki bireylerin % 94.8'i bir sosyal güvenlik sistemine bağlı olmalarına karşın özel sağlık sigortası satın almışlardır. Bu üç sosyal güvenlik sisteminden duyulan tatminsizlik maddi durumu uygun bireyleri özel sigorta satın almaya yönlendirmektedir. Bu durum, sigortalıların özel sağlık sigortası yaptırma kararını etkileyen nedenler incelendiğinde daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Araştırma bulgularına göre, sigortalıların kararını en çok etkileyen beş neden kaliteli sağlık hizmeti alma isteği, hastalık riskine karşı önceden önlem alma, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetini karşılayabilme, bağlı olunan sosyal güvenlik kuruluşuna güvenmeme ve kamu hastanelerinde sunulan hizmetlere güvenmeme olarak belirlenmiştir. Sigortalıların özel sağlık sigortası yaptırırken en az etkilendikleri nedenler ise sık hastalanma ve aile bireylerinin sık hastalanmasıdır.

Sigortalıların genel tatmin düzeyleri "bir yakınınız veya arkadaşınız sizden özel sağlık sigortası hakkında bilgi isteseydi onu kesinlikle özel sağlık sigortası yaptırmaya teşvik ederdimiz" cümlesi ile ölçülmüştür. Buna sigortalıların % 96.8'i kesinlikle katılıyorum, % 2'si katılıyorum, % 0,6'sı biraz katılıyorum, % 0,3'ü katılmıyorum ve % 0,3'ü kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir. Buna göre, sigortalıların özel sağlık sigortasından duydukları genel tatmin düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 1. Sigortalıların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	%
21-30	47	13,5
31-40	174	50
41-50	111	31,9
51 +	16	4,6
Cinsiyet		
Kadın	150	43,1
Erkek	198	56,9
Medeni Durum		
Evli	32	9,2
Bekar	116	90,8
Eğitim		
İlkokul	13	3,7
Ortaokul	30	8,6
Lise	138	39,7
Yüksekokul ve üzeri	167	48,0
Çocuk Sayısı		
1 Çocuk	76	21,8
2 Çocuk	171	49,2
3 Çocuk ve üzeri	63	18,1
Çocuksuz	38	10,9
Meslek		
Mühendis	57	16,4
Eğitimci	34	9,8
Serbest Meslek	101	29,0
Ev Hanımı	90	25,9
İşletmeci/İdareci	13	3,7
Memur	6	1,7
Diğer	47	13,5
Gelir		
- 100 milyon	35	10,0
101-300 milyon	216	62,1
301-500 milyon	57	16,4
501 milyon +	40	11,5

Tablo 2. Sigortalıların Sosyal Güvenlik Statülerine ve Özel Sağlık Sigortasının Çeşitli Boyutlarına Göre Dağılımı

Bağlı Olunan Sosyal Güvenlik Kuruluşu	Sayı	%
Hiçbir Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Bağlı Değil	18	5,2
Emekli Sandığı	21	6,0
SSK	208	59,8
Bağ-Kur	101	29,0
Sigorta Süresi		
1 yıl	56	16,0
2 yıl	151	43,4
3 yıl	122	35,1
4 yıl +	19	5,5
Sigorta ile Alınan Hizmet Sayısı (1 yıl içinde)		
Hiç hizmet almamış	32	9,1
1-3 kere	144	41,4
4-6 kere	145	41,7
7 kere	27	7,8
Bilgi Edindiği Kaynak		
Reklamlar (Tv, gazete)	7	2,0
Sigorta Danışmanı	168	48,3
Özel Sağlık Sigortası Olan Kişiler	149	42,8
Diğer	24	6,9

Özel sağlık sigortasından duyulan tatmin boyutlarının genel tatmin düzeyini etkileme derecelerinin belirlenmesi için geriye seçim yöntemine göre doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda aşağıdaki regresyon formülüne ulaşılmıştır:

Genel tatmin düzeyi: 3,414-4,6 sigorta şirketine ödenen prim düzeyinin düşüklüğü + 7.2 sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kamu hastanelerine göre yeterliliği+ 0,125 kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı+ 0,144 sigorta şirketinde çalışan personelin davranışları

R: 0,242

R²: 0,085

p: 0,000

Bu sonuç, genel tatmin düzeyi ile sigorta şirketine ödenen prim düzeyinin düşüklüğü, sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu özel hastanelerde sunulan sağlık

hizmetlerinin kamu hastanelerine göre yeterliliği, kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı, sigorta şirketinde çalışan personelin davranışları boyutlarının genel tatmin düzeyini etkilediğini göstermiştir. Bu boyutların β katsayılarına göre genel tatmin düzeyini en fazla etkileme sırasına göre düzenlenmesi ise sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kamu hastanelerine göre yeterliliği (7,2), sigorta şirketine ödenen prim düzeyi (-4,6) ve kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma olanağı (0,125) şeklinde olmaktadır. Bu sonuç, bu boyutlardan duyulan tatmin düzeyi arttığında genel tatmin düzeyinin de arttığını veya tam tersi bu boyutlardan duyulan tatmin düzeyi azaldığında genel tatmin düzeyinin de azaldığını göstermektedir. Ancak yapılan regresyon analizinde tanımlayıcılık katsayısı (R^2) % 8,5 olarak bulunmuştur. Bu katsayının beklenenden çok düşük olması, incelenen boyutların genel tatmin düzeyini açıklamakta yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu durumda bu araştırmada ele alınmayan boyutların incelenmesi gereği ortaya çıkmaktadır.

Araştırmada ayrıca özel sağlık sigortasından duyulan tatmin boyutlarının sigortalıların demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği de incelenmiştir. Buna göre;

1. “Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna güvenmeme”nin kişilerin özel sağlık sigortası yaptırmaları üzerindeki etkileri gelir, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, hizmet kullanımı ve özel sağlık sigortası hakkında bilgi alınan kaynağa göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Sigorta yaptırmada bu nedenin en fazla önem taşıdığı grup SSK’ya bağlı grup olmuştur.
2. “Kaliteli sağlık hizmeti alma isteği”nin kişilerin özel sağlık sigortası yaptırmaları üzerindeki etkileri sigortalı olunan süre ve hizmet kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Farklılık yaratan gruplar 4 yıl ve daha uzun süredir sigortalı olan grupla 7 kez ve daha fazla hizmet kullanan grup olmuştur. Bu farklılık her iki grubun düşük sağlık statüsü ve sağlık hizmetlerini sık kullanma gerekleri ile açıklanabilir.
3. “Randevu alırken kolaylık sağlanması”nın kişilerin özel sağlık sigortası yaptırmaları üzerindeki etkileri gelir, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, meslek, sigortalı olunan süre, hizmet kullanımı ve bilgi alınan kaynağa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Bu farklılıklar

arasında en ilgi çekici farklılık bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu grubunda ortaya çıkmıştır. SSK'ya bağlı olan grubun sigorta yaptırmasında bu nedenin diğer gruplara göre daha fazla önem taşıdığı görülmüştür. Bu durum SSK'ya bağlı olan grubun SSK hastanelerindeki uzun muayene kuyrukları nedeniyle kısa sürede randevu alabilecekleri diğer hastaneleri kullanabilmek amacıyla özel sağlık sigortası yaptırımlarıyla açıklanabilir.

4. "Özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilme"nin kişilerin özel sağlık sigortası yaptırımları üzerindeki etkileri cinsiyet, eğitim düzeyi, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, meslek, sigorta süresi, hizmet kullanımı ve bilgi alınan kaynağa göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir.
5. "Hastalık riskine karşı önceden önlem alma"nın bireylerin özel sağlık sigortası yaptırımları üzerindeki etkileri bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, sigortalı olunan süre, hizmet kullanımı ve bilgi alınan kaynağa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farkın Emekli Sandığı'na bağlı olan gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Emekli Sandığı'na bağlı olan grubun sigorta yaptırmasında bu nedenin diğer gruplara göre daha az önem taşıdığı görülmüştür. Bu durum, Emekli Sandığı'na bağlı olan grubun seçeneklerinin fazla oluşundan dolayı ihtiyaç duydukları anda diğer sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olanlara göre daha kolay hizmet alabilmeleri nedeniyle hastalık riskine karşı önceden önlem alma gereği hissetmemeleri ile açıklanabilir.
6. "Sık hastalanma"nın bireylerin özel sağlık sigortası yaptırımları üzerindeki etkileri cinsiyet, medeni durum, meslek, sigortalı olunan süre ve hizmet kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Cinsiyete göre sigorta yaptırmada bu nedenin kadın grubu için daha önemli olduğu görülmüştür. Kadınların hastalanma sıklıklarının erkeklere göre daha fazla olması bunda bir etken olabilir.
7. "Aile bireylerinin sık hastalanması"nın sigortalıların özel sağlık sigortası yaptırımları üzerindeki etkileri bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, sigortalı olunan süre ve hizmet kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna göre farkın Bağ-Kur'a bağlı gruptan kaynaklandığı bulunmuştur. Bağ-Kur'a bağlı

grubun özel sağlık sigortası yaptırmasında bu nedenin diğer gruplara göre daha fazla önem taşıdığı görülmüştür. Bu durum Bağ-Kur'a bağlı olan grubun bu kurumun sunduğu hizmetleri yetersiz bulması ve aile bireylerinin faydalanabilmesi için sigorta yaptırması ile açıklanabilir.

8. "Çocuklarının daha iyi sağlık hizmeti almalarını sağlayabilme"nin bireylerin özel sağlık sigortası yaptırılmaları üzerindeki etkileri medeni durum, yaş, çocuk sayısı, eğitim, gelir, meslek, sigortalı olunan süre, hizmet kullanımı ve bilgi alınan kaynağa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.
9. "Hastaneye yatışta öncelik sağlanması"nın bireylerin özel sağlık sigortası yaptırılmaları üzerindeki etkileri medeni durum, çocuk sayısı, eğitim, meslek, sigortalı olunan süre ve hizmet kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.
10. "Kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerine güvenmeme"nin bireylerin özel sağlık sigortası yaptırılmaları üzerindeki etkileri cinsiyet, meslek, sigortalı olunan süre ve hizmet kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

IV. SONUÇ

Yukarıda özetlenen araştırma sonucu, literatürde kabul görmüş olan "kamu sağlık hizmetleri yeterli değilse insanlar özel sektöre yönelir" görüşü ile (Abel-Smith 1986) paralel sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Türkiye'de gerek SSK gerekse de diğer kamu kuruluşlarının verdiği hizmetlerdeki yetersizlikler özel sektörün gelişmesine ve bireylerin özel sektöre yönelmesine neden olmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı, son yıllardaki hızlı gelişmesini de sürdürdüğü takdirde önemli bir finansman kaynağı haline gelebilir. Bu da bu sektörün hizmet kalitesi ve standardının ele alınması gereğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Abel-Smith B. (1986) "Funding Health for All-Is Insurance the Answer". **World Health Forum** 7:3-32.
2. Appleby J. (1992) **Financing Health Care in the 1990s**. Open University Press, Buckingham.
3. Andersen O.W. (1988) "Government Health Insurance and Privatization: An Examination of the Concept of Equity". **International Journal of Health Planning and Management** 3:35-43.
4. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı (1996) **Sağlık Sigortası Dairesi Araştırmalar Dizisi 1**, Ankara.
5. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı (1997) **Türkiye'de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor**, Ankara.
6. Banerji D. (1986) "A Long, Grinding Political Struggle is in Prospect". **World Health Forum** 7:3-32.
7. Besley T. (1989) "The Demand for Health Care and Health Insurance". **Oxford Review of Economic Policy** 5(1): 21-33.
8. Burns T.J. et al. (1991) "The Health Insurance Coverage of Working-Age Persons with Physical Disabilities". **Inquiry** 28:187-193.
9. Glaser W.A. (1991) **Health Insurance in Practice**. Jossey-Base Publishers, San Francisco, Oxford.
10. Guterrez G.M. (????) "Ministries of Health and Social Insurance Agencies Must Work in Harmony". **World Health Forum** 7:3-32.
11. Hoare G. and Mills A. (1986) **Paying for the Health Sector**. EPC Publication No 12, London.
12. Koch A.L. (1993) "Financing Health Services". In Williams J., Torrens R.R. (eds) **Introduction to Health Services**, 4th Edition, Delmar Publishers Inc., Washington.

13. Light D.W. (1992) "The Practice and Ethics of Risk-Rated Health Insurance". **Journal of American Medical Association** 267(18):2503-2508.
14. Midgley J. (1986) "The Advocacy of Social Insurance is Questionable". **World Health Forum** 7:3-32.
15. Rejda G.E. (1989) **The Principles of Insurance**. 3rd Edition, Harper Collins Publishers, Washington.
16. Ron A. et al. (1990) **Health Insurance in Developing Countries**. International Labor Organization, Geneva.
17. Stone D.A. (1993) "The Struggle for the Soul of Health Insurance". **Journal of Health Politics, Policy and Law** 18(2).
18. Tatar M. (1994) "Teorik Boyutlarıyla Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler". **I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. 4-7 Mayıs, Kuşadası.
19. Tunçomağ K. (1988) **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar**. 4. Baskı, Beta Basın Yayın Dağıtım, Yayın No 133, İstanbul.
20. Van de Ven W.P. (1990) "How Can we Prevent Cream Skimming in Competitive Health Insurance Market". **Second World Congress of Health Economics**, Zurich.
21. Yazgan T. (1977) **Sosyal Sigorta**. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayın No:402, İstanbul.