



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KİŞİLERİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA ÜRÜN VE ŞİRKET
SEÇİMİNİ BELİRLEYEN TEMEL UNSURLAR**

DELAL ZEKİYE DEĞİRMENCİLER

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. CEM KÖYLÜOĞLU

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgilerini bizlerle samimiyetle paylaşan, gerek tez konusu seçimimde, gerekse araştırmamın her aşamasında isteklerimi göz önünde bulundurup bilgi birikimiyle bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Cem Köylüoğlu'na, tüm yoğunluğuna rağmen araştırmamın analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen sevgili Arş. Gör. Figen Eroğlu'na, anket çalışmamda desteklerini esirgemeyen Ayaktan Hasta Hizmetleri Ekibi'ne, özellikle Ayaktan Hasta Hizmetleri Sorumluları Sn. Oytun Alpay'a ve Sn. Ceyhun Gökalp'e, eğitim hayatım boyunca birlikte birçok çalışma yaptığım, desteğini her zaman üzerimde hissettiğim, tezimde büyük emeği olan sevgili arkadaşım Selen Dedeoğlu'na ve tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, varlıklarıyla bana her zaman güç veren değerli aileme teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Sağlık ve sağlık hakkı kavramı	5
4.2. Sağlık sistemleri ve politikaları.....	7
4.2.1. Sağlık sistemleri	7
4.2.2. Sağlık politikaları.....	10
4.3. Sağlık sistem ve politikalarını etkileyen temel unsurlar	13
4.3.1. Sağlık sisteminin iç unsurları.....	13
4.3.2. Sağlık sisteminin dış unsurları.....	14
4.3.3. Makroekonomik unsurlar	14
4.3.4. İdeolojik unsurlar	17
4.3.5. Sağlık alanına özgü sorunlar	19
4.4. Dünyada ve Türkiye'de uygulanan sağlık sistem ve politikaları	20
4.4.1. Dünya'da uygulanan sağlık sistem ve politikaları	20
4.4.2. Türkiye'de uygulanan sağlık sistem ve politikaları	23
4.5. Sağlık sigortacılığı	29
4.5.1. Sigortanın tanımı	29
4.5.1.1. Sigorta sisteminin amacı, önemi ve işlevleri	30
4.5.1.2. Sigortanın ilkeleri.....	34
4.5.1.3. Sigorta çeşitleri.....	36
4.5.2. Sağlık sigortası kavramı.....	41
4.5.2.1. Sağlık sigorta sisteminin işleyişi ve riskler	43

4.5.2.2. Sağlık sigortası türleri	44
4.5.2.3. Türkiye'de sağlık sigortacılığının gelişimi	45
4.5.2.4. Sağlık sigortacılığının yapısı, önemi ve talep nedenleri.....	47
4.5.3. Özel sağlık sigortacılığı.....	48
4.5.3.1. Özel sağlık sigortacılığının tarihi.....	49
4.5.6. Özel sağlık sigortası mevzuatı ve önemi	52
4.5.6.1. Bilgilendirme yönetmeliği.....	54
4.5.7. Sigorta suistimalleri bilgi paylaşım sistemi (sisbis) yönetmeliği.....	55
4.5.8. Sağlık sigortacılığında pazarlama	55
5. MATERYAL VE METOT	60
5.1. Araştırmanın Amacı.....	60
5.2. Araştırma Tasarımı.....	60
5.3. Örneklem.....	60
5.4. Veri Toplama Araçları.....	60
5.5. Verilerin Analizi	61
6. BULGULAR	62
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	89
8. KAYNAKLAR	96
9. EKLER.....	102
10. ETİK KURUL ONAYI	109
11. ÖZGEÇMİŞ.....	111

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
DB	Dünya Bankası
IMF	Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund)
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
AB	Avrupa Birliği
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
BAĞ-KUR	Esnaflık ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
ES	Emekli Sandığı
TTK	Türk Ticaret Kanunu
GSS	Genel Sağlık Sigortası

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Dünya’da sağlık harcamalarının finansman yapısı	20
Şekil 4.2. Avrupa’da kişi başına düşen hayat sigortası yoğunluğu.....	32



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Ülkede Egemen Olan Sağlık Finansman Modeline Göre Ülke Gruplamaları	23
Tablo 4.2. Türkiye’de sağlık sisteminde yer alan örgütler	24
Tablo 4.3. Sağlık sigortası istatistikleri	57
Tablo 4.4. Sağlık sigortası şirketleri ve pazar payları	57
Tablo 6.1. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı	62
Tablo 6.2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı	62
Tablo 6.3. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı.....	63
Tablo 6.4. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı	63
Tablo 6.5. Katılımcıların aylık gelir düzeyine göre dağılımı.....	63
Tablo 6.6. Katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımı	64
Tablo 6.7. Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olup olmamalarına göre dağılımı	64
Tablo 6.8. Katılımcıların daha önce sigorta yaptırap yaptırmama durumuna göre dağılımı	64
Tablo 6.9. Yaptırılan sigorta çeşitlerinin dağılımı	65
Tablo 6.10. Sigorta yaptıрма nedenine göre katılımcıların dağılımı	65
Tablo 6.11. Sigortanın yaptırıldığı kanala göre katılımcıların dağılımı.....	66
Tablo 6.12. Sigorta şirketi seçiminde dikkat edilecek hususlara ilişkin katılımcıların görüşlerinin dağılımı	67
Tablo 6.13. Sahip olunan sigortayla ilgili şikayeti olup olmama durumuna göre katılımcıların dağılımı.....	67
Tablo 6.14. Sigortalarından şikayetçi olma durumuna ilişkin kriterlerin önem derecesine göre dağılımı	68
Tablo 6.15. Sigorta yaptırmama nedenlerine yönelik kriterlerin önem derecesine göre dağılımı	68
Tablo 6.16. Uygun durumların sağlanması durumunda sigorta yaptıрма düşüncesine ilişkin kriterlerin önem derecesine göre dağılımı.....	69
Tablo 6.17. Sigorta bilincinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına yönelik olarak yapılması gereken kriterlere ilişkin görüşlerin dağılımı	69

Tablo 6.18. Katılımcıların cinsiyete göre daha önce sigorta yaptırıp yaptırmamalarının karşılaştırılması.....	70
Tablo 6.19. Katılımcıların medeni durumuna göre daha önce sigorta yaptırıp yaptırmamalarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 6.20. Katılımcıların eğitim durumuna göre daha önce sigorta yaptırıp yaptırmamalarının karşılaştırılması.....	71
Tablo 6.21. Katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre daha önce sigorta yaptırıp yaptırmamalarının karşılaştırılması	72
Tablo 6.22. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta yaptırma nedenleri.....	73
Tablo 6.23. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta yaptırma nedenleri.....	73
Tablo 6.24. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta yaptırma nedenleri	74
Tablo 6.25. Katılımcıların yaşına göre sigorta yaptırma nedenleri.....	76
Tablo 6.26. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta yaptırma kanalının karşılaştırılması	77
Tablo 6.27. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta yaptırma kanalının karşılaştırılması	77
Tablo 6.28. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta yaptırma kanalları	78
Tablo 6.29. Katılımcıların yaşına göre sigorta yaptırma kanalları.....	79
Tablo 6.30. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurların karşılaştırılması	81
Tablo 6.31. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurların karşılaştırılması	81
Tablo 6.32. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurların	82
Tablo 6.33. Katılımcıların yaşına göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurlar.....	83
Tablo 6.34. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta şirketiyle ilgili şikâyeti olup olmama durumunun karşılaştırılması.....	83
Tablo 6.35. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta şirketiyle ilgili şikayeti olup olmama durumunun karşılaştırılması.....	84
Tablo 6.36. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta şirketiyle ilgili şikayeti olup olmama durumunun karşılaştırılması.....	85

Tablo 6.37. Katılımcıların yaşına göre sigorta şirketiyle ilgili şikayeti olup olmama durumunun karşılaştırılması.....	85
Tablo 6.38. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri.....	86
Tablo 6.39. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması.....	87
Tablo 6.40. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri	88



1. ÖZET

KİŞİLERİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA ÜRÜN VE ŞİRKET SEÇİMİNİ BELİRLEYEN TEMEL UNSURLAR

Küreselleşen ve hızlı bir gelişim kaydeden dünyada işletmeler varlıklarını sürdürebilmek için zorlu bir rekabet ortamında çalışmak zorundadırlar. Bu zorlu rekabet ortamında sigorta şirketleri insanların sigortacılıkla ilgili düşüncelerini, talep ve beklentilerini doğru bir şekilde tespit etmelidirler. Bu konuyla ilgili olarak dünya genelinde yoğun çalışmalar yapılmasına karşın ülkemizde ise çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Müşterilerin talep ve beklentileri bilinmeksizin şirketlerin kendilerini değiştirmeleri, yenilemeleri de söz konusu değildir. Bu nedenle kişilerin sigorta ürün ve şirket seçimini belirleyen temel unsurların belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmasında yarar vardır. Bu amaçla gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda İstanbul ilinde yaşayan 105 kişiyle görüşülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin analizi neticesinde katılımcıların genellikle geleceklerini güvence altına almak için sigorta yaptırdıkları görülmüştür. Yine çalışma neticesinde katılımcıların sigorta şirketi seçiminde en fazla marka güvenilirliğine dikkat ettikleri tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen diğer bir önemli bulguya göre katılımcılar en fazla acente hizmetinden memnuniyetsizlikleri sebebiyle sigortalarından şikâyet etmektedirler. Katılımcıların sigorta yaptırmamalarında en fazla etkiye sahip olan unsurun sigorta şirketleri, acente ve diğer satış kanallarına güvenmeme olduğu saptanmıştır. Yine çalışma neticesinde katılımcıların sigorta yaptırmayı düşünmelerinde en etkili faktörün maddi durumlarındaki iyileşme olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Acente, Özel Sağlık Sigortası, Sigorta, Sigorta Şirketleri, Türkiye

2. ABSTRACT

THE MAIN FACTORS DETERMINING THE CHOICE OF PRIVATE HEALTH INSURANCE PRODUCTS AND COMPANY OF THE PEOPLE

The companies have to work in an environment with higher competition atmosphere in order to continue their life in globalizing world. The insurance companies need to determine correctly people's demands and expectations about insurance in this tough competition environment. However; there are lots of studies on this subject throughout the world, the studies seems to be inadequate in our country. The companies cannot renew and change themselves without knowing the demands and expectations of the customers. In this context, it will be useful to make studies for identifying the main factors that affect the choice of insurance products and companies of the people. 105 people were interviewed living in Istanbul in this study conducted for this aim. Questionnaire method was used as data collecting tool in the study. As a result of the analyzes of the data obtained from the study it has been found that the participants generally have get insurance in order to secure their future. In addition, the participants mostly give importance to brand reliability in the selection of insurance company. According to another important finding obtained from the study, the most effective factor for the participants in complaint from the insurances is the dissatisfaction from the agency services. As a result of the study it has been found that the improvement in the financial situation is the most effective factor in getting insurance.

Keywords: Agency, Insurance, Insurance Companies, Private Health Insurance, Turkey

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar geçmişten bu yana hayatlarını, mallarını, sağlıklarını, mesuliyetlerini ve geleceklerini korumak adına çaba sarf etmektedirler. Belirtilen bu unsurlar her daim çeşitli riskler altındadır. Bu risklere karşı tedbirler alıp yaşamlarını ve ekonomik varlıklarını koruma ve sürdürmeye yönelik imkânları araştırmışlardır. Geçmişte risklere karşı tek başlarına hareket etmek suretiyle çeşitli önlemler almış olan insanoğlu, zaman içerisinde tüm bu risklerin zararlarını önleyecek olan en etkili önlemin ancak ve ancak topluluk halinde yaşayanların sahip oldukları imkânlarını bir araya getirmek suretiyle alınabileceğinin farkına varmışlardır. Bu düşünce yapısından hareketle daha önceleri dar ve sade çevreleri kapsayan yardımlaşma grupları oluşturmuşlar, daha sonra ise yaşanan gelişmelere bağlı olarak daha geniş ölçüde ve farklı türlerde yardım ve dayanışma kuruluşları meydana getirmişlerdir. Sigortacılık kavramı da insan ihtiyaçlarının bu şekilde gelişmesine paralel olarak ortaya çıkmış ve günümüzde ülke ekonomilerine de ciddi katkı sağlayacak sektörlerden birisi haline gelmiştir. Özellikle Avrupa ülkelerinde ciddi bir gelişim kaydetmiş olan özel sigortacılığın ülkemizde ise henüz tam manasıyla yeterli düzeyde olduğu söylenemez.

Sigorta bilincinin oluşturulması ve insanların özel sigorta yaptırmaya teşvik edilmesi sigortacılık sektörünün temel sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hususla ilgili olarak Avrupa'da ciddi çalışmalar yapılmasına karşın ülkemizin bu konuda yetersiz olduğu görülmektedir.

Ülkelerin içinde bulundukları koşulların yanı sıra insanların eğitim, gelir, kültürel düzeyleri gibi faktörler özel sigortacılığa olan bakış açısını etkilemektedir. Günümüzün zorlu rekabet ortamında her sektörde olduğu gibi sigortacılık sektöründe de ciddi bir yarış ve ayakta kalma mücadelesi söz konusudur. Sigorta şirketlerinin varlıklarını devam ettirebilmeleri için müşterileri kendilerine çekmeleri, mevcut müşterilerini de muhafaza etmeleri gerekmektedir. Bunun için de müşterilerin sigortaya ilişkin düşüncelerinin belirlenip buna göre gerekli düzenlemelerin yapılması önem arz etmektedir.

Özel sağlık sigorta ürün ve şirket seçimi üzerinde etkili olan faktörler üzerine yapılan çalışmalar oldukça azdır. Bu bağlamda yapmış olduğumuz bu çalışmada kişilerin özel sağlık sigorta ürün ve şirket seçimi üzerinde etkili olan faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramı

Sağlık alanındaki literatüre bakıldığında sağlık kavramının genellikle hasta olmama ve hastalık kavramıyla ilişkili olarak tanımlandığı görülmektedir, Hayran (1). Sağlık kavramıyla ilgili pek çok tanım söz konusu olup bu tanımlardan en yaygın olarak kabul edilen tanım ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. Buna göre; “sağlık sadece hasta ya da sakat olmama durumu değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir”, Kavuncubaşı (2).

Sağlık kalıtım, çevre, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleri gibi birçok faktörden etkilenmekte ve bireyler arasında bu bağlamda farklılık arz etmektedir.

Yukarıda da ifade edildiği gibi sağlık kavramı genel olarak hasta olmama şeklinde, hastalık kavramıyla ilgili olarak olumsuz bir mesaj verecek şekilde tanımlanmaya çalışılmaktadır. Günümüzde Batı tıp dünyasında meydana gelen gelişmeler mevcut hastalıklara yol açan etkenlerin tespit edilmesine yönelik çabalara bağlı olarak gerçekleşmiştir. Son dönemlerde bilhassa teknoloji alanında yaşanan gelişmeler etkisini tıp alanında da göstermiş olup bu durum hastalıklarla ilgili oldukça güvenilir ve geniş bir bilgi birikiminin oluşmasını sağlamıştır. Bu bilgi birikimine ve yaşanan gelişmelere rağmen verilen sağlık hizmetlerinin ise ne derece sağlıkla ilgili olduğu da tartışma konusudur. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler çoğunlukla hastalıkların ve hasta olanların tedavisi ve bazı hastalıkları önlemeye yönelik faaliyetleri kapsamaktadır, Yerebakan (3).

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkı insanların temel hakları arasında yer almakta olup bu hak insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Eski çağlarda çıkarılmış olan Hammurabi Kanunları bu konuyla ilgili en iyi bilinen örnektir. M.Ö. 2000’de yaşayan Babil Kralı Hammurabi kendi ismiyle anılan bu kanunlarda hekimlerin sorumluluklarını ve alacakları ödülleri belirlemiştir, Kavuncubaşı (2).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımı daha önce de ifade edildiği gibi en yaygın kabul gören sağlık tanımıdır. Bu tanımda yer alan “iyilik” ve “tam” kavramların açıklanması, tanımlanması ve ölçülmesi son derece zor olduğunda tanımda “sosyal iyilik” kavramına yer verilmesi son derece önemli gelişmelerden birisidir, Yerebakan (3). DSÖ tarafından yapılan bu tanıma göre sağlık kavramının çok boyutlu ve son derece karmaşık bir kavram olduğu, bunun yanı sıra birbiriyle ilişkili pek çok faktörün sağlık üzerinde doğrudan veya dolaylı etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Henrick L. Blum, sağlık kavramıyla ilgili olarak çevresel yaklaşımı getirmiştir. Buna göre sağlık durumunu 4 temel faktörün etkilediğini ifade etmiş olan Blum bu faktörlerin de birbirinden farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu sistemler aracılığı ile de birbirlerini etkilediğini ifade etmiştir. Sağlık üzerinde etkili olan bu faktörlerin etki seviyeleri de birbirinden farklıdır. Sağlık durumu üzerinde en etkili ve önemli faktör çevre olup çevreyi sırasıyla yaşam tarzı (bireysel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri takip etmektedir. Sağlık üzerinde ciddi etkiye sahip olan bu faktörler nüfus, kültürel sistemler, doğal kaynaklar ve doğa, ekonomik ve politik sistem gibi unsurların etkisindedir. Örneğin, akraba evlilikleri kültürel sistemin ürünü olup beraberinde genetik sorunları, sakatlıkları ve aynı zamanda yeni yaklaşımların ortaya çıkmasını beraberinde getirebilir. Kültürel sistem ayrıca kişilerin yaşam tarzları üzerinde de etkili olup beslenme, spor, alkol ve sigara gibi alışkanlıklar önemli ölçüde kültürün etkisine göre şekillenir, Kavuncubaşı (2). Belirtilen bu faktörler de göz önünde bulundurularak Amerikan Pazarlama Birliği tarafından hizmet sektörü 10 grup altında sınırlandırılmıştır, Öztürk (4):

- Sağlık hizmetleri,
- Finansal hizmetler,
- Avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi profesyonel hizmetler,
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kâr amacı gütmeyen hizmetler
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,
- Telekomünikasyon hizmetleri,

- Kişisel bakım ve onarım hizmetleridir.

Mucuk'a (5) göre hizmetler, tüketicilerin mülkiyet hakkı olmadan satın aldıkları faydalardır. Tenekecioğlu (6) hizmetleri, doğrudan satışa sunulan veya mal/hizmetlerin satışından elde edilen yararlar ya da doygunluklar olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda hizmetler aşağıdaki gibi iki temel gruba ayrılabilir:

- Mallardan ve başka hizmetlerden bağımsız bir şekilde satışa sunulan avukatlık, sigortacılık gibi hizmetler.
- Kredi, bakım, eğitim gibi mallar yahut hizmetlerle birlikte satın alınan hizmetler

4.2. Sağlık Sistemleri ve Politikaları

4.2.1. Sağlık sistemleri

Sistem genel olarak birbiriyle ilişkili parçalardan oluşan bir bütündür. Bütünü oluşturan parçalardan her biri de bu bağlamda sistemin unsurları olarak görülmekte olup bu unsurlar birbiriyle doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkilidir, Erkan (7).

Sağlık sistemleri sağlık hizmetleri sunumu, finansmanı, sağlık insan gücünün eğitimi, planlanması, sağlık mevzuatı ve politikaları gibi hususların tamamını kapsamaktadır, Atabey (8). Bu bağlamda sağlık sistemi; doğrudan sağlığın geliştirilmesine yönelik bütün sağlık hizmetlerini içeren girdi, çıktı, süreç ve unsurlardan oluşan bir bütünü ifade eder, Yıldırım ve Tarcan (9).

Ülkelerin sağlık sistemi büyük oranda o ülkenin aktörleri ve otoriteleri tarafından meydana getirilen ve yürütülen sağlık politikalarınca şekillenir. Diğer bir ifadeyle şekillenen sağlık sistemi o ülke tarafından uygulanan sağlık sistemi politikalarının bir fonksiyonudur denilebilir, Yıldırım ve Yıldırım (10).

Hemen hemen tüm alanlarda olduğu gibi sağlık sistemleri alanında da ülkeler arasında önemli bir bilgi alış-verişi bulunmakta olup karşılıklı bu alış-veriş 1980'li yılların sonunda ve 1990'lı yılların başında dünyada çeşitli sistemlere, bu esnada da ülke sağlık hizmetlerini, sistem ve politikalarını da etkileyen küreselleşme hareketleri

ve bu durumun bir yansıması olan liberal ekonomik ve siyasi politikalara paralel olarak yoğun bir şekilde artış kaydetmiştir, Yıldırım ve Yıldırım (10).

Dünya üzerindeki ülkelerin her biri kendi kültürünü, tarihini, ekonomik büyümesini ve ülkedeki hâkim siyasi ideolojilerini yansıtan ve tıbbi bilgi ve teknoloji, demografik özellikler, hastalık türleri, toplumsal algı gibi hususlar tarafından etkilenen ulusal bir sağlık sistemine sahiptir. Bunun yanı sıra uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Tüm sağlık sistemlerinin doğası ve kapsamı yoğun bir şekilde hizmet sunulan toplumun koşullarına, tercihlerine ve araçlarına bağlı olarak şekillenmektedir, Yıldırım ve Tarcan (9).

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı üzere ekonomik, ideolojik, sosyal ve kültürel faktörler ülkelerin sağlık sistemleri arasındaki farklılığın temel unsurlarıdır.

Ülkelerin sağlık sistemlerinde genel tercihler son derece önemlidir. Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri tamamen devlet tarafından üretilmekte ve finansmanı da devlet tarafından sağlanmasına karşın bazı ülkelerde ise bilhassa tedavi edici sağlık hizmetleri tamamen piyasa koşullarına bırakılmıştır. Pek çok ülkede sağlık sistemleri tesis edilirken sağlık hizmetleri karma olarak hem kamu kesimi hem de özel kesimce üretilmektedir. Sağlık hizmetinin finansmanı bakımından çeşitli seçenekler bulunmakta olup bu hususlarla ilgili alınacak olan kararlar ise siyasidir. Bu durum dikkate alındığında sağlık sistemi genel siyasi tercihlere bağlı olarak şekillenmektedir denilebilir, Field (11).

Ülkelerin sağlık hizmetini sunum sistemleri iyi organize edilmiş olsun ya da gelişmemiş olsun her bir ülke bir tür ulusal sağlık sistemine sahiptir, Goodwin (12). Dolayısıyla her bir ülkenin kendine ait sağlık sistemi farklı bir sağlık sistemi olarak değerlendirilebilir. Fakat bu durum bir sağlık sistemleri karmaşasını da beraberinde getirmektedir.

Sağlık sistemlerindeki önemli bir aktör o sisteme özgü değerler ve gelenekler bütünüdür. Örneğin, Alman hastalık fonlarının uygulanmasında yazılı olmayan kurallar ciddi bir önem arz etmektedir. Verilen bu örnek ayrıca günümüzdeki yeniliklerin başarılı olmasını anlamakta da kullanılmaktadır, Krajewski, et al (13). Nordik ülkelerindeki sağlık reformlarının başarı elde etmesi, amaçlar üzerindeki kuvvetli görüş birliği ile açıklanabilir, Magussen et al (14). Geçmişteki uzlaşmaları çok fazla önemsememek, sürekliliği sağlayan mekanizmaların ortadan kaldırılması manasını taşır. Merkez ve Doğu Avrupa'da yapılan yeni finansal mekanizmaların örneklerinin göstermiş olduğu bu tarz destekleyici geleneklerin olmaması durumunda bu sistemin uygulanması son derece güçleşmektedir, Voncina et al (15).

Bir sağlık sistemiyle ulusal bir sağlık sistemi arasındaki temel fark, devletin dâhil olmasıdır. Bu bağlamda ulusal sağlık sisteminin yapısı, egemen politik motivasyonlar ile olduğu kadar finansal kaynaklar ve insan gücünün kullanılabilirliğinin getirmiş olduğu olanak, imkânlar ve dayatmış olduğu sınırlamalar ile nitelendirilmektedir, Goodwin (12).

Farklı sağlık sistemleri ortak özellikleri ve farklılıkları göz önünde bulundurulmak suretiyle ele alınacak olursa bir yanda sağlık hizmetlerinin tümüyle piyasa koşullarında üretilip topluma sunulduğu ve sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarında finanse edildiği sağlık sistemleri, diğer yanda da sağlık hizmetlerinin toplum ihtiyaç ve taleplerine göre devlet tekeline belirlenip sunumunun yapıldığı ve finansmanının da yine devlet tarafından sağlandığı sağlık sistemleri yer almaktadır. Aynı zamanda bu iki uçtaki sağlık sistemlerinin bir arada uygulandığı karma sağlık sistemlerinin olduğu ülkeler de söz konusudur, Goodwin (12).

Sağlık sistemlerinde özel sektöre ait olan sağlık kurumları kar amacıyla çalışmakta iken buna karşın kamuya ait sağlık kurumları ise sosyal yarar için çalışmaktadır. Pek çok sağlık sisteminde devlet sağlık hizmeti sunan birimleri tesis etmekte, işletmekte ve gereken sağlık çalışanını da istihdam etmektedir ki bu durum sosyal devletin gereklerinden birisi ve sağlığın hak olarak görüldüğü toplumlarda geçerlidir. Sağlık hizmetlerinin tamamıyla piyasa koşullarına bırakılan sistemlerde

bile en azından koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmektedir. Ayrıca kamusal nitelikteki sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık hizmetlerinin finansmanını üstlenmiş olduğu sağlık sistemlerinde de devlet en azından diğer kamu hizmetleri için istihdam ettiği işgörenlerin işvereni olarak sosyal güvenlik kuruluşlarına sağlık primi yatırmaktadır. Ülkelerde sağlık sisteminin en temel amacı toplumun sağlık düzeyini artırmaktır. Ülkelerdeki sağlık sisteminin etkili olup olmadığının değerlendirilmesi de bu bağlamda belirtilen bu amaca ne denli ulaşılabilirdiği ile alakalıdır. Bu amaca ulaşıp ulaşamadığı da sağlık alanında uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan kriterler bakımından ülkedeki durumun ve gelişimin belirlenmesiyle mümkündür. Her ülkenin sağlık hizmeti gereksinimini belirleyen bir profili söz konusu olup bu profil yaşam beklentisi, anne-bebek hayatta kalma oranları, doğum oranları gibi çeşitli kriterler ile ölçülebilmektedir, Cichon et al (16).

4.2.2. Sağlık politikaları

Sağlık, var oluşun getirmiş olduğu bir değerdir. Nefes aldığımız hava, toprak, su, eğitim, güvenlik gibi insanların ortak olarak kullanıldığı, dolayısıyla da herkese ait olan bir kullanım değeridir. Sağlık ihtiyacı da bu bağlamda sosyal bir ihtiyaçtır. Hasta olmamanın kararı kişiler tarafından verilemez. Diğer bir ifadeyle insanlar ne zaman veya ne şekilde hasta olacağını bilemez, önceden kestiremez, bu hususla ilgili bir öngöründe bulunamaz. Bu sebepten ötürü de kişisel çabalar ile sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi gibi bir durum söz konusu değildir, Pepe, (17).

Sosyal politika aracı olarak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, soyut ve somut birçok ürünün yaratıcısı konumundaki insanın toplumun diğer üyeleriyle uyumlu bir şekilde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretilmesi, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünü koruması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle beraber geliştirilmesidir, Alper ve ark (18). Sağlık politikası, sağlık hizmetleri için uygun bir sistemin tesisi, tesis edilen bu sistemin finanse edilmesi ve sunulacak olan hizmetlerin belirlenmesi gibi hususları kapsar. Ancak belirtilen tüm bu hususlar belirlenirken sadece kamunun değil, toplumun tüm değerlerinin gerçekleştirmiş olduğu sağlığa ilişkin faaliyetlerin dikkate alınması gerekir. Bu

faaliyetlerin belirli bir politika anlayışı çerçevesinde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği önemli değildir. Sağlık politikası kavramı sadece sağlık hizmetleri alanındaki politikalardan oluşmamakta olup sağlık üzerinde etkili olan tüm politikalar sağlık politikası kapsamında yer alır, Tatar (19). Hiçbir ülke aynı sağlık sistemine sahip değildir. Daha önce de ifade edildiği üzere ülkelerin sağlık sistemleri sadece sahip oldukları fonksiyonlara göre değerlendirilerek aralarındaki farklılıklar tespit edilebilir. Genel itibariyle sağlık sistemleri yönetim, kaynak üretme, programların ve hizmetlerin organizasyonu ve finansal destekten meydana gelen temel yapılanma içerisinde faaliyette bulunurlar, Quadagno (20).

Sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde etkili olan politikalar farklı kriterlere göre tespit edilmektedir. Bu farklılık toplumun sosyo-kültürel, ekonomik ve bilimsel altyapısıyla sıkı ilişki içerisinde. Bu kriterler birbirlerini desteklediği gibi aynı zamanda bunların çeliştiği durumlar da bulunur, DPT (21). Sağlık politikalarını diğer sosyo-ekonomik faaliyetlerden ayıran çeşitli özellikler söz konusu olup bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir, Turan (22):

- Sağlık hizmetleri bulaşıcı hastalıkların tedavisi ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi çeşitli toplumsal yarar sağlayan ve bu özelliğiyle de piyasa ekonomisine bırakılamayacak kadar önemli toplumsal hizmetlerdir.
- Sağlık hizmeti alanlar yeteri kadar bilgiye sahip değildir. Sağlık hizmetinin kompleks yapısını kavrayabilmek uzman olmayı gerektirmekte olup bu da tüketici durumunda alınmakta olan hizmetin sağlayacağı faydanın ölçümünü olanaksız hale getirmektedir. Sağlık hizmetinin bünyesinde hayati riskler bulunması ve aynı zamanda sunumunun uzmanlık gerektirmesi gibi nedenlerden ötürü tekelleşme eğilimi de bir o kadar yüksektir.
- Sağlık hizmetlerine talep devamlılık arz etmez. Bu da sağlık hizmetlerini ileride talep etmesi olası kişilerin, önceden belirli bir kaynak ayırmasını gerekli kılmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin kendine has yapısı onu kar amacından ziyade sosyal yarar amacı taşıyan hizmetlere dönüştürür. Maliyet, kar, yarar gibi piyasa

ekonomisi kavramları bu bağlamda sağlık hizmetleri alanında oldukça farklı manalara gelmektedir.

- Sağlık hizmetlerinde ikame söz konusu olmayıp hasta, doktor tarafından kendisine uygun gördüğü sağlık hizmetini alır.

Ülkelerin sağlık politikaları incelenecek olursa birbirinden son derece farklı olduğu görülecektir. Ülkelerin sağlık politikalarında farklılık bazen son derece ciddi boyutlarda olup aynı ülkenin farklı bölgelerinde farklı sağlık politikası uygulamalarının olduğu da görülebilmektedir. Esasen farklı uygulamalar arz etse de temel sağlık politikaları aşağıdaki gibi iki farklı olguya dayanmaktadır, Akdur (23):

- Sağlık temel insan haklarından olup doğuştan kazanılmaktadır. Bu anlayışta sağlık toplumsal dayanışmanın, milli gelirin yeniden dağıtımının ve eşitliğin bir gereğidir. Sağlık hizmeti verme görevi de bu bağlamda devlettir.
- Sağlık, bireysel sorumluluk içerisinde değerlendirilmeli, piyasa arz-talep koşullarında sağlık hizmeti sunulmalıdır.

Sağlık sektörü pek çok ülke için ekonominin en önemli unsurları arasında yer almaktadır. Sağlık bazı ülkeler için ciddi bir ekonomik kaynağı emen ve dolayısıyla da kontrol altına alınması gereken bir husus iken sağlık teknolojilerini büyük oranda elinde bulunduran ülkeler için ise gelişmenin sürükleyicisi konumundadır. Bazı ülkeler üretmiş oldukları tıbbi ürünler, ilaçlar ve sağlık hizmetleriyle bu alandaki küresel baş aktör konumundadırlar, Akdur (23).

Sağlık politikalarının belirlenmesinde etkili olan faktörler; yapısal, durumsal, kültürel ve uluslararası faktörler olarak incelenebilir. Durumsal faktörlere deprem, kuraklık, savaş ve HIV (AIDS) gibi hastalıkların farkına varma örnek olarak verilebilir. Yapısal faktörler ise ekonominin genel durumu, dışa açık ya da kapalı olması, istihdam şekli, demografik yapı, teknolojik avantajlar ve ülkenin zenginliği gibi hususları içine almaktadır. Kültürel faktörlere etnik öncelikler, dil farklılıkları, belirli grupların ihtiyaçlarını giderme konusunda karşı karşıya kaldığı sorunlar, bazı hastalıkların utanılacak hastalıklar olarak değerlendirilmesi gibi durumlar örnek olarak verilebilir. Uluslararası faktörler; uluslararası seviyede işbirliğini gerekli kılan

hastalıklar ile mücadele, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası baskı unsurlarını içermektedir, Akdur (23).

4.3. Sağlık Sistem ve Politikalarını Etkileyen Unsurlar

Sağlık sisteminin sınırlarının kesin çizgiler ile ortaya konulması mümkün olmayıp sağlık sistemlerinin başarıya ulaşmasında iç unsurlarının yanı sıra dış unsurlar, makroekonomik unsurlar ve ideolojik unsurlar da etkilidir, Yıldırım ve Yıldırım (10). Bu unsurlar aşağıda başlıklar halinde kısaca açıklanmıştır.

4.3.1. Sağlık sisteminin iç unsurları

Sağlık sistemlerini dışındaki unsurlardan ayırmak için pek çok farklı sınırlar önerilmiştir. Örneğin, klinik seviyede sunulan bireysel sağlık hizmetleri gibi tüm sağlık sistemi sınır tanımlamaları kapsamında, sistemin iç unsurları arasında değerlendirilmiştir. Fakat hangilerinin sağlık sistemin iç, hangilerinin dış unsurlar arasında yer alacağına dair yoğun tartışmalar vardır. Örneğin, genel eğitim sağlık sisteminin iç unsurları arasında mıdır, değil midir? Bir sağlık sisteminin sınırlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmaların büyük kısmı tartışmalıdır. Fakat bir sağlık sisteminin performansının ölçümünün yapılabilmesi adına bir sınırın çizilmesi gerekir. Buna göre öncelikli amacı sağlık korumak ya da geliştirmek olan her türlü sağlık faaliyeti bir sağlık sisteminin iç unsurları olarak nitelendirilmektedir. Örneğin, genel eğitim sağlığı büyük oranda etkilemesine karşın bu tanıma göre iç unsurlardan değildir. Fakat özellikli olarak sağlık sisteminin bu tanımını sınırları içerisinde. Sağlık faaliyetlerini gerçekleştiren ya da bunlara destekte bulunan bütün kaynaklar, organizasyonlar ya da bu faaliyetleri destekleyen bütün kaynaklar sağlık sisteminin parçalarındandır. Bunların dışındaki faktörler ise sağlık sisteminin dış unsurlarını teşkil etmektedir, Yıldırım ve Yıldırım (10). Sağlık kurumlarında verilmekte olan sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kalitesi, ortaya konulan sağlık sisteminin kalitesinin bir göstergesi olup bunu belirleyen en önemli unsur ise nitelikli sağlık sunucusu çalışandır. Bu sebepten ötürü de doktorların veya diğer sağlık hizmetlerinin

sunumunu gerçekleştiren sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri, yeterlilikleri ve verecekleri sağlık hizmetinin kalitesini artıracak için önem arz etmekte ve sağlık sisteminin iç unsurları arasında yer almaktadır, Yıldırım ve Yıldırım (10).

4.3.2. Sağlık sisteminin dış unsurları

Sağlık sisteminin dış unsurları, öncelikli amacı sağlığı korumak ve geliştirmek olan tüm sağlık faaliyetlerinin dışındaki unsurları kapsamaktadır. Sağlık sisteminin dış unsurları olarak nitelendirilebilecek bu unsurların her birinin ayrı ayrı ve farklı düzeylerde sağlık sistemleri üzerine etkileri olabilmektedir. Sağlık sisteminin iç unsurlarına ve fonksiyonlarına ilaveten bir sağlık sisteminin dışındaki unsurlar da sağlık sisteminin performansı üzerinde etkilidir. Örneğin, etkili bir yasal düzenleme, satın alıcıların hizmet sunucularıyla daha iyi sözleşmeler yapmasını sağlayabilecektir. Benzer şekilde devletin etik konulara yönelik bakış açısı "yönetim ve düzenleme" fonksiyonunun performansını ciddi oradan etkileyecektir. Tüm bunlar da göstermektedir ki sağlık sistemlerinde verilen sağlık hizmetlerinin performansını belirleyen faktörlerin büyük bölümü formal sağlık sisteminin sınırları dışındadır, Yıldırım ve Yıldırım (10).

Ülkenin gelişmişlik seviyesi, kaynak kıtlığı gibi hususların yanı sıra sosyal politika kurumlarının nasıl şekillendiği konusu da sağlık sistemi üzerinde etkili olan dış unsurlar arasında nitelendirilmektedir. Krizlerle boğuşan devletler bütçelerindeki açıkları kapatmaya çabalarken uygulamış oldukları bütün ekonomik ve sosyal politikalar sağlık sistemlerini de dolaylı olarak etkileyen dış unsurlar arasında yer almaktadır, Yıldırım ve Yıldırım (10).

4.3.3. Makroekonomik unsurlar

Refah sistemleri literatüründe genel kabul gören anlayışa göre 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizler, II. Dünya Savaşı'nın ardından kurulan refah devletlerinin ve onların önemli bir bölümünü oluşturan sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin altın çağının da sona ermesine yol açmıştır. Daha sonraki dönemlerde global

ekonomide yaşanan dönüşümler bu gidişatı değiştirme konusunda etkisiz kalmış, bilakis refah sistemleri globalleşme, liberalleşme ve ülkeler arasında yeni bir iş bölümünün ortaya çıkması gibi gelişmelere paralel olarak yeni bir dönüşüm sürecine girmişlerdir. Bir taraftan sermaye piyasalarının entegrasyonu gerçekleşirken bir taraftan da sermaye hareketliliği ve üretim piyasalarında rekabet ciddi bir hızla artmıştır. Öte yandan, genel olarak liberalleşme olarak tanımlanan piyasa ilişkileri her alanda yaygın hale gelmeye başlamıştır. Belirtilen bu gelişmelerin refah devletlerini nasıl etkilediği halen pek çok çalışmaya konu olmayı sürdürmektedir. Bu hususla ilgili olarak ilk dönemlerde hâkim olan karamsar düşünce yapısına göre global ekonomik şartlar altında rekabet avantajlarını yitirmeyi göze alamayan büyük refah devletleri bir nevi dibe doğru yarış sürecine girmişlerdir. Bu yarış, devletlerin yabancı sermayeyi kaçırmak korkusuyla önemli ekonomik tedbirler almak suretiyle harcamalarını kısımları gerektiği yönünde olmuştur, Keyder ve ark (24).

Avrupa'da yukarıda belirtilen sorunlara ilaveten Avrupa Birliği'ne (AB) katılım sürecinin getirmiş olduğu ekonomik koşullar üye ve aday ülke hükümetlerinin ekonomi politikaları üzerinde önemli kısıtlamalara yol açmıştır. AB'ye üyelik koşulları bağlamında hükümetler kamu harcamalarında kısıtlamalar yapmak ve sosyal güvenlik sistemlerini gözden geçirmek durumunda kalmışlardır ki bu durum pek çok uzmanca refah devletlerinin sosyal politika alanında da özerkliklerini yitirmeye başladıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir, Keyder ve ark (24).

Global ekonomide yaşanan önemli gelişmelerden bir diğeri de yeni bir yönetici sınıfın ortaya çıkmasına bağlı olarak hizmet sektörünün hızlı bir şekilde önem kazanması olmuştur. Yeni global iş bölümünün bir sonucu olarak açıklanmakta olan bu durum önemli hizmet sektörlerinden olan sağlık sektörü için de yapısal değişimlerin habercisi olma özelliğini taşımaktaydı. Literatürde sanayisizleşme ve post-endüstrileşme olarak nitelendirilmekte olan bu süreçte endüstriyel istihdamda düşüş gerçekleşirken düzensiz ve esnek istihdam şekilleri ise yaygın hale gelmeye başlamıştır. Yaşanan bu gelişmeler temel gelirleri formal sektörde çalışmakta olanlar tarafından sosyal güvenlik sistemleri için önemli tehlikelerin de habercisi olmuştur.

Belirtilen bu durumlara her geçen gün daha da yaşlı hale gelen Avrupa nüfusunun ihtiyaçlarındaki artış ve düşük doğum oranları da dâhil olunca refah sistemlerinin ve yüksek sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğine dair büyük endişeler hâsıl olmuştur, Keyder ve ark (24). Bütün gelişmiş refah devletlerinin bütçelerinde son derece ciddi bir paya sahip olan sağlık hizmetleri doğal olarak belirtilen bu gelişmelerden negatif yönde etkilenmiştir. Bu bağlamda genel olarak refah devletinin, özel olarak da sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldıkları kriz, akıl almaz bir hızla artan harcamalar, bunların yanı sıra kaynak yaratma konusundaki yetersizlik ve mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılmaması gibi durumlar ortaya çıkmıştır. Daha iyimser olan ve refah devletinin literatüründe daha fazla kabul gören diğer bir düşünceye göre "dibe doğru yarış" iddia edildiği gibi yaygın hale gelmemiş ve pek çok Avrupa ülkesi halen refah devletlerini koruyan politikalar uygulamışlardır. Hatta sağlık sistemleri üzerine çalışmalar gerçekleştiren bazı araştırmacılar, artan hizmet ekonomisinin bir parçası olarak sağlık hizmetlerinin ayrı bir önem kazandığını iddia etmişlerdir. Bu düşünceye göre bilhassa ilaç ve sağlık teknolojisi alanlarında artış kaydeden yatırımlar hem hükümetlerin hem de uluslararası işletmelerin sağlık sektörünü dinamik ve karlı bir endüstri olarak algılamalarına neden olmuştur. Kriz tartışmalarının temel etken olarak gösterdiği, sağlık alanında bir türlü engellenemeyen kamu harcamaları, böylelikle uluslararası işletmeleri çeken yeni bir yatırım aracı olarak tanımlanmıştır. Bu potansiyelin farkına varan hükümetler de sağlığın endüstriyel tarafının ülke ekonomisinin büyümesine yapacağı katkıyı tartışmaya ve konuşmaya başlamışlardır, Keyder ve ark (24). Yaşanan bu ekonomik dönüşümlerden gelişmekte olan ülkeler de paylarını almışlardır. 1980'li yılların başından beri Latin Amerika, Doğu ve Güneydoğu, Asya ve Afrika'da pek çok ülke ekonomik krizler ile mücadele etmek durumunda kalmış olup, bu ülkelerin büyük bölümü Gayri Safi Milli Hasıla'da (GSMH) göz ardı edilemeyecek düşüşlere yol açan önemli ekonomik krizler yaşamışlardır. Aynı zamanda bu durum ülkelere işsizliğin artış kaydetmesi, satın alma gücünün düşmesi, vergi ve prim toplanmasında yaşanan zorluklar gibi ciddi sorunlara yol açmıştır. Belirtilen bu koşulların kaynakların azalması sağlık sistemlerini doğal olarak negatif yönde etkilemiştir. Bir taraftan da DB ve IMF gibi uluslararası finans kurumlarının müdahalelerin uygun bir ortam hazırlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerin

sağlık sistemleri üzerine yapılan pek çok çalışma bu ekonomik programların ve borç yükünün sağlık sistemleri üzerinde ne denli olumsuz etkiye sahip olduğunu gözler önüne sermektedir. Ekonomi bilimiyle diğer bilim dalları arasında, ekonomi biliminin sahip olduğu ve geliştirdiği analiz yöntemleri nedeniyle bir etkileşim söz konusudur. Bu açıdan bakılacak olursa sağlık hizmetleri sektörünün de bilim ve teknolojiiden faydalanarak sınırlı ekonomik kaynaklardan daha fazla verim alma noktasında ekonomik faktörlerden etkilendiği görülmektedir, Keyder ve ark (24).

4.3.4. İdeolojik unsurlar

Liberalleşme ve küreselleşme süreçleri ekonomik gelişmelere ilaveten önemli ideolojik dönüşümlere de yol açmıştır. Bir yandan müdahaleci devletin, sosyal vatandaşlık düşüncesinin getirmiş olduğu sosyal kazanımların garanti altına alınmasını öngören Keynesyen düşünce zayıflarken bir yandan da Reagan ve Thatcher hükümetleri ile özdeşleştirilen yeni muhafazakârlık dünya geneline hâkim olmaya başlamıştır. Böylesi bir ortamda devletin sosyal refah hizmetlerindeki baskın rolü önemli şekilde eleştirilmiştir. Kamu hizmetleri kalitesiz ve verimsiz olarak tanımlanmış olup kamu sektörüne dayanan çözümler genel olarak itibarını yitirmiştir. Fakat itibarını kaybeden, gözden düşen yalnızca kamu hizmetleri olmamıştır. Doktorlar da bu süreçten kendilerine düşen payı almışlardır. 1990'lı yılların başından itibaren bilhassa İngiltere ve Amerika'dan başlayarak doktorlar "ayrımcılığın kalesi" veya kendi çıkarlarını ön planda tutan meslek grupları olarak nitelendirilmişlerdir. Aynı zamanda bu piyasa anlayışına göre hastaların görev ve sorumlulukları da yeniden tanımlanmıştır. Bir taraftan hasta doktor karşısında daha güçlü hale getirilirken bir taraftan da müşterinin seçme hakkının doktorları en iyi disipline eden unsur olduğu kabul edilmiştir. Diğer bir ifadeyle sağlık ve diğer refah hizmetlerinin esasen piyasa tarafından çok daha etkin ve iyi bir şekilde yerine getirileceği düşüncesi sosyal politika çevreleri tarafından daha fazla kabul görmeye başlanmıştır. Ancak bu ideoloji, nasıl ve hangi aktörlerce yayıldı? Başka bir ifadeyle sağlık sistemlerindeki bu paradigma değişiminde hangi kurumlar ve kişiler önemli roller üstlenmişlerdir? Bu sorulara birkaç cümleyle yanıt vermenin imkânı olmayabilir. Ancak piyasa ideolojisinin nasıl yayıldığı ve reform süreçlerini hangi aktörler vasıtasıyla etkilediğine dair giderek artan literatür söz konusudur. Uluslararası

öğrenme süreçlerini açıklamaya çalışan bu literatürün en önemli katkısı, şu ana kadar reform çalışmalarında ele alınan DB, DSÖ ve OECD gibi uluslararası kuruluşların yanı sıra ortaya çıkmakta olan global politika seçkinlerine vurgu yapılmasıdır. Bu bağlamda yakın geçmişte yayımlanan pek çok çalışma sağlıkla ilgili bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yayılmasına dair konularda bu uluslararası kuruluşların üstlendikleri hayati rolü vurgulamaktadır, Keyder ve ark (24). Kendi alanlarındaki politikalara dair geniş bilgi birikimine sahip olan uzmanlarca meydana getirilen bu çalışmalar 1990'lı yılların başlarından itibaren sağlık alanındaki reform tartışmalarına damga vurmuştur. Bilhassa sağlık finansmanı alanında global seçkin bir grubun ortaya çıktığı görülmekte olup bu grup hem genel olarak kullanılmakta olan kavramlar hem de finansal kaynaklar üzerindeki kontrolleri sayesinde tartışmaların genel hatlarını ortaya koymuş, bu sayede de pek çok kişi ve kurumca hızlı bir şekilde kabul gören bir reform dilinin hasıl olmasında etkili olmuştur. DB gibi uluslararası örgütler de bu tarz grupları çevresinde bir araya getirerek onlara şekil verebildikleri ve kendi analizleri ile politika önerilerini bilimsel çalışmalara dayandırabildikleri düzeyde çeşitli reform girişimlerini etkileyebilmişlerdir. Yakın geçmişte sosyal alandaki çalışmalara ve uzmanlar arası iletişimi geliştirmeye önem vermeye başlayan ve aynı zamanda daha fazla kaynak ayıran AB de bu ulus üstü politika yapımı tartışmalarına müdahil olmuştur. Bilhassa AB komisyonunun girişimleri ile; uzmanlar ve hükümetler arasında AB düzeyinde iletişim düzeyini arttırmak amacıyla bilgilerin paylaşımı sağlanmıştır. Bu şekilde bilgi cemaatleri teşvik edilerek sosyal politika alanında da bütünleşmenin sağlanmasına yönelik son derece ciddi adımlar atılmıştır, Keyder ve ark (24). Bu şekilde farklı düzeylerde koordine edilen ve paylaşılan ulusal reform deneyimlerinin ışığında her geçen gün daha da fazla bütünleşen politika grupları belirli politikaları savunmaya başlamışlardır. Reform yapmaya niyetlenen ve bu topluluklar ile sıkı ilişki içerisinde olan yerel uzmanların ve politika yapımcılarının bu düşüncelerden etkilenmeleri de son derece doğal bir durumdur, Keyder ve ark (24).

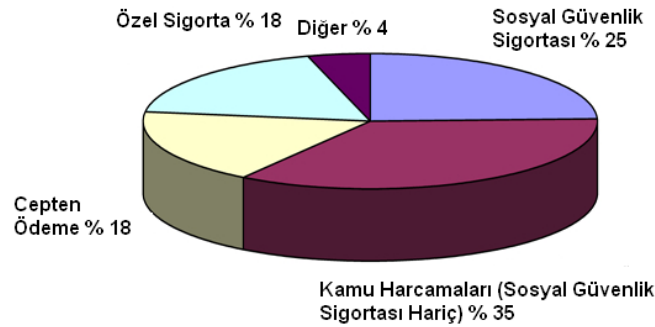
4.3.5. Sağlık alanına özgü sorunlar

Sağlık sistemleri üzerinde etkili olan unsurlar yalnızca ideolojik nedenler veya global ekonomik dönüşümler ile açıklanamaz. Her hükümet veya sağlık sistemini dönüştürme niyetindeki uzman ekipler öncelikli olarak sağlık sistemlerinin veya sosyal güvenlik sistemlerinin kendine has problemlerinden yola çıkmakta olup bu sorunları çözmeye çabalarlar. Fakat bu problemlerin nasıl algılandığını ve hangi sorunların önem arz ettiğini veya öncelikle ele alınması gerektiğini de yine bu genel ideolojik ve ekonomik çerçevenin belirlediği de unutulmamalıdır. Bu problemler, gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında son derece önemli farklılıklar arz etse de genel itibariyle değişen hastalık profili, demografik dönüşümler ve tıbbi teknoloji alanında yaşanan olağanüstü hızlı gelişmeler dikkate alınarak incelenmelidir. Gelişmiş ülkelerde 20. yüzyıl ortalarında meydana gelen epidemiyolojik dönüşüm neticesinde en önemli hastalık ve ölüm nedeni olan salgın ve akut hastalıkların yerini kanser, kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar almıştır. Bir taraftan halk sağlığı müdahaleleri, diğer taraftan ise tıp biliminin yeni teknolojileri ve yöntemleri kullanılarak bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ile izah edilen bu durum yalnızca sağlık sistemi için değil, ülkenin genel demografik profili bakımından da son derece önemli sonuçlara yol açtığı görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu durum biraz farklı olmuştur. Bu ülkeler, epidemiyolojik dönüşümü tam manasıyla tamamlayamamak şeklinde tanımlanabilecek, kronik hastalıkların bulaşıcı hastalıklara eklenmesi neticesinde ortaya çıkan daha farklı ve ciddi bir hastalık profili ile mücadele etmek durumunda kalmışlardır. Üstelik bu sağlık sistemleri ayrıca kırsal yoksulluk ve göçe bağlı olarak ortaya çıkan çarpık kentleşme kavramı ve bu durumun sonucu olarak sağlık sorunları ile de mücadele etmişlerdir. Kısaca, sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı belirtilen bu sorunlar sağlık sistemi uzmanlarını devamlı olarak yeni sağlık politikaları arayışlarına itmektedir, Keyder ve ark (24).

4.4. Dünyada ve Türkiye'de Uygulanan Sağlık Sistem ve Politikaları

4.4.1. Dünya'da uygulanan sağlık sistem ve politikaları

Sağlık sistemlerine dair incelemelerde yoğun olarak kullanılan kavramların başında sağlık finansman yapısı gelmektedir. Şekil 4.1 incelendiğinde dünya genelinde sağlık harcamalarının finansman yapısında %35'lik pay ile kamu harcamalarının ağırlıkta olduğu görülmektedir. Bu oranı %25'lik pay ile sosyal güvenlik sigortası, %18'lik oran ile cepten ödeme ve yine %18'lik oran ile özel sigorta takip etmektedir. Devletler genel olarak sağlık politikası amaçlarını belirleyip duyururlar ve bazı durumlarda bu amaçlar anayasada da yer alır. Bu amaçlar, enfeksiyon hastalıklarından korunma ve diğer kamu sağlığına dair tehlikeleri ve önemli tedavi ve bakım imkânlarına gerekli olduğu durumlarda nasıl erişilebileceğini kapsamaktadır. İnsanların sağlık hizmetlerine dair ödemede güçlük çekmelerinin pek çok nedeni bulunmaktadır. Bunlar genel olarak 3 grup altında toplanabilir. Birincisi, ihtiyaçların oldukça belirsiz olmasından ötürü risklere karşı sigortanın önemli olması, ancak sigortanın herkes tarafından erişilebilir olmamasıdır. İkincisi, bazı sağlık hizmetleri son derece pahalı olup bunlar için ihtiyaç sırasında hazır fonlar bulunmalıdır. Üçüncüsü de, bazı sağlık hizmetleri önemli ve maliyet etkin olarak kabul edilse de nüfusun büyük bir bölümünün karşılayamayacağı kadar pahalı olabilmektedir, WHO (25).



* WHO 2010 verilerine dayanmaktadır.

Şekil 4.1. Dünya'da sağlık harcamalarının finansman yapısı, WHO (25)

Bir devletin bütün vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimi ve etkili bir şekilde tedavi görmelerini sağlamaya yönelik bir amacı söz konusu ise finansman sisteminin de 3 temel amacının olması gerekir, Normand and Thomas (26):

1. Gereklilik durumunda kullanılacak olan fonların mobilizasyonu,
2. Risk paylaşımı,
3. Gerekli olduğu durumlarda düşük gelir grubunda yer alan vatandaşlara mali yardımda bulunmak

Yukarıda söz edilen hususlardan ötürü bütün devletler sosyal olarak kabul edilebilir neticeler üretebilmek adına sağlık sistemlerinin tam manasıyla piyasa güçlerine bırakılamayacağını kabul etmektedirler. Bu durumun iki ana nedeni söz bulunmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık hizmeti sunumunda birçok bakımdan piyasa başarısızlığının söz konusu olmasıdır. Örneğin aşılama gibi bazı sağlık hizmetlerinde tedavinin yararı tedaviyi alan kişiye has değildir. Tüketimdeki bu tarz dışsallıklar kişilerin bu sağlık hizmetlerini hafife almalarına neden olabilmektedir. İkincisi, mükemmel bir şekilde işleyen rekabetçi piyasa koşullarına sağlık alanında çok fazla rastlanılmamaktadır. Örneğin, genel olarak sağlık hizmeti sunucusu ve tüketicisi arasında bilgide bir dengesizlik söz konusu olup bu durum talebin uyarılmasına neden olabilmektedir. Dahası, piyasaya giriş maliyetleri de son derece yüksek olabilmekte olup çoğu durumda etkin rekabet oldukça düşüktür. En karlı sağlık hizmetleri çoğunlukla sağlık açısından en büyük etkisi olanlar değildir. İsteğe bağlı estetik operasyonları bu gruba örnek olarak verilebilir, Normand and Thomas (26). Devletlerin bu piyasa başarısızlığına yönelik olarak geliştirdikleri çözümler sağlık hizmetlerinin dağıtımı ve finansmanını düzenlemek, hizmet sunucularına ve kişilere sübvansiyon vermek veya bazı durumlarda kamu kurumlarına doğrudan destek sağlamaktır. Gerçekten de birçok ülkede devlet ve sosyal güvenlik ağı sağlık hizmetlerinin en önemli fon kaynaklarıdır, Normand and Thomas (26).

Bir sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için birinci öncelik bu hizmetin finansmanıdır. Sağlık hizmetlerinin güçlü ve sürdürülebilir finansmanı için sektörde yer alan bütün aktörlerin sisteme dâhil olması gerekir, Çelikay ve Gümüş (27). Bu bağlamda toplumun bütün kesimlerinin gerek fonlama gerekse risk

paylaşımına dair sisteme katıldığı bir sistem arzu edilmektedir. Günümüz dünyasında sağlık finansman sistemleri verilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları gibi farklı seçeneklere sahiptir. Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin finansman sistemine bakılmak suretiyle o ülkenin sağlık ve refah durumuna dair genel bir düşünceye sahip olunabilir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin pahalılığına ve ulaşılabilirliğine yönelik yaşanan zorluklar insanları yoksulluğa itebilecek seviyelerde olabilmektedir ki bu durumda bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin etkin ve adil bir finansman modeliyle finansmanının sağlanması önemli önceliklerden birisi olmaktadır. Gelişmiş ülkeler de vermiş oldukları sağlık hizmetlerinin etkinliğini, kalitesini ve ulaşılabilirliğini artırmak adına finansman sistemlerini geliştirmek için çaba sarf etmektedirler. Vatandaşlarının artan taleplerini karşılayacak fonları nasıl oluşturabileceklerine dair çalışmalar yapmaktadırlar. Aynı zamanda finansal riskin en iyi olarak nasıl azaltılabileceği ve fonların en etkin şekilde nasıl kullanılabileceğine dair araştırmalar gerçekleştirmektedirler, İstanbulluoğlu ve ark (28). Bu bağlamda ülkemizde sağlık hizmetleri uzun yıllar boyunca farklı kaynaklardan finanse edilmiş ve karma bir sistem uygulanmıştır. Belirli bir kesim için sosyal sigorta uygulanmakta iken diğerleri için ise kamu yardımı uygulanmıştır. Aynı zamanda gerekli finans gücündeki kişiler kamunun yanı sıra kar amaçlı özel sektör hizmet sağlayıcılarından da hizmet alımı yapmışlardır, Ateş (29). Fakat sağlık hizmetlerinin birbiriyle ilişki düzeyi düşük farklı finansal kaynaklardan sağlanmasının getirmiş olduğu negatif durumlar göz önünde bulundurularak 31 Mayıs 2006'da genel sağlık sigortasını öngören Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. İlgili kanun ile sağlık finansmanını yürüten ve farklı kurumsal kimlikler ile hareket eden Emekli Sandığı (ES), Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve devlet memurlarının sağlık ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında bir araya getirilmiştir, Çelikay ve Gümüş (27).

Ülkemizde genel sağlık sigortası sisteminin uygulamaya konulmasıyla beraber sağlık finansmanı daha sade bir hale gelmiş ve sistemde finansman sağlayan kurum ve kuruluş sayısı önemli ölçüde azalmıştır. Bu bağlamda ülkemizde verilen sağlık hizmetlerini finanse eden aktörler; "Genel Bütçe Olanakları ve Sağlık

Bakanlığı", "Sosyal Güvenlik Katkıları" ve "Özel Sigorta ve Diğer Finansman Kaynakları" şeklinde 3 grup altında toplanabilir.

Ülkede egemen olan sağlık finansman modellerine göre ülke gruplamaları Tablo 4.1 incelendiğinde görülmektedir ki; Türkiye, Fransa, Almanya, Hollanda, Lüksemburg, Belçika gibi ülkeler zorunlu sosyal sigorta finansman modeli ile İngiltere, Danimarka, İsveç, Norveç, Portekiz gibi ülkeler ise genel bütçeden sağlık finansmanı sağlamaktadırlar. Dünya genelinde genel bütçeden ayrılan paylar bir başka ifade ile vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması daha yaygın bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır, OECD (30).

Tablo 4.1. Ülkede Egemen Olan Sağlık Finansman Modeline Göre Ülke Gruplamaları, OECD (30).

Zorunlu Sosyal Sigorta	Özel Sağlık Sigortası	Çeşitli Ödeme	Genel Vergiler	Karma Sistem	Dış Kaynaklar/ Yardımlar
Fransa Almanya Hollanda Lüksemburg Belçika İsveç Çek Cum. Hırvatistan Estonya Macaristan Slovakya Slovenya Avusturya İsrail Türkiye Güney Kore Meksika Japonya Şili Bolivya Kosta Rika Endonezya	ABD	Ermenistan Azerbaycan Gürcistan Tacikistan Kırgızistan Hindistan Uruguay Afganistan Bangladeş Burundi Kamboçya Kamerun Fildişi Sahili Gine Gine-Bissau Laos Lübnan Myanmar Nepal Pakistan Togo Vietnam	İngiltere Danimarka İsveç Kanada Norveç Portekiz Yeni Zelanda Küba Bulgaristan Finlandiya İrlanda İtalya Yunanistan Grönland Venezüella Filipinler Sierra Leone Sri Lanka Kuzey Kore İspanya Arnavutluk Kazakistan Litvanya Polonya Romanya Çin Rusya Brezilya İzlanda İran Suudi-Arabistan	Avustralya Arjantin	Sahra-Altı Afrika Ülkeleri

4.4.2. Türkiye'de uygulanan sağlık sistem ve politikaları

Ülkemizde sağlık hizmeti sunumu çoğunlukla devlet tarafından yapılmaktadır. Bilhassa birinci basamak sağlık hizmetleriyle diğer tedavi, ilaç vb. hizmetler de kamu tarafından etkin bir şekilde sunulmaktadır. Fakat sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki kuruluşların çok başlı oluşu, makro-

iktisadi sorunların neden olduğu kaynak yetersizliği gibi hususlardan ötürü yeterli sağlık hizmeti sunumunun sağlanamadığı görülmektedir. 1980'lerle beraber gittikçe etkili hale gelmeye başlayan globalleşme ve neoliberal politikaların etkisi sonucunda ülkelerin kamu politikalarında da radikal değişiklikler yaşanmıştır. Diğer kamu politikası alanları gibi kamusal sağlık hizmetleri sunumuna dair sağlık politikaları da tıpkı kamu politikaları gibi bu değişimden etkilenmiştir. 1982 anayasasının 56. maddesine göre Türkiye'de herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Buna göre ülkemiz sağlık sistemi kamusal, yarı kamusal, özel ve gönüllü kuruluşlardan meydana gelen bir yapıdadır. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamakla ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlamak suretiyle hizmet vermesini düzenlemekle yükümlüdür. Devlet bu görevini özel kamu kurum ve kuruluşları aracılığıyla yerine getirmektedir. Ülkemizde sağlık politikaları Sağlık Bakanlığı ağırlıklı olmakla beraber sağlık sektöründe hizmet veren ve finansman sağlayan pek çok kurum ve kuruluş aracılığı ile gerçekleştirilmektedir, Akdemir ve Karakurt (31). Türk sağlık sisteminin genel görünümü Tablo 4.2'de görülmektedir.

Tablo 4.2. Türkiye’de sağlık sisteminde yer alan örgütler, Akdemir ve Karakurt (31)

KURUMUN OYNADIĞI ROL	KURUM
Politika Oluşturulması	• Türkiye Büyük Millet Meclisi • Devlet Planlama Teşkilatı • Sağlık Bakanlığı • Yüksek Öğretim Kurumu • Anayasa Mahkemesi
İdari Yetki	• Sağlık Bakanlığı • İl Sağlık Müdürlükleri
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Kamu	• Sağlık Bakanlığı • Sosyal Sigortalar Kurumu • Üniversite Hastaneleri • Savunma Bakanlığı • Diğerleri
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Özel	• Özel Hastaneler • Özel Hekimler • Poliklinikler ve Tanı Merkezleri • Laboratuvar ve Tanı Merkezleri • Eczacılar • Diğerleri
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Hayır Örgütleri, İnsani Yardım Kuruluşları	• Kızılay • Vakıflar
Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	• Maliye Bakanlığı • SSK • Bağ-kur • Emekli Sandığı • Özel Sağlık Sigortası Şirketleri • Cepten Harcamalar • Uluslararası Kurumlar

Osmanlı Devleti'nde sağlıkla ilgili işler "Sıhhiye Umum Müdürlüğü" tarafından yürütülmekteydi. Cumhuriyet öncesi sağlık alanında, savaş durumlarında acil sağlık hizmetleriyle ilgili birkaç yasa haricinde ciddi manada yapılmış bir yasal

düzenleme bulunmamaktaydı. TBMM'nin kuruluşunun ardından devlet sağlık hizmetlerinde birinci derecede rol almaya başlamıştır. Ülke genelindeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesi 02.05.1920 tarihli kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti'ne verilmiş ve Dr. Adnan Adıvar da ilk Sağlık Bakanı olarak görevlendirilmiştir, Aslan (32).

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze dek uygulanan sağlık politikaları genel itibariyle ülkedeki siyasi durum ile ekonomi politikalarından direkt olarak etkilenmiş ve bunlara paralel olarak şekillenmiştir. Dr. Refik Saydam cumhuriyetin ilanından sonraki ilk Sağlık Bakanı olarak 1937 yılına kadarki görevi boyunca Türk sağlık sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve ciddi katkılar sağlamıştır. Hıfzısıhha enstitülerinin kurulması, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, doktor, sağlık memuru ve ebe yetiştirilmesi, numune hastaneleri, doğum ve bakımevleri açılması gibi konularda ciddi hizmetler yerine getirmiştir. Dr. Refik Saydam dönemi sağlık politikalarını belirleyen hususlar aşağıdaki gibi sıralanabilir, Akdağ (33):

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden gerçekleştirilmesi
2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,
4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planı olarak da kabul edilen "Birinci On Yıllık Sağlık Planı", 1949'da dönemin Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Fakat yoğun bir çalışma neticesinde hazırlanan bu plan daha kanunlaşmadan Behçet Uz Sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmak durumunda kalmıştır. Yaklaşık 1.5 yılda kanun tasarısı haline gelen ve yeni Sağlık Bakanı Dr. Kemal Beyazıt tarafından kanunlaşmadan geri çekilen Milli Sağlık Planı yasal metin

haline getirilerek tam olarak uygulanamamış olsa bile içermiş olduğu düşüncelerden önemli bir bölümü Türk sağlık yapılanmasının temelini oluşturmuştur. Milli Sağlık Planı'nda Türkiye 7 sağlık bölgesine ayrılmış olup (Ankara, Balıkesir, Erzurum, İzmir, Diyarbakır, Samsun, Seyhan) her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak doktor ve diğer sağlık çalışanlarının sayısının artırılması amaçlanmıştır. Milli Sağlık Planı'nda modern sağlık yönetiminin temel ilkelerinden olan koruyucu ve rehabilite edici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmüştür. Böylelikle koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri ayrı ayrı olarak ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere devreden anlayış terk edilmiş, sağlık hizmetlerinin tamamı merkezi hükümetin görev ve sorumluluğuna bırakılmıştır, Akdağ (33).

1960 yılındaki ihtilal ile birlikte dünyadaki egemen refah devleti uygulamalarına paralel olarak sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddelerinde anayasal devlet görevlerinden birisine dönüştürülmüştür. TSK'nın hükümetin yönetimini eline geçirmesinin ardından sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş olup DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dâhil olmak üzere tüm sektörler planlanan sosyal ve ekonomik hedeflere ulaşabilmek için yeniden düzenlenmiştir. Böylelikle Türkiye'de DPT başkanlığında gerçekleştirilen planlı döneme girilmiştir, Öztekin (34). 1960'lı yılların sonundan itibaren ekonomide tercih edilen özelleştirme faaliyetleriyle birlikte sağlık alanında özel sektöre ağırlık vermeye yönelik girişimlerin de ciddi bir artış kaydettiği görülmüştür. Sağlık hizmetinin sunumu sırasında ödeme sisteminin yaygın hale gelmesine yönelik tedbirler alınmak suretiyle sağlık hizmetlerinin yapılanmasında da özel sektörün ağırlık kazanacağı düşünülmüştür. Fakat bu alandaki karlılığın yüksek olmaması, halkın sağlık talebi azlığı ve ödeme zorluğu gibi nedenlerden ötürü hızlı bir özelleşme olmamıştır. Doktorların tek tek çalıştığı özel muayenehanelerin sayısında ciddi artışlar yaşanmış olmasına karşın şirketleşmeler ve büyük hastaneler gelişmemiştir. Belirtilen dönemdeki sağlık politikalarının özelliğine bakıldığında diğer tüm dönemlerde olduğu gibi siyasi tercihlerin önemli etkiye sahip olduğu görülmüştür. Dünya genelinde hâkim olmaya başlayan neo-liberal politikaların etkisi ülkemizde de görülmeye başlanmış olup

1970'lerde sosyal devlet anlayışından uzaklaşmış, bilhassa da 1980'lerden sonra sağlık politikalarında son derece köklü bir dönüşüm sürecine girilmiştir. 1980 sonrası dönemde dünyada kamu yönetimi alanında başlayan liberal dönüşüm süreci ülkemizdeki yönetim anlayışında ve dolayısıyla da sağlık politikalarında da etkisini göstermiştir. 1980'lere dek ülkemizde genel itibariyle kamu ağırlıklı olarak şekillenmiş olan sağlık sektörünün 1980'den itibaren 12 Eylül rejiminin ekonomik tercihleri ile uyumlu şekilde değişikliğe uğradığı görülmektedir. Sağlık Reformları Dönemi olarak da adlandırılan bu dönemde sağlık politikaları ülkede genel olarak uygulanmakta olan kamu yönetimi politikalarındaki liberal değişim dinamiklerine ilaveten uluslararası örgütlerin sağlık hizmetlerine yönelik yönlendirmelerinden ve AB sağlık politikalarından da ciddi şekilde etkilenmiştir. 1980'lerden itibaren Türkiye'de etkisini iyice hissettiren globalleşme ve hızla uygulamaya konulan neo-liberal politikaların etkisi sonucunda demokrasi, siyasal etkileşim, eşitlik, sosyal adalet, topluma karşı sorumluluk, kamu çıkarı gibi hususlar da kullanılmaya ve tekrar tanımlanmaya başlanmıştır. 24 Ocak 1980 kararlarıyla da neoliberal ideoloji, resmi ve yazılı devlet politikasına dönüşerek sağlık hizmetlerinde “Aktif Özelleştirme Dönemi” olarak adlandırılabilen döneme geçilmiştir. 24 Ocak 1980 kararlarından sonra, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması düşüncesi değişmeye başlamıştır. Geçmiş dönemlerde serbest piyasanın doğal gelişimine bırakılan sağlık hizmetlerinin özelleşmesi konusu bizzat hükümet yoluyla teşvik edilmeye başlanmış; bir yandan kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan paylar azaltılarak diğer yandan hizmet birimlerinin yapısına müdahale edilerek özelleşme faaliyetleri hızlandırılmıştır. Sağlığı hak olarak gören 1961 anayasası devlete birtakım görevler yükleyen sosyal devlet anlayışının yerine düzenleyici devlet anlayışını baz almıştır. 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre: Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürecek ve yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilecektir. Kanunun geçici 3. ve 4. maddelerinde genel sağlık sigortası ile ilgili düzenlemeler yer aldığından sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlaması açısından önem arz ettiğini söyleyebiliriz. 1990'lı yıllar, Türk sağlık sistemine ilişkin izlenen sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktasıdır. Bu dönemde yapılmaya çalışılan

alışmalarının başlangıcı DPT'nin sağlık alanındaki raporu ile başlamaktadır, Şahin (35). Bu dönemde Dünya Bankasının önerdiği politikalar benimsenmiş ve bu politikaları desteklemeye yönelik dokümanlar hazırlanarak araştırmalar yapılmıştır. Bu amaçla başta DSÖ olmak üzere uluslararası kuruluşların görüşü alınmış ve detayları tartışılarak bir sağlık reformu teklifini de kapsayan politika dokümanı hazırlanmıştır. 1993 yılında da 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nde sunulmuştur. Bu dokümanda ve daha sonra geliştirilen politikalarda genel sağlık politikaları açısından aşağıdakiler benimsenmiştir, Bekir (36):

1. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması. Bu çerçevede, hizmet sunucuları açısından rekabeti teşvik edecek bir “dâhili piyasanın” kurulması.
2. Aile hekimliği ile güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi.
3. Nüfusun tamamını güvence altına alacak bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması.
4. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülerek kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen kurumlar haline dönüştürülmesi.

Türk sosyal güvenlik sisteminin; primli sistem ve primsiz sistem olarak adlandırabileceğimiz iki farklı programdan oluştuğunu söyleyebiliriz. Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi; kimsesiz, muhtaç, yaşlılar, malul, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara karşılıksız olarak yapılan ve genel bütçe, belediyeler, çeşitli vakıf ve gönüllü kuruluşlar tarafından finanse edilen sosyal yardım ve hizmetlerdir. Ancak bu tür harcamaların GSMH içindeki payı çok düşük olduğundan sağlanan yardım ve hizmetler yetersizdir. Primli Sosyal Güvenlik Sistemi ise; esas olarak sigorta edilen kişinin kendi katkısı ile finanse edilen ve katkı oranında fayda sağlama ilkesine dayanan bir sistemdir. Bu sistem, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve Emekli Sandığı (ES) tarafından yürütölmektedir. SSK, özel sektörde çalışan işçiler, kamu işçileri, tarım işçileri ve isteğe bağlı sigortalılara hizmet vermektedir. Bağ-Kur, esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar ile çiftçiler ve isteğe bağlı

sigortalıları (ev hanımı ve muhtarlar), ES ise devlet memurlarını kapsamaktadır. Bu üç kurumun yanı sıra mesleki sosyal güvenlik kurumları olarak sınıflandırabilecek çeşitli sandıklar (POLSAN, İLKSAN, OYAK vb.) ile kişilerin gönüllü katılımlarına dayalı özel hayat sigortaları da faaliyet göstermektedir. Ancak bu kuruluşların sistem içerisindeki paylarının oldukça düşük olduğunu söyleyebiliriz.

4.5. Sağlık Sigortacılığı

Sağlık sigortacılığı kavramına geçmeden önce sigortanın tanımı, sigortanın ilkeleri ve çeşitleri ile ilgili bilgiler verilmesinin doğru olacağı kanaatindeyiz.

4.5.1. Sigortanın tanımı

Latince kökenli bir kelime olan "sigorta" kelimesinin Türkçe'deki tam karşılığı; "emniyet ve güven"dir, Baran (37). Bir zarara neden olan veya zarara yol açan bir olayın risk sonuçlarının sigorta şirketleri tarafından üstlenilmesi şeklinde de tanımlanabilir, Akmut (38).

Sigorta; literatürde pek çok farklı şekilde tanımlanmış olsa da sigorta tanımının yapılabilmesi için risk kavramının da son derece önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu bağlamda riskin tanımlanması gerekir. Risk, ortaya çıkacak olan hasara ilişkin belirsizliği ifade etmektedir. Bu tanımdan yola çıkarak; tüm insanlar çeşitli risklerle karşı karşıya olup bu risklerin en aza indirilmesi ya da tam olarak ortadan kaldırılması ancak bu risklere karşı sigortalanmak ile mümkündür. Sigorta, sigorta edilen bir varlığın zarar görmesinin ardından, gördüğü zarar kadarını karşılamak suretiyle sigortalının kaybını telafi etmektedir, Genç (39).

En geniş tanımıyla sigorta; muhtemel zararların karşılanmasına yönelik olarak; taraflar arasında yapılan özel bir sözleşmeyle, yasal bir kurum altında faaliyette bulunan, belirli bir prim karşılığında, insan yaşamının veya organlarının yahut birey ve kuruluşların parayla ölçülebilir değerinin, sigorta kural, kanun ve yönetmelikleri tarafından belirlenmiş olan tesadüfî risklerin gerçekleşmesinden

ortaya çıkacak maddi hasarlarını, ölçülen değer üzerinden ve ortaya çıkan hasar oranında karşılayarak, sosyo-ekonomik zararları dağıtan ve bunlara mani olan, yatırımlara aktarılan fonlarıyla ekonomik kaynak sağlayan işlemlerin tamamıdır, Güvel ve Güvel (40). Daha yalın bir ifadeyle sigorta; sigortacının belirli bir prim karşılığında, diğer kişinin parayla ölçülebilen bu menfaatini zarara uğratan bir riskin gerçekleşmesi durumunda tazminat ödeme taahhüdünde bulunmasıdır, Özkan (41).

İnsanların risklere karşı birleşerek tek başına üstlenmek durumunda kalacakları zararları aralarında paylaşmaları sigorta sisteminin özünü teşkil eder. Sigorta bir sözleşme olup bu sözleşmenin konusunu ise söz konusu riskin karşılanması oluşturur. Sigorta sisteminde bireyler ve işletmeler üzerlerinde taşımakta oldukları riskleri prim karşılığında sigorta işletmesine devredeler, Pamukçu (42). Öncelikli olarak risk tesadüfî olarak gerçekleşmelidir. İnsan iradesi sigorta teminatı dışında bırakılmakta, hasarın irade dışında tesadüfî olarak meydana gelmesi koşulu aranmaktadır. İkinci unsur, sigorta kapsamına girecek olan riskin ölçülebilir ve parayla ifade edilebilir olmasıdır. Manevi hasarlar bu bağlamda sigorta kapsamı dışındadır. Bir diğer unsur da aynı düzeyde tehlikeye maruz kalan benzer birimlerin bir araya getirilmesidir. Bu sayede riskin dağılımı da mümkün olabilmektedir, İşseveroğlu (43). Yeni Türk Ticaret Kanunu'nda sigorta tanımı yapılmamış fakat ilgili Kanun'un 1401. Maddesi'nde sigorta sözleşmesinin tanımı şu şekilde yapılmıştır; “Sigorta sözleşmesi, sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi hâlinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle ya da hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edinimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşmedir” (Türk Ticaret Kanunu).

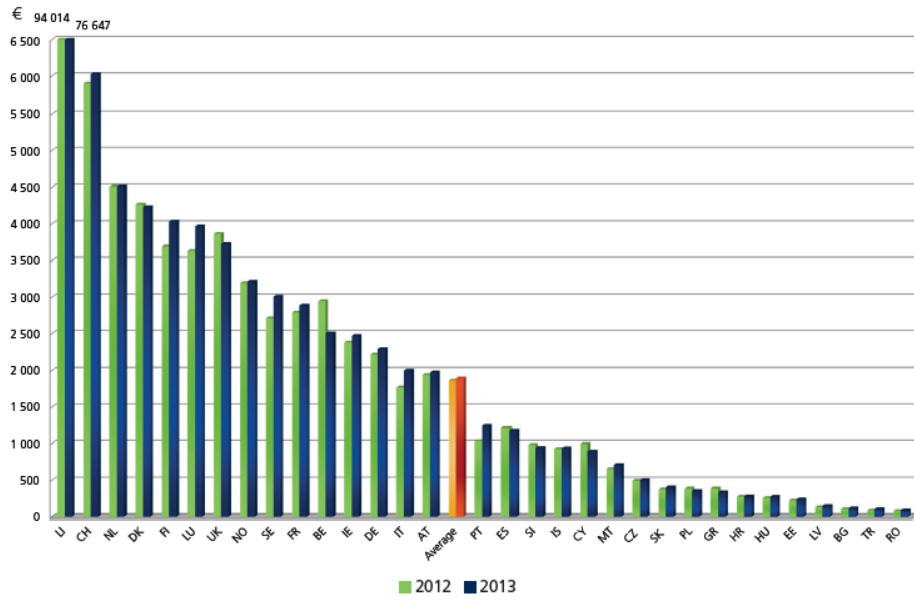
4.5.1.1. Sigorta sisteminin amacı, önemi ve işlevleri

Sigorta, insanları ve ekonomik varlıkları tehdit eden, fakat öngörülebilmekle birlikte meydana gelip gelmeyeceği, hangi düzeyde ve ne zaman meydana geleceği belirsiz olan risklere karşı sigortalının korunmasını amaçlar. Sigorta, zararın

meydana gelmesine mani olmak amacıyla yapılmamakta olup zarar meydana geldikten sonra zararın sigortalılar arasında eşit olarak dağıtılmasını amaçlar, MEGEP (44). Daha açık bir ifadeyle sigorta sisteminde aynı risklere maruz kalanlar bir araya gelmekte olup bunlardan alınan primler bir havuzda toplanır ve zarara uğrayanların kayıpları da havuzda toplanan bu paradan karşılanır. Günümüzde benzer risklere karşı korunmak isteyenleri devlet ya da özel sigorta şirketleri bir araya getirmektedirler, Sağlam (45). Sigorta, ekonomik ve sosyal hayat için çok önemlidir. İnsanların öncelikli ihtiyaçlar şemasına göre; ilk olarak canları, daha sonra malları ve son olarak da sorumlulukları gelmektedir. En yoksul insan bile belirtilen bu önceliklerden birine sahiptir ve dünyaya gelen tüm insanların bu öncelikleri çeşitli risklere karşı karşıyadır. Risklerden korunmak ya da risklerin etkisini minimize etmek veya gerçekleşmesinden sonra neden olduğu kayıpları telafi etmek insanların yaşamları boyunca başlıca çabaları arasında yer almıştır. Bu çabalar neticesinde ortaya çıkan sosyo-ekonomik sistem sigorta adı altında en yaygın riskle mücadele yöntemine dönüşmüştür, <http://www.gesid.org.tr/> (46).

Sigorta sektörünün büyüme üzerindeki etkisi, finansal sektörün bankacılık ve sermaye piyasaları gibi diğer birimlerinin katkısıyla tamamen aynı olmayıp diğer finans sektörlerinden farklı olarak sigorta sektörünün asli görevi ekonomideki finansal kayıpların paylaşılmasıdır. Sigortalılar, belirlenmiş olan olayların risklerine karşı koruma satın alırlarken sigorta şirketi ise riskler karşılığında talep edilecek olan bu miktarları rezervlerinde muhafaza ederler. Sigorta sektörü, riskten korunmak isteyenlerden toplanan bütün kaynakları riske maruz kalan sigortalılara aktaran basit bir mekanizma olarak görülmemelidir, Oksay (47).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, sigorta sektörünün ekonomi içindeki payının belirlenmesi, bu ülke grupları arasındaki finansal yapının farklılığını ortaya koyabilecektir, Malatyalı (48).



Şekil 4.2. Avrupa’da kişi başına düşen hayat sigortası yoğunluğu 2012-2013 (Euro)

Şekil 4.2’ye genel olarak bakılacak olursa hayat sigortası yoğunluğunun İskandinav ülkelerinde olduğu kadar büyük finans merkezlerinde de oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Finans merkezlerinin aksine Hollanda’da en yüksek sigorta yoğunluğu özel sağlık sigortasında görülmektedir. Sigortacılık sektörü yoğun, yaygın ve etkin çalışma imkânı bulduğunda hem ekonomik gelişme ve istikrar hem de toplumsal refah açısından son derece önem arz eden fonksiyonları gerçekleştirebilecektir. Risk ve sigorta sorunlarına yaklaşım şekli ne olursa olsun sigortanın varlığı tüm ekonomik birimlerin performansını pozitif yönde etkilemektedir. Bu sebepten ötürü de kaynakların en ideal dağılımını ve ulusların ekonomik gelişmelerini de etkilemektedir, Uralcan (49).

Sigortacılık sadece riskleri teminat altına alan ve bu risklerin gerçekleşmesi durumunda hasarın bedelini karşılamaya yarayan bir sistem olmayıp, aynı zamanda prim gelirlerinin yaratmış olduğu fon gücünü yatırım alanlarına aktararak ekonomik kalkınmaya fayda sağlayan önemli bir finansal kaynaktır. Başka bir ifadeyle sigorta, küçük tasarrufları bir araya getirmek suretiyle fon oluşturmaktadır. Sigortanın bu fonksiyonu kendini en yoğun şekilde hayat sigortalarında göstermektedir. Zira hayat sigortalarının oluşturmuş olduğu fon diğerlerine göre daha uzun vadeli. Bu fonlar sanayi yatırımlarına oldukça kolay bir şekilde aktarılabilir. Öte yandan sigortanın fon

yaratma gücünün ekonominin emrine verilerek kullanılması bilhassa gelişmiş ülkelerdeki vazgeçilmez kaynaklardan birisini teşkil eder. Sigortanın tasarrufları teşviki ve biriken fonların verimli yerlere aktarılması pek çok ülkenin kalkınmasında ciddi rol oynamıştır, Balkan ve ark (50). Sigortacılığın ekonomik fonksiyonları makro seviyede etki göstermektedir. Başka bir deyişle bu fonksiyonların alanı, ülke ve dünya ekonomisidir. Bu bağlamda büyümeye, gelişmeye ve kalkınmaya yöneliktir denilebilir. Sigorta faaliyetleri yaygın hale geldikçe fonksiyonlar da daha etkin hale gelir, ekonomide gelişmeye ve büyümeye göstermiş olduğu pozitif katkıların yanı sıra itici güce de dönüşür, Hızlı (51).

Sigortacılık, ülke ekonomilerinde son derece ciddi bir kaynak tasarrufu olarak nitelendirilmekte olup pek çok sektörün finansman ihtiyacının önemli bir bölümü bu şekilde karşılanmaktadır. Aynı zamanda devletin desteği ve kontrolüyle büyük yatırımların gerçekleşmesine katkıda bulunulmak suretiyle sermaye piyasasının en önemli unsuru ve destekçisi olmaktadır. Sigortacılık bu bağlamda yalnızca fon yaratmakta kalmaz, bu fonları yönlendirir, Sağlam (45). Sigorta işletmeleri toplamış oldukları kaynakları sermaye piyasasına sunmak suretiyle sermaye piyasasına ve dolayısıyla da ülke gelişimine katkı sağlarlar. Bu kaynaklar sermaye piyasasında fon kullanıcılarının çıkarmış oldukları hisse senedi ve tahviller gibi kıymetlerine yatırılarak değerlendirilir. Bu fonların karşı bir şekilde kullanılması neticesinde de sigortacıya da kazanç sağlanmış olur. Bu şekilde refah düzeyi yükselerek toplumda güven artar, Sağlam (45). Sosyal refah düzeyini belirleyen kıstaslar oldukça fazladır. Ancak, kişi başına gelirin artış gösterdiği bir eğilim bu kıstasların başında gelen klasik bir ölçüttür. Sigorta faaliyetleri süresince oluşan veya yatırımlara yönlendirilen fonların, toplam tasarruflar içinde önemli boyutlara ulaşması nedeniyle ekonomik gelişme ve büyümede sigorta fonlarının katkısının büyük olduğu daha önce de belirtilmişti. Artan milli gelire bağlı olarak kişi başına gelirinde artacağı açıktır. Bu husus dikkate alındığında sigorta birikimleri ekonomiyi canlandırarak, kişi başına geliri dolayısıyla sosyal refah düzeyini arttırır.

4.5.1.2. Sigortanın ilkeleri

Sigortanın çeşitli ilkeleri söz konusu olup bunlar aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

Mutlak iyi niyet ilkesi

İyi niyet, yapılan bütün sözleşmelerde olması gereken bir durumdur, Bayar (52). Sigorta sözleşmelerinde aranılan iyi niyet maksimum iyi niyettir. Sigorta sözleşmelerinde sigorta yaptıranların beyanı esastır. Sigortalı güvence altına almak istediği şeye ilişkin tüm bilgileri eksiksiz olarak vermek zorundadır. Bunun yanı sıra sigortalıya aracılık eden kişinin de sigorta yaptıran kişiye en doğru ve gerçek bilgileri vermesi gerekir. Sözleşmenin her iki tarafının da poliçe düzenlenmesinde etkisi olabilecek her tür bilgiyi, talep edilmemiş olsa da birbirlerine vermeleri gerekir, Aydın ve ark (53).

Türk Ticaret Kanunu'nda (TTK) zarara uğrama riski söz konusu olan durumun belirlenmesinin önemli olmasından ötürü sigorta yapan şirketin sözleşmeyi işleme koyup koymayacağı, sözleşmeyi yapma kararı aldığında hangi koşullar dâhilinde sözleşmeyi işleme sokacağına dair bilgileri ve kararı etkileyecek önemli hususları sigorta yaptıran tarafından sigorta şirketine vermek zorunda olduğu ifade edilmektedir, Resmi Gazete (54).

Sigortalanabilir menfaat ilkesi

Sigortalanabilir menfaat ilkesi, sigortalanması istenilenlerin maddi niteliğinin, riskli durumun ortaya çıkmasıyla oluşan kayıp tutarı kadar sigortalının zararlarının maddi olarak giderilmesi anlamına gelmektedir. Sigortalanabilir menfaatler; sigorta yaptıranın sözleşmede bulunan mal ya da hayatı üzerindeki olası riskler neticesinde maruz kalabileceği zarar ve kayıpları ifade eder, Aydın ve ark (53). Meydana gelmesi muhtemel olay esasen sigortaya konu olabilmesi parayla değerlendirilebilen

bir gereksinim yaratmayla alakalıdır. Sigorta parayla ifade edilebilen ihtiyaçların giderilmesini kapsamakta olup hiçbir surette meydana gelen hasarın maliyetinden fazlasını karşılamamaktadır, Elitaş (55). Sigortalının malının hasara uğraması yasal olarak meşru olması durumunda sigortalanabilir ve böylelikle menfaat ilkesinden söz edilebilir. Ticari sigortalarda hasarın durumunda kaçınılmaz olarak mevcut piyasa koşullarına göre hareket edilmektedir. Sigorta anlaşması bir kar anlaşması olmadığından piyasa değerinin üzerindeki istekler de bu bağlamda karşılanmaz, Tekşen (56).

Tazminat ilkesi

Riskin meydana gelmesiyle sigorta değeri ve bedeli değerlendirilerek sigortalının hasarlı durumunun hasarın meydana gelmesinden önceki durumuna gelebilmesi için sigorta yaptıran kişiyi çıkar kaynağı olarak kullanmadan asıl hasarın tazmin edilmesidir. Bireysel ve hayat sigortalarında bu durum geçerli değildir, Tekşen (56).

Sigortanın konusu, parasal olarak değerli olan ürün ya da yasal sorumluluk arz eden bir durumu kapsayabilir. Sigortalı, ödemiş olduğu primlerin karşılığı olarak ortaya çıkabilmesi muhtemel olan negatif durumlar için tazmin edilen miktarı ödemeyi kabul etmişse ve bu hasarın ortaya çıkması imkânsızsa sigortaya konu olan bir durum da bu bağlamda söz konusu değildir. Bu tarz bir durumda sözleşme yapılamaz ve dolayısıyla da tazminat ilkesi uygulanamaz, Bayar (52). Riskin meydana gelmesi halinde sigorta yapan işletme, sigortalıya ortaya çıkan hasar miktarında peşin ödeme, hasarın tamiri ve hasardan önceki durumun aynısının iadesi gibi yöntemler ile tazminat ödemesi yapabilir, Yıldırım ve ark (57).

Halefiyet/hakların devri ilkesi

Bir kişinin başka bir kişi ya da kuruma karşı elindeki haklarını üçüncü kişi/kişilere devretmesi ve haklarını bu üçüncü kişi ya da kişilerin kullanmasına izin vermesi hukukta "halefiyet" olarak adlandırılmaktadır. Halefiyet ilkesinde sigortacı,

sigortalının yerine geçerek hasara yol açan kişilerde ödediği tazminatı geri alabilir, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (58). Halefiyet hakkını kullanabilmesi için sigortayı yapan şirkete iki koşul sunulur. Bunlardan ilki; sigorta sigortalının haklarını devrettiği üçüncü kişilerden meydana gelen hasar miktarında tazminatı alabilme hakkına sahiptir. Diğeri de; sigortayı yapan şirket sigorta bedelini tazmin etmiş olmalıdır. Sigortayı yapan şirket tazminatını karşıladığı bedel doğrultusunda sigortalının haklarını devralabilir. Sigortalının ödemediği tazminat dışındaki durumlar için ise sigortalı sahip olduğu haklarını korumayı sürdürür. Sigorta bedeli, asıl sigorta hakkına sahip olan kişiye ödenmelidir. Halefiyet ilkesinde amaç, sigortalının aynı hasardan ötürü iki kez tazminat almasına mani olmak, yapılan sözleşme sayesinde sigortalının iradesi dışında zarar verenin sorumluluktan kaçmasına mani olmak ve sigorta oranlarının aşağı çekilmesini sağlamaktır, Yıldırım ve ark (57).

Yakın sebep ilkesi

Meydana gelen ve zarara yol açan durumun maddi bedelinin sigortalı kişi tarafından sigorta yapan şirketten tazmin edilebilmesi için hasara yol açan durumun daha önce sözleşmede bulunan ve güvence sağlanan durumdan kaynaklı olduğunun ispatlanması ilkesidir, Bayar (52).

4.5.1.3. Sigorta çeşitleri

Sigorta; GSS (Genel Sağlık Sigortası), Özel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sigorta olmak üzere üç kategoride sınıflandırılabilir, Sigortacılık Eğitim Merkezi (59). Bunların yanı sıra Türk Ticaret Kanunu'nda Zarar Sigortaları, Can Sigortaları şeklinde konularına göre bir ayrım söz konusudur.

Genel sağlık sigortası

Toplumun geniş kesimlerine hitap edebilmek genel sağlık sigortasının (GSS) en önemli unsurları arasındadır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinden toplumu meydana getiren bireylerin faydalanması sağlanır. Geçmiş yıllarda yalnızca zorunlu sigortaya tabi olanların hastalık sigortası primlerini ödemeleri neticesinde faydalandıkları

sağlık hizmetlerinden artık GSS primiyle faydalanılmaktadır. Geçmişteki sistemde zorunlu sigortalı olanlar sağlık sigortası sisteminden yararlanmakta iken yapılan düzenlemeler ile oluşturulan sisteme göre özel sağlık sigortası sisteminde olduğu gibi herhangi bir zorunlu sigortaya dâhil olmaksızın prim ödeyerek sağlık sigortası kapsamında olunmaktadır ve devlet güvencesi sağlanmaktadır, Sigortacılık Eğitim Merkezi (59).

GSS kapsamında sayılanlar aşağıdaki gibidir;

Yerleşim Yeri Türkiye'de Olan Kişilerden;

1. Hizmet akdiyle bir ya da birden fazla işveren tarafından çalıştırılmakta olanlar
2. Kamu idarelerinde çalışanlar;
 - Kuruluş ve personel kanunları ya da diğer kanunlar gereğince seçim ile ya da atama yoluyla kamu idarelerinde göreve gelen kişilerden; bu görevlerinden ötürü kendilerine ilgili kanunlarda devlet memurları gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlarda bizzat hizmet akdiyle çalışmayanlar
 - Cumhurbaşkanı, başbakan, bakanlar, Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri, belediye başkanları, il daimi komisyonu üyeleri,
 - Memur statüsündeyken bu kapsamdaki kişiler tarafından kurulan sendikaların ya da sendika birliklerinin yönetim kurullarına seçilenler,
 - Askeri öğrenciler ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimi alan adaylar,
 - Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,
3. Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

- Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,
 - Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar
 - Anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,
 - Tarımsal faaliyette bulunanlar,
 - İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
4. Hizmet akdine tabi olanların veya kamu idarelerinde çalışanların veya köy ve mahalle muhtarları ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların dışında kalan ve sigortalı sayılmayanlardan;
- Yeşil kart sahibi olanlar,
 - Vatansızlar ve sığınmacılar,
 - 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile 65 yaş aylığı alan kişiler,
 - 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
 - 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,
 - 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,

- 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 442 sayılı Köy Kanununa göre görevlendirilen geçici köy korucuları,
- Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı olmayanlar
- 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanununa göre işsizlik ödeneği alanlar
- 01.01.2007 tarihinden önce veya sonra ilgili kanunlar gereğince gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler,

Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve aynı zamanda başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanmayanlar, genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

Sosyal güvenlik kurumu

Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı kurumlarının 16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilerek kurulmuş olup, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bir kuruluşudur. Temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, modern ölçütlerde sosyal güvenlik sistemini yürütmektir, Sigortacılık Eğitim Merkezi (59).

Kurumun görevleri şunlardır, Sigortacılık Eğitim Merkezi (59):

- Sosyal güvenlik politikalarını ulusal kalkınma strateji ve politikalarıyla yıllık uygulama programlarını göz önünde

bulundurmak suretiyle uygulamak ve bu politikaların geliştirilmesi için çalışmalar yapmak,

- Hizmet sunmuş olduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülüklerine dair bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerini yerine getirmelerini kolaylaştırmak,
- Sosyal güvenlik alanında yaşanan uluslararası gelişmelerin takibi, AB ve uluslararası kuruluşlarla işbirliğinin sağlanması, diğer devletlerle oluşturulacak olan güvenlik sözleşmelerine bağlı olarak yapılması gereken çalışmaların sürdürülmesi, yürürlükteki anlaşmaların kurallara uygun olarak işleyişinin sağlanması

Özel sağlık sigortaları

Özel sağlık sigortaları, sigortalanan kişinin hastalıklar ya da kazalar neticesinde oluşacak olan sağlık giderlerinin karşılanmasına yönelik olarak kişiye özel olarak hazırlanmış olan planlardır. Poliçe hazırlanırken belirlenen sınırlar özel ve genel koşullara bağlı olarak sigorta yaptıran kişiyi muhtemel negatif durumlara karşı korumaktadır. Genel ve özel koşullar özel sağlık sigorta poliçelerinin en önemli unsurlarından olduğu için kişiye en uygun poliçenin hazırlanması gerekir. Poliçedeki genel koşullar bölümü birçok özel sigorta şirketinde hemen hemen aynı olup özel koşullar bölümündeki hizmetler farklılık arz eder, Sergici (60).

Tamamlayıcı sağlık sigortası

Sosyal sigortacılıkla özel sigortacılık arasında, temel insan hakları içerisinde en önemli hakların başında yer almakta olan sağlık hakkının hayata geçirilmesine dair yöntem bakımından önemli farklılıklar bulunmamaktadır, Orhaner (61). GSS uygulamaya geçirildiği zaman kimleri ve hangi sağlık hizmetlerini kapsayacağı, bunların hangi koşullarda verileceği ve finansmanının da nasıl sağlanacağı konuları önem arz etmekteydi. Hiçbir sosyal sigorta sistemi bütün sağlık risklerini karşılama amacıyla ve iddiasında değildir. Bu durum, karşılanmayan veya kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda iki yöntemi karşımıza çıkarmaktadır, Özbolat (62). Bunlardan birincisi, riskin gerçekleşmesi durumunda direkt olarak cepten

ödeme yapılması, ikincisi de riskin paylaşılacak suretiyle özel sigorta ile ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın yeterli olmadığı veya kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara yönelik olarak ülkemizde son olarak Bireysel Emeklilik Kanunu çıkarılmıştır. Aynı uygulamanın sağlık alanına da "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ile yaşama geçirilmesi de kaçınılmaz olmuştur. İnsanların sağlık giderlerine katılımı, temelden genel sağlık sigortasının sağlıklı ve sürdürülebilir bir finansman yapısı içinde çalışmasında son derece önem arz etmektedir. Esasen sağlık giderlerine hemen hemen bütün ülkelerde kişilerin katılımı söz konusu olup bu katılım sosyal güvencenin kapsam altına almadığı harcamalarda olabildiği gibi aynı zamanda kapsam altındaki sağlık giderlerinde de olabilmektedir, Bölükbaşı ve Pamukçu (63). Temel teminat paketinin içeriği ne olursa olsun kamu tarafından finanse edilen sistemlerde, devlet tarafından sunulan sosyal güvence dâhilinde verilmekte olan sağlık hizmetleriyle en ideal koşullar arasında bir fark oluşması normal bir durumdur. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmalıdır. Kişi bu farkı direkt olarak finansman yöntemi ile risk gerçekleştiğinde cepten ödeme şeklinde karşılayabileceği gibi aynı zamanda bu riski genel sağlık sigortasının diğer üyeleri ile paylaşmak suretiyle sigortacılık yöntemi ile de gerçekleştirebilecektir. Diğer bir ifadeyle tamamlayıcı ya da destekleyici sağlık sigortası, kurum tarafından kapsama alınmayan veya kapsama alınmasına karşın genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerce ek ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini özel sigorta vasıtasıyla sigorta kapsamına almaktadır, SGK (64). Böylelikle hizmet alan kişi gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek durumunda kaldığı miktarı, gerekse de yatarak tedavide zorunlu tutulduğu şartların rehabilite edilmesi adına vermesi gereken farkı sigorta vasıtasıyla ve riskini diğer kişiler ile paylaşmak suretiyle ödeme imkânı elde edecektir, Çelik (65).

4.5.2. Sağlık sigortası kavramı

Sigorta veya güvenlik; içinde bulunulan zamandan geleceğe dair önlemler almak manasına gelmektedir. Günümüzün modern sigortacılık düşüncesinin gelişmesine, sıkıntı içerisinde bulunan insanlara yardımcı olmanın toplumsal yaşamın bir sonucu olduğuna ve insanlık onuruna yakışan bir yükümlülük olduğunun kabul edilmesine vb. hususlara katkı sağlamıştır, Kaya (66).

Ülkelerin gelişmişlik seviyesinin sağlık ve eğitim sorunlarının çözümlenmiş olmasıyla paralellik arz ettiği görülmektedir. Sağlık sorunlarının çözümlenmiş olabilmesi için tüm insanlara ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinin uygun kalitede sunulması ve sağlık hizmetinin herkes tarafından ulaşılabilir olmasının tesisi gerekir. Uygun bir sağlık sistemiyle tüm insanlara ulaşmak suretiyle sağlık sorunlarına çözüm getirmenin en önemli yollarının başında sağlık sigortası gelmektedir. Sağlık sigortası ilk uygulamalarda hasta olanlara yardımcı olmak adına ortaya çıkmıştır, Orhaner (61).

Sağlık sigortaları, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun veya olmasın sosyal sigorta koşullarına ya da poliçe genel koşullarına göre sigortalının, özel ya da iş yaşamında karşı karşıya kalacağı hastalık ve/veya kaza neticesinde ihtiyaç duyacağı masraflar ile doktorun göreceği lüzum üzerine yazmış olduğu reçetede yer alan ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür, Kongar (67). Bu tanımdan da görüleceği üzere sağlık sigortaları kişiler hastalandığında ya da kazaya maruz kaldıklarında sağlıkla ilgili yapılan harcamaları karşılar. Fakat sağlık bakımının maliyetinin ne olacağı ve sağlık harcamalarının karşılanması durumunda verilen sağlık yardımlarının kalitesinin ne olacağı hususları son derece önem arz etmektedir. Zira bilhassa gelişmekte olan ülkelerde altyapı ve finansman konusundaki yetersizlik, sağlık yardımlarının kalitesini düşürmekte ve sağlık bakım maliyetlerinin belirlenmesi de zor olmaktadır. Sağlık sigortası tanımında aynı zamanda sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olanların yanı sıra kayıtlı olmayanların da sağlık sigortasına sahip olabileceği belirtilmektedir. Kişiler özel sigorta şirketlerine de sağlık sigortası yaptırabilmektedirler. Uygulamadaysa hem sosyal güvenlik kurumuna üye olup hem de özel sağlık sigortası yaptıranlar söz konusudur, Orhaner (61).

Sağlık sigortası adından da anlaşılacağı gibi sağlığı teminat altına alan düzenlerle ilgili değil hastalık olgusuyla alakalıdır. Sağlık sigortası hastalık ortaya çıktığında bu durumun giderilmesi ve sağlığın tekrar kazanılması için gerekli olan mali yükü üstlenmek amacındaki bir sigorta türüdür, Orhan (68).

4.5.2.1. Sağlık sigorta sisteminin işleyişi ve riskler

Risk veya riziko genel olarak, gelecekte gerçekleşmesi muhtemel zarar veya zarara uğrama tehlikesi olarak ifade edilmektedir. Türk Ticaret Kanununun 1401. maddesine göre sigorta sözleşmesi tanımında riziko yerine mal sigortalarında "tehlike", hayat sigortalarında ise "olay" deyimine yer verilmiştir. Burada ifade edilen tehlike veya olay gelecekte meydana gelebilecek bir olaydır. Sağlık sigortasında tehlike/olay kişinin sağlığını yitirmesini ifade eder. Kişi de sağlığını ya hastalandığından ya da kazaya uğradığından yitirir. Bu durumda sağlık sigortası kişiye muayene, teşhis ve tedavisi için gereken masrafları belirli limitler çerçevesinde ödemek durumundadır. Sağlığını yitiren kişi ya tedavi olarak eski sağlığına yeniden kavuşur ya da tedavi olmasına karşın eski sağlığına kavuşamadığından geçici veya sürekli maluliyet durumu ortaya çıkar. Bu durumda sağlık sigortasında tehlike/olay, hastalanmak ya da kazaya uğramak suretiyle sağlığın yitilmesi anlamına gelir. Sağlık sigortasındaki riskler hastalık, iş kazaları ve meslek hastalıkları şeklinde 3 grup altında toplanabilir, Orhaner (61).

Hastalık çevresel faktörler ya da kalıtsal faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanın dışındaki her şey genel olarak çevrenin bir ögesi olup çevresel kökenli hastalıklar; iklim, hava kirliliği, içme ve kullanma suları gibi fiziksel faktörler ile bakteriler, mantar, virüs, parazitler gibi diğer etmenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu bağlamda çevre doğrudan hastalık etkeni olduğu gibi hastalıklar için zemin hazırlamakta, bazı hastalıklarının yayılmasını, gelişimini ve sonucunu etkilemektedir, Orhaner (61).

Kalıtsal faktörlerle ortaya çıkan hastalıklar; renk körlüğü, hemofili vb. gibi genlere veya kromozomlara bağlı hastalıklardır. Hastalık ister çevresel ister kalıtsal nedenlerle ortaya çıksın, hastalık ile kişinin fiziksel yapısında bozukluk ortaya çıkmaktadır. Hastalanan kişinin teşhis, tedavi, ilaç vb. gibi hizmetlerden yararlanması gerekmekte ve kişi çalışmadığı için geliri azalmaktadır. Kişinin hastalanmasına neden olan bir diğer risk kaynağı ruhsal sorunlardır. Ruhsal sorunlar da çevresel ya da kalıtsal kökenli olabilir. Ruhsal sağlık riskleri kişinin alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, medeni durumundan da etkilenmektedir, Orhaner (61).

İş kazası, belirli bir zarara ya da yaralanmaya neden olan, beklenmeyen ve önceden planlanmamış olan bir olaydır. Önceden planlanmamış bu olay ile çoğu kez kişisel yaralanmalar, makine, araç ve gereçlerin zarara uğraması söz konusu olur ve üretim durabilir. İş kazası, sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle, sigortalı kendi nam ve hesabına çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş dolayısıyla görevli olarak bir başka yere gönderilmesi nedeniyle meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ve ruhen zarara uğratan olaydır. İş kazalarına yol açan tehlikelerle sağlık konusunda; yaralanma ile sonuçlanan kazalar, sürekli iş görmezliğe neden olan kazalar, bir günden fazla işten uzaklaşmaya neden olan kazalar, ölümle sonuçlanan kazalar gibi riskler ortaya çıkabilir, Orhaner (61).

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir nedenle ve işin yürütüldüğü şartlar yüzünden sigortalının uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel ve ruhsal özrürlülük halleri meslek hastalığı olarak tanımlanmıştır. Sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulup tutulmadığı, sağlık hizmet sunucuları tarafından usulüne uygun düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tespit edilmektedir. Meslek hastalıkları nadir görülmekle birlikte çalışma hayatına özgü sağlık sorunlarıdır. Meslek hastalıkları işyerinde yapılacak bazı düzenlemelerle korunabilir sağlık sorunlarıdır. İşyerinde etkili önlemler alınabilir, tıbbi koruma sağlanabilir. Meslek hastalıklarının tedavisinde de; hastalık sona erdirilebilir, varsa özel tedavi uygulanır ve destekleyici tedavi ile hastanın sağlığı korunmaya çalışılır. Meslek hastalıkları, belirli mesleklere özgü hastalıklardır. Kişi söz konusu işte çalışmamış olsa bu hastalığın çıkması mümkün değildir, Orhaner (61).

4.5.2.2. Sağlık sigortası türleri

Sağlık Sigortaları öncelikle ikiye ayrılır:

- Bir Yıldan Uzun Sağlık Sigortaları
- Bir Yıla Kadar Sağlık Sigortaları

Sağlık Sigorta türleri ise şunlardır:

A) Sağlık Sigortaları

- Kapsamlı Sağlık Sigortaları
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları
- Destekleyici Sağlık Sigortaları
- Acil Sağlık Sigortası

B) Hastalık Sigortaları

- Kritik Hastalıklar
- Hastane-İşlem Tazminat Sigortaları
- Gündelik Tazminat (geçici iş görmezlik) Sigortaları

C) Seyahat Sağlık Sigortası (Vize Sigortası olarak da bilinir)

4.5.2.3. Türkiye'de sağlık sigortacılığının gelişimi

Ülkemizde 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra sağlık sigortasından söz edilmeye başlanmıştır. Bazı Anadolu köylerinde belirtilen tarihten önce halkın uğradığı zarar ve hasarın giderilmesi için, çalışanların haklarını korumak adına oluşturulmuş olan kuruluşların (sendikaların) kurulduğu, esnafın hastalanma ve ölüm gibi durumlarda yardıma bulunmak adına örgüt kurdukları bilinmekteyse de bunlar yardım ve dayanışma dernekleri olarak kalmış ve esas olarak sigorta kavramını ifade etmemişlerdir, Bayar (52).

Sosyal güvenlik tarihinde önemli yeri olan diğer bir yardım amaçlı kurum ise vakıflardır. Çeşitli amaçlara yönelik olan kurumlar; cüzamlı, kör, dilsiz kişilere yardımda bulunmakta, hastanelerin hizmet sunmasında ve ayakta tedavi hizmeti verilmesinde yardım etmek amacıyla programlar düzenlemiştir. Osmanlı İmparatorluğu'nun sonlarına doğru açtığı Darülaceze ve Kızılay gibi önemli kuruluşlar yardımlaşmada son derece önemli roller üstlenmişlerdir, Yıldırım ve ark (57).

Sağlıkla ilgili olarak ülkemizde ilk kez kamunun yer aldığı faaliyetler 1921'deki "Ereğli Havza-i Fahriyesi Maden Hukukuna Mütellik Kanun" ile olmuştur. Daha sonraki dönemlerde de sağlık sigortasının toplumun tamamında uygulanması ve sağlık sigortası olmayan hiçbir kimsenin kalmaması zorunlu hale getirilmiştir, Milli Eğitim Bakanlığı (69).

Cumhuriyetin ilk dönemlerinde kanunlarda yer alan maddelerde emeklilikle ilgili faaliyetlerde bulunulmuş ve yardımlaşma sandıkları kurularak sosyal sigorta benzeri dar kapsamlı sigortalar oluşturulmuştur. Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda işveren kişi ve kurumların kanunda belirtilen sayıdaki işçi çalıştırmaları durumunda iş verdikleri kişilerin hastalanmaları ve kazaya uğramaları halinde işçilerine sağlıklarını yeniden elde edebilmeleri adına yardımda bulunmalarını kapsayan esaslara değinilmiştir. Bu kanun ile; doğan her çocuğun 4 ay içerisinde suçiçeği aşısı yaptırmasını, 30 yaşına dek herkesin beş yılda bir bu aşıyı tekrarlanmasını zorunlu kılarak çiçek hastalığının önemine vurgu yapılmıştır, Yıldırım ve ark (57).

Türkiye'de 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile sosyal sigortaların kuruluşu ilk olarak başlamış ve sosyal güvenliğinin bugün de geçerli olan temelleri atılmıştır. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı Cumhuriyet döneminin ilk sağlık planıdır ve bu sağlık planı ile halkın ücret karşılığında sigortalanması, sigortası olmayanların masraflarını özel idare bütçesinden karşılanması gibi hedeflere yer verilmiştir, Resmi Gazete (70).

Türkiye 1948 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü' ne üye olmuştur, Yıldırım ve ark (57). 1961 anayasasının 48. maddesine göre "herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatları kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir" denilerek sosyal güvenliğin bir insan hakkı ve devletin görevi olduğu onaylanmıştır. Anayasasının 56. maddesinde ise "Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan gücü ve maddi tasarruf ile verimi arttırarak iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir" hükmü ile genel sağlık sigortası kurulabileceğine dair madde yer almıştır, Resmi Gazete (71).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 1963-1967 arası dönemi ve tüm nüfusu kapsayan sağlık sigortası kurulması hükmüne yer verilmiştir, DPT (72). Ülkemizde Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur 2006 yılına kadar sosyal sağlık sigortası için hizmette bulunmuşlardır. 2006 yılından sonra hepsi tek elde birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sosyal sağlık sigortası hizmeti vermeye başlamıştır, Yıldırım ve ark (57).

4.5.2.4. Sağlık sigortacılığının yapısı, önemi ve talep nedenleri

Sağlık sigortalarının tanımı; sigortalı bir bireyin karşılaşabileceği hastalık ve kaza gibi durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda sağlık giderlerinin karşılanması amacıyla oluşturulmuş, şartlar ve limitler dâhilinde önceden belirlenmiş riskleri kapsayan tasarılarıdır. Sağlık sigortalarında oluşturulan şartlar dâhilinde, sigortalı bireyler tercih ettikleri doktor ve sağlık kurumunu seçebilme imkânına sahiptirler. Sağlık sigortalarının sunduğu teminatlar ayaktan ve yatarak tedavi teminatı olmak üzere iki gruptan oluşur. Sağlık sigortalarının daha geniş kitlelere yayılmasını ve büyümesini sağlayan; sağlık hizmetlerinin masraflarının gün geçtikçe artması ve genel anlamda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenlerinin erişiminin kısıtlı olmasıdır (65).

Sağlık sigorta sistemi uluslararası anlamda büyük gelişmeleri peşinden sürüklemektedir. 2010 yılında Avrupa Konseyi'nin sağlık hizmetlerine ulaşmadaki sınırlılığının kaldırılmasıyla, AB'ye üyeliği bulunan tüm ülke bireylerinin tercih ettikleri ülkelerdeki sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerini ve kendi vatandaşı oldukları ülkenin sigorta sistemindeki belirlenmiş fiyat tutarı kadar fiyat ödemesi yapabilmelerini sağlamıştır, Uluslararası Yatırımcılar Derneği (73).

Türkiye' de sağlık sigortası toplamda elde edilen primlerin yükselişte olsa da ve hızlı bir şekilde büyüme gösterse de alan olarak İstanbul, İzmir ve Ankara'da yoğun çalışmalar gösterdiği görülmektedir, Uluslararası Yatırımcılar Derneği (73).

Sağlık sigortası sözleşmelerinde; bireyin ihtiyacı olan sağlık harcama giderlerini üçüncü bir şahıs ödeyebilmektedir. Sigortalı bireylerin hemen hemen

hepsinde sigortasız bireylerle mukayese edildiklerinde farklı bir davranış içerisinde girebilmektedirler. Bu farklı davranış biçimlerine ahlaki tehlike adı verilmektedir. Ahlaki tehlikenin tanımı yukarıda anlatılanlardan anlaşılacağı gibi; sigortası olan bireylerin "sigortam karşılar" mantığıyla sigortası olmayan bireylerden daha çok sağlık hizmetlerini kullanmak istemeleridir, Yıldırım ve ark (57).

Sigortada ahlaki tehlike arz ve talep kanatlarında söz konusudur. Talep kanadında ahlaki tehlike, sigortalı bireylerin sigortalarına güvenerek hasta olmadıkları durumda bile çok fazla sağlık hizmetlerini kullanmaya yönelerek ve sağlıklı olup olmamalarına çok dikkat etmemeleridir. Arz kanadında ki ahlaki tehlike; sağlık harcamalarını sigortalı kişinin kendisi tarafından ödenmediği durumlarda doktorun sigortalı bireyin talebini yerine getirerek arz edilen durumun talep yaratmasına neden olmasıdır, Yıldırım ve ark (57).

Sağlık sigortasına ihtiyaç duyulmasının nedeni; sağlığın bozulmasında zamanın belli olmaması ve hangi risklerin gerçekleşeceği gibi belirsizlik içeren durumların meydana gelmesini önlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Sağlıklı bir bireyin sağlığının ne şekilde ve ne zaman bozulacağını bilmemesi ve artan sağlık hizmetlerinin maliyeti kişileri karşılayamayacağı giderlerle karşı kaşıya getirebilmektedir. Yani, bireyler finansal riskten kurtulabilmek için sağlık sigortası yaptırmaya ihtiyaç duyarlar, Yıldırım ve ark (57).

4.5.3. Özel Sağlık sigortacılığı

Sağlık sigortasının ortaya çıkış nedeni, hastalanma veya kaza riskine ve bunun yaratacağı ekonomik sonuçlarına karşı bir önlem alma gereksinimidir. Tek kişinin karşılaştığı risk nedeniyle uğradığı zararı karşılaması, aynı risk altında olup henüz zarar görmemiş insanlar topluluğunun katılımıyla karşılanmasına göre daha zordur. Sigorta şirketleri burada aynı tehlike altında olan kişilerin varlıkları arasında denge sağlayan bir aracı kurum durumundadır.

Sağlık sigortası, birey ve grubun taşıdığı sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir

uygulamadır. Sağlık sektörünün belirsizlik (risk), hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılacağına bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacının doğduğu durumda bu hizmetlerin bedelinin kişilerin ekonomik güçlerini aşabilme olasılığı gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık hizmeti gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur. Bu gereksinim, sağlık sigortasının temel gerekçesini oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortalıların sağlık hizmetlerinden bürokratik engellere veya sıkışıklıklara takılmadan, kamu sigorta sistemlerine göre daha kolay yararlanabilmeleri, bu gereksinimi arttırmaktadır. 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. Sigortacılık faaliyetlerinin amacı, sigortalanması mümkün olan risklerin meydana gelmesinden kaynaklanan zararların teminat altına alınarak maddi varlıkların kaybını önlemek, mali sorumlulukların karşılanmasını temin etmek, sigortalıya güvence ve koruma sağlamaktır, Tiryaki ve Tatar (74).

4.5.3.1. Özel Sağlık sigortacılığının tarihi

Dünyadaki tarihi

Sağlık sigortalarının, kişilerin birbirine hastalık ve kaza hallerinde yardım etme ihtiyacı duyduklarında ortaya çıktığını söyleyebiliriz. İlk çağlarda dağınık ve düzensiz olarak yapılmaya çalışılan bireysel hareketlerden sonra, ortaçağda daha organize bir şekilde yardım amaçlı derneklerin kurulduğunu ve hastalık veya kaza sonucu maddi manevi sıkıntıya düşen kişilere destek olunmaya çalışıldığı görülmektedir. Avrupa’da, çeşitli yerlerde çok dar kapsamlı kurulan bu dernekler, sağlık sigortalarının ilk adımları olarak algılanabilir, Özgüç (75).

Ortaçağ Avrupa’sında, zanaatkârlar kendi aralarında kurdukları loncalar aracılığı ile üyelerinin hastalık nedeniyle sıkıntıya düşmesi sonucu uğrayacağı mali kaybı destekleriyle en aza indirmişlerdir. Sanayileşme ile birlikte, hastalık nedeniyle işçinin gelirinin düşmesi, paylaşılması gerekli bir risk olarak görülmüş ve 18.yy’ın sonları ile 19.yy’ın başlarında aynı sanayi ya da yöredeki işçiler ve küçük çiftçiler hastalık riskine karşılık yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır. Üyeler bu

sandığa düzenli katkı sağlayarak sistemi devam ettirmişlerdir, Özgüç (75). İlk önceleri bu sandıklar aracılığı ile nakdi yardımlar sağlanmış, daha sonra loncalar doktorlardan hastalığı belgelemesini istemiş, daha sonra da üyelerine sunduğu sağlık hizmetini güvence altına almak amacıyla doktorlar ve hastanelerle sözleşme yapmaya başlamıştır. Bu güvence amacı, daha sonraları yatırımcı işverenler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin satın alınması ile devam etmiştir. Zamanla, sektörlere göre risk beklentileri belirlenerek işçilerinde katkıda bulunmaları istenmiş ve sosyal sağlık sigorta sistemlerinin gündeme gelmesiyle zorunlu hale getirilmiştir, Laroque (76).

İlk modern sağlık sigorta poliçesinin, Londra’da demiryolu yolcularının sigortalanması amacı ile uygulandığı bilinmektedir. 19. yüzyılın sonlarına doğru devletler de bu konuyla ilgilenmeye başlamış ve 1883 yılında Almanya, endüstri işçilerini zorunlu olarak sağlık sigortası yapmıştır. Alman hükümeti, belirlenmiş sanayilerde, belirli bir miktarın altında gelir sağlayan işçilerin bir hastalık fonuna zorunlu olarak bağlanmalarını ve bu fonun, işçilerin ve onların işverenlerinin zorunlu olarak ödedikleri primlerle finanse edilmesini öngördüğü bir mevzuatı kabul etmiştir. Bu mevzuat sosyal sağlık sigortası sisteminin başlangıcı olmuştur, Erdoğan (77).

20. yüzyılın başlarında Avusturya (1887), Norveç (1902) ve U.K. (1910) da gönüllü sağlık sigortaları uygulanmıştır. Fransa ise 1921 yılında sağlık sigortasına ilişkin mevzuatı kabul etmiş olmasına karşılık 1930 yılında uygulamaya koymuştur. II. Dünya Savaşı sonrasında ise sağlık sigortası çok daha geniş kitlelere ulaşmıştır. Ulusal sağlık sistemlerine paralel olarak, özel sağlık sigortaları da yine bu dönemde piyasaya çıkmıştır. 1930’lu yılların sonlarından itibaren sosyal politikalarda önemli bir kavram telaffuz edilmeye başlanmıştır: “*sosyal güvenlik*”. Bu kavram ile birlikte; sosyal güvenlik kapsamına alınan toplumsal riskler yeniden gözden geçirilerek, reform niteliğinde kararlar alınmıştır. Bu süreç, sağlık sigortasının sosyal hizmet ve özel hizmet ayrımı bakımından sosyal hizmete yönelmesine neden olmuştur Erdoğan (77). Modern sigortacılığın doğuşuna deniz, kara sigortacılığına yangın, kaza sigortacılığına tren kazaları ile ilişkili bireysel kazalar öncülük ederken, sanayinin gelişmesiyle yaşanan büyük teknik hasarlar, mühendislik sigortalarının gelişimine yol açmıştır. 20.yüzyılın başlarında sigorta şirketleri her türlü sigorta ihtiyacına

cevap verebilecek şekilde örgütlenmelerini tamamlamış kuruluşlar olarak etkin hizmet verebilecek düzeye ulaşmışlardır. Özellikle 19. yüzyılda sanayi devriminin etkisiyle sigortaya talep artmış ve ferdi kaza ve mühendislik branşları gelişme göstermiş, 1920’lerden itibaren de kara taşımacılık ve havacılık sigortaları kullanılmaya başlanmıştır, Temur (78).

Türkiye’deki tarihi

Türkiye’de kamu sağlık programları ilk olarak ve sınırlı bir şekilde 1921’de “Ereğli Havza-i Fahriyesi Maden Amelesi’nin Hukukuna Müteallik Kanun” ile oluşturulmuş olup, 04/01/1950 tarih ve 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” Resmi Gazete (79) ile sağlanan yardımlar ve teminat altına alınan nüfus ile daha da genişletilmiştir. Bu gelişmenin ardından dünyada yaşanan eğilimler dikkate alınarak tüm toplumun sağlık sigortası kapsamına dâhil edilmesine yönelik girişimler başlamış ve ilerleyen dönemlerde de bu sigorta zorunlu hale getirilmiştir. Bu dönemde kamu sağlık sigortalarına ilaveten özel sağlık sigortaları da başlamıştır. Örneğin, 1938’de Anadolu Sigorta A.Ş.’nin gemi kurtarma çalışmalarında hastalık sigortasına benzer bir teminatı piyasaya sürdüğü görülmektedir. Günümüzdeki manada ilk sağlık sigortası ürünü ise Başak Sigorta A.Ş. tarafından 1976’da Ziraat Bankası’nda hesabı olanların teminat altına almış olduğu gündelik tazminatı içeren bir grup sağlık sigortası uygulamasıdır, Özgüç (75). Özel sigorta işletmelerinin küçük çaptaki bu tarz uygulamaları 1990’da sağlık sigortaları ayrı bir branş haline gelinceye dek sürmüştür. 1982’ye kadar kaza teminatına ilaveten verilen ve belirtilen tarihten sonra da hayat sigortaları ismi altında satışa sunulan sağlık sigortaları, satılan teminatlara gösterilen yoğun talep ve yüksek potansiyel neticesinde 12/01/1990 tarih ve 90-55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı’yla ayrı bir branşa dönüşmüştür. Bu karar 11/02/1990 tarih ve 20430 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir, MEGEP (80). Ülkemizde özel sağlık sigortaları kaza sigortası konusu içerisindeyken bir müddet sonra bu kapsamın dışına çıkarılarak hastalık sigortası olan başka bir sigorta türüne dönüştürülmüştür. Özel sağlık sigortaları, kişilerin hayatları boyunca karşı karşıya kalabilecek hastalık riskine karşı olanların, ekonomik zararlarını

paylaşmak ve aynı zamanda belirli oranlarda kar elde etme amacını gütmektedir. Ülkemizde özel sağlık sigortalarında serbest piyasa ekonomisi uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar buna göre belirlenmektedir. Uygulamaların ana hattı olan “hastalık sigortası genel şartları” ise devlet tarafından belirlenmiştir. Özel sigorta şirketleri ise bu şartlara ilaveler yapmak suretiyle istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilere sunabilmektedir, Avşar (81).

1990’ların ortalarında bilhassa yabancı sermayeli firmaların insan kaynakları politikalarının bir uzantısı olarak işgörenlerine sağlık sigortası yaptırmalarının etkisi sonucu Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı bir yükseliş trendine girmiştir. Yabancı sermayeli firmaların işgörenlerine sağladıkları bu yararı görenler yerli firmalardan da doğal olarak bu yönde bir talepte bulunmuşlardır. Sağlık sigortalı olanların sayısındaki artış neticesinde sigorta şirketlerinin sağlık sigortası alanında çalışanlarının sayısı ve niteliklerinde de artış gerçekleşmiştir. Bunun yanı sıra özel sağlık kuruluşlarının sayısı ve yaygınlığı da bu gelişmelere paralel olarak artış kaydetmiştir. Sigorta şirketleri sağlık sigortalılarına daha hızlı, etkin ve iyi hizmet sunabilmek adına özel sağlık kuruluşlarında provizyon işlemlerini kolaylaştırmak adına yeni yöntemler geliştirmişlerdir, Pamir (82).

Ülkemizde sağlık sigortası poliçesini isteğe bağlı olarak gerçek kişiler tek başlarına ya da aile bireyleri ile satın alabilmektedirler. Ayrıca, yine isteğe bağlı olarak firmalar çalışanlarını ve/veya aile bireylerini sağlık sigortası kapsamında sigortalamaktadırlar. Mecburi olduğu için kendileri ve çalışanları için sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen gerçek ya da tüzel kişiler sağlık sigortası poliçesi için sigorta şirketlerine ikinci kez ihtiyari olarak prim ödeyerek ekstra bir masrafa katlanmaktadırlar.

4.5.6. Özel sağlık sigortası mevzuatı ve önemi

Türkiye’de sağlık alanında sosyal sigorta uygulamalarından faydalanılmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık harcamalarının kamu harcamalarında son derece önemli bir paya sahip olması, sağlık hizmetlerinden faydalanılması ve tedavi

haklarının sınırlandırılması gibi uygulamalara gidilmesi özel sağlık sigortasının önemini de artırmıştır, Yılmaz, (86).

23.10.2013 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliği” 5685 sayılı Sigortacılık Kanunu ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu göz önünde bulundurularak hazırlanmış ve özel sağlık sigortası uygulamalarına dair usul ve esasları düzenlemektedir, Yılmaz (86). Bu yönetmelikle sağlık sigortasının işleyişi daha net hale gelmekte ve özel sağlık sigortalıları lehine önemli maddeler içermektedir.

Yeni yönetmelikte gerekli özel şartlara açıklık getirilmesi gereken en önemli hususun “ömür boyu yenileme garantisi” olduğu bir gerçektir. Yönetmeliğin 7. maddesine göre özel sağlık sigortası sözleşmeleri aynı planla ömür boyu yenilenebilecektir. Sigorta şirketinin ömür boyu yenileme garantisi içeren bir ürün sunması durumunda akdedilen ilk sözleşme tarihinde geçerli olan koşullarda ömür boyu yenileme garantisine dair bilgiler ve değerlendirme koşulları belirlenir. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme koşulları daha sonra sigortalı aleyhine değiştirilemeyecektir.

Özel sağlık sigortası sözleşmesini ömür boyu yenileme garantisi veren sigorta şirketleri yeni sözleşmenin teminatlarını ve primlerini belirleyebilmek adına geçmiş sigortalılık dönemindeki sağlık durumunu ve bundaki gelişmeleri göz önünde bulunduracaklardır.

Sigorta şirketi ömür boyu yenileme garantisi aldıktan sonraki dönemlerde ortaya çıkan hastalıklardan dolayı teminat kapsamını daraltamayacak, sigortalı katılım payını artıramayacak, sigorta teknik esaslarında ve özel koşullarında sigortalı aleyhine herhangi bir değişiklik yapamayacak, ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklar sebebiyle hastalık ek primiyle ödenen tazminatların sözleşme prim oranına bağlı ek prim uygulayamayacaktır.

Yeni yönetmelikteki diğer bir önemli husus da plan değişikliği ve geçiş işlemleriyle alakalıdır. Yönetmeliğin 9. maddesi gereğince sigorta şirketine plan değişikliği önerisi sunulabilir. Plan değişikliğine yönelik talebin sigorta şirketince

uygun bulunmaması halinde mevcut sözleşmedeki taahhütler devam eder. Buna ilaveten sigortalının kazanmış olduğu bütün hak ve yükümlülüklerin hastalık ve sağlık sigortası alanında faaliyet gösteren başka bir sigorta şirketine geçişi ve sigortalının sözleşmesinin de bu şirkette devam etmesi talebinde bulunulabilir ki bu durumda işbu geçiş yeni sigorta şirketinin şartları çerçevesinde ve kabulü halinde söz konusu olur.

Yeni yönetmelikteki diğer bir önemli husus da sözleşme iptaliyle ilişkilidir. Yönetmeliğin 10. maddesinde sigorta sözleşmesinin iptali düzenlenmektedir. İlgili hüküm gereğince sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren ilk 30 gün içerisinde iptal talep ederse ve bu süre içerisinde sigortalıya ya da adına herhangi bir tazminat ödenmemiş ise, ödenen primler 5 (beş) iş günü içerisinde kesintisiz olarak iade edilir. Sonraki günlerde yapılan iptal talebi üzerinde şirketin hak etmediği prim sözleşme şartlarına göre aynı süre içerisinde iade edilir.

Sonuç olarak özel sağlık sigortası uygulamasında yeni ve son derece önemli bir gelişme olarak görülen işbu yönetmeliğin sağlık sigortacılığı kurallarını daha açık hale getirdiği söylenebilir. Bilhassa ömür boyu yenileme garantisi hükümleri bağlamında özel sağlık sigortası yaptıracak olanlar bakımından son derece olumlu bir gelişme olarak nitelendirilebilir.

4.5.6.1. Bilgilendirme yönetmeliği

23.10.2013 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan “Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliği’nin 5. maddesi uyarınca, hastalık ve sağlık sigortası alanında faaliyet ruhsatı olan, yurt içinde veya yurt dışında kurulmuş sigorta şirketinin ülkemizdeki teşkilatı, özel sağlık sigortası yaptırmak isteyenlere sözleşme yapma kararlarını etkileyebilecek konulara dair bilgi verecektir. Dürüstlük ve iyi niyet ilkeleri çerçevesinde sözleşmenin müzakeresi ve yapılması esnasında sigorta sisteminin işleyişine yönelik teknik hususlarda yardımcı olacak, tarafların hak ve yükümlülüklerine dair gerekli her türlü bilgiyi sözlü ve yazılı olarak sağlayacak, her tür yanıltıcı tutum ve davranışlardan da uzak duracaklardır.

4.5.7. Sigorta suistimalleri bilgi paylaşım sistemi (SİSBİS) yönetmeliği

Sigortalı sıfatına sahip olup ve sigorta ilişkisinde sigortalıya veya üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet verilmesi halinde tazminatı eksik alma ya da alamama durumları ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu ile 30/05/2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan "Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir.

Bu kanunun sigorta şirketleri için amacı aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Sahtekârlık ve ek maliyetin azaltılması
- Risklerin teminat kapsamına alınıp alınmaması
- Risklerin fiyatlanması hususunda daha doğru karar alma imkânı sağlanması

İlgili kanunun sigortalılar için amacı aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Dürüst sigortalının haklı menfaatlerinin korunması
- Prim maliyetlerinin azaltılması

4.5.8. Sağlık sigortacılığında pazarlama

Ülkemizde sigorta şirketleri 1990’ların başlarından itibaren sağlık sigortası ürünlerini satışa sunmaya başlamışlardır. Sağlık sigortası ürünlerinin satışına başlanmasında, sosyal güvenlik sisteminin içeriğinin, hizmet kalitesinin ve hızının yetersiz kalması neticesinde hem kişilerin tedavi masrafları için bütçelerinden harcamış oldukları miktarların artması, hem de almış oldukları hizmetten duymuş oldukları memnuniyetin azalması büyük rol oynamıştır. 1990’ların ortalarında bilhassa yabancı sermayeli firmaların bünyelerinde çalışmakta olanlara sağlık sigortası yaptırmalarının etkisi sonucunda Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı da gelişmeye başlamıştır, Akbelen (87).

Sigorta şirketleri sağlık sigortalılarına daha hızlı ve iyi hizmet sunabilmek adına özel sağlık kuruluşlarında provizyon işlemlerini kolaylaştırmak adına yeni

yöntemler geliştirmişlerdir. Örneğın, pos cihazları kullanılarak provizyon alma, web üzerinden provizyon, sesli yanıt sistemi, hastane ofislerinde personel çalıştırmak provizyon sürecini iyileştirmeye yönelik yöntemler arasında yer almaktadır. Bazı özel sağık kurumlarının sağık sigortalı sayısı yüksek olan sigorta şirketlerinde ofis tahsis etmeye başlaması neticesinde bu ofislerde sigorta şirketlerinin veya tedarikçi işletmelerin personeli çalışmaya başlamıştır. Bu durum neticesinde sigortalıların provizyon işlemleriyle yakından ilgilenilmek suretiyle müşteri memnuniyetinin artması sağlanmıştır. Türkiye’de sağık sigortası poliçesini isteğe bağılı olarak gerçek kişiler tek başlarına veya aile fertleriyle satın alabilmektedirler. Aynı zamanda yine isteğe bağılı olarak işletmeler çalışanlarını ve/veya aile fertlerini sağık sigortası kapsamında sigortalatmaktadırlar. Zorunlu olduğundan kendileri ve çalışanları için sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen gerçek veya tüzel kişiler sağık sigortası poliçesi için sigorta şirketlerine ikinci kez ihtiyari olarak prim ödemek suretiyle ekstra bir masrafa katlanmak durumundadırlar, Sülkü (88).

Sağık sigortasının devletin sağladığı sosyal güvenlik sisteminden en önemli farkı, özel sağık sigortası yaptırmak isteyenlerin sigortalanmadan önce sigorta şirketleri tarafından hazırlanan başvuru formu doldurmaları, bu formda geçmişteki ve mevcut sağık problemlerine dair yazılı bir sağık beyanında bulunmaları ve beyanda bulundukları önemli hastalıklarının poliçede kapsam dışı bırakılması ve dolayısıyla da bu hastalıklarla ilgili giderlerin ödenmemesidir, Orhaner (61). Buna karşın sosyal güvenlik sisteminde ise kısa bir süre prim ödeyenlerin hemen hemen istisnasız bütün hastalıklarıyla ilgili giderler sigorta başlangıç tarihinden önce olup olmadığı dikkate alınmaksızın devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigorta şirketleri bilhassa bireysel poliçelerde ilk defa sağık sigortası yaptıracaklar için bir üst yaş sınırı belirlemiş olup bu sınır şirketten şirkete 60-65 arasında değışiklik arz etmektedir. Sigorta şirketleri belirlemiş oldukları bu sınırların üzerindekiilerin ilk kez sigorta yaptırma isteklerine olumsuz yanıt verip bunları sigorta kapsamına dâhil etmemektedirler. Sigortaya dâhil olmak için alt yaş limiti bulunmamaktadır, Serin (89).

Dünyada ve buna paralel olarak ülkemizde yaşayan gelişmeler neticesinde sigorta sektöründe faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin sayısında 2004-2012 arası dönemde bir düşüş gerçekleşmiş olsa da acente sayısında ciddi bir artış gerçekleştiğı

görülmektedir. Bu durum şirketlerin pazarlama faaliyetlerine verdikleri önemi göstermektedir. Bunun yanı sıra her ne kadar belirtilen dönemde şirket sayısında bir düşüş yaşanmış olsa da sağlık sigortası prim tutarının ise artış kaydettiği görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Sağlık sigortası istatistikleri (2004-2012), TSB (90)

YILLAR	SİGORTA ŞİRKETİ SAYISI	ACENTE SAYISI	Sağlık Sigortası Prim Tutarı (Milyon TL)
2004	62	14.718	270
2005	59	15.632	410
2006	59	17.134	517
2007	60	17.576	682
2008	55	18.808	798
2009	52	20.195	972
2010	52	22.210	1.204
2011	50	23.011	1.305
2012	53	23.802	1.450

Ülkemizde 2015 yılı itibarıyla özel sağlık sigortası sektöründe toplam prim üretiminin yaklaşık **3.436.530.446** TL olduğu görülmektedir. (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Sağlık sigortası şirketleri ve pazar payları, TSB (91)

ŞİRKETLERİN PAZAR PAY VE TOPLAM PRİM DEĞİŞİMLERİ				
			2015-12	
Sıralama	Şirket Adı	Şirket Kodu	Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %
1	Allianz Sigorta AŞ	1004	1.253.143.963	36,47%
2	Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta	2001	513.765.484	14,95%

	AŞ			
3	Mapfre Genel Sigorta AŞ	1028	341.847.042	9,95%
4	Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	1005	328.341.655	9,55%
5	Aksigorta AŞ	1003	197.070.276	5,73%
6	Axa Sigorta AŞ	1009	154.830.053	4,51%
7	Groupama Sigorta AŞ	1019	120.979.143	3,52%
8	Güneş Sigorta AŞ	1020	115.613.750	3,36%
9	Ergo Sigorta AŞ	1015	74.726.786	2,17%
10	Eureko Sigorta AŞ	1017	71.743.838	2,09%
	İLK 10 ŞİRKET		3.172.061.990	92,30%
11	Demir Hayat Sigorta AŞ	2005	53.389.218	1,55%
12	Sompo Japan Sigorta AŞ	1035	33.186.385	0,97%
13	AIG Sigorta AŞ	1002	27.445.088	0,80%
14	Zurich Sigorta AŞ	1043	26.799.157	0,78%
15	Ankara Anonim Türk Sigorta Şirketi	1006	26.473.572	0,77%
16	Halk Sigorta AŞ	1021	23.086.466	0,67%
17	Ziraat Sigorta AŞ	1042	14.118.236	0,41%
18	Ray Sigorta AŞ	1032	13.672.633	0,40%
19	Neova Sigorta AŞ	1030	11.878.689	0,35%
20	HDI Sigorta AŞ	1022	7.788.295	0,23%
	İLK 20 ŞİRKET		3.409.899.729	99,23%
21	SBN Sigorta AŞ	1034	6.833.028	0,20%
22	Türk Nippon Sigorta AŞ	1039	6.697.032	0,19%
23	Işık Sigorta AŞ	1025	5.513.850	0,16%
24	Generali Sigorta AŞ	1018	1.894.287	0,06%
25	Dubai Starr Sigorta AŞ	1013	1.551.770	0,05%
26	Unico Sigorta AŞ	1008	1.239.160	0,04%
27	Liberty Sigorta AŞ	1026	1.045.770	0,03%

28	Ace European Group Ltd. Türkiye Şubesi	1001	870.068	0,03%
29	Ege Sigorta AŞ	1014	605.476	0,02%
30	Demir Sigorta AŞ	1012	284.933	0,01%
31	Turins Sigorta AŞ	1038	69.030	0,00%
32	Orient Sigorta AŞ	1031	11.887	0,00%
33	SS Doğa Sigorta Kooperatifi	1036	10.796	0,00%
34	Mapfre Genel Yaşam Sigorta AŞ	2006	3.630	0,00%
35	BNP Paribas Cardif Hayat Sigorta AŞ	2002	0	0,00%
36	BNP Paribas Cardif Sigorta AŞ	1010	0	0,00%
	SEKTÖR TOPLAMI	9003	3.436.530.4	100,00
			46	%

5. MATERYAL VE METOT

Bu bölümde araştırmanın amacı, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizine ilişkin bilgiler verilmiştir.

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmada, kişilerin özel sağlık sigorta ürün ve şirket seçimini belirleyen temel unsurların tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bilindiği üzere müşterilerin talep ve beklentileri bilinmeksizin şirketlerin kendilerini değiştirmeleri/ yenilemeleri mümkün değildir. Bu durum araştırmanın önemini ortaya koymaktadır. Sağlık güvencelerini genişletmek isteyen birey ve kurumların seçim ve tatmin düzeylerini araştırarak mevcut durumun tespit edilmesi, daha etkin bir seçme değerlendirme süreci için gerekli kriterlerin ve sistematüğın ortaya konulması hedeflenmiştir.

5.2. Araştırma Tasarımı

Yapılan çalışma 27 Haziran - 4 Temmuz tarihleri arasında Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde poliklinik hizmeti alan kişiler ile yapılmış bir kesitsel araştırmadır.

5.3. Örneklem

Yapmış olduğumuz bu çalışmaya İstanbul'da bulunan Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde poliklinik hizmeti alan kişiler arasından olasılıklı örnekleme çeşitlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 18 yaş üzeri 42'si (%40) kadın, 63'ü (%60) erkek olmak üzere 105 kişi dâhil edilmiştir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Yapmış olduğumuz çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formunda literatür taramasından yola çıkılarak katılımcıların kişisel bilgilerine dair sorulara ilaveten kişilerin sigorta yaptırma nedenleri, hangi kanal aracılığıyla yaptırdıkları, şirket seçerken dikkat ettikleri unsurlar, sigortalarından şikâyetçi olma nedenleri ortaya konularak özel sağlık sigortası seçimlerinde etkili olan faktörleri tespit etmeye yönelik toplam 17 adet soru yer almaktadır.

5.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Paket Programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ($\pm$) ve yüzde dağılımlar verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıkları tespit etmek için Pearson Ki Kare testi uygulanmış olup elde edilen sonuçlar %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



6. BULGULAR

Bu bölümde, yapılan istatistiksel analizler neticesinde elde edilen bulgular tablo ve grafikler halinde verilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen 105 katılımcıdan 42'sini (%40) kadınlar, geri kalan 63'ünü de (%60) erkekler oluşturmakta idi (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Kadın	42	40
Erkek	63	60
Toplam	105	100.0

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan 42'si (%40) 36-44 yaş aralığında iken 25'i (%23.8) 25-35, 21'i (%20) 46-55, 12'si (%11.4) 18-24 yaş aralığında ve geri kalan 5'i de (%4.8) 55 yaş üzerindeydi (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Katılımcıların yaşlarına göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
18-24	12	11.4
25-35	25	23.8
36-45	42	40
46-55	21	20
55 üstü	5	4.8
Toplam	105	100.0

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan 72'si (%68.6) evli iken geri kalan 33'ü ise (%31.4) bekârdı (Tablo 6.3).

Tablo 6.3. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Evli	72	68.6
Bekâr	33	31.4
Toplam	105	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan 32'si (%30.5) lisans mezunu iken 42'si (%40) yüksek lisans, 13'ü (%12.4) ön lisans, 11'i (%10.5) lise ve 7'si de (%6.7) doktora mezunuydu (Tablo 6.4).

Tablo 6.4. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

	n	Yüzde (%)
Lise	11	10.5
Ön lisans	13	12.4
Lisans	32	30.5
Yüksek lisans	42	40
Doktora	7	6.7
Toplam	105	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan %44.8'inin aylık geliri 3000 TL üzerinde iken %42.8'inin 2001-3000 TL arasında, %12.4'ünün de 1000-2000 TL arasında olduğu görülmüştür (Tablo 6.5).

Tablo 6.5. Katılımcıların aylık gelir düzeyine göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
1000-2000 TL arası	13	12.4
2001-3000 TL arası	45	42.8
3000 TL üzeri	47	44.8
Toplam	105	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde 9'unun (%8.6) çalışmadığı, geri kalan 96'sının ise (%91.4) çalıştığı görülmüştür (Tablo 6.6).

Tablo 6.6. Katılımcıların çalışma durumuna göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Çalışıyor	96	91.4
Çalışmıyor	9	8.6
Toplam	105	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sosyal güvenceye sahip olup olmamalarına göre durumları incelendiğinde 98'inin (%93.3) sosyal güvenceye sahip olduğu, geri kalan 7'sinin ise (%6.7) sosyal güvenceye sahip olmadığı görülmüştür (Tablo 6.7).

Tablo 6.7. Katılımcıların sosyal güvenceye sahip olup olmamalarına göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Var	98	93.3
Yok	7	6.7
Toplam	105	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan 97'si (%92.4) daha önce sigorta yaptırdığını, geri kalan 8'i ise (%7.6) daha önce herhangi bir sigorta yaptırmadığını ifade etmiştir (Tablo 6.8).

Tablo 6.8. Katılımcıların daha önce sigorta yaptırıp yaptırmama durumuna göre dağılımı

	N	Yüzde (%)
Evet	97	92.4
Hayır	8	7.6
Toplam	105	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmada katılımcılara yaptırdıkları sigorta çeşitleri sorulmuş olup bu soruya verilen yanıtlar sonucunda Tablo 6.9'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %20.9'unun sağlık sigortası yaptırdığı, %15.4'ünün kasko, %13.8'inin bireysel emeklilik, %12.5'inin hayat, %10.6'sının ferdi kaza, %10.3'ünün deprem, %8.4'ünün yangın, %7.4'ünün de seyahat sigortası yaptırdığı görülmüştür (Tablo 6.9).

Tablo 6.9. Yaptırılan sigorta çeşitlerinin dağılımı

	N	Yüzde (%)
Sağlık	65	20.9
Deprem	32	10.3
Ferdi Kaza	33	10.6
Bireysel Emeklilik	43	13.8
Kasko	48	15.4
İşyeri	2	0.6
Yangın	26	8.4
Seyahat	23	7.4
Hayat	39	12.5
Toplam	311	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırdığını ifade eden 97 kişinin 41'i (%42.3) sigortayı "geleceği güvence altına almak için yaptırdığını, 29'u (%29.9) ihtiyaç için, 10'u (%10.3) daha iyi bir hizmet almak için, 8'i (%8.2) önlem almak için, 7'si (%7.2) yatırım amacıyla yaptırdığını, 2'si de (%2) belirtilen bu amaçların dışında diğer amaçlar için yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 6.10).

Tablo 6.10. Sigorta yaptırma nedenine göre katılımcıların dağılımı

	N	Yüzde (%)
Geleceği güvence altına almak için	41	42.3
İhtiyaç için	29	29.9
Daha iyi bir hizmet almak için	10	10.3
Önlem almak için	8	8.2

	N	Yüzde (%)
Geleceği güvence altına almak için	41	42.3
İhtiyaç için	29	29.9
Daha iyi bir hizmet almak için	10	10.3
Yatırım amacıyla	7	7.2
Diğer	2	2.0
Toplam	97	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırdığını ifade edenlerin 48'i (%49.5) sigortalarını sigorta acentesi kanalıyla yaptırdığını, 23'ü (%23.7) banka şubesi, 15'i (%15.4) yakın çevresi, 9'u (%9.3) sigorta şirketi ve 2'si de (%2) internet kanalıyla yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 6.11).

Tablo 6.11. Sigortanın yaptırıldığı kanala göre katılımcıların dağılımı

	N	Yüzde (%)
Sigorta Acentesi	48	49.5
İnternet	2	2.0
Sigorta Şirketi	9	9.3
Banka Şubesi	23	23.7
Yakın Çevrem	15	15.4
Toplam	97	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırdığını ifade etmiş olanların sigorta şirketi seçiminde dikkat ettikleri konuları belirtmeleri istenmiştir. Bu soru sorulurken katılımcıların birden fazla seçeneği işaretlemelerine izin verilmiştir. Bu bağlamda katılımcılardan %31.4'ü marka güvenilirliği, %25.4'ü teminat içeriği, %20.7'si uygun ödeme koşulları sağlanması, %9.3'ü sunulan ürünlerin çeşitli olması, %9.3'ü çalıştığı şirketin etkili olması ve %5.1'i de vermiş olduğu danışmanlık hizmetinin sigorta şirketi seçiminde katılımcıları etkilediği görülmüştür (Tablo 6.12).

Tablo 6.12. Sigorta şirketi seçiminde dikkat edilecek hususlara ilişkin katılımcıların görüşlerinin dağılımı

	N	Yüzde (%)
Marka Güvenilirliği	37	31.4
Teminat İçeriği	30	25.4
Sunulan Ürünlerin Çeşitli Olması	11	9.3
Uygun Ödeme Koşulları Sağlanması	23	20.7
Verdiği Danışmanlık Hizmeti	6	5.1
Çalıştığım Şirketin Etkili Olması	11	9.3
Toplam	118	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırdığını ifade etmiş olanların %69.5'i daha önce sahip oldukları sigortayla ilgili herhangi bir şikâyetlerinin olmadığını, %30.5'i ise daha önce şikâyetlerinin olduğunu ifade etmiştir (Tablo 6.13).

Tablo 6.13. Sahip olunan sigortayla ilgili şikâyeti olup olmama durumuna göre katılımcıların dağılımı

	N	Yüzde (%)
Evet	32	30.5
Hayır	73	69.5
Toplam	105	9.3

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırdığını ifade etmiş olanların sigortalarından şikâyetçi olma durumuna ilişkin kriterlere vermiş oldukları önem derecesi dağılımı Tablo 6.14'de görülmektedir. Buna göre katılımcıların en fazla memnuniyetsizliği acente hizmetinden memnuniyetsizlik olarak ifade ettiği, en düşük memnuniyetsizliği ise hatalı/yanlış poliçe yapımı olarak ifade ettiği görülmüştür (Tablo 6.14).

Tablo 6.14. Sigortalarından şikâyetçi olma durumuna ilişkin kriterlerin önem derecesine göre dağılımı

	7	6	5	4	3	2	1
Acente hizmetinden memnuniyetsizlik	26.5	14.1	18.9	19.4	2.0	18.6	0.4
Banka hizmetinden memnuniyetsizlik	23.2	19.6	16.3	19.4	14.1	5.0	2.4
Tazminatın zamanında ödenmesi	23.8	16.7	19.0	21.4	14.3	4.8	0.0
Uygun ödeme koşulları sağlanmaması	14.2	31.1	16.1	12.5	9.2	17.0	0.0
Teminat tutarının beklentiyi karşılamaması	23.2	19.6	16.3	14.7	21.1	5.1	0.0
Hatalı/yanlış poliçe yapımı	12.3	9.9	9.5	21.2	16.9	30.8	0.2
Diğer	0	0	0	0	0	0	0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen ve daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini bile yaptırmadığını ifade eden katılımcıların sigorta yaptırmamalarına ilişkin kriterlere vermiş oldukları önem derecesi dağılımı Tablo 6.15'de görülmektedir. Buna göre katılımcıların sigorta yaptırmamasına neden olan en önemli kriterin sigorta şirketleri, acente vb. kanallara güvenmemeleri olduğu görülmüştür (Tablo 6.15).

Tablo 6.15. Sigorta yaptırmama nedenlerine yönelik kriterlerin önem derecesine göre dağılımı

	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Sigorta şirketleri, acente vb. kanallara güvenmemem	27.8	15.6	9.1	21.3	12.9	2.2	2.3	1.5	7.5
Sosyal güvencemin (Bağkur, Ssk, Emekli sandığı, Yeşilkart gibi) yeterli olması	21.3	15.8	12.9	2.3	2.3	8.0	4.2	14.9	19.0
Maddi durumumun elvermemesi	8.8	20.7	12.1	12.7	6.2	3.4	8.1	12.9	15.2
Uygun ödeme koşulları sağlanmaması	5.9	7.3	8.1	35.6	17.9	6.9	11.1	3.2	3.8
Sigorta hakkında yeterli bilgiye sahip olmamam	11.1	12.7	17.9	12.6	3.2	17.7	23.2	1.6	0.0
Sigorta sistemini gereksiz bulmam	14.9	3.2	16.8	1.3	19.7	3.2	12.1	27.9	1.0
Sigortanın ihtiyaç halinde kayıplarımı karşılayacağını düşünmüyorum	2.2	21.7	5.1	5.4	2.7	13.5	4.1	18.8	26.7
Sigorta paramı ileri vadede değerlendirmek için iyi bir yol olduğunu düşünmüyorum	6.2	4.3	11.1	10.8	5.2	15.7	25.1	6.3	15.2
Diğer	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigorta yaptırmalarında etkili olan kriterlere vermiş oldukları önem derecesi dağılımı Tablo 6.16'da görülmektedir. Buna göre çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigorta yaptırmalarındaki en etkili faktörün maddi durumdaki iyileşme olduğu görülmüştür.

Tablo 6.16. Uygun durumların sağlanması durumunda sigorta yaptıрма düşüncesine ilişkin kriterlerin önem derecesine göre dağılımı

	8	7	6	5	4	3	2	1
Maddi durumum iyileşirse	29.8	6.4	12.1	11.7	8.1	14.8	16.0	1.2
Sigorta primleri düşük olursa	3.2	21.6	13.9	20.4	9.1	16.6	14.9	0.3
İhtiyaç duyarsam	12.1	14.6	24.2	8.2	14.8	14.7	10.5	1.0
Ödeyeceğim primin bana gelecekte daha fazla para olarak döneceğine inanırsam	15.9	11.7	18.8	22.1	18.7	4.1	7.1	1.5
Hasar/ kaybım /zararım vaktinde karşılanırsa	3.2	11.6	15.2	24.8	30.5	8.2	6.1	0.0
Sigorta sistemini gerekli olduğunu düşünürsem	14.9	16.5	5.1	11.1	5.2	28.1	15.1	3.9
Sigortanın gelecek iyi bir yatırım olduğunu düşünürsem	20.8	19.2	6.7	6.7	11.2	8.8	26.7	0.0
Diğer	0	0	0	0	0	0	0	0

Sigorta bilincinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına yönelik olarak yapılması gereken durumlara yönelik katılımcıların görüşlerinin dağılımı incelendiğinde %29'unun marka güvenilirliğinin sağlanması gerektiğini ifade ettiği, %23'ünün televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmesi gerektiğini ifade ettiği, %15.2'sinin çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılması gerektiğini ifade ettiği, %12.7'sinin çeşitli sosyal, kültürel ve sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmesi gerektiğini ifade ettiği, %11.3'ünün müşteri temsilcilerinin daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeleri gerektiğini ifade ettiği ve %8.8'inin de broşürlerin dağıtılması gerektiğini ifade ettiği görülmüştür (Tablo 6.17).

Tablo 6.17. Sigorta bilincinin gelişmesine ve yaygınlaşmasına yönelik olarak yapılması gereken kriterlere ilişkin görüşlerin dağılımı

	n	Yüzde (%)
Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli	47	23.0
Broşürler dağıtılmalı	18	8.8
Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli	26	12.7
Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı	31	15.2
Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli	23	11.3
Marka güvenilirliği sağlanmalı	59	29.0
Toplam	204	100.0

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların cinsiyetine göre daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırap yaptırmama durumları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan

Pearson Ki kare testi neticesinde Tablo 6.18'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan 8'i daha önce sigorta yaptırmadığını ifade etmiş olup bunlardan 5'i (%62.5) kadın iken geri kalan 3'ü (%37.5) ise erkekti. Daha önce sigorta yaptırdığını ifade eden 97 katılımcıdan 37'si (%38.1) kadın iken geri kalan 60'ı (%61.9) ise erkekti. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde ilgili değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.18. Katılımcıların cinsiyetine göre daha önce sigorta yaptırıp yaptırmamalarının karşılaştırılması

			Daha önce sigorta		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Cinsiyet	Kadın	n	37	5	42	1.827	.177
		%	38.1	62.5	40.0		
	Erkek	n	60	3	63		
		%	61.9	37.5	60.0		
Toplam		n	97	8	105		
		%	100.0	100.0	100.0		

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların medeni durumuna göre daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptıırıp yaptırmama durumları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Pearson Ki kare testi neticesinde Tablo 6.19'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre daha önce sigorta yaptırdığını ifade eden 97 katılımcıdan 69'u (%71.1) evli iken geri kalan 28'i (%28.9) ise bekârdı. Sigorta yaptırmadığını ifade eden katılımcılardan 3'ü (%37.5) evli iken 5'i (%62.5) ise bekârdı. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde evli olanların bekâr olanlara göre daha önce sigorta yaptıırma düzeyleri anlamlı ($p<0.05$) şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.19. Katılımcıların medeni durumuna göre daha önce sigorta yaptıırıp yaptıırmamalarının karşılaştırılması

			Daha önce sigorta		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Medeni Durum	Evli	N	69	3	72	3.879	.049*
		%	71.1	37.5	68.6		
	Bekar	N	28	5	33		
		%	28.9	62.5	31.4		
Toplam		N	97	8	105		
		%	100.0	100.0	100.0		

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların eğitim durumlarına göre daha önce daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptıırıp yaptıırmama durumlarının karşılaştırılması neticesinde Tablo 6.20'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre daha önce sigorta yaptıırdığını ifade eden 97 kişiden 42'si (%43.3) yüksek lisans mezunu, 31'i (%32) lisans mezunu, 10'u (%10.3) lise mezunu, 7'si (%7.2) ön lisans mezunu ve 7'si de (%7.2) doktora mezunuydu. Bununla birlikte daha önce sigorta yaptıırmadığını ifade eden 8 kişiden 6'sı (%75) ön lisans, 1'i (%12.5) lise, 1'i de (%12.5) lisans mezunuydu. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde lisans ve yüksek lisans mezunlarının anlamlı şekilde ($p<0.05$) lise ve ön lisans mezunlarından daha önce sigorta yaptıırma düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak sigorta yaptıırma düzeyi anlamlı şekilde artmaktadır.

Tablo 6.20. Katılımcıların eğitim durumuna göre daha önce sigorta yaptıırıp yaptıırmamalarının karşılaştırılması

			Daha önce sigorta		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Eğitim	Lise	N	10	1	11	32.420	.000*
		%	90,9	9,1	100,0		
	Ön lisans	N	7	6	13		
		%	53,8	46,2	100,0		
	Lisans	N	31	1	32		
		%	96,9	3,1	100		
	Doktora	N	49	0	49		
		%	100,0	0,0	100,0		

		%	100,0	0,0	100,0		
Toplam		N	97	8	105		
		%	92,4	7,6	100,0		

Yapmış olduğumuz çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmama durumlarına göre daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırıp yaptırmama durumlarını karşılaştırmak için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.21'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde daha önce sigorta yaptırdığını ifade eden 97 kişiden 92'sinin (%94.8) sosyal güvencesinin olduğu, 5'inin (%5.2) sosyal güvencesinin olmadığı, daha önce sigorta yaptırmadığını ifade eden 8 kişiden 6'sının (%75) sosyal güvencesinin olduğu, 2'sinin ise (%25) olmadığı görülmekte olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 6.21. Katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre daha önce sigorta yaptırıp yaptırmamalarının karşılaştırılması

			Sosyal Güvence		Toplam	χ^2	P
			Var	Yok			
Daha Önce Sigorta Yaptırıp Yaptırmama Durumu	Evet	N	92	5	97	4.679	.031*
		%	94,8	5,2	100,0		
	Hayır	N	6	2	8		
		%	75,0	25,0	100,0		
	Toplam		N	98	7		
%			100.0	100.0	100.0		

Cinsiyete göre çalışmaya dâhil edilen katılımcıların daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olma nedenleri incelenmiştir. Kadınlardan 17'sinin, erkeklerden 24'ünün "geleceği güvence altına almak için" sigorta yaptırdığı, kadınlardan 10'unun, erkeklerden 19'unun "ihtiyaç için", kadınlardan 5'inin, erkeklerden 5'inin "daha iyi hizmet almak için", kadınlardan 3'ünün, erkeklerden 5'inin "önlem amacıyla", kadınlardan 2'sinin, erkeklerden 5'inin "yatırım amacıyla" ve erkeklerden 2'sinin de diğer nedenlerle sigorta yaptırdığı tespit edilmiştir. (Tablo 6.22).

Tablo 6.22. Katılımcıların cinsiyetlerine göre sigorta yaptıırma nedenleri

		Cinsiyet		Toplam	χ^2	
		Kadın	Erkek			
Sigorta Yaptırma Nedeni	Geleceği güvence altına almak için	n	17	24	41	2.459
		%	41.5	58.5	100.0	
	İhtiyaç için	n	10	19	29	
		%	34.5	65.5	100.0	
	Daha iyi hizmet almak için	n	5	5	10	
		%	50.0	50.0	100.0	
	Önlem amacıyla	n	3	5	8	
		%	37.5	62.5	100.0	
	Yatırım amacıyla	n	2	5	7	
		%	28.6	71.4	100.0	
Diğer	n	0	2	2		
	%	.0	100.0	100.0		
Toplam		n	37	60	97	
		%	38.1	61.9	100.0	

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların sigorta yaptıırma nedenleri incelenmiş olup, Tablo 6.23'te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre evli olanlardan 31'inin, bekar olanlardan 10'unun "geleceği güvence altına almak için", evlilerden 18'inin, bekarlardan 11'inin "ihtiyaç için", evlilerden 4'ünün, bekarlardan 6'sının "daha iyi hizmet almak için", evlilerden 7'sinin, bekarlardan 1'inin "önlem amacıyla", evlilerden 7'sinin "yatırım amacıyla", evlilerden 2'sinin diğer nedenlerden ötürü sigorta yaptırmış olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.23. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta yaptıırma nedenleri

			Medeni Durum		Toplam	χ^2
			Evli	Bekar		
Sigorta Yaptırma Nedeni	Geleceği güvence altına almak için	n	31	10	41	10.977
		%	75.6	24.4	100.0	
	İhtiyaç için	n	18	11	29	
		%	62.1	37.9	100.0	
	Daha iyi hizmet almak için	n	4	6	10	
		%	40.0	60.0	100.0	
	Önlem amacıyla	n	7	1	8	
		%	87.5	12.5	100.0	
	Yatırım amacıyla	n	7	0	7	
		%	100.0	0.0	100.0	

		%	100.0	.0	100.0	
		n	2	0	2	
	Diğer	%	100.0	.0	100.0	
		n	69	28	97	
	Total	%	71.1	28.9	100.0	

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların eğitim durumuna göre daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların sigorta yaptırma nedenleri incelendiğinde; lisans mezunlarının 16'sının, yüksek lisans mezunlarının 15'inin, lise mezunlarının 4'ünün, ön lisans mezunlarının 4'ünün ve doktora mezunlarının 2'sinin "geleceği güvence altına almak için", yüksek lisans mezunlarından 14'ünün, lisans mezunlarından 10'unun, lise mezunlarından 3'ünün, ön lisans mezunlarından 1'inin ve doktora mezunlarından 1'inin "ihtiyaç için", lisans mezunlarından 3'ünün, yüksek lisans mezunlarından 2'sinin, lise mezunlarından 3'ünün, ön lisans mezunlarından 1'inin ve doktora mezunlarından 1'inin "daha iyi hizmet almak için", yüksek lisans mezunlarından 7'sinin, ön lisans mezunlarından 1'inin "önlem amacıyla", lisans mezunlarından 2'sinin, yüksek lisans mezunlarından 3'ünün ve doktora mezunlarından 2'sinin "yatırım amacıyla" sigorta yaptırdığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.24. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta yaptırma nedenleri

		Eğitim					Toplam	χ^2
		Lise	Ön Lisans	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
Sigorta Yaptırma Nedeni	Geleceği güvence altına almak için	N 4	4	16	15	2	41	28.000
		% 9.8	9.8	39.0	36.6	4.9	100.0	
	İhtiyaç için	N 3	1	10	14	1	29	
		% 10.3	3.4	34.5	48.3	3.4	100.0	
	Daha iyi hizmet almak için	N 3	1	3	2	1	10	
		% 30.0	10.0	30.0	20.0	10.0	100.0	
	Önlem amacıyla	N 0	1	0	7	0	8	
		% .0	12.5	.0	87.5	.0	100.0	
	Yatırım amacıyla	N 0	0	2	3	2	7	
		% .0	.0	28.6	42.9	28.6	100.0	
	Diğer	N 0	0	0	1	1	2	
		% .0	.0	.0	50.0	50.0	100.0	
Toplam		N 10	7	31	42	7	97	

			Eğitim					Toplam	χ^2
			Lise	Ön Lisans	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
Sigorta Yaptırma Nedeni	Geleceği güvence altına almak için	N	4	4	16	15	2	41	28.000
		%	9.8	9.8	39.0	36.6	4.9	100.0	
	İhtiyaç için	N	3	1	10	14	1	29	
		%	10.3	3.4	34.5	48.3	3.4	100.0	
	Daha iyi hizmet almak için	N	3	1	3	2	1	10	
		%	30.0	10.0	30.0	20.0	10.0	100.0	
	Önlem amacıyla	N	0	1	0	7	0	8	
		%	.0	12.5	.0	87.5	.0	100.0	
	Yatırım amacıyla	N	0	0	2	3	2	7	
		%	.0	.0	28.6	42.9	28.6	100.0	
Diğer	N	0	0	0	1	1	2		
	%	.0	.0	.0	50.0	50.0	100.0		
Toplam		N	10	7	31	42	7	97	
		%	10.3	7.2	32.0	43.3	7.2	100.0	

Katılımcıların yaşına göre sigorta yaptırma nedenleri incelendiğinde Tablo 6.25'te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi 18-24 yaş aralığındaki 11 katılımcıdan 6'sının "geleceği güvence altına almak için", 3'ünün "ihtiyaç için", 2'sinin de "daha iyi hizmet almak için"; 25-35 yaş aralığında bulunan 20 kişiden 9'unun "ihtiyaç için", 6'sının "geleceği güvence altına almak için", 4'ünün "daha iyi hizmet almak için", 1'inin de "önlem amacıyla"; 36-45 yaş aralığındaki 40 kişiden 16'sının "geleceği güvence altına almak için", 10'unun "ihtiyaç için", 5'inin "yatırım amacıyla", 4'ünün "daha iyi hizmet almak için", 4'ünün "önlem amacıyla"; 46-55 yaş arasında olan 21 kişiden 11'inin "geleceği güvence altına almak için", 5'inin "ihtiyaç için", 2'sinin "önlem amacıyla", 2'sinin "yatırım amacıyla"; 55 yaş üzerindeki 5 kişiden 2'sinin "geleceği güvence altına almak için", 2'sinin "ihtiyaç için", 1'inin de "önlem amacıyla" sigorta yaptırdığı görülmektedir.

Tablo 6.25. Katılımcıların yaşına göre sigorta yaptıırma nedenleri

			Yaş					Toplam	χ^2
			18-24	25-35	36-45	46-55	55 üstü		
Sigorta Yaptırma Nedeni	Geleceği güvence altına almak için	N	6	6	16	11	2	41	17.151
		%	54.5%	30.0%	40.0%	52.4%	40.0%	42.3%	
	İhtiyaç için	N	3	9	10	5	2	29	
		%	27.3%	45.0%	25.0%	23.8%	40.0%	29.9%	
	Daha iyi hizmet almak için	n	2	4	4	0	0	10	
		%	18.2%	20.0%	10.0%	.0%	.0%	10.3%	
	Önlem amacıyla	n	0	1	4	2	1	8	
		%	.0%	5.0%	10.0%	9.5%	20.0%	8.2%	
	Yatırım amacıyla	n	0	0	5	2	0	7	
		%	.0%	.0%	12.5%	9.5%	.0%	7.2%	
	Diğer	n	0	0	1	1	0	2	
		%	.0%	.0%	2.5%	4.8%	.0%	2.1%	
Toplam		n	11	20	40	21	5	97	
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların cinsiyetine göre sigorta yaptırırken kullandıkları kanallar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.26'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigortasını sigorta acentesi yoluyla yaptıran 47 kişiden 28'i erkek iken 19'u kadın; sigortasını internet üzerinden yapan 3 kişinin tamamı erkek; sigortasını sigorta şirketi vasıtasıyla yapan 9 kişiden 5'i kadın, 4'ü erkek; sigortasını banka şubesi aracılığıyla yaptıran 23 kişiden 17'si erkek, 6'sı kadın; sigortasını yakın çevresi vasıtasıyla yaptıran 15 kişiden 8'i erkek, 7'si kadın olup gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6.26. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta yaptıрма kanalının karşılaştırılması

			Cinsiyet		Toplam	χ^2	P
			Kadın	Erkek			
Sigorta Yaptırılan Kanal	Sigorta acentesi	n	19	28	47	4.989	.288
		%	40.4%	59.6%	100.0%		
	İnternet	n	0	3	3		
		%	.0%	100.0%	100.0%		
	Sigorta Şirketi	n	5	4	9		
		%	55.6%	44.4%	100.0%		
	Banka	n	6	17	23		
		%	26.1%	73.9%	100.0%		
	Yakın çevrem	n	7	8	15		
		%	46.7%	53.3%	100.0%		
Toplam		n	37	60	97		
		%	38.1%	61.9%	100.0%		

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların medeni durumuna göre sigorta yaptırdıkları kanallar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.27'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigortasını sigorta acentesi aracılığıyla yaptıran 47 kişiden 33'ü evli iken 14'ü bekârdı; sigortasını internet aracılığıyla yaptıran 3 kişinin tamamı evliydi; sigortasını sigorta şirketi aracılığıyla yaptıran 9 kişiden 8'i evli, 1'i bekârdı; sigortasını banka şubesi aracılığıyla yaptıran 23 kişiden 16'sı evli, 7'si bekârdı ve sigortasını yakın çevresi aracılığıyla yaptıran 15 kişiden 9'u evli, 6'sı bekârdı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.27. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta yaptıрма kanalının karşılaştırılması

			Medeni Durum		Toplam	χ^2	P
			Evli	Bekar			
Sigorta Yaptırılan Kanal	Sigorta acentesi	n	33	14	47	3.552	.470
		%	70.2%	29.8%	100.0%		
	İnternet	n	3	0	3		
		%	100.0%	.0%	100.0%		
	Sigorta Şirketi	n	8	1	9		
		%	88.9%	11.1%	100.0%		

	Banka	n	16	7	23		
		%	69.6%	30.4%	100.0%		
	Yakın çevrem	n	9	6	15		
		%	60.0%	40.0%	100.0%		
Toplam		n	69	28	97		
		%	71.1%	28.9%	100.0%		

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların eğitim durumuna göre sigorta yaptırdıkları kanallar incelendiğinde Tablo 6.28'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigortasını sigorta acentesi aracılığıyla yaptıran 47 kişiden 17'sinin lisans, 15'inin, yüksek lisans, 6'sının doktora, 5'inin ön lisans, 4'ünün lise mezunu; sigortasını internet aracılığıyla yaptıran 3 kişiden 2'sinin lisans, 1'inin yüksek lisans; sigorta şirketi aracılığıyla yaptıran 9 kişiden 6'sının yüksek lisans, 2'sinin lisans, 1'inin ön linsans; banka şubesi aracılığıyla yaptıran 23 kişiden 14'ünün yüksek lisans, 6'sının lisans, 2'sinin lise, 1'inin doktora; yakın çevresi aracılığıyla yaptıran 15 kişiden 6'sının yüksek lisans, 4'ünün lisans, 4'ünün lise ve 1'inin de ön lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.28. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta yaptırma kanalları

			Eğitim					Toplam	χ^2
			Lise	Ön Lisans	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
Sigorta Yaptırma Kanalı	Sigorta acentesi	N	4	5	17	15	6	47	18.713
		%	8.5%	10.6%	36.2%	31.9%	12.8%	100.0%	
	İnternet	N	0	0	2	1	0	3	
		%	.0%	.0%	66.7%	33.3%	.0%	100.0%	
	Sigorta Şirketi	N	0	1	2	6	0	9	
		%	.0%	11.1%	22.2%	66.7%	.0%	100.0%	
	Banka	N	2	0	6	14	1	23	
		%	8.7%	.0%	26.1%	60.9%	4.3%	100.0%	
	Yakın çevrem	N	4	1	4	6	0	15	
		%	26.7%	6.7%	26.7%	40.0%	.0%	100.0%	
%		.0	.0	.0	50.0	50.0	100.0		
Toplam		N	10	7	31	42	7	97	
		%	10.3%	7.2%	32.0%	43.3%	7.2%	100.0%	

Katılımcıların yaşına göre sigorta yaptırdıkları kanalları tespit etmek için yapılan istatistiksel araştırma neticesinde Tablo 6.29'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigortasını sigorta acentesi aracılığıyla yaptıran 47 kişiden 4'ünün 18-24 yaş aralığında, 11'inin 25-35, 15'inin 36-45, 14'ünün 46-55, 3'ünün de 55 yaş üzerinde; sigortasını internet aracılığıyla yaptıran 3 kişinin tamamı 36-45 yaş arasında; sigorta şirketi aracılığıyla yaptıran 9 kişiden 4'ünün 36-45, 2'sinin 46-55, 1'inin 18-24, 1'inin 25-35 ve 1'inin de 55 yaş üzerinde; banka şubesi aracılığıyla yaptıran 23 kişiden 13'ünün 36-45, 6'sı 25-35, 2'si 46-55, 1'i 18-24 ve 1'i de 55 yaş üzerinde; yakın çevresi aracılığıyla yaptıran 15 kişiden 5'inin 36-45, 5'i 18-24, 3'ünün 46-55, 2'sinin 25-35 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.29. Katılımcıların yaşına göre sigorta yaptırma kanalları

			Yaş					Toplam	χ^2
			18-24	25-35	36-45	46-55	55 üstü		
Sigorta Yaptırılan Kanal	Sigorta acentesi	n	4	11	15	14	3	47	20.631
		%	36.4%	55.0%	37.5%	66.7%	60.0%	48.5%	
	İnternet	n	0	0	3	0	0	3	
		%	.0%	.0%	7.5%	.0%	.0%	3.1%	
	Sigorta Şirketi	n	1	1	4	2	1	9	
		%	9.1%	5.0%	10.0%	9.5%	20.0%	9.3%	
	Banka	n	1	6	13	2	1	23	
		%	9.1%	30.0%	32.5%	9.5%	20.0%	23.7%	
	Yakın çevrem	n	5	2	5	3	0	15	
		%	45.5%	10.0%	12.5%	14.3%	.0%	15.5%	
%		.0%	.0%	2.5%	4.8%	.0%	2.1%		
Toplam		n	11	20	40	21	5	97	
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların cinsiyetine göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.30'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketi seçerken "marka güvenilirliği" hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 37 kişiden 18'i kadın, 19'u erkek; teminat içeriğine dikkat ettiklerini ifade eden 30 kişiden 4'ü kadın, 26'sı erkek; sunulan ürünlerin çeşitli olmasına dikkat ettiklerini ifade eden 11 kişiden 3'ü kadın, 8'i erkek; uygun ödeme koşulları sağlanması

hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 16 kişiden 9'u kadın, 7'si erkek; verdiği danışmanlık hizmetine dikkat ettiklerini ifade eden 3 kişinin tamamı ise kadın olup ilgili kriter açısından gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Tablo 6.30. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurların karşılaştırılması

			Cinsiyet		Toplam	χ^2	P
			Kadın	Erkek			
Sigorta Şirketi Seçerken Dikkat Edilen Unsurlar	Marka güvenilirliği	n	18	19	37	17.196	.002*
		%	48.6%	51.4%	100.0%		
	Teminat içeriği	n	4	26	30		
		%	13.3%	86.7%	100.0%		
	Sunulan ürünlerin çeşitli olması	n	3	8	11		
		%	27.3%	72.7%	100.0%		
	Uygun ödeme koşulları sağlaması	n	9	7	16		
		%	56.2%	43.8%	100.0%		
	Verdiği danışmanlık hizmeti	n	3	0	3		
		%	100.0%	.0%	100.0%		
Toplam		n	37	60	97		
		%	38.1%	61.9%	100.0%		

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların medeni durumuna göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.31'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketi seçerken "marka güvenilirliği" hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 37 kişiden 25'i evli, 12'si bekar; teminat içeriğine dikkat ettiklerini ifade eden 30 kişiden 21'i evli, 9'u bekar; sunulan ürünlerin çeşitli olmasına dikkat ettiklerini ifade eden 11 kişiden 8'i evli, 3'ü bekar; uygun ödeme koşulları sağlanması hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 16 kişiden 12'si evli, 4'ü bekar; verdiği danışmanlık hizmetine dikkat ettiklerini ifade eden 3 kişinin tamamı ise evli olup ilgili kriter açısından gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) değildir.

Tablo 6.31. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurların karşılaştırılması

			Medeni Durum		Toplam	χ^2	P
			Evli	Bekar			
Sigorta Şirketi Seçerken Dikkat Edilen Unsurlar	Marka güvenilirliği	n	25	12	37	1.595	.810
		%	67.6%	32.4%	100.0%		
	Teminat içeriği	n	21	9	30		
		%	70.0%	30.0%	100.0%		
	Sunulan ürünlerin çeşitli olması	n	8	3	11		
		%	72.7%	27.3%	100.0%		
	Uygun ödeme koşulları sağlanması	n	12	4	16		
		%	75.0%	25.0%	100.0%		
	Verdiği danışmanlık hizmeti	n	3	0	3		
		%	100.0%	.0%	100.0%		
Toplam		n	69	28	97		
		%	71.1%	28.9%	100.0%		

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların eğitim durumuna göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurlar incelendiğinde Tablo 6.32'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketi seçerken "marka güvenilirliği" hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 37 kişiden 14'ünün yüksek lisans, 13'ünün lisans, 6'sının lise, 4'ünün ön lisans mezunu; teminat içeriğine dikkat ettiklerini ifade eden 30 kişiden 13'ünün lisans, 11'inin yüksek lisans, 3'ünün doktora, 2'sinin ön lisans, 1'inin lise; sunulan ürünlerin çeşitli olmasına dikkat ettiklerini ifade eden 11 kişiden 7'sinin yüksek lisans, 2'sinin lisans, 1'inin doktora, 1'inin lise; uygun ödeme koşulları sağlanması hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 16 kişiden 8'inin yüksek lisans, 3'ünün lisans, 2'sinin doktora, 2'sinin lise, 1'inin ön lisans; verdiği danışmanlık hizmetine dikkat ettiklerini ifade eden 3 kişiden 2'sinin yüksek lisans, 1'inin doktora mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.32. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurlar

			Eğitim					Toplam	χ^2
			Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
Sigorta Şirketi Seçerken Dikkat Edilen Unsurlar	Marka güvenilirliği	n	6	4	13	14	0	37	17.246
		%	16.2%	10.8%	35.1%	37.8%	.0%	100.0%	
	Teminat içeriği	n	1	2	13	11	3	30	
		%	3.3%	6.7%	43.3%	36.7%	10.0%	100.0%	
	Sunulan ürünlerin çeşitli olması	n	1	0	2	7	1	11	
		%	9.1%	.0%	18.2%	63.6%	9.1%	100.0%	
	Uygun ödeme koşulları sağlaması	n	2	1	3	8	2	16	
		%	12.5%	6.2%	18.8%	50.0%	12.5%	100.0%	
	Verdiği danışmanlık hizmeti	n	0	0	0	2	1	3	
		%	.0%	.0%	.0%	66.7%	33.3%	100.0%	
%		.0	.0	.0	50.0	50.0	100.0		
Toplam		n	10	7	31	42	7	97	
		%	10.3%	7.2%	32.0%	43.3%	7.2%	100.0%	

Katılımcıların yaşına göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.33'te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketi seçerken "marka güvenilirliği" hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 37 kişiden 16'sı 36-45, 8'i 25-35, 6'sı 46-55, 6'sı 18-24 ve 1'i de 55 yaş üzerinde; teminat içeriğine dikkat ettiklerini ifade eden 30 kişiden 12'si 36-45, 8'i 25-35, 6'sı 46-55, 2'si 18-24 ve 2'si de 55 yaş üzerinde; sunulan ürünlerin çeşitli olmasına dikkat ettiklerini ifade eden 11 kişiden 4'ü 46-55, 3'ü 36-45, 2'si 22-35, 1'i 18-24 ve 1'i de 55 yaş üzerinde; uygun ödeme koşulları sağlanması hususuna dikkat ettiklerini ifade eden 16 kişiden 8'i 36-45, 3'ü 46-55, 2'si 25-35, 2'si 18-24 ve 1'i de 55 yaş üzerinde; verdiği danışmanlık hizmetine dikkat ettiklerini ifade eden 3 kişiden 2'si 46-55, 1'i de 36-45 yaş arasındadır.

Tablo 6.33. Katılımcıların yaşına göre sigorta şirketi seçerken dikkat ettikleri unsurlar

			Yaş					Toplam	χ^2
			18-24	25-35	36-45	46-55	55 üstü		
Sigorta Şirketi Seçerken Dikkat Edilen Unsurlar	Marka güvenilirliği	n	6	8	16	6	1	37	9.984
		%	54.5%	40.0%	40.0%	28.6%	20.0%	38.1%	
	Teminat içeriği	n	2	8	12	6	2	30	
		%	18.2%	40.0%	30.0%	28.6%	40.0%	30.9%	
	Sunulan ürünlerin çeşitli olması	n	1	2	3	4	1	11	
		%	9.1%	10.0%	7.5%	19.0%	20.0%	11.3%	
	Uygun ödeme koşulları sağlaması	n	2	2	8	3	1	16	
		%	18.2%	10.0%	20.0%	14.3%	20.0%	16.5%	
	Verdiği danışmanlık hizmeti	n	0	0	1	2	0	3	
		%	.0%	.0%	2.5%	9.5%	.0%	3.1%	
%		.0%	.0%	2.5%	4.8%	.0%	2.1%		
Toplam		n	11	20	40	21	5	97	

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların cinsiyetine göre daha önce sigorta şirketiyle ilgili şikâyeti olup olmama durumu arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.34'te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikâyeti olduğunu ifade eden 32 kişiden 14'ü kadın iken 18'i ise erkekti; sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikâyeti olmadığını ifade eden 65 kişiden 23'ü kadın iken geri alan 42'si ise erkek olup cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.34. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta şirketi ile ilgili şikâyeti olup olmama durumunun karşılaştırılması

			Sigorta Şirketiyle İlgili Şikâyet		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Cinsiyet	Kadın	n	14	23	37	.636	.425
		%	43.8%	35.4%	38.1%		
	Erkek	n	18	42	60		
		%	56.2%	64.6%	61.9%		
Toplam		n	32	65	97		
		%	100.0%	100.0%	100.0%		

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların medeni durumuna göre daha önce sigorta şirketiyle ilgili şikâyeti olup olmama durumu arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.35'te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikayeti olduğunu ifade eden 32 kişiden 22'si evli iken 10'u bekar; sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikayeti olmadığını ifade eden 65 kişiden 47'si evli iken geri alan 18'i ise bekar olup medeni duruma göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.35. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta şirketi ile ilgili şikayeti olup olmama durumunun karşılaştırılması

			Sigorta Şirketiyle İlgili Şikayet		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Medeni Durum	Evli	N	22	47	69	.132	.716
		%	68.8%	72.3%	71.1%		
	Bekar	N	10	18	28		
		%	31.2%	27.7%	28.9%		
Toplam		N	32	65	97		
		%	100.0%	100.0%	100.0%		

Katılımcılardan daha önce sağlık, bireysel emeklilik, hırsızlık, deprem, kasko, tarım, ferdi kaza, trafik, seyahat, hayat, işyeri, yangın, konut sigortalarından en az bir tanesini yaptırmış olanların eğitim durumuna göre daha önce sigorta şirketiyle ilgili şikâyeti olup olmama durumu arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.36'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikâyeti olduğunu ifade eden 32 kişiden 15'i yüksek lisans, 13'ü lisans, 3'ü doktora, 1'i de ön lisans mezunu; sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikayeti olmadığını ifade eden 65 kişiden 27'si yüksek lisans, 18'i lisans, 10'u lise, 6'sı ön lisans ve 4'ü de doktora mezunu olup eğitim durumuna göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.36. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta şirketi ile ilgili şikayeti olup olmama durumunun karşılaştırılması

			Sigorta Şirketiyle İlgili Şikâyet		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Eğitim	Lise	n	0	10	10	7.602	.107
		%	.0%	15.4%	10.3%		
	Ön Lisans	n	1	6	7		
		%	3.1%	9.2%	7.2%		
	Lisans	n	13	18	31		
		%	40.6%	27.7%	32.0%		
	Yüksek lisans	n	15	27	42		
		%	46.9%	41.5%	43.3%		
	Doktora	n	3	4	7		
		%	9.4%	6.2%	7.2%		
Toplam		n	32	65	97		
		%	100.0%	100.0%	100.0%		

Katılımcıların yaşına göre daha önce sigorta şirketiyle ilgili şikayeti olup olmama durumu arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.37'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikayeti olduğunu ifade eden 32 kişiden 13'ü 36-45, 5'i 18-24, 5'i 25-35, 6'sı 46-55 ve 3'ü de 55 yaş üstü; sigorta şirketiyle ilgili daha önce şikayeti olmadığını ifade eden 65 kişiden 27'si 36-45, 15'i 46-55, 15'i 25-35, 6'sı 18-24 ve 2'si de 55 yaş üstü olup yaşa göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.37. Katılımcıların yaşına göre sigorta şirketi ile ilgili şikâyeti olup olmama durumunun karşılaştırılması

			Sigorta Şirketiyle İlgili Şikâyet		Toplam	χ^2	P
			Evet	Hayır			
Yaş	18-24	n	5	6	11	3.191	.526
		%	45.5%	54.5%	100.0%		
	25-35	n	5	15	20		
		%	25.0%	75.0%	100.0%		
	36-45	n	13	27	40		
		%	32.5%	67.5%	100.0%		
	46-55	n	6	15	21		
		%	28.6%	71.4%	100.0%		
	55 üstü	n	3	2	5		
		%	100.0%	100.0%	100.0%		

	%	60.0%	40.0%	100.0%		
Toplam	n	32	65	97		
	%	100.0%	100.0%	100.0%		

Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri incelendiğinde Tablo 6.38'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre " Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli" diyen 24 katılımcıdan 13'ü erkek, 11'i kadın; "broşürler dağıtılmalı" diyen 10 kişiden 9'u erkek, 1'i kadın; " Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli" diyen 13 kişiden 8'i erkek 5'i kadın; "Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı" diyen 15 kişiden 12'si erkek, 3'ü kadın; " Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli" diyen 13 kişiden 7'si erkek, 6'sı kadın; "marka güvenilirliği sağlanmalı" diyen 30 kişiden 16'sı kadın, 14'ü erkektir.

Tablo 6.38. Katılımcıların cinsiyetine göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri

			Cinsiyet		Toplam	χ^2
			Kadın	Erkek		
Sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenler	Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli	N	11	13	24	9.030
		%	45.8%	54.2%	100.0%	
	Broşürler dağıtılmalı	N	1	9	10	
		%	10.0%	90.0%	100.0%	
	Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli	N	5	8	13	
		%	38.5%	61.5%	100.0%	
	Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı	N	3	12	15	
		%	20.0%	80.0%	100.0%	
	Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli	N	6	7	13	
		%	46.2%	53.8%	100.0%	
	Marka güvenilirliği sağlanmalı	N	16	14	30	
		%	53.3%	46.7%	100.0%	
Toplam		N	42	63	105	
		%	40.0%	60.0%	100.0%	

Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6.39'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre "Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli" diyen 24 katılımcından 17'si evli, 7'si bekâr; "broşürler dağıtılmalı" diyen 10 kişiden 6'sı evli, 4'ü bekar; "Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli" diyen 13 kişiden 9'u evli 4'ü bekar; "Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı" diyen 15 kişiden 14'ü evli, 1'i bekar; "Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli" diyen 13 kişiden 9'u evli, 4'ü bekar; "marka güvenilirliği sağlanmalı" diyen 30 kişiden 17'si evli, 13'ü bekar olup ilgili kritere yönelik düşünceler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 6.39. Katılımcıların medeni durumuna göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

			Medeni Durum		Toplam	χ^2	P
			Evli	Bekar			
Sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenler	Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli	N	17	7	24	6.644	.249
		%	70.8%	29.2%	100.0%		
	Broşürler dağıtılmalı	n	6	4	10		
		%	60.0%	40.0%	100.0%		
	Çeşitli sosyal. kültürel. sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli	n	9	4	13		
		%	69.2%	30.8%	100.0%		
	Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı	n	14	1	15		
		%	93.3%	6.7%	100.0%		
	Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli	n	9	4	13		
		%	69.2%	30.8%	100.0%		
	Marka güvenilirliği sağlanmalı	n	17	13	30		
		%	56.7%	43.3%	100.0%		
Toplam	n	72	33	105			
	%	68.6%	31.4%	100.0%			

Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşlerini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz

neticesinde Tablo 6.40'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre "Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli" diyen 24 katılımcından 15'i yüksek lisans, 4'ü lisans, 3'ü doktora, 1'i ön lisans, 1'i de lise mezunu; "broşürler dağıtılmalı" diyen 10 kişiden 4'ü yüksek lisans, 4'ü lisans, 2'si ön lisans mezunu; "Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli" diyen 13 kişiden 5'i ön lisans, 4'ü yüksek lisans, 2'si lisans, 2'si de lise mezunu; "Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı" diyen 15 kişiden 9'u lisans, 4'ü yüksek lisans, 2'si de ön lisans mezunu; "Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli" diyen 13 kişiden 7'si yüksek lisans, 3'ü lisans, 2'si doktora, 1'i de lise mezunu; "marka güvenilirliği sağlanmalı" diyen 30 kişiden 10'u lisans, 8'i yüksek lisans, 7'si lise, 3'ü ön lisans, 2'si de doktora mezunudur.

Tablo 6.40. Katılımcıların eğitim durumuna göre sigorta bilincinin gelişmesi için yapılması gerekenlere ilişkin görüşleri

			Eğitim					Toplam	χ^2
			Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek lisans	Doktora		
Sigorta Bilincinin Gelişmesi İçin	Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli	N	1	1	4	15	3	24	37.890
		%	4.2%	4.2%	16.7%	62.5%	12.5%	100.0%	
	Broşürler dağıtılmalı	N	0	2	4	4	0	10	
		%	.0%	20.0%	40.0%	40.0%	.0%	100.0%	
	Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli	N	2	5	2	4	0	13	
		%	15.4%	38.5%	15.4%	30.8%	.0%	100.0%	
	Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı	N	0	2	9	4	0	15	
		%	.0%	13.3%	60.0%	26.7%	.0%	100.0%	
	Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli	N	1	0	3	7	2	13	
		%	7.7%	.0%	23.1%	53.8%	15.4%	100.0%	
	Marka güvenilirliği sağlanmalı	N	7	3	10	8	2	30	
		%	23.3%	10.0%	33.3%	26.7%	6.7%	100.0%	
	Toplam		N	11	13	32	42	7	105

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sigortacılık, kişilerin ya da kurumların iktisadi ve sosyal açıdan kendilerini güvende hissetmelerini sağlayan ve aynı zamanda ülke ekonomilerine önemli fon teşkil eden mali sektörler arasında yer almaktadır. Uygulamada sektör her toplumun kendi dengeleri etrafında düzenlendiğinden çeşitlilik göstermektedir, Kılınç (83).

Sigortacılık sektörü güvence ve tasarruf olmak üzere iki önemli fonksiyona sahiptir. Sigortalılardan alınan primler bir havuzda toplanmakta olup bu şekilde toplanan fonların bir bölümü yatırımlarda kullanılır. Bilhassa reel kesime etkin olarak aktarılabilen fonların ülkelerin kalkınmasında son derece önemli paya sahip olduğu görülmektedir. Sigorta fonlarının bu rolü ile finans piyasasının önemli ayaklarından birini oluşturan sigortacılık sektörünün hayat dalı fon oluşturma bakımından çok daha işlevseldir.

Türk sigortacılık sektöründe bilhassa serbest tarife uygulamasına geçilen 1990 sonrasında rekabetin daha yoğun ve zorlu hale geldiği görülmektedir. Buna karşın fiyat düzeyindeki bu rekabet şirketlerin karlılıkları üzerinde ciddi bir baskıya yol açmış ve şirketlerin teknik karlarını hızlı bir şekilde aşağılara çekmiştir. Zamanla hem hizmet hem de fiyat rekabetine doğru bir eğilim yaşanmıştır. Bunun yanı sıra kaynaklarını daha iyi kullanabilen şirketler rekabet gücü ve verimlilik açısından öne çıkmaya başlamışlardır. Yaşanan bu zorlu rekabet ortamında en güçlü sigorta şirketlerinin varlıklarını sürdüreceği ve en etkin şirketler arasında yer alacağı aşîkârdır.

Pek çok sigorta çeşidi bulunmakta olup bunlar arasında sağlık sigortaları oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık sigortaları günümüz dünyasında özel sigorta şirketlerince de yapılmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı günümüz dünyasında hızlı bir şekilde büyüyen ve yeni gelişmeler ile farklı ürün ve fiyat uygulamalarına sahip olan sektörlerden birisi olarak dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir yere sahiptir.

Özel sağlık sigortası 1980'li yıllardan sonra gelişmeye başlamış olup yıllar itibariyle son derece hızlı bir büyüme kaydetmiştir. Özel sağlık sigortacılığı kamu hizmetleriyle doğrudan ilişkili olduğu için ve aynı zamanda sağlık alanının kendine has özelliklerinden ötürü diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır, Güngör (84). Sağlık alanında sunulan hizmetler nüfus, milli gelir, teknolojik gelişmeler ve ülkede uygulanmakta olan politikalara göre son derece çeşitlilik arz etmektedir. ABD gibi sağlık hizmetlerinin yaklaşık yarısının özel sağlık sigortası tarafından karşılandığı ülkelerde sağlık alanının ciddi oranda özel sağlık sigortalarına bırakılması durumu söz konusu iken OECD ülkelerinde ise halen sağlık alanının yaklaşık %75 oranında kamuya ait olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Hollanda ve İngiltere gibi ülkeler kamunun sağlık alanındaki ağırlığını azaltmaya yönelik önlemler ve modeller geliştirmeye başlamışlardır. Bunun yanı sıra Almanya gibi hem kamunun hem de özel sigortacılığın yoğun bir şekilde teşvik edildiği ülkeler de söz konusudur. Sağlık politikaları olarak özel sağlık sigortacılığının konumlandırılması farklı olduğundan ülkeler arasında farklılıklar ortaya çıkabilmektedir, Dhalla (85).

Ülkemizde son yıllarda gittikçe yaygınlaştığı görülen özel sağlık sigortacılığına dair müşterilerin algılarının tespit edilmesi son derece önemlidir. Zira müşteri istek, talep ve şikâyetleri hakkında bilgi sahibi olan sigorta şirketleri bu durumları dikkate alarak zorlu rekabet ortamında varlıklarını devam ettirebilmek adına gerekli düzenlemeleri de yapacaklardır. Müşterilerin düşünceleri sigorta şirketleri açısından son derece önemli olmasına karşın bu konuyla ilgili çalışmaların oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Kişilerin özel sağlık sigorta ürün ve şirket seçimini belirleyen temel unsurları tespit etmek amacıyla yapmış olduğumuz bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların büyük çoğunluğu geleceklerini güvence altına almak için sigorta yaptırdığını ifade etmiştir. Diğer bir ifadeyle çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigorta yaptırmadaki temel etken gelecek kaygısıdır. Sigorta şirketlerinin pazarlama çalışmalarında sigortanın geleceği güvence altına alması konusundaki önemini vurgulamalarının, müşteri portföylerini genişletmede faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların büyük bölümünün sigortayı sigorta acenteleri kanalıyla yaptırdığı, bunu banka şubelerinin, yakın çevrenin, sigorta şirketlerinin ve internetin takip ettiği görülmüştür. Sigorta şirketlerinin bu oranları dikkate alarak, acente sayılarını arttırma, banka şubeleri ile sıkı iletişimde olma, mevcut müşteri sadakatini sağlayarak yakın çevreye ulaşma çalışmaları, birebir pazarlama faaliyetleri ve sosyal ağlar üzerindeki etkinliği arttırma stratejilerinin müşteri kazanma potansiyelini yükseltme konusunda yararlı olacağını öngörmekteyiz.

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigorta şirketi seçiminde en fazla marka güvenilirliğine en az ise verilen danışmanlık hizmetine dikkat ettikleri görülmüştür. Sadık müşteri yelpazesini genişletmenin temel şartı; sunulan hizmetin her seferinde aynı kalitede sunularak müşteri memnuniyetini sağlamak ve zaman içerisinde marka güvenilirliğini oluşturmaktır. Bu bağlamda sigorta şirketlerinin marka güvenilirliği çalışmalarını arttırmalarının müşteri çekmede etkili olacağı kanaatindeyiz. Bunun yanı sıra yine oldukça önemli bir hizmet olarak bilinen danışmanlık hizmetinin marka güvenilirliğine nazaran hasta portföyünü arttırmada daha az etkiye sahip olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların %69.5'inin daha önce sigortaya sahip oldukları ve sigortayla ilgili herhangi bir şikayetlerinin olmadığı görülmüştür. Buna rağmen sigorta şirketlerinin konuya ilişkin araştırmalarının sürekli olarak takip edilmesi gerekmektedir. %70'e yakın kısmın şikâyetinin bulunmaması kadar %30'luk kısmın şikâyetlerinin tespit edilip önleyici çalışmalar yapılmasının da son derece önemli olabileceği kanaatindeyiz. Literatürde de geçtiği üzere; memnun olan müşteri 5 kişi ile memnuniyetini paylaşıp çevresini olumlu etkilerken, memnuniyetsiz bir müşteri bu kötü deneyimi ortalama 9-21 kişi ile paylaşarak çevresini olumsuz etkilemektedir. Bu %30'luk oran ile ilgili önleyici çalışmalar yapılmaması halinde sigorta şirketi için ciddi müşteri kaybı yaşanabileceğini öngörmekteyiz.

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların sigortalarından şikâyetçi olma durumuna ilişkin kriterlere vermiş oldukları önem derecesinin incelenmesi sonucunda en çok "acente hizmetinden memnuniyetsizlik" durumunun etkili olduğu görülmüştür. Katılımcıların cevaplarına göre sigorta yaptırma kanalları arasında en yüksek orana sahip olan acenteler, aynı zamanda en çok şikâyetçi olunan noktalardır. Sigorta şirketlerinin acente seçiminde bu durumu göz önünde bulundurmalarının ve konu ile ilgili önleyici çalışmalar geliştirmelerinin müşteri kazanma süreçlerini sağlıklı hale getireceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların sigorta yaptırmamalarına ilişkin kriterlere vermiş oldukları önem derecesi incelendiğinde sigorta yaptırmama üzerindeki en etkili kriterin sigorta şirketleri, acente vb. kanallara güvenmemeleri olduğu tespit edilmiştir. Sigorta şirketlerinin marka güvenilirliği için yapmış olduğu çalışmalar kadar, poliçelerini pazarlayacakları acente vb. kanal seçiminde de son derece dikkatli olmalarının kurumsal itibar açısından faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Katılımcıların sigorta yapmalarında en etkili faktörün maddi durumdaki iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerindeki “hasta değil, hastalık vardır” yaklaşımından yola çıkarak, sigorta sektöründe de bireye özel poliçe seçeneklerinin sunulduğu bir sistemin kurulmasının sigortalanma oranını arttıracığı kanaatindeyiz. Bu bağlamda sigorta şirketlerinin müşteri portföyüne uygun poliçeler üretmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Sigorta bilincinin gelişmesine ve yaygın hale gelmesine yönelik yapılması gereken durumlara ilişkin katılımcıların görüşleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun marka güvenilirliğinin bu konuda en fazla öneme sahip husus olduğunu ifade ettiği görülmüştür. Yukarıda da belirttiğimiz gibi marka güvenilirliği çalışmalarının müşteriler bazında önemi son derece büyüktür. Güvenilir marka profili sağlanması sonrasında müşteri portföyünün bilinçlenmesi çalışmalarının faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Demografik özelliklere göre yapılan karşılaştırmalar neticesinde elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

Erkeklerin daha önce sigorta yaptıma düzeyleri kadınlara göre daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Sigorta şirketlerinin pazarlama faaliyetlerinde cinsiyet kriterinin çok ciddi bir farklılık yaratmayacağı kanaatindeyiz.

Evli bireylerin sigortalılık oranı bekârlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir. Bu araştırmada evli katılımcıların kendisi ile birlikte aile bireylerini de güvence altına alma arzularının sigorta yaptıma oranı üzerinde etkili olduğunu öngörmekteyiz. Sigorta şirketlerinin müşteri portföyüne uygun poliçeler üretirken medeni durum kriterini de göz önünde bulundurmalarının müşteri arttırmada faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Eğitim durumu yükseldikçe sigortalılık oranı da anlamlı şekilde yükselmektedir.

Bu bağlamda sigorta şirketlerinin bilinçlendirme politikaları kapsamındaki faaliyetlerini planlarken eğitim durumu kriterini dikkate almalarının ve her eğitim düzeyi için ayrı bilinçlendirme çalışmaları gerçekleştirmelerinin sigortalanma oranını arttırmada etkili olacağı kanaatindeyiz.

Sosyal güvencesi olanların sigorta yaptıma düzeyleri ile sosyal güvencesi olmayanların sigorta yaptıma düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Sosyal güvencesi bulunanların sigortalılık düzeyi daha yüksektir. Sigorta şirketlerinin pazarlama faaliyetlerinde bu farklılığı dikkate alarak sosyal güvencesi olmayanlar için de teşvik edici çalışmalar yapmalarının müşteri yelpazesini genişletmede etkili olacağını öngörmekteyiz.

Sigorta yaptıma kanalının cinsiyete göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Sigorta şirketlerinin dağıtım kanalı seçim faaliyetlerinde cinsiyet değişkeninin büyük bir farklılık yaratmayacağını öngörmekteyiz.

Sigorta şirketi seçerken dikkat edilen unsurların cinsiyete göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sigorta şirketi seçiminde marka güvenilirliği, teminat içeriği, sunulan ürünlerin çeşitli olması, uygun ödeme koşullarının sağlanması, verilen danışmanlık hizmeti ile ilgili genel algıya bakıldığında, erkeklerin kadınlara oranla daha yüksek algıya sahip olduğu görülmüştür.

Sigorta şirketi seçerken dikkat edilen unsurların medeni duruma göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Sigorta şirketi seçiminde marka güvenilirliği faaliyetlerinde medeni durum değişkeninin dikkate alınmasının müşteri çekme açısından büyük bir farklılık yaratmayacağı kanaatindeyiz.

Sigortalarından şirketleri ile ilgili daha önce şikâyetçi olma hususunun cinsiyete göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Sigorta şirketlerinin memnuniyet çalışmaları faaliyetlerinde cinsiyet değişkeninin dikkate alınmasının müşteri çekme açısından büyük bir farklılık yaratmayacağı kanaatindeyiz.

Sigortalarından şirketleri ile ilgili daha önce şikâyetçi olma hususunun medeni duruma göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Sigorta şirketlerinin memnuniyet çalışmaları faaliyetlerinde medeni durum değişkeninin dikkate alınmasının müşteri çekme açısından büyük bir farklılık yaratmayacağı kanaatindeyiz.

Sigortalarından şirketleri ile ilgili daha önce şikâyetçi olma hususunun eğitim durumuna göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Sigorta şirketlerinin

memnuniyet çalışmaları faaliyetlerinde eğitim durumu değişkeninin dikkate alınmasının müşteri çekme açısından büyük bir farklılık yaratmayacağı kanaatindeyiz.

Katılımcıların yaşına göre daha önce sigorta şirketiyle ilgili şikâyeti olup olmama durumu arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sigorta şirketleri, gerek mevcut müşteri portföyü, gerekse potansiyel müşterileri açısından şikâyetçi olma durumlarının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve yaş kriterlerinin farklılık yaratmadığı bilinci ile hareket etmelerinin hizmet kalitesini kontrol etmede ve müşteri memnuniyetini arttırmada etkili olacağını düşünmekteyiz.

Katılımcıların sigorta bilincinin gelişmesine ilişkin görüşlerinin medeni duruma göre farklılık arz edip etmediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sigorta şirketlerinin bilinçlendirme çalışmalarında medeni durum değişkeninin dikkate alınmasının müşteri çekme açısından büyük bir farklılık yaratmayacağı kanaatindeyiz.

Bu çalışmaya 105 kişi dâhil edilmiş olup, tek bir sağlık kuruluşuna müracaat eden hastalar değerlendirilmiştir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmaların daha büyük kitlelere ulaşarak, birden fazla sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin ve evli katılımcıların sigorta yaptıрма oranlarının, bekâr olan katılımcılara oranla daha yüksek olma sebebinin araştırılmasının da yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Özel sağlık sigortacılığı her ne kadar dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir gelişim kaydetmiş olsa da halkın özel sağlık sigortacılığına dair hala gerekli önemi göstermediği, bu hususla ilgili çeşitli önyargılara sahip olduğu görülmektedir. Bu durumun ortadan kaldırılmasına yönelik olarak hem devlet tarafından hem de sigorta şirketleri tarafından gerekli olan tanıtım ve teşvikin yapılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

8.KAYNAKLAR

1. Hayran O., Hastane Yöneticiliği, HY Osman Hayran, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1977.
2. Kavuncubaşı Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.
3. Yerebakan M., Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yayın No:2000-26, İstanbul Ticaret Odası, İstanbul, 2000.
4. Öztürk S.A., Hizmet Pazarlaması, Dokuzuncu Baskı, Ekin Basın Yayın Dağıtım, Bursa, 2000.
5. Mucuk İ., Pazarlama İlkeleri, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2006.
6. Tenekecioğlu B., Makro Pazarlama, Met Yayıncılık, Eskişehir, 1992.
7. Erkan H., Sosyal Piyasa Ekonomisi-Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması, İzmir: Slim Ofset, 1987.
8. Atabey S.E., Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Gazi Kitabevi: Ankara, 2012.
9. Yıldırım H.H., Tarcan M., Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri:Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler,Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara, 20-21 Mayıs 2000.
10. Yıldırım H.H., Yıldırım T., Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, Absam Yayınevi: Ankara, 2011.
11. Field M.G., “Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”, (Çev: Ömer Tarım), Toplum ve Hekim Dergisi, Aralık 1991.
12. Goodwin N., National Health Systems: Overview, International Encyclopedia of Public Health, El sevier Inc, 2008.
13. Krajewski S.K., Romaniuk P. and Kaczmarek K. “The Case of the Slesian Regional Sickness Fund-Did “Social Capital” Determine the Success of Health Reform in Silesian Voivodeship, Poland?”, Central European Journal of Public Health,14(4), 2006.
14. Magnussen J., Hagen, T. and Kaorboe O. “Centralized or Decentralized? A Case Study of Norwegion Hospital Reform”, Social Science and Medicine, 64(10), 2007.
15. Voncina L. and Dzakula, A. and Mostilica, M. “Health Care Funding Reforms in Croatia: A Case of Mistaken Priorities”, Health Policy, 80(1), 2007.

16. Cichon M., Newbrander, W., Yamabana, Hiroshi, W., Normond, C., Dror, D., and Preker, A. Modelling in Health Care Finance, A compendium of quantitative techniques for health care financing, Quantitative Methods in Social Protection Series, ILO and ISSA, Geneva, 1999.
17. Pepe H.U., “Kürselleşme, Avrupa Sağlık Reformları ve Hekimlere Etkileri: Batı Avrupa'dan Bir Bakış Açısı”, Toplum ve Hekim Dergisi, 2(2), 2006.
18. Alper A., Esenler, B., Nalçacı, E., Belek, İ., Hamzaoglu, O., Özkan, Ö. Sosyalist Türkiye’de Sağlık, Nazım Kitaplığı: Ankara, 2004.
19. Tatar M., “Sağlık Politikası Nedir?” Makro Bakış, (2), 2006.
20. Quadagno, J. “Institutions, Interest Groups, and Ideology: An Agenda for the Sociology of Health Care Reform”, Journal of Health and Social Behavior, 51(2), 2010.
21. DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2001.
22. Turan N., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları, Anadolu Üniversitesi Yayınları; No. 155, Eskişehir, s.8–10, 2004.
23. Akdur R., Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, ATAUM Yayın No:25, 2.Basım, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, s.17–18, 2006
24. Keyder Ç., Üstündağ N., Ağartan T. ve Yoltar Ç., Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, İletişim Yayıncılık, 2013.
25. WHO, http://www.who.int/nha/use/pie_2007-full.pdf
26. Normand C and Thomas S., “Health Care Financing and the Health System”, Health Systems Policy, Finance and Organization içinde Ed: CARRIN, Guy , Genova, 2008.
27. Çelikay F. ve Gümüş, E., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177-216, 2010.
28. İstanbulluoğlu H.; Güleç M. ve Oğur R. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, (2), 86-99, 2010.
29. Ateş M., Sağlık Sistemleri. (1. Baskı) İstanbul: Beta Yayınevi, 2011.
30. OECD, Health Data 2009, OECD Survey of Health System Characteristics,145, 2008-2009.

31. Akdemir, T. ve Karakurt, B., “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü ve Özel Sağlık Kurumlarını Düzenleyici Görevleri”, 24. Türkiye Maliye Sempozyumu, Antalya, 2009.
32. Aslan Y., TBMM Hükümeti Kuruluşu, Evreleri, Yetki ve Sorumluluğu (23 Nisan 1920- 30 Ekim 1923), Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 2001.
33. Akdağ R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm 2008 İlerleme Raporu, Sağlık Bakanlığı Yayın No:749, Ankara, 2009.
34. Öztekin Z., Türkiye’ de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi www.un.org.tr
35. Şahin B., Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süre, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, (7)1, 2004.
36. Bekir M., "Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Politikaları www.un.org.tr
37. Baran F. Sigorta Ve Reasüransa Bir Yaklaşım, Milli Reasürans T.A.S. Yayını, Ankara, 1982.
38. Akmut Ö., Hayat Sigortaları, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No: 447, Ankara, 1980.
39. Genç A., Sigorta Şirketlerinin Mali Analizi, Sigorta Araştırma ve İnceleme Yayınları Ankara, 2006.
40. Güvel E., Güvel A., Sigortacılık, Seçkin Yayınları, Ankara, 2002.
41. Özkan M., Sigortalı İşlemleri ve Muhasebesi, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 1998.
42. Pamukçu E., Sigorta Kavramı Ve Sigortacılık Eğitiminin Önemi, Sigorta Dünyası, Nisan, Sayı: 383, 1995.
43. İşseveroğlu G., Sigorta Şirketlerinde Finansal Başarının Ölçülmesi ve Bir Uygulama, T.C. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Bursa, 2005.
44. MEGEP, Sigorta Muhasebesi, T.C. MEB, Ankara, 2011.
45. Sağlam N., Sigorta İşletmelerinde Mali Tabloların Hazırlanması ve Avrupa Birliği’ne Uyum, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Eskişehir, 1996.
46. <http://www.gesid.org.tr/>

47. Oksay S., OECD Ülkelerinde Ve Türkiye’de Sigorta Sektörünün Ekonomik Büyümeye Etkisi, Geleneksel Finans Sempozyumu, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2004.
48. Malatyalı N., Türk Sigorta Sektörü Orta Vadeli Gelişme Beklentileri, Sigorta Araştırma Ve İnceleme Yayınları, (TSEV), İstanbul, 2008.
49. Uralcan Ş, Temel Sigorta Bilgileri ve Sigorta Sektörünün Yapısal Analizi, 1.Basım, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2004.
50. Balkan B., Çağlar E., Marangoz A. Sigortacılık ve Mali Piyasalardaki Yeri, Marmara Üniversitesi Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2006.
51. Hızlı P.B., Sigorta Sektörünün Gelişimi, Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi ve Türkiye Uygulaması, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.
52. Bayar K., Sigorta Hasar Ekspertlik Faaliyetlerinin Sigorta İşletmelerine Hasar Maliyetleri Açısından Etkileri, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2009.
53. Aydın N., Delikanlı U., Çabukel R., Erdal L., Erdal F., Ergeç E.H. "Sigortacılığın Genel İlkesi ve Yapısı", Toprak Metin, Coşkun Metin, Bankacılık ve Sigortacılığa Giriş(1. Baskı), Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, ss.140-175, 2012.
54. Resmi Gazete, Türk Ticaret Kanunu, 2011.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110214-1-1.htm>
55. Elitaş C., Türkiye’de Sigortacılık Uygulamaları, www.kgk.sakarya.edu.tr
56. Tekşen Ö., Çok Amaçlı Sigorta Şirketlerinde Muhasebe Düzeni. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, ss. 7-9, 2003.
57. Yıldırım H.H., Yıldırım T., Akbulut Y."Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı", Yıldırım Hüseyin., Sağlık Sigortacılığı (1. baskı), Anadolu Üniversitesi Web-Obset tesisleri, Eskişehir, 2012.
58. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Sigorta Hukuku, 2008, Sigortacılık Eğitim Merkezi, Sigorta Acenteleri Teknik Personel Eğitim Programı, www.segem.org.tr, 2009.
59. Sigortacılık Eğitim Merkezi. Yönetmelikler.
<http://www.segem.org.tr/sigortaAcenteleriYonetmenligi1.asp>
60. Sergici E., Sigorta ve Pazarlama & Makaleler. İstanbul: İsviçre Sigorta Yayınları, 2001.

61. Orhaner E., Türkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi: Ankara, 2014.
62. Özbolat, M., Temel Sigortacılık. Ankara: Seçkin Yayınevi, 2011.
63. Bölükbaşı A., ve Pamukçu, B. Sigortacılıkta Risk Yönetimi. İstanbul: Türkmen Kitabevi, 2008.
64. SGK. Genelge. http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a/28.06.2012_2012_25.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a, 2012.
65. Çelik Y., Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2011.
66. Kaya M., Bankacılık ve Sigortacılık, Murat Açık Öğretim Yayınları, Ankara, s:15-16, 1999.
67. Kongar B., Sağlık Sigortaları,Türkiye Sosyal, ekonomik ve Siyasal Araştırmalar Vakfı,1989.
68. Orhan G., Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, İstanbul 1995.
69. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Sigortası, www.megep.meb.gov.tr, 2009.
70. Resmi Gazete, "3008 Sayılı İş Kanunu", 1936, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/06/20030610.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2003/06/20030610.htm>
71. Resmi Gazete, "1961 Anayasası", 1961. <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10816.pdf>.
72. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, www.kalkinma.gov.tr, 1963.
73. Uluslararası Yatırımcılar Derneği, " Türkiye Sağlık Sektörü Raporu", Haziran www.yased.org.tr, 2012.
74. Tiryaki D., Tatar M., Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 5(1), 2000.
75. Özgüç F., Sigortacılık Programı Hayat Dalı Sağlık Sigortaları Ders Notları, Türk Sigorta Enstitüsü Vakıf Yayınları, İstanbul, 1996.
76. Laroque P., 21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik, Çeviren: Yusuf Alper, İsmail Tatlıoğlu, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, Bursa, 1994.

77. Erdoğan S., Almanya’da Sağlık Sistemi, Toplum Ve Doktor Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayınevi, Ankara, C.9, Kasım 1994.
78. Temur A., Türk Sigorta Sektöründe İstihdam Ve Sektör Çalışanlarının Sosyo-Ekonomik Yapısı Üzerine Bir Alan Araştırması, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2007.
79. Resmî Gazete ile ilanı: Sayı: 7402, 10.1.1950.
80. MEGEP, Sağlık Sigortası, T.C. MEB, Ankara, 2008.
81. Avşar N., Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
82. Pamir Z.İ., Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Sektöründe Hizmet Ve Ürün Yeterliliğinin Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama, T.C Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
83. Kılınç F.E., Türk Sigortacılık Sektörünün Veri Zarflama Analizi Yöntemi İle Etkinliğinin Arastırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2009.
84. Güngör G., Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarında Satış, Pazarlama ve Ürün Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul, 2007.
85. Dhalla, I. Private Health Insurance: An International Overview and Considerations for Canada, Longwoods Review, 5(3), 2007.
86. Yılmaz, N. Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, <http://www.erdem-erdem.com/articles/ozel-saglik-sigortalari-yonetmeliği-2/>
87. Akbelen MM. “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerine Bir Araştırma (Tez)”. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007.
88. Sülkü SN. “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, T.C. Maliye Bakanlığı”, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2011.
89. Serin İ. Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Kazancı Kitabevi, İstanbul, 2004
90. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, Türk Sigorta Sektörü Verileri, 2004-2012, <http://www.tsrb.org.tr> .
91. www.tsb.org.tr/Document/.../3%20Prim%20Üretimleri%20Sıralama%202014-11.xlsx

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma "Kişilerin Özel Sağlık Sigorta Ürün Ve Şirket Seçimini Belirleyen Temel Unsurlar" başlıklı yüksek lisans projesine veri sağlamak için hazırlanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Sorulara ilişkin seçenekleri açık yüreklilikle ve mümkün olduğunca gerçekçi bir yaklaşımla cevaplayacağınız beklenmektedir. Araştırmanın gerçekleşmesi için ayıracağınız zaman ve vereceğiniz destekten dolayı şimdiden teşekkür ederim

Delal Zekiye Değirmenciler

Medipol Üniversitesi

Yüksek Lisans Projesi

1. Cinsiyetiniz

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız

☐ 18-24

☐ 25-35

☐ 36-45

☐ 46-55

☐ 55 üstü

3. Medeni Durumunuz

☐ Evli ☐ Bekar

4. Eğitim Durumunuz

☐ İlköğretim

☐ Lise

- ☐ Ön lisans
☐ Lisans
☐ Yüksek Lisans
☐ Doktora

5. Aylık Gelir Düzeyiniz

- ☐ 1000 TL den az
☐ 1000-2000 TL
☐ 2001-3000 TL
☐ 3000 TL üstü

6. Çalışma Durumunuz

- ☐ Çalışıyor
☐ Çalışmıyor

7. Sosyal Güvenceniz Var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

8. Daha önce sigorta yaptırdınız mı? (eğer cevabınız hayır ise 15. sorudan devam ediniz.)

- ☐ Evet ☐ Hayır

9. Aşağıdaki sigorta çeşitlerinden hangisini yaptırdınız?

- ☐ Sağlık ☐ Bireysel Emeklilik ☐ Hırsızlık
☐ Deprem ☐ Kasko ☐ Tarım
☐ Ferdi kaza ☐ Trafik ☐ Seyahat

- ☐ Hayat ☐ İşyeri
☐ Yangın ☐ Konut

10. Sigorta yaptıırma nedeniniz?

- ☐ Geleceği güvence altına almak için yaptırdım.
☐ İhtiyaç için yaptırdım.
☐ Daha iyi bir hizmet almak için yaptırdım.
☐ Önlem amacıyla yaptırdım.
☐ Yatırım amacıyla yaptırdım.
☐ Diğer

11. Sigortanızı hangi kanal aracılığıyla yaptırdınız?

- ☐ Sigorta acentesi ☐ Banka şubesi
☐ İnternet ☐ Yakın çevrem
☐ Sigorta şirketi ☐ Kendi şirketim
☐ Diğer

12. Sigorta şirketi seçerken dikkat ettiğiniz unsurlar nelerdir?

- ☐ Marka güvenilirliği
☐ Teminat içeriği
☐ Sunulan ürünlerin çeşitli olması
☐ Uygun ödeme koşulları sağlaması
☐ Verdiği danışmanlık hizmeti
☐ Çalıştığım şirketin etkili olması
☐ Diğer

13. Bugüne kadar sahip olduğunuz sigortalarınızla ilgili bir şikayetiniz oldu mu? (eğer cevabınız evet ise 14. sorudan devam ediniz.)

()Evet ()Hayır

14. Sigortanızdan şikâyetçi olma nedenlerinizi 1 'de 7'ye kadar sıralayınız.

(1: En az şikâyetçi okluğunuz durum,7: Diğerlerine göre en çok şikayetçi olduğunuz durum)

() Acente hizmetinden memnuniyetsizlik

() Banka hizmetinden memnuniyetsizlik

() Tazminatın zamanından ödenmemesi

() Uygun ödeme koşulları sağlanmaması

() Teminat tutarının beklentiye karşılamaması

() Hatalı/yanlış poliçe yapımı

() Diğer.....

(8. Soruya yanıtınız evet ise 15. ve 16. soruları dikkate almayınız)

15. Sigorta yaptırmamanıza neden olan faktörleri 1 'den 9'a kadar sıralayınız.

(1: Sigorta yaptırmamanızda en az etkili faktör, 9: Diğerlerine göre en çok etkili faktör)

() Sigorta şirketleri, acente vb. kanallara güvenmemem.

() Sosyal güvencemin (Bağkur, Ssk, Emekli sandığı, Yeşilkart gibi) yeterli olması

() Maddi durumumun elvermemesi

() Uygun ödeme koşulları sağlanmaması

() Sigorta hakkında yeterli bilgiye sahip olmamam

() Sigorta sistemini gereksiz bulmam

() Sigortanın ihtiyaç halinde kayıplarını karşılayacağını düşünmüyorum

() Sigorta paramı ileri vadede değerlendirmek için iyi bir yol olduğunu düşünmüyorum

() Diğer.....

16. Hangi durumların sağlanması size sigorta yaptırmayı düşündürdüğünü 1 'den 8'e kadar sıralayınız.

(1: Sigorta yaptırmanızda en az etkili faktör, 8: Diğerlerine göre en çok etkili faktör)

() Maddi durumum iyileşirse

() Sigorta primleri düşük olursa

() İhtiyaç duyarsam

() Ödeyeceğim primin bana gelecekte daha fazla para olarak döneceğine inanırsam

() Hasar/ kaybım /zararım vaktinde karşılanırsa

() Sigorta sistemini gerekli olduğunu düşünürsem

() Sigortanın gelecek iyi bir yatırım olduğunu düşünürsem

() Diğer

17. Sigorta bilincinin gelişmesi ve yaygınlaşması için neler yapılabilir?

() Televizyon programları/gazete/dergiler yoluyla bilgi verilmeli

() Broşürler dağıtılmalı

() Çeşitli sosyal, kültürel, sportif sponsorluk anlaşmaları yoluyla bilgi verilmeli

() Çeşitli tanıtımlar ve promosyonlar yapılarak tanıtım yapılmalı

() Müşteri temsilcileri daha yoğun ziyaretler gerçekleştirmeli

() Marka güvenilirliği sağlanmalı

10. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9398
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/06/2016

Sayın Delal Zekiye Değirmenciler

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Kişilerin Özel Sağlık Sigorta Ürün Ve Şirket Seçimini Belirleyen Temel Unsurlar” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.06.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden D41C96CCX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kişilerin Özel Sağlık Sigorta Ürün Ve Şirket Seçimini Belirleyen Temel Unsurlar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Delal Zekiye Değirmenciler			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	20.06.2016		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.06.2016		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 348		Tarih: 22/06/2016	
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Delal Zekiye	Soyadı	Değirmenciler
Doğum Yeri	Diyarbakır	Doğum Tarihi	23.04.1992
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	51727163080
E-mail	delaldegirmenciler@hotmail.com	Tel	0(507) 048 04 09

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lisans	T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi	2014
Lise	Kocamustafapaşa Lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
1. Fiyatlandırma Uzman Yardımcısı	Medipol Mega Hastaneler Kompleksi	2015 - Halen
2. Hasta İlişkileri Uzman Yardımcısı	Medipol Mega Hastaneler Kompleksi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	59,31697	59,02287	58,00341

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.**

