Eurasian Academy of Sciences
Eurasian Business & Economics Journal
2017 Volume:12 S: 19 - 50
Published Online December2017 (http://busecon.eurasianacademy.org)
http://dx.doi.org/10.17740/eas.econ.2017-V12-3

*Türk Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Analizi

Bilal Pişkin*
Murat Çiftçi**

** İnterdisipliner Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bilim Dalı Uzmanı
** Sorumlu yazar: Trakya University, FEAS, Edirne, Turkey
E-mail: muratciftci@trakya.edu.tr

Copyright © 2017 Murat Çiftçi. This is an open access article distributed under the Eurasian Academy of Sciences License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ÖZET
Türkiye'de özel sağlık sigorta sektörünün yasal dayanakları 1926'ya kadar gitse de, sektörün ivme kazanması 1980 sonrası dönemde başlamıştır. Özellikle 1990'da bağımsız sigorta branşı oluşu sonrasında sektörel derinleşmede de canlanma yaşanmıştır. Ancak sektör halen uluslararası ölçekte, olması beklenen derinliğe sahip değildir. 2004 ve 2013 yılları için AB ülkeleri ve Türkiye için özel sağlık sigorta sektör derinliğinin gelişmişlik sıralaması yapılmıştır. Yöntem olarak sıralama çalışmalarında yaygın olarak kullanılan asal bileşenler analizi tercih edilmiştir. Yapılan asal bileşenler analizi sonucunda 2004 yılında prim penetrasyonuna göre 23 ülke içinde 13. Sırada olan Türkiye, 2013 yılında 24 ülke içinde 10. sıraya yükselmiştir. Aynı performansı ödemeler penetrasyonunda gösterememiş olan Türkiye, 17 ülke içinde 11. Ssıradayken 20 ülke içerisinde 10. olabilmiştir. Dolayısıyla prim üretiminin hızla artmasına karşılık, ödemelerde aynı performans gösterilemediğinden sektör karlılığı da artış potansiyelindedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal güvenlik, sosyal sigorta, özel sigorta, sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, istatistik.

JEL: H55, I13, C30

Analysis of Turkish Private Health Insurance Sector

ABSTRACT

Although the legal basis of the private health insurance sector in Turkey dates back to 1926, its gaining momentum started in the post-1980 period. Especially in 1990, after its formation of an independent insurance branch, there also has been a revival in the sectoral deeping. However, the sector still does not have the expected depth on an international scale. For 2004 and 2013, the development sorting of the private health insurance sector for EU countries and Turkey has been made. Analysis of prime components which are widely used in sorting studies has been preferred as a method. As a result of analysis of the prime components, Turkey, which ranked 13th among 23 countries according to premium penetration in 2004, ranked 10th among 24 countries in 2013. While it was 11th out of 17 countries, Turkey, which could not demonstrate the same performance at the payment penetration, ranked 10th out of 20 countries. Therefore, despite the rapid increase in premium production, the sector profitability is also likely to increase since the same performance cannot be shown in the payments.

Keywords: Social security, social insurance, private insurance, health insurance, private health insurance, statistics.

* Bu makale Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnterdisipliner Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim dalında hazırlanıp 4 Mayıs 2017'de sunulan "Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye" başlıklı yüksek lisans tezine dayanmaktadır.

Giriş

Özel sağlık sigortacılığı Türkiye'de cumhuriyetin ilanı sonrasında mevzuatı kademeli olarak oluşturulan, ancak gelişimi oldukça yavaş gerçekleşen bir alan olma özelliğindedir. Bu çalışmanın amacı da da Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının dönemsel gelişiminin ana hatlarıyla incelenmesinin gerçekleştirilmesi, mevcut yapısının analiz edilmesi ve son aşamada da AB ülkeleriyle karşılaştırılmasıyla mevcut uluslararası derinlik düzeyinin tespitinde bulunulmasıdır. Bu kapsamda ilk olarak 1990'da bağımsız sigorta branşı olmasına kadar geçen sürede yaşanan gelişmelere odaklanılmıştır. İkinci olarak 1990'daki bağımsız sigorta branşı olması sonrasında yaşanan gelişmelerin aktarımı gerçekleştirilmiştir. Üçüncü olarak özel sağlık sigortacılığının küresel derinliği ve AB alan hacmine göre derinliği incelenmiştir. Dördüncü olarak sözleşme, sigortalı, prim üretimi ve tazminat hacimleri açısından özel sağlık sigorta sektörünün mevcut durumu aktarılmıştır. Beşinci olarak sözleşme ve sigortalı başına düşen prim ve tazminat miktarları incelenmiştir. Altıncı ve son olarak da Türk özel sağlık sigorta sektörünün sektörel derinliğinin 2004 ve 2013 yılları için AB ülkelerine göre gelişmişlik sıralaması analizi asal bileşenler yöntemi vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir.

1. Bağımsız Branş Öncesi Dönemde Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi

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

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

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

Cumhuriyetin ilanı sonrası dönemde Anadolu Sigorta A.Ş.'nin 1938'de gemi kurtarma çalışmaları gibi riskli görevlerde çalışanlar için hastalık sigortasına benzer bir güvenceyi piyasaya sürmesiyle özel sağlık sigortacılığı aktif olarak uygulanmaya başlamıştır. Ziraat Bankası'na ait hesabı bulunanların Başak Sigorta A.Ş. tarafından güvence altına alındığı ve gündelik tazminatı içeren grup sağlık sigortası uygulamasına başlaması da günümüzdeki yapıya benzeyen ilk sağlık sigortası ürününü oluşturmuştur. Şark Sigorta A.Ş. tarafından 1982'de Uluslararası Banka çalışanları ve bankada hesabı olanlar ile eş ve çocuklarını kapsayacak

genişlikte teminat sunan sigorta poliçesinde yatarak tedavi masrafının tamamını, diğer durumlarda ise doktor, muayene ve ilaç masraflarının %80'ini karşılamayı taahhüt etmesi de sektör açısından bir diğer önemli uygulamayı ifade etmektedir. Birkaç yıl sonra da, Batı Sigorta A.Ş.'ye ait bir üründe bireylerin yaş grupları için teminatlar söz konusu olmuştur. Halk Sigorta A.Ş.'nin 1988-1989'da bireysel (ferdi) sağlık sigortasını hayata geçirmesini bir sonraki yıl Genel Sigorta A.Ş, Anadolu Sigorta A.Ş. ve OYAK Sigorta A.Ş. tarafından ağırlıklı olarak grup sağlık sigortalarının uygulamaya sokulması takip etmiştir. Özel sigorta şirketlerince gerçekleştirilen dar kapsamlı bu ve benzeri uygulamalar, 1990'da sağlık sigortaları branşına kadar devam etmiştir (Tunç ve Kıyak, 2015: 412-413).

2. Bağımsız Branş Sonrası Dönemde Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi

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

Yabancı ortaklı işletmelerin, sağlık riskine karşı koruma amacıyla çalışanları için özel sağlık sigortası satın almaları, özellikle 1990'lı yılların ortalarından itibaren özel sağlık sigorta sektörünün hız kazanmasına yol açmıştır. Bu işletmelerde, özel sağlık sigortasının çalışanlara sağladığı avantajlar diğer işletmelerde çalışanların dikkatini çekmiş ve zamanla onlar tarafından da talep edilmeye başlanmıştır. Böylece sağlık sigortası kapsamına alınan kişi sayısı da artmıştır. Bu artışa paralel olarak sağlık sigortası branşında çalışanların nitelik ve sayılarında da artış gözlemlenmiştir. Özel sağlık sigortasının gelişimine bağlı olarak özel sağlık kuruluşlarının sayısı da artmış ve hizmet ağı genişlemeye başlamıştır (Dalkılıç, 2012: 72). Özel hastane sayısındaki süratli artış, hastanelere erişimin kolaylaşması, yeni tedavi tekniklerinin bulunması gibi etkenler özel sağlık sigorta sektöründe prim üretimini çok süratli arttıramasa da en azında prim üretiminde düşüşleri önlemiştir (Deloitte ve Yased, 2012: 84).

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

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

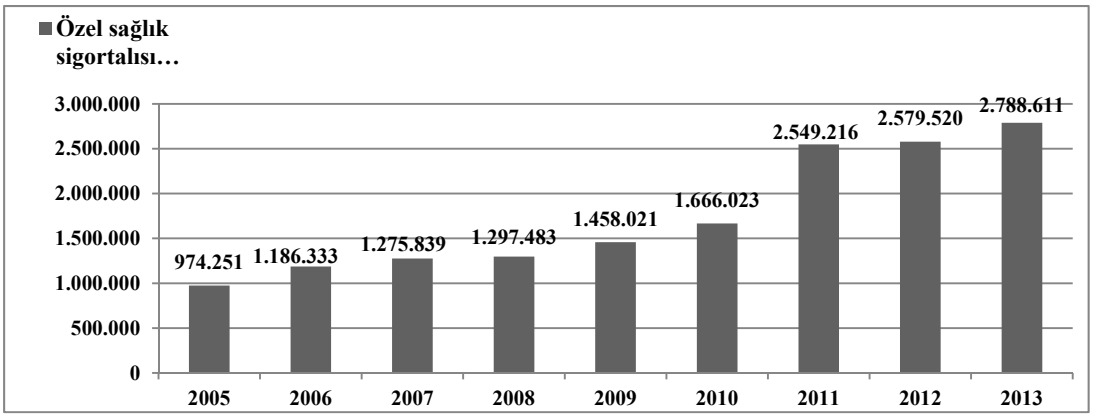
Günümüzde sosyal sağlık sigortasının sağladığı güvencenin düşük oluşu, özel sağlık sigortasının tamamlayıcı olmasını destekleyecek ortamı sağlamaktadır. Ancak mevcut özel sağlık sigortalarının etkin bir tamamlayıcı sosyal güvenlik kuruluşu özelliğine henüz ulaştığını savunmak da mümkün değildir (Alper,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

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

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

Teminat içeren hizmetlere göre özel sağlık sigortaları "yatarak tedavi teminatı" ve "ayakta tedavi teminatı" olarak ikiye ayrılmaktadır. Yatarak tedavi teminatı ameliyatlı ya da ameliyatsız, hastanın, hastanede yatarak aldığı gerekli ve zorunlu tüm tıbbi hizmet ve ambulans giderlerini kapsar. Ayakta tedavi teminatıysa muayeneden teşhise, küçük müdahalelerden tedavi ve ilaç giderlerine kadar tüm tıbbi hizmetleri içerir. Göz bozuklukları ve diş hastalıkları genelde teminat dışında tutulur. Ancak ek prim ödemesi yapılarak bu hizmetleri de sigorta şirketleri sağlayabilmektedir. Türkiye'de özel sağlık sigortası primleri standart olmayıp sigorta paketinin içeriğine, yaşa ve cinsiyete göre değişlik göstermektedir (Tunç ve Kıyak, 2015: 414). Türkiye'de özel sağlık sigortalı sayısında 2005 sonrasında yaklaşık üç katlık artış yaşanarak 2013'te üç milyona ulaşmıştır (Bkz. Şekil 1).

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



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

Sigortalı başına düşen prim ve kazanılmış prim üretimine bakıldığında, sigortalı sayısında üç katlık artışa karşılık, cari TL fiyatlarıyla neredeyse hiç artış yaşanmamıştır. Buna göre, sigortalı başına düşen prim üretimi 2005'te 820 TL iken 2013'te sadece 860 TL olmuş, kazanılmış prim düzeyinde ise 760 TL'den 823 TL'ye çıkmıştır. Sigortalı başına düşen hasarsa 644 TL'den 631 TL'ye inmiştir. Sektörel hacim düşük nitelikli ürün satımına bağlı olarak, sigortalı sayısındaki artışla kısmen gerçekleşmektedir (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1: Türkiye'de Özel Sağlık Sigorta Branşında Sigortalı Başına Prim Üretimi, Yüklenilen Hasarlar ve Hasar/Prim Oranlarının Gelişimi (2005-2013)

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

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

3. Özel Sağlık Sigortalarının Uluslararası Karşılaştırmalı Durumu

Özel sağlık sigortacılığı, küresel ölçekte önemli bir sektör konumundadır. Tek tek ülkelerle ilgili verilere ulaşılamamasına karşılık, 146 ülkeyi içeren ve dünya nüfusunun 6,8 milyarlık kısmına ulaşan ölçekte, 2014 için özel sağlık sigortaları kanalıyla gerçekleştirilen sağlık harcamaları 1,3 trilyon dolar olarak tespit edilmektedir. Söz konusu 6,8 milyarlık nüfus düşünüldüğünde, özel sağlık sigorta şirketlerince gerçekleştirilen kişi başına düşen sağlık harcamaları 188,9 dolara ulaşmaktadır. Yapılan harcamaların büyük bölümü ABD tarafından gerçekleştirilmiş ve 317,5 milyon kişi için 991 milyar dolar harcama yapılmıştır. Kalan 6,5 milyar kişi içinse 390 milyar dolarlık harcama yapılmıştır. Buna göre, ABD'nin küresel pazar payı %77'yken diğer 145 ülkede yapılan harcamalar %23'le sınırlıdır (Tablo 2).

Tablo 2: Küresel Ölçekte Özel Sağlık Sigortalarınca Gerçekleştirilen Sağlık Harcamaları, 2014

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

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

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

Türkiye'deki özel sağlık sigorta branşı 2004-14 arasında geçen on yılda AB'ye göre ciddi ilerleme kat etmiştir. Buna göre, poliçe sayısı 2013'te 2,8 milyon adedi aşmış, doğrudan prim hacmi 2014'te bir milyar Euro'u geçmiş ve penetrasyon oranı da binde 1,7'ye yaklaşmıştır. Türkiye'nin 2013'te poliçe adetinde AB'nin yüzde 5'ine yaklaştığı, yazılan doğrudan prim hacminde 2014'te binde 8,6'sına ulaştığı ve penetrasyon oranında aynı yıl AB'nin %21'ni aştığı görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Türk Özel Sağlık Sigorta Sektörünün AB ile Karşılaştırması (2004-2014, Cari Miktarlarla)

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

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

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

Türkiye'de yaşanan süratli artışta, AB'de daha geniş bir pazar yapısının varlığı etkilidir. Nitekim AB'deki şirket sayısında istikrarlı artış varken, şirket sayısı Türkiye'de 30-36 arasında sabitlenmiştir. Dolayısıyla pazara yeni şirket girişleri yerine mevcut şirketlerin Pazar hacmini genişletmesiyle oluşan oligopolistleşmiş bir piyasa yapısı vardır. Bu durum, şirket başına düşen poliçe ve prim hacimlerinde de ciddi artışa yol açmıştır. Şirket başına düşen poliçe sayısı 2004'te sekiz binken 2013'te on katlık artışla 80 bini aşmıştır. Prim üretiminde 2004'teki 7 milyon Euro'luk hacim de 2013'te 25 milyon Euro'yu zorlamıştır. AB'de ise 2004'te şirket başına düşen poliçe sayısı Türkiye'nin 11 katıyken, prim üretiminde 17 katlık hacme erişilmiştir. Bunun sonucunda 2013'te Türkiye'de şirket başına düşen poliçe hacmi AB'deki düzeyi aşmış, prim üretimindeyse yaklaşık 25 milyon Euro'luk hacimle %18'ine ulaşabilmiştir. Bu noktada dikkat çekense, poliçe sayısında AB'yi aşan hızda artış yaşansa da aynı hızın prim üretiminde gerçekleşemediğidir (Tablo 4).

Tablo 1: Şirket Başına Düşen Poliçe ve Prim Üretiminde Gelişim (2004-2013)

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

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

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

Türkiye'de özel sağlık sigortaları sağlık, hastalık ve seyahat sağlık olarak üç alt branşa ayrılmakta olup ağırlıklı olarak hayat dışı sigorta branşı uygulanmaktadır. Sağlık ve seyahat sağlık alt branşlarının yaklaşık 1,5'er milyonluk sözleşme adediyle birbirine yakın miktarda olduğu, hastalık alt branşının ise 100 bin civarında kaldığı görülmektedir. Buna karşılık prim üretiminde sağlık alt branşının 2,4 milyar TL'ye yaklaşılmasına karşılık seyahat sağlık

sigortasında 60 milyon TL ile sınırlı kalınmış, hastalık sigortasında da 21 milyon TL civarında prim üretimi gerçekleştirilebilmiştir. Harcamalar da prim üretimiyle örtüşmektedir. Buna göre sağlık alt branşında 1,5 milyar TL'yi zorlayan tazminat tutarı hastalık alt branşında 135 milyon TL, seyahat sağlık alt branşında da 5 milyon TL ile sınırlı kalmıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Hayat Dışı Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014

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

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

Hayat ana branşında yer alan özel sağlık sigortalarında özellikle sözleşme adetlerinde hayat dışı özel sağlık sigortalarına göre performans düşüktür. Buna göre hayat dışı ana branşta üç milyonu aşan sözleşme sayısı, hayat ana branşı için 27 binle sınırlıdır. Sigortalı sayısındaysa hayat dışı ana branşta 4,3 milyona ulaşan sigortalı sayısı hayat ana branşında 320 bin düzeyindedir. Buna ek olarak 420 miyon TL'lik prim üretimine karşılık ödenen tazminat da 318 milyon TL olarak gerçekleşmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Hayat Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014

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

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

Özel sağlık sigortaları toplamında sözleşme adeti 3,2 milyona, sigortalı sayısı ise 4,6 milyona ulaşmıştır. Kısa süreli taahhüt içeren seyahat sağlık sigortasında ise sözleşme adedi ve sigortalı sayısında suni bir artış vardır. Genelde yıllık olarak hesaplanan sağlık ve hastalık alt sigorta branşları toplamlarında sözleşme adedi 1,7 milyon ve sigortalı sayısı 3,2 milyon civarındadır.

Prim üretimi ve ödenen tazminatlar açısındansa seyahat sağlık sigortası alt branşının toplam hacim içerisinde sembolik ağırlığa sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla üç alt branş toplamına göre yaklaşık 4,3 milyar TL ve ödenen tazminatlarda da 1,9 milyar TL'lik gerçekleşme, seyahat sağlık sigortası alt branşı çıkartıldığında prim üretiminde 61 milyon TL'lik, ödenen tazminatlardaysa 5 milyon TL'lik bir azalışa yol açmaktadır (Tablo 7).

Tablo 2: Bütün Özel Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı, Prim ve Tazminat Miktarları-2014

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

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

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

Sözleşme başına düşen sigortalı sayısı, sigortalı başına düşen prim ve ödenen tazminatlar açısından hayat-hayat dışı ana ve alt branşlara göre sektör içi farklılaşma vardır. Buna göre, hayat dışı özel sağlık branşında sözleşme başına ortalama 1,36 sigortalı vardır. Sağlık alt branşında 1,7 olan sigortalı sayısı, hastalık ve seyahat alt branşlarında 1 kişiye kadar düşmektedir. Bu farklılığın sebebiyse sağlık alt branşının aksine hastalık alt branşında işveren ve diğer grup sigortalarının olmayışı, seyahat sağlık sigortasında ise son derece düşük ağırlığın varlığıdır. Sağlık alt branşı içerisinde işveren grup sigortasında sözleşme başına düşen sigortalı sayısı 6,4 kişiyken, diğer grup sigortasında bu sayı 47,7 kişiye kadar yükselmektedir.

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

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

Sözleşme ve sigortalı başına düşen tazminatlarsa şu şekilde gerçekleşmiştir: Hayat dışı sağlık branşında sözleşme başına düşen tazminat tutarı 511,3 TL, sigortalı başına tazminatsa 377,1 TL'dir. Alt branşlara göre sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcut olup sağlık alt

branşındaki sözleşme başına düşen tazminat tutarı 928,8 TL, hastalık alt branşında 1.340,4 TL ve seyahat sağlık sigortasında 3,4 TL'dir. Sigortalı başına ödenen tazminat tutarıysa sağlık alt branşında 539 TL, hastalık alt branşında 1.332,6 TL ve seyahat sağlık alt branşında 3,5 TL'dir.

Hayat dışı özel sağlık sigorta branşında, üç alt sigorta branşındaki farklılaşmada işveren ve diğer grup sigortalarının etkisi, sözleşme başına düşen sigortalı sayısı ile sözleşme ve sigortalı başına düşen primle benzerdir. Sağlık alt branşı içinde, işveren grup sigortalarında sözleşme başına düşen tazminat tutarı 6.544,3 TL'yken sigortalı başına tazminat tutarı 1.018 TL'dir. Diğer grup sigortalarında bu tutarlar sözleşme başına 3.005,3 TL'ye kadar çıkarken, sigortalı başına 62,9 TL düzeyinde kalmıştır.

Tablo 8: Hayat Dışı Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme, Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014

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

Kaynak: Tablo 5'e dayanarak hesaplanmıştır.

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

Hayat özel sağlık branşında sözleşme başına düşen prim üretimi 14.894 TL, sigortalı başına düşen prim üretimi 11.322 TL'dir. Alt branşlara göre bakıldığındaysa sektör ortalamasıyla ciddi farklılıklar mevcuttur. Sağlık alt branşında sözleşme başına düşen prim üretimi 17.302,1 TL iken, hastalık alt branşında 195,4 TL ve seyahat sağlık sigortasında 27 TL'dir. Sigortalı başına düşen prim üretiminde sağlık alt branşında 1.316,8 TL'lik, hastalık alt branşında 185,2 TL'lik, seyahat sağlık alt branşında ise 47,3 TL'lik tutar ile karşılaşılmaktadır.

Sözleşme ve sigortalı başına düşen ödenen tazminatlar incelendiğinde hayat sağlık branş ortalamasının sözleşme başına 11.322 TL, sigortalı başına tazminatınsa 993 TL olduğu

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

Tablo 9: Hayat Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014

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

Kaynak: Tablo 6'ya dayanarak hesaplanmıştır.

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

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

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

Tablo 10: Bütün Özel Sağlık Sigorta Branşında Alt Branşlara Göre Sözleşme ve Sigortalı Başına Düşen Prim ve Tazminat Miktarları-2014

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

Kaynak: Tablo 7'ye dayanarak hesaplanmıştır.

6. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarının Analizi

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

6.1. Analiz Modeli

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

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

6.2. Veri Tasarımı

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

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

Insurance Europe'taki prim üretimi ve yapılan ödemeler hacmi Euro cinsinden sunulduğundan, ham verilerin toplanmasını oluşturan ilk aşama sonrasında ikinci aşamada Dolar bazlı verilerin Euro'ya dönüştürülmesinde kur paritesinde IMF'den yararlanılmıştır. Böylece penetrasyon oranlarının elde edilmesinde Dünya Bankası'ndan alınan gelir ve servetle ilgili dolar bazlı verilerin Euro'ya çevrilerek ortak birime dönüşümü sağlanarak analizde kullanılan veriler türetilmiştir. Analizde kullanılan veriler oran cinsinden seviyeleri göstermiştir (Tablo 11).

Tablo11: Prim Penetrasyon Analizlerinde Kullanılan Değişkenler (2004 ve 2013)

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

Ekonomide sektörel ağırlığı tanımlamada penetrasyonlara dair analizlerde kullanılan göstergelerin ilk kısmı, yapılan ödemelerin gelir ve servet unsuru değişkenlere bölünmesiyle türetilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Ödeme Penetrasyon Analizlerinde Kullanılan Değişkenler (2004 ve 2013)

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

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

6.3. Yöntem

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

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

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

- $0{,}90 > KMO \leq 1$ => Olağanüstü
- $0{,}80 > KMO \leq 0{,}90$ => Çok iyi
- $0{,}70 > KMO \leq 0{,}80$ => İyi
- $0{,}60 > KMO \leq 0{,}70$ => Orta
- $0{,}50 \geq KMO \leq 0{,}60$ => Kötü
- $0{,}50 < KMO$ => Kabul edilemez

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

6.4. Özel Sağlık Sigortacılığıyla İlgili Literatür

Özel sigorta branşları içinde ticari (özel) sağlık sigortacılığıyla ilgili ulusal literatür oldukça sınırlıdır. Yüksek Öğretim Kurumu'nun tez merkezinde 1999-2008 arasında doktora düzeyinde beş tez hazırlanmış olup doktora tezlerinin ikisi işletme, ikisi halk sağlığı ve bir tanesi sağlık kurumları yönetimi alanlarındadır. Yüksek lisans tez çalışması olaraksa 1998-2015 arasında on üç çalışma yapılmıştır (Bkz. Ek Tablo 9).

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

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

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

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

6.5. Gelişmişlik Sıralamasına İlişkin Literatür

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

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

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

6.6. Bulgular

Prim penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2004 için yapılan asal bileşenler analizinde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %84,8 olup bu sonucun anlamı 23 gözlemli (ülke) analizde, örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testinde de istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Prim Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2004

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

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %90'ı aşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahiptir (Tablo 14).

Tablo 14: Prim Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2004

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

12	0,000	0,000	100,000
13	0,000	0,000	100,000
Yöntem: Asal Bileşenler Analizi.			

Asal bileşen skorları ile değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşenle korelasyonun %67 ve %75 ile orta düzeyde olduğu iki değişken dışında tümünde %92,9 ile %99,7 arasında gerçekleşmiştir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenler çok iyi düzeyde ilişkilidir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 15).

Tablo 15: Prim Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2004

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

Ödeme penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2004 için yapılan analizde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %82,1'dir. Bu sonucun anlamı 17 gözlemli analizde örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testinde de istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: Ödeme Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2004

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

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %90'ı aşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahiptir (Tablo 17).

Tablo 17: Ödeme Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2004

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

12	0,000	0,001	100,000
13	0,000	0,000	100,000
Yöntem: Asal Bileşenler Analizi.			

Asal bileşen skorlarıyla değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşenle korelasyonun %62 ve %74 ile orta düzeyde olduğu iki değişken dışında tümünde %95,6 ile %99,8 arasında gerçekleşmiştir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenler çok iyi düzeyde ilişkilidir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 18).

Tablo 18: Ödeme Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2004

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

Prim ve ödeme penetrasyonlarına göre Türkiye'nin 1. ABA skor büyüklüğüne göre gelişmişlik sırası prim penetrasyonunda 23 ülkede 13'üncü, ödeme penetrasyonunda 17 ülke içerisinde 11'incidir (Tablo 19).

Tablo19: Prim ve Ödeme Penetrasyonlarına Göre 1. ABA Skor ve Sıraları-2004

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

Prim penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2013 yılı için yapılan analizde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %89'dur. Bu sonucun anlamıysa 24 gözleme (ülkeye) dayanan analizde, örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testi istatistiksel anlamlılığı göstermektedir (Tablo 20).

Tablo 20: Prim Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2013

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

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %95'e ulaşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahip bulunmaktadır (Tablo 21).

Tablo 21: Prim Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2013

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

Asal bileşen skorları ile değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşen ile değişkenler arasında korelasyonun en düşük %84,1, en yüksek %99,8 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenler çok iyi düzeyde ilişkilidir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 22).

Tablo 22: Prim Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2013

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

Ödemeler penetrasyonlarına dayanarak oluşturulan göstergelere göre 2013 için analizde KMO örneklem yeterlilik ölçüsü %88,7 olarak bulunmuştur. Bu sonucun anlamı 20 gözleme (ülkeye) dayanan analizde, örneklem yeterliliğinin çok iyi seviyede olduğudur. Barlett küresellik testi istatistiksel anlamlılığı göstermektedir (Tablo 23).

Tablo 23: Ödeme Penetrasyon Analizi KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları-2013

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

Birinci asal bileşenin varyans açıklama oranı da %95'i aşarak değişken setini açıklamada oldukça yüksek ağırlığa sahip bulunmaktadır (Tablo 24).

Tablo 24: Ödeme Penetrasyon Analizinde Açıklanan Toplam Varyans Yüzdeleri-2013

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

Asal bileşen skorları ile değişkenler arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, 1. asal bileşen ile en düşük %88, en yüksek %99,8 oranında gerçekleştiği görülmektedir. Dolayısıyla 1. asal bileşen ile değişkenlerin çok iyi düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu da 1. asal bileşenin değişken setini kapsayan gösterge değişken olma özelliğini taşıdığını desteklemektedir (Tablo 25).

Tablo 25: Ödeme Penetrasyon Analizi Bileşen Matrisi-2013

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

Prim ve ödeme penetrasyonlarına göre 2013 için Türkiye'nin 1. ABA skor büyüklüklerine göre prim penetrasyonunda 23 ülkede 10'uncu, ödeme penetrasyonundaysa 20 ülke içerisinde 11'incidir (Tablo 26).

Tablo 26: Prim ve Ödeme Penetrasyonlarına Göre 1. ABA Skor ve Sıraları-2013

Ülkeler	Prim Penetrasyon ABA	Ödemeler Penetrasyon ABA		Ülkeler	Prim Penetrasyon ABA		Ödemeler Penetrasyon ABA	
	Skor	Sıra	Skor	Sıra		Skor	Sıra	Skor	Sıra
Avusturya	0,020	5	-0,163	6	Lüksemburg	-0,326	11	-0,401	12
Belçika	-0,185	9	-0,279	9	Hollanda	4,307	1	3,929	1
Bulgaristan	-0,408	16	…	…	Norveç	-0,349	12	-0,377	10
Hırvatistan	-0,416	17	-0,450	16	Polonya	-0,430	19	-0,486	19

Çek C.	-0,430	18	-0,485	18	Portekiz	-0,375	13	-0,421	14
Danimarka	-0,434	20	-0,461	17	Romanya	-0,484	23	-0,500	20
Finlandiya	-0,393	15	-0,419	13	Slovak C.	-0,509	24	…	…
Fransa	-0,082	7	-0,168	7	Slovenya	0,773	3	0,584	3
Almanya	0,676	4	0,856	2	İspanya	0,008	6	-0,088	5
Yunanistan	-0,484	22	…	…	İsviçre	0,847	2	0,400	4
Macaristan	-0,449	21	…	…	İngiltere	-0,172	8	-0,268	8
İtalya	-0,383	14	-0,424	15	**Türkiye**	**-0,323**	**10**	**-0,380**	**11**

7. Tartışma

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

Bu kapsamda sektörel penetrasyonların 2004 ve 2013 yıllarındaki durumu tartışılmadan önce 2004 sonrası dönemde özel sağlık sigorta sektöründe ödemeler ve prim üretimlerinde yaşanan gelişmelerin irdelenmesi önemlidir. Analize konu olan zaman diliminin başlangıcını oluşturan 2004'te sağlık sigorta branşında primlerin %26'sı reasürans şirketlerine devredilmiş ve ödemelerin %28'i reasürans şirketlerince karşılanmıştır. Reasüransların ağırlığı da 2000-2004 arasında hızla artmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2005: 36-37). 2006 yılına gelindiğinde hayat dışı sigorta branşı içerisindeki sağlık sigortası alt branşında teknik karlılık sürse de hayat sigorta branşı içerisinde yer alan sağlık sigorta alt branşında hasar/prim oranları %80'i aşmış, bunun sonucunda sağlık alt branşı toplamında teknik zarar verilmeye başlanmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2007: 33). Sağlık sigorta branşındaki hasar/prim oranı artışının sürmesiyle bu oran küresel finansal krizin yaşandığı 2008'e gelindiğinde %85,67'ye kadar çıkmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2009a: 11). 2008 ve 2009 yıllarında ödemelerdeki artışın prim üretiminin üzerinde gerçekleşmesi, 2009'da da teknik zarar verilmesini beraberinde getirmiştir (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2010: 36). Prim artışlarının ödemeler ve faaliyet giderlerinin üzerinde yükselişi ve reasürans şirketlerine devredilen prim paylarındaki azalış, beraberinde 2009 ve 2010 yıllarında gerçekleşen teknik zararın 2011'den itibaren teknik kâra dönüşmesini beraberinde getirmiştir (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2012: 37). 2011-15 arasındaki beş yıllık dönemde kazanılmış prim üretiminin yapılan ödemeleri aşmasıyla (tazminat ve giderler) sektörel karlılığın yükselmesi sağlanmıştır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, 2016: 38).

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

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

Özel sağlık sigorta şirket yöneticilerine yönelik yapılan anket bulgularında en çok hizmet alınan sağlık kuruluşlarının özel sağlık kuruluşları olduğu tüm denek yöneticilerce ifade edilmiştir (Şenalp, 2008: 131). Ancak Kıraç Ergüler (2001: 70)'in gerçekleştirdiği anket çalışmasında, özel sağlık sigortalısı için özel sağlık kurumlarınca verilen tıbbi bakım hizmetlerinde sigortadan hak edilmeyen para almaya yönelik suistimallerin yaygınlığı tespit edilirken, ertesi sene sigortalının ödeyeceği prim miktarını arttırıcı etkisi sebebiyle sigortalıların özel sigorta yaptırmaktan vazgeçmesine yol açacağına dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla özel sağlık sigorta şirketleri ile özel sağlık hizmet sunucusu kuruluşların suiistimal sorununu aşması gerekmektedir. Belki de son dönemlerde özel hastane zincirlerinin aynı zamanda özel sağlık sigorta şirketi sahibi olmaya yönelmelerinde suiistimal sorunu etkili olabilir.

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

Sonuç

Türkiye'de özel sağlık sigortaları branş öncesi ve branş sonrası olarak iki dönemde incelenmektedir. Buna göre sektörün bağımsız branş olduğu 1990 öncesinde, özellikle kaza sigortaları içerisinde yer almıştır. Özel sağlık sigortaları bağımsız branş sonrası dönemde gelişim göstermişse de AB'nin genel düzeyinde penetrasyon oranına henüz ulaşamamıştır. Cumhuriyet sonrası dönemde oluşturulan yasal düzenlemeler ve devlet desteğinin de sektörün canlanmasını sağlamada yetersiz kaldığı söylenebilir.

Özel sağlık sigorta sektöründe penetrasyonlar açısından AB ile uluslararası mukayeseye gidildiğinde bulgular, Türkiye'de AB içerisinde 2004 ve 2013 yılları arasında ciddi bir iyileşme yaşandığını desteklemektedir. Türkiye, prim penetrasyonu sıralamasında on üçüncülükten onunculuğa yükselmiştir. Ancak ödemeler penetrasyonunda ciddi bir ilerleme görülmemiştir.

Sınırlayıcı ve geliştirici etkenler bir arada düşünüldüğünde, GSS'nin varlığı kısıtlayıcı konumdadır. Düşük teminat içerikli poliçelerin satılabilmesi için GSS'yi tamamlayıcı nitelikte ürün yelpazesinin oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Düşük teminat içerikli GSS'yi tamamlayıcı nitelikli ürün yelpazesinin oluşturulması durumunda, özel sağlık sigortaları Türk Sağlık Sistemi içerisinde ağırlıklı unsur olma potansiyeline sahiptir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının özel sağlık kuruluşlarıyla (özel hastane, görüntüleme ve laboratuvar merkezleri, muayenehaneler vb.) koordineli olan çalışma yapısı, özel sağlık sektörünün bütün olarak gelişimine katkı sağlayacaktır. Böylece hem kamunun üzerindeki teminat yükünün hafifletilmesine katkı sağlanacak hem de sektörel genişlemeyle birlikte bütün olarak özel sağlık sektöründe artacak gelir, kamuya daha yüksek vergi aktarımı imkânı oluşturacaktır. Bu da sağlık sistemi kaynaklı kamusal yükün azalarak diğer sosyal yardım ve sosyal hizmet uygulamalarına kamusal fon aktarımı olanağını yükselteceği için toplum nezdinde sosyal faydada belirgin bir artışın yaşanmasını destekleyecektir.

Buna ek olarak Türk Sağlık Sistemi'nde basamaklı sevk zincirine yönelinmesi, sağlık hizmet alımında bekleme sürelerini arttırıcı niteliğe sahiptir. Özel sağlık sigortalarının sektör içerisinde ağırlık kazanması ile birlikte sevk zincirinin neden olduğu sağlık hizmet alımındaki bekleme sürelerinin azalması mümkün olduğu için hizmet alım kalitesinde belirgin bir yükseliş yaşanabilecektir. Ancak unutulmaması gereken temel nokta, sosyal devlet olmanın temel şartını oluşturan sosyal refahın temininde özel sağlık sigortalarının temel finansman sağlayıcı kurum olarak kabul edilmemesi gereğidir. Sosyal devlette özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortalarının tamamlayıcısı konumunda olmalıdır.

Kaynakça

- Afşar, Aslı, Türkiye'de Sağlık Sigortası Opsiyon Sözleşmelerinin Uygulanabilmesine Yönelik Bir Model Önerisi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1999.
- Akın, Ayşe ve Korkut Ersoy, 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış, TÜSİAD yayınları, İstanbul, 2012.
- Alan, Makbule, Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
- Albayrak, Ali Sait, Osman Karamustafa, Filiz Savaş ve Gökhan Rahmi Baki, "Türkiye'de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin 2012 Yılı Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması", Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, C. 11, S. 1, 2015, s. 1-19.
- Albayrak, Ali Sait, Şeref Kalaycı ve Abdülmecid Karataş, "Türkiye'de Coğrafi Bölgelere Göre İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Temel Bileşenler Analiziyle İncelenmesi", Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, C. 9, S. 2, 2004, s. 101-130.
- Albayrak, Ali Sait, Türkiye'de İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle İncelenmesi, İKV, İstanbul 2005.
- Alper, Yusuf, Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sosyal Sigortalar Hukuku, Dora Yayıncılık, Güncellenmiş 7. Baskı, Bursa 2015.
- Atlı, Hakkı, Özel Sağlık Sigortacılığında Aşırı Kullanımların Boyutu ve Nedenlerini Belirlemeye Yönelik Bir Saha Araştırması, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve

Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

- Çiftçi, Murat, Sosyal Politika Oluşturmada Referans Gösterge Olarak Bölgesel Gelişmişlik Endeksleri: Temsil Gücü Sorunları ve Alternatif Endeks Önerileri, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, ÇEEİ Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 2011.
- Dalkılıç, Nilüfer, "Türkiye'de Hayat Dışı Sigortacılık Sektöründe Etkinlik Analizi", Muhasebe ve Finansman Dergisi, S. 55, 2012, s. 71-90.
- Daştan, İlker ve Volkan Çetinkaya, "Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması", Sosyal Güvenlik Dergisi, C. 5, S. 1, 2015, s. 104-134.
- Deloitte ve Yased, Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, İstanbul 2012.
- Demiray Erol, Ece, "Türkiye ve Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Karşılaştırmalı Analizi", Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, C. 5, S. 1, 2013, s. 198-208.
- Dinçer, Bülent ve Metin Özaslan, İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2004), DPT, Ankara, 2004.
- Dinçer, Bülent, Metin Özaslan ve Erdoğan Satılmış, İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, DPT, Ankara, 1996.
- Dinçer, Bülent, Metin Özaslan ve Taner Kavasoğlu, İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (2003), DPT, Ankara, 2003.
- Duyuk, Gürkan, Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ, 2015.
- Eraydın, Kıvılcım, Erhan Gül, Bora Çevik ve Eren Demir, 2005 ve 2010 Verileriyle Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırması, Türkiye İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü, 2012.
- Erol, Hatice ve Abdullah Özdemir, "Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, C. 1, S. 4, 2014, s. 9-34.
- Gezgin, Ruhsan, Tedavi Edici Hizmet Sunumunda SSK Ve Özel Sağlık Sigortasının Sağlık Harcama Giderleri Yönünden Karşılaştırılması ve Özel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmet Kullanımı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2003.
- Gül, H. Erhan ve Bora Çevik, 2010 ve 2012 Verileriyle Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırması, Türkiye İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü, 2014.
- IMF, Exchange Rate Selected Indicators, https://data.imf.org/regular.aspx?key=60998108, Erişim: 15/06/2016.
- Insurance Europe, European Insurance in Figures, 2014 Data, http://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20in%20Figures%20-%202014%20data_0.pdf Erişim: 20.09.2016.

- Insurance Europe, European Insurance in Figures, 2014 Data, http://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20in%20Figures%20-%202014%20data_0.pdf, Erişim: 20.09.2016.
- Insurance Europe, Health Insurance, http://www.insuranceeurope.eu/european-insurance-industry-database, Erişim: 09/09/2016.
- Kıraç Ergüler, Gülin, İstanbul'daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının, Anlaşmalı Kurumlarından Beklentileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.
- Kırımlı, Gül, Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı, yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
- Koçkaya, Güvenç, Kağan Atikeler, ve Fatma Betül Yenilmez "Türkiye Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi", Sosyal Güvence Dergisi, C. 5, S. 9, 2016, s. 82-101.
- Orhan, Ece, Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Orhaner, Emine, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, S. 1, 2006, s. 1-22.
- Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı, TR83 Bölgesi İlçeleri Sosyo Ekonomik Gelişmişlik Endeksi, 2014.
- Önder, Mustafa Erkut, Ersan Ersoy ve Korhan Karacaoğlu, "Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", Uluslararası İş, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi, C. 1, S. 1, 2016, s. 23-36.
- Özdamar, Kazım, Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-2 (Çok Değişkenli Analiz), 5. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir 2004.
- Özsarı, Salih Haluk, Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2003.
- Şenalp, Vural, Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2008.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu (2015), Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2014, Ankara.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2004, Ankara, 2005.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2009, Ankara, 2010.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2011, Ankara, 2012.

- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurumu, Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2006, Ankara, 2007.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, 2008 Yılı Sigortacılık Sektörü Piyasa Analiz Raporu, Ankara, 2009.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması (SEGE-2011), Ankara, 2013.
- Tapan, Birkan, Selin Alıcı, Nurdan Yıldırım ve Albena Gayef, "Özel sağlık sigorta şirketlerinin genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliği konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi", İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, C. 1, S. 2, 2015, s. 55-86.
- Tatar, Mehtap, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, C. 1, Sayı:1, 2011, s. 103-133.
- Tatlıdil, Hüseyin, Uygulamalı Çok Değişkenli İstatiksel Analiz, Engin Yayınları, Ankara, 1992.
- Ticaret Kanunu, RG. 28.06.1926 ve 865 Sayı.
- Tokuç, Burcu, Özel Sağlık Sigortacılığı ve Halk Sağlığı, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yayınlanmamış Doktora Tezi, Edirne, 2004.
- Tunç, Orhan ve Mithat Kıyak, "Türkiye ve Avrupa'da Özel Sağlık Sigortaları", Journal of Economics Finance and Accounting C. 2, No. 3, 2015, s. 409-426.
- Türkiye Sigorta Birliği, http://tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909, Erişim: 10.09.2016.
- Üstün, Alparslan, Tarım Kesimine Yönelik Hayat ve Sağlık Sigortası: Tokat İli Örneği, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2011.
- Varoğlu, F. Özge, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye'deki Gelişim Süreci", Sosyal Güvence Dergisi, S. 3, 2013, s. 20-40.
- WHO, Global Health Expenditure Database, http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en, Erişim: 19.09.2016.
- World Bank, World Development Indicators, http://databank.worldbank.org/data/download/WDI_excel.zip, Erişim: 14/06/2016.
- Yiğit, Filiz, Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
- YÖK Tez Merkezi, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp, Erişim: 14.05.2017.
- Yücel, Emel ve Yıldırım Beyazıt Önal, "Özel Hastanelerde Finansal Sıkıntı ve Yeniden Yapılandırma Adana İlinde Bir Uygulama", Sosyal Güvenlik Dergisi, C. 5, S. 2, 2015, s. 88-123.
- Zengin, Hacer, Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.

Ekler: İstatistik Uygulamalarında Kullanılan Veriler ve YÖK Veri Tabanından Tespit Edilen Doktora ve Yüksek Lisans Tez Çalışmaları

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

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

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

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

Ülkeler	Prim Üretim Hacmi × 1000 /				
	Brüt sermaye hacmi	Yurtiçi yatırımlar	Net ulusal yatırımlar	Hane halkı harcamaları	Yurtiçi şirketlerin pazar kapitalizasyonu
Avusturya	25,32	22,60	64,53	11,28	20,86
Belçika	12,57	10,40	29,98	5,57	3,84
Bulgaristan	0,001	0,002	0,008	0,000	0,002
Hırvatistan	1,97	2,53	6,29	0,90	2,06
Çek C.	0,83	0,81	5,06	0,50	1,08
Danimarka	0,65	0,52	1,62	0,30	0,23
Finlandiya	2,81	2,21	5,39	1,30	0,69
Fransa	17,99	17,49	62,44	7,16	5,34
Almanya	66,74	52,82	195,54	22,24	30,12
Yunanistan	0,11	0,17	0,71	0,04	0,05
Macaristan	0,22	0,26	3,60	0,11	0,22

İtalya	5,64	5,49	20,93	2,02	2,72
Lüksemburg	3,76	1,81	5,67	2,22	0,57
Hollanda	77,62	56,12	129,83	32,80	19,39
Norveç	8,87	5,52	9,90	4,33	3,59
Polonya	0,90	1,03	13,72	0,29	0,66
Portekiz	10,29	15,63	-251,65	3,92	6,70
Romanya	0,19	0,30	-1,33	0,07	0,32
Slovenya	39,79	41,91	154,26	21,01	40,55
İspanya	17,73	20,48	59,24	8,80	5,80
İsviçre	82,92	58,55	123,75	30,75	8,47
İngiltere	13,98	16,52	118,21	3,98	2,09
Türkiye	4,12	4,76	9,28	1,12	3,18

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

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

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

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

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

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

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

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

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

İsviçre	2349,25	64,04	22,84	40,61	127,41	95,89	71,73	199,85
İngiltere	520,60	16,97	4,63	8,04	26,21	18,90	13,94	42,89
Türkiye	19,82	6,20	2,54	3,14	13,87	9,70	6,65	25,21

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

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

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

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

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

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

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

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

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

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

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

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

Hesaplamada yararlanılan kaynaklar:

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

Ek Tablo 9: YÖK Veri Tabanında Tespit Edilen İlgili Doktora ve Yüksek Lisans Tez Çalışmaları

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

Kaynak: YÖK Tez Merkezi, https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp, Erişim: 14.05.2017.