

**ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ ÜZERİNDE  
MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN ETKİSİ**

**BEYZANUR TOPAL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. OĞUZ KARA**

**Düzce, 2024**



**ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ ÜZERİNDE  
MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN ETKİSİ**

**BEYZANUR TOPAL**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN DOÇ. DR. OĞUZ KARA**

**DÜZCE, 2024**

**T.C.**  
**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ ÜZERİNDE**  
**MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN ETKİSİ**

Beyzanur TOPAL tarafından hazırlanan tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK**

**LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

**Tez Danışmanı**

Doç. Dr. Oğuz KARA

Düzce Üniversitesi

**Jüri Üyeleri**

Doç. Dr. Oğuz KARA

Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Ferhat PEHLİVANOĞLU

Kocaeli Üniversitesi

Dr. Öğr. Dilek ŞAHİN

Düzce Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 05/04/2024

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05.04.2024

A large, light gray watermark of the name 'BEYZANUR TOPAL' is visible in the background of the page. The letters are stylized and composed of multiple parallel lines.

Beyzanur TOPAL

## TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanma sürecinde gösterdiği her türlü destek ve yardımdan dolayı çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Oğuz KARA'ya en içten dileklerle teşekkür ederim.

Yaşamımın her anında desteğini ve fedakârlığını hissettiğim, varlıklarından güç aldığım, bugünlere gelmemi sağlayan canım babam Eyüp TOPAL'a canım annem Elmas TOPAL'a, çok sevdiğim kardeşlerim Enes, Eren ve Erdem TOPAL'a verdikleri yürekten destek için teşekkür ederim.

Bana verdiği destek ile her zaman motive olmamı sağlayan, çalışmam boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Merve KAYA'ya ve Burcu YILMAZ'a teşekkür ederim.

05.04.2024

# İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ .....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	XII
KISALTMALAR .....	XIII
ÖZET .....	XV
ABSTRACT.....	XVI
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### BELİRSİZLİK, RİSK VE SİGORTA KAVRAMI

1.1 BELİRSİZLİK.....	3
1.1.1 Belirsizlik Kavramı .....	3
1.1.2 Belirsizlik Türleri .....	4
1.1.3 Belirsizliğin Ölçülmesi.....	5
1.1.3.1. Ekonomik ve Finansal Göstergelerin Oynaklığına Dayalı Ölçütler .....	5
1.1.3.2. Ankete Dayalı Ölçütler .....	6
1.1.3.3. Ekonomik Politika Belirsizliği Endeksleri (Haberlere Dayalı Endeksler)6	
1.1.3.4. Temel Bileşen Analiziyle Oluşturulan Ölçütler. ....	6
1.1.4 Belirsizlik Altında Karar Alma.....	6
1.2 RİSK .....	8
1.2.1 Risk Kavramı.....	9
1.2.2 Risk Tercihi ve Riskten Kaçınma .....	9
1.2.3 Risk Çeşitleri.....	11
1.2.3.1 Sistematik Risk .....	11
1.2.3.2 Sistematik Olmayan Risk .....	14
1.2.4 Risk Karşısında Tutum ve Ölçme Sorunu .....	14
1.3 BELİRSİZLİK VE RİSK ARASINDAKİ FARK .....	16
1.4 SİGORTA TANIMI.....	17
1.4.1 Sigorta Sözleşmesinin Tarafları .....	17
1.4.2 Sigortanın Amacı.....	18
1.4.3 Sigortanın Önemi.....	19
1.4.4 Sigortanın Kapsamı.....	19

<b>1.4.6 Sigortacılık Endüstrisinin Sosyal ve Ekonomik İşlevleri.....</b>	<b>22</b>
1.4.6.1 Sigortacılık Endüstrisinin Ekonomik Yönlü İşlevleri.....	22
1.4.6.2. Sigortacılık Endüstrisinin Sosyal Yönlü İşlevleri .....	23
<b>1.4.7 Sigortanın Tarihi Gelişimi.....</b>	<b>24</b>

## İKİNCİ BÖLÜM

### ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

<b>2.1 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI: TANIM VE KAVRAMSAL SORUNLAR ..</b>	<b>27</b>
<b>2.2 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ AMACI VE FAYDALARI .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI DÜZENLEMELERİNİN SINIFLANDIRMASI .....</b>	<b>31</b>
2.3.1 Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası .....	32
2.3.2 Destekleyici Özel Sağlık Sigortası .....	32
2.3.3 İkame Edici Özel Sağlık Sigortası.....	32
<b>2.4 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDA POLİÇE TÜRLERİ .....</b>	<b>33</b>
2.4.1 Bireysel (Ferdî) Özel Sağlık Sigortası.....	33
2.4.2 Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası.....	34
<b>2.5 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDA TEMİNATLAR .....</b>	<b>35</b>
2.5.1 Ayakta Tedavi Teminatları .....	36
2.5.2 Yatarak Tedavi Teminatları.....	38
2.5.3 İlave Teminatlar .....	39
2.5.4 Yurtdışı Tedavi Teminatı.....	40
2.5.5 Teminat Kapsamı Dışında Kalan Haller .....	41
<b>2.6 SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ FİNANSMANI.....</b>	<b>42</b>
<b>2.7 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ PRİMLENDİRMESİ.....</b>	<b>46</b>
<b>2.8 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ VERGİSEL BOYUTU ve MUHASEBELEŞTİRİLMESİ.....</b>	<b>47</b>
<b>2.9 LİTERATÜR TARAMASI .....</b>	<b>49</b>

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### VERİ SETİ VE YÖNTEM

<b>3.1 VERİ SETİ.....</b>	<b>56</b>
<b>3.2 YÖNTEM.....</b>	<b>60</b>
3.2.1. Zaman Serileri ve Durağanlık.....	60
3.2.2. Birim Kök Testleri.....	61

<b>3.2.3. Eşbütünleşme Analizleri .....</b>	<b>63</b>
3.2.3.1. <i>Johansen Eşbütünleşme Testi</i> .....	63
3.2.3.1.1. Vektör Hata Düzeltme Modeli (VECM).....	65
3.2.3.1.2. Etki-Tepki Analizi.....	66
3.2.3.1.3. Varyans Ayrıştırması .....	66
3.2.3.1.4. Granger Nedensellik Testi.....	66
3.2.3.2. <i>ARDL Sınır Testi Yaklaşımı</i> .....	67
3.2.3.2.1. Sınır (Bound) Testi.....	67
3.2.3.2.2. ARDL Modeline Dayalı Uzun Dönem Katsayıları .....	70
3.2.3.2.3. CUSUM ve CUSUMSQ Test Sonuçları U .....	70

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ İLE MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN İLİŞKİSİ**

<b>4.1 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERLERİ (RPDEG) İLE BORSA İSTANBUL ENDEKSİ (BIST) ARASINDAKİ İLİŞKİ .....</b>	<b>72</b>
<b>4.2 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERLERİ (RPDEG) İLE CARİ AÇIK (CA) ARASINDAKİ İLİŞKİ .....</b>	<b>75</b>
<b>4.3 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE DOLAR KURU (DOLAR) ARASINDAKİ İLİŞKİ .....</b>	<b>78</b>
<b>4.4 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE MEVDUAT FAİZ ORANI (MFO) ARASINDAKİ İLİŞKİ .....</b>	<b>81</b>
<b>4.5 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE TÜKETİCİ FİYAT ENDEKSİ (TUFE) ARASINDAKİ İLİŞKİ.....</b>	<b>84</b>
<b>4.6 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE SANAYİ ÜRETİM ENDEKSİ (SUE) ARASINDAKİ İLİŞKİ .....</b>	<b>86</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>90</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>94</b>

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1: OECD Ülkelerinin GSYİH'daki Sağlık Hizmetleri Payı.....	29
Tablo 2.2: Özel Sağlık Sigortasının Sınıflandırılması .....	31
Tablo 2.3: Özel Sağlık Sigortası Branşlarının Prim Değerleri .....	36
Tablo 2.4: 2022 Yılı Özel Sağlık Sigortasının Kişi Başına Düşen ABD Doları .....	46
Tablo 3.1: Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin Yıllık Prim Değerleri.....	57
Tablo 3.2: İsim Değişikliğine Uğrayan Özel Sigorta Şirketleri.....	59
Tablo 3.3: Değişken Tanımları .....	60
Tablo 4.1: Çoklu Regresyon Analiz Sonucu .....	71
Tablo 4.2: Birim Kök Testi Sonuçları .....	72
Tablo 4.3: ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri) .....	73
Tablo 4.4: Sınır Testi Sonuçları.....	74
Tablo 4.5: Uzun Dönem Denklem Sonucu.....	74
Tablo 4.6: Kısa Dönem Denklem Sonucu .....	74
Tablo 4.7: Güvenilirlik Test Sonuçları (Dirençli Parametre Tahminleri) .....	76
Tablo 4.8: Sınır Testi Sonuçları.....	77
Tablo 4.9: Uzun Dönem Denklem Tablosu .....	77
Tablo 4.10: Kısa Dönem Denklem Tablosu .....	77
Tablo 4.11: ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri) .....	79
Tablo 4.12: Sınır Testi Sonuçları.....	80
Tablo 4.13: Uzun Dönem Denklem Sonucu.....	80
Tablo 4.14: Kısa Dönem Denklem Sonucu .....	80
Tablo 4.15: ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri) .....	82
Tablo 4.16: Sınır Testi Sonuçları.....	83
Tablo 4.17: Uzun Dönem Denklem Sonucu.....	83
Tablo 4.18: Kısa Dönem Denklem Sonucu .....	83

Tablo 4.19: ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri) .....	85
Tablo 4.20: Sınır Testi Sonuçları .....	85
Tablo 4.21: Uzun Dönem Denklem Sonucu .....	85
Tablo 4.22: Kısa Dönem Denklem Sonucu .....	86
Tablo 4.23: Johansen Eşbütünleşme Testi .....	87
Tablo 4.24: Granger Nedensellik Testi .....	87
Tablo 4.25: Varyans Ayrıştırma Tablosu. ....	88
Tablo 4.26: Varyans Ayrıştırma Tablosu. ....	88



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Risk Bileşenleri .....	11
Şekil 1.2: Riskin Önemi ve Meydana Gelme Olasılığı.....	15
Şekil 2.1: Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, 2019 (Veya En Yakın Yıl) .....	30
Şekil 4.1: ARDL Modeli İçin Uygun Gecikme Uzunluğu .....	73
Şekil 4.2: Cusum Testleri.....	75
Şekil 4.3: Akaike Bilgi Kriterleri.....	76
Şekil 4.4:Cusum Testleri.....	78
Şekil 4.5: Akaike Bilgi Kriterleri.....	79
Şekil 4.6: Cusum Testleri.....	81
Şekil 4.7: Akaike Bilgi Kriterleri.....	82
Şekil 4.8: Cusum Testleri.....	83
Şekil 4.9: Akaike Bilgi Kriterleri.....	84
Şekil 4.10: Cusum Testleri.....	86
Şekil 4.11: Etki-Tepki Analizi .....	87

## KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADF	Dickey ve Fuller (Birim Kök Testi)
AIC	Akaike Bilgi Kriteri
ARCH	Otoregressif Koşullu Değişen Varyans Modeli
ARDL	Gecikmesi Dağıtılmış Otoregresif Sınır Testi
BES	Bireysel Emeklilik Sistemi
BİST	Borsa İstanbul
CA	Cari Açık
CDP	Carbon Disclosure Project (Karbon Saydamlık Projesi)
EVDS	Elektronik Veri Dağıtım Sistemi
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HE	Hayat ve Emeklilik Sigorta Şirketi
HD	Hayat Dışı Sigorta Şirketleri
M.	Madde
MFO	Mevduat Faiz Oranı
M.Ö.	Milattan Önce
RPDEG	Ortalama Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri
STD	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme
SUE	Sanayi Üretim Endeksi
TBA	Temel Bileşen Analizi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCMB	Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası
TDK	Türk Dil Kurumu
TL	Türk Lirası
TSB	Türkiye Sigortalar Birliği

TTK	Türk Ticaret Kanunu
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
Vb.	Ve benzeri
VNM Yaklaşımı	Von Neumann ve Morgenstern Yaklaşımı
YY.	Yüz Yıl



## ÖZET

# ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ ÜZERİNDE MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN ETKİSİ

TOPAL, Beyzanur

Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Tez Danışman: Doç. Dr. Oğuz KARA

Mart 2024, 111 sayfa

Özel sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve mali risklerini azaltmak için önemli bir araç olarak kabul edilir. Genellikle devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu veya kapsamının dar olduğu durumlarda tercih edilir. Özel sağlık sigortası kamu sağlık harcamalarının genel kamu giderleri içerisindeki payını azaltarak sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı sağlar. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine destek olur. Bazı makroekonomik göstergeler, bireylerin özel sağlık sigortası yapma eğilimini artırabilir veya azaltabilir. Ekonomik istikrarsızlık dönemlerinde gelir kaybı yaşayan insanların özel sağlık sigortası primlerini olumsuz yönde etkilemesi beklenir. Bu çalışmada makroekonomik göstergelerin özel sağlık sigortası prim değerleri üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada 2015-2023 dönemini kapsayan aylık olarak ifade edilen ikincil veri seti kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak 25 özel sağlık sigorta hizmeti veren işletmelerin aylık reel prim değeri kullanılmıştır. Özel sağlık sigorta prim değerine etki ettiği düşünülen makro büyüklükler ise BİST 100 endeksi, cari açık, döviz kuru, mevduat faiz oranı, sanayi üretim endeksi ve TÜFE endeksidir. Çalışmada zaman serileri analizlerinden yararlanılmıştır. Her bir makro büyüklüğün özel sağlık sigortası prim değeri ile ilişkisi Johansen ve ARDL eşbütünleşme metodolojisi kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre özel sağlık sigortası ile BİST endeksi arasında; özel sağlık sigortası ile cari açık arasında; özel sağlık sigortası ile dolar kuru arasında; özel sağlık sigortası ile mevduat faiz oranı arasında; özel sağlık sigortası ile sanayi üretim endeksi arasında ve özel sağlık sigortası ile TÜFE arasında eşbütünleşme ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sigorta, Özel Sağlık Sigortası, Belirsizlik, Risk,

## **ABSTRACT**

### **THE IMPACT OF MACROECONOMIC INDICATORS ON PRIVATE HEALTH INSURANCE PREMIUMS**

Topal, Beyzanur

Master Degree, Department of Health Management

Assoc. Dr. Oğuz KARA

March 2024, 111 Pages

Private health insurance is considered an important tool to facilitate individuals' access to healthcare services and reduce financial risks. It is often preferred in situations where the healthcare services provided by the state are inadequate or limited in scope. Private health insurance contributes to the financing of healthcare services by reducing the share of public healthcare expenditures in total public expenditures. It supports the sustainability of healthcare services by improving the quality of healthcare services. Some macroeconomic indicators may increase or decrease individuals' tendency to purchase private health insurance. It is expected that economic instability periods will negatively affect the private health insurance premiums of individuals experiencing income loss. The aim of this study is to determine the effects of macroeconomic indicators on private health insurance premium values. The study uses secondary data covering the period from 2015 to 2023, expressed on a monthly basis. The monthly real premium value of 25 businesses providing private health insurance services is used as the dependent variable. The macro magnitudes considered to affect private health insurance premiums are BIST 100 index, current account deficit, exchange rate, deposit interest rate, industrial production index, and CPI index. Time series analyses are utilized in the study. The relationship between each macro magnitude and private health insurance premium value is analyzed using the Johansen and ARDL cointegration methodology. The results indicate cointegration relationships between private health insurance and the BIST index, private health insurance and the current account deficit, private health insurance and the exchange rate, private health insurance and the deposit interest rate, private health insurance and the industrial production index, and private health insurance and the CPI.

**Keywords:** Insurance, Private Health Insurance, Uncertainty, Risk,

## GİRİŞ

Hastalık ve kaza gibi risklere ve bunların oluşturacağı ekonomik sonuçlarına karşı bireylerin önlem alma gayesiyle ortaya çıkan özel sağlık sigortacılığının sigortacılık sektörü içerisindeki önemi giderek artmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden özel sağlık sigorta şirketleri aracılığıyla yararlanabileceği bir sigorta türüdür. Genellikle kamu sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu veya kişilerin daha hızlı ve daha geniş bir sağlık hizmeti almak istediği durumlarda tercih edilmektedir. Sağlık bakım maliyetlerinin yüksek olması, özel hastanelerin piyasaya girmek istemeleri, sosyal güvenlik sistemlerinin beklentileri karşılayamaması, sağlık sorunların ve tedavi yöntemlerinin giderek artması, zaman kaybını önleme isteği ve finansal gelir düzeyi yüksek olan gurupların varlığı özel sağlık sigortası sisteminin oluşmasına neden olmuştur.

Gelişmiş olan ülkelerde, özel sağlık sigortası oldukça yaygındır ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini önemli ölçüde desteklemektedir. Özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin yükünü hafifletmektedir. Özel sağlık sigorta sisteminin yaygınlaşması sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırarak bireylerin daha iyi sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır. Diğer yandan sağlık sigorta primleri yoluyla toplanan kaynaklar ülkelerin yatırım ve kalkınması için fon kaynağı oluşturmaktadır. Uzun vadeli fonlar sayesinde sigorta şirketleri, ekonomisi gelişmiş ülkelerde sermaye piyasalarının en güçlü aktörlerinden birisi konumundadır.

Özel sağlık sigortasının payının giderek arttığı sigorta sektörü, yurt içi tasarrufları harekete geçirerek ulusal ekonomiler üzerinde önemli bir etki yaratabilir. Sigorta, birikmiş sermayeyi üretken yatırımlara dönüştürülmesine aracılık eder. Sigorta ayrıca ekonomik kayıpların azaltılmasını, finansal istikrarın sağlanmasını ve sürdürülebilir ekonomik büyüme ve kalkınma ile sonuçlanan ticari ve finansal aktiviteleri teşvik eder. Sigorta belirsizlik ve risk olgusunu azalttığı için ekonomik aktörlerin tasarruf ve yatırımlarını planlamalarına yardımcı olur.

Bireylerin özel sağlık sigortacılığına yönelik eğilimleri oldukça karmaşık ve çok yönlüdür. Özel sağlık sigortacılığını etkileyen önemli parametrelerden birisi de ekonomik koşullardır. Makroekonomik göstergelerin iyileşmesi ya da ekonomik istikrarın bozulması bireylerin özel sağlık sigortacılığına yönelimlerini etkilemektedir. Ekonomik istikrarın olduğu dönemlerde sigorta şirketleri topladığı fonları daha üretken araçlara yönlendirebilmektedir. Bunun aksine ekonomik istikrarsızlığın olduğu dönemlerde sigorta olgusu risk ve belirsizliği azalttığından ekonomik aktörlerin tercih sebebi de olabilmektedir. Bu tez çalışmanın temel motivasyonu makroekonomik göstergelerin özel sağlık sigorta prim değerleri üzerindeki etkisini ele alınan zaman periyodundan hareketle belirlemektir. Bu mala 2015-2023 dönemini kapsayacak şekilde Türkiye'de faaliyet gösteren ve özel sağlık sigortası hizmeti sunan 25 sigorta şirketi analize dâhil edilmiştir. Bu sigorta şirketlerinin topladığı özel sağlık sigorta primlerinin makroekonomik göstergelerle ilişkisi zaman serileri analiz yöntemleri kullanılarak incelenmiştir.

Çalışmanın ilk bölümünde risk ve belirsizlik kavramları ele alınmıştır. Risk ve belirsizlik altında sigorta kavramının oluşumu ve sigortacılığın rasyonalitesi tartışılmıştır. İkinci bölümde özel sağlık sigortacılığının gelişimi, önemi, kapsamı ve sigorta sektöründeki yeri ele alınmıştır. Özel sağlık sigortacılığının ekonomik aktivitelerle ilişkisi belirlenmiştir. Ayrıca zel sağlık sigortacılığının ekonomik büyüklüklerle olan ilişkisine yönelik olarak kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Analiz bölümünde seçilmiş her bir makro byklgn özel sağlık sigortası prim değerleri ile olan ilişkisi Johansen ve ARDL eşbütünleşme metodolojisi kullanılarak incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar literatür çalışmaları ile kıyaslanarak tartışılmıştır. Son olarak analiz sonuçlarından ve literatür bulgularından hareketle politika yapıcılarına uygulanabilir somut öneriler geliştirilmiştir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## BELİRSİZLİK, RİSK VE SİGORTA KAVRAMI

### 1.1 BELİRSİZLİK

Belirsizlik geçmişten günümüze sıkça tartışılan bir kavramdır. Karar birimlerinin karar alma süreçlerini etkileyen belirsizlik birçok farklı disiplin tarafından dikkate alınmaktadır. Belirsizlik kavramının ekonomi alanında önem kazanması ise 1921 yılında Knight ve Keynes tarafından ele alınan “Risk, Belirsizlik ve Kar” ve “Olasılık Üzerine İnceleme” adlı çalışmalarıyla hız kazanmıştır (Gürgün, 2020: 23). Belirsizlik kavramı, kapsamı, ölçümü ve belirsizlik türleri aşağıda kısaca incelenmiştir.

#### 1.1.1 Belirsizlik Kavramı

Belirsizlik kavramı terminolojisi ve sınıflandırılması açısından üzerinde uzlaşmamış bir kavramdır (İğdeli ve Sever, 2018: 1). Genel olarak belirsizlik kavramı bir durum hakkında verilecek kararın tam olarak verilememiş olmasıdır. Bu durumun ana nedenleri olarak konu hakkında eksik bilgi, oluşacak koşullar hakkında ön bilginin var olmayışı, hedeflerin belirsizliği ve benzeri birçok neden sıralanabilir (Wang, 2018: 690). Belirsizlik kavramı birçok disiplinin ilgisini çekmiştir. Her bilim dalı kendi bakış açısına uygun olacak şekilde belirsizlik kavramını tanımlama çabasına girmiştir. Aşağıda bu tanımlamalara kısaca yer verilmiştir.

İktisadi anlamda belirsizlik ise; eksiksiz ilerleyen mekanizmanın yaşadığı sapma veya sebep-sonuç ilişkisi içerisinde yaşanan aksaklıklar sonucu oluşan bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Usta, 2023: 6). Finans alanında belirsizlik, hisse senetleri, tahviller ve banka banoları, değerli yatırım araçları gibi menkul kıymetlerin getirisinin gerçekleşme olasılığının tam olarak bilinmemesidir (Dalgıç, 2004: 5). Yönetimde belirsizlik, örgütlerin çalkantılı ve öngörülemez özellikleri varsayımı altında kurumların iç ve dış hedefleri konusunda netliğin mevcut olmama durumunu ifade etmektedir (Bush, 2006: 15). Matematikte belirsizlik, bir olayın veya durumun tam olarak öngörülememesi durumunu ifade eder. Olasılık teorisi, istatistik ve belirsizlik teorisi gibi alanlar, matematiksel olarak belirsizlik üzerine odaklanır. Sağlık alanında belirsizlik, hastalıkla ilgili hadiselerin anlamını belirlemedeki yetersizlik olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun bireyin hastalıkla ilgili olayları bilişsel şema

oluşturmada başarısız olması durumunda ortaya çıktığını savunmaktadır (Padilla ve diğ., 1992: 155-156).

### **1.1.2 Belirsizlik Türleri**

Belirsizlik kavramı karar alma süreçlerindeki bilgilerin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (Li ve Yu, 2016: 251). Bu nedenle belirsizlik türleri belirlenirken birçok farklı bakış açısı ortaya konulmaktadır.

Funtowicz ve Ravetz (1990) çalışmalarında belirsizliği teknik, metodolojik ve epistemolojik olarak kategorize etmişlerdir. Teknik belirsizlik varyans veya deneysel rastgele hatada olduğu gibi belirsizliğin en basit biçimini, kesin olmamasını ifade etmektedir. Metodolojik belirsizlik, belirli bir alanda bilimin yetersiz kalmasını ifade etmektedir. Epistemolojik belirsizlik ise bilginin yetersiz olması ile ifade edilmektedir (Funtowicz ve Ravetz, 1990: 23-25).

Bordia ve diğ. (2004) çalışmalarında belirsizliği özelde bireysel belirsizlik, genelde ise örgütsel belirsizlik ve stratejik belirsizlik olarak sınıflandırmıştır. Özelde bireysel belirsizliği, süreç içerisindeki iletişim yetersizliği olarak tanımlamıştır. Genelde örgütsel belirsizliği ise örgütsel değişim sürecinde ve değişimin sonuçlarına ilişkin belirsizlik olarak tanımlamışlardır. Stratejik belirsizlik ise rekabetçilik ihtiyacı ile çalışanların fiziksel ve psikolojik güçlendirilmesi ihtiyacının belirsiz ve eksik bırakılmasını ifade edilmektedir (Bordia vd. 2004: 345-365).

Bradley ve Drechsler (2014) çalışmalarında belirsizlik üç temel biçimde ayırmıştır. Bunlar modal, ampirik ve normatiftir. Modal belirsizlik, mümkün olan veya mümkün olma ihtimali olabileceğine ilişkin belirsizlik olarak ifade edilmektedir. Olasılık yargılarımızla beraber ortaya çıkmaktadır. Akla yatkın, mantıksal olan, uygulanması mümkün olan yargılarımız ile ilgilidir. Ampirik belirsizlik, durumun ne olduğuna (olmuş veya olacağına) ilişkin belirsizliktir. Betimleyici yargılarımızdan ortaya çıkmaktadır. Normatif belirsizlik ise neyin arzu edilen veya olması gerektiği konusundaki belirsizliği ifade edilmektedir. Değerlendirici yargılarımızla ilgilidir. Normatif belirsizliğin diğer belirsizlik durumları ortadan kaldırılsa dahi var olabileceğini ileri sürülmektedir (Bradley ve Drechsler, 2014: 1229-1230).

Han ve diğ. (2020) çalışmalarında, belirsizliği iki farklı türe ayırmışlardır. Bunlar epistemik belirsizlik ve rastgele belirsizliktir. Bu belirsizlik türleri içsel ve dışsal faktörlerden etkilenmektedir. Epistemik belirsizlik bilgi eksikliğini ifade etmekte ve bu

durum azaltıldığı takdirde risk düzeyinin de azalacağı ifade edilmektedir. Epistemik belirsizlik veri belirsizliği ve tanım belirsizliği olarak ikiye ayrılmaktadır. Veri belirsizliği bazı temel bilgilerin ve verilerin yetersizliği nedeniyle bilinmemesi anlamına gelmektedir. Tanımlama belirsizliği ise bazı bilgilerin bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Rastgele belirsizlikler ise olayların gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine ilişkin belirsizliği ifade etmektedir (Han ve diğ., 2020: 271-272).

Knight (1921) “Risk, Belirsizlik ve Kâr” başlıklı çalışmasında risk ve belirsizlik tanımları, onun bilinmeyen sonuçlara ilişkin üç katlı sınıflandırma yapmaktadır. Knight'ın üç katlı sınıflandırması ilk olarak zar atmada olduğu gibi tündengelim yoluyla türetilen bir olayın mantıksal olarak incelenmesinden yola çıkmaktadır (LeRoy ve Singell, 1987: 397-398). İkinci olarak hayat sigortasında olduğu gibi göreceli frekansların deneysel değerlendirilmesiyle üretilen istatistiksel olasılıklar yani kısaca bilginin deney ve tecrübe ile harmanlanmış halidir. Üçüncü durum ise örnekleri sınıflandırmak için hiçbir geçerli temelin bulunmadığı durumlardır. Bu üç durum, Knight'ın belirsizlik durumunu olasılıklar içerisinde hesaplayamadığı durumlarda kullanılmıştır. (LeRoy ve Singell, 1987: 397-398).

### **1.1.3 Belirsizliğin Ölçülmesi**

Belirsizlik ölçülmesi belirsizlik kavramının incelendiği alana göre farklılık göstermektedir (Aksoy ve Şahin, 2009: 27). Belirsizlik tek bir parametre yerine çok sayıda parametre kullanılarak ölçülmeye çalışılmıştır. Genel olarak belirsizliğin ölçülmesinin karmaşık bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Belirsizlik ölçütlerinin birçok çalışmada dört temel grupta toplandığı görülmektedir (Gürgün, 2020: 26-30; Özmen ve Arıkan, 2022: 756).

#### *1.1.3.1. Ekonomik ve Finansal Göstergelerin Oynaklığına Dayalı Ölçütler*

Ekonomik ve finansal oynaklık seviyesinin yüksek olduğu zamanlarda “bilinmeyen bilinmeyenler” içermesi sebebiyle belirsizlik olgusu ortaya çıkmaktadır. Belirsizliğin mevcut olduğu durumda yeni haberlerin ve yeni bilgilerin normal zamana göre daha fazla takip edilmesi ve bu durum sonucunda finansal pazarın hacminin yükselişe geçmesi ve bu durumun oynaklığı tetiklemektedir (Gürgün, 2020: 27-28). Oynaklığın yayılımı, yatırımcılar açısından büyük bir öneme sahiptir. Ekonomik ve finansal açıdan oynaklığın ölçülmesinde Otoresif Koşullu Değişen Varyans (ARCH) modelleri ve türevlerinin kullanıldığı görülmektedir (Değirmenci ve Abdioğlu, 2017: 105).

### *1.1.3.2. Ankete Dayalı Ölçütler*

Bir diğer belirsizlik ölçüm yöntemi “ankete dayalı” ölçütlerdir. Bu yöntemde belirsizlikle ilgili olan bazı kavramların (belirsizlik, beklenen durum, beklenen durum hatası, beklenen uyumsuzluğu ve doğrudan olan kavramlar) mevcut olduğu anket soruları vasıtasıyla ölçülmektedir (Abel ve diğ., 2016: 534). Anket çalışmalarında tahminlerin dağılımı ne kadar fazla ise katılımcıların arasında o kadar farklılıkların mevcut olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında farklı fikirlerin ortaya çıkması belirsizliğin artışı yansıtmaktadır. Bütünlüğü bulunmamasından dolayı ise ülkeler arasında karşılaştırma yapılamamaktadır (Özmen ve Arıkan, 2022: 757). Ankete dayalı ölçütlerin istatistiksel formüllerle derecelendirildikleri görülmektedir.

### *1.1.3.3. Ekonomik Politika Belirsizliği Endeksleri (Haberlere Dayalı Endeksler)*

Ekonomik politika belirsizliği endeksleri özellikle küresel kriz meydana geldikten sonra kullanılan belirsizlik ölçütleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bu yöntem haberlere dayalı belirsizlik olgusunu yansıttığı düşüncesi ile oluşturulmaktadır. Seçilen kelimelerin ileride ekonomik açıdan beklentileri tam anlamıyla gözler önüne seremeyeceği açık değildir. Haber kaynaklarının az sayıda anahtar sözcük barındırmasından dolayı seçilen sözcüklerin hassasiyeti konusunda sorunlar oluşmaktadır. Ayrıca tahmin uyumsuzluğu bileşeni, sadece politikadaki belirsizlik neden ile değil diğer birçok faktör tarafından da düşüş gösterebilmektedir (Gürgün, 2020: 30). Son yıllarda ise bu belirsizlik yöntemi sıklıkla kullanılmaktadır (İlgin, 2022: 458).

### *1.1.3.4. Temel Bileşen Analiziyle Oluşturulan Ölçütler.*

Temel Bileşen Analizi (TBA) yöntemi bir dizi göstergenin ortak olan değişkenler ile ölçülmesini sağlamaktadır (Gürgün, 2020: 30-31). Bu ölçüt açıklanan varyansı maksimum yapmayı veya korelasyonları minimum yapmayı amaçlamaktadır. Temel bileşen analizi yönteminin asli amacı her bir bileşen için maksimum varyansı ortaya çıkarmaktır (Karaman ve diğ., 2017: 1175 ; Saygın, 2018: 15; Göktaş ve İşçi, 2010: 285)

## **1.1.4 Belirsizlik Altında Karar Alma**

Karar birimleri birçok durumda dinamik olarak kararlar almak durumundadır (Rue ve Byars, 2003:68). Karar verme en yalın anlatımıyla “seçenekler arasında bir tanesinin seçilmesi” olarak tanımlanabilmektedir (Daft ve Marcic 2004: 272). Karar verme faaliyetinin özellikleri ise şu şekilde tanımlanabilmektedir; (Sağır, 2006: 10-13)

- Karar verme işlemi geleceğe yönelik ve öngörüye dayanmaktadır.
- Karar verme psikolojik etkenlere ve maddi yapıya bağlıdır.
- Karar verme süreci etkinlik ve rasyonelliğe dayanır.
- Karar bir tür planlama ve geleceğe bakarak planlanmaktadır.
- Karar verebilme belli bir davranış özgürlüğüne ve otoriteyi bağlıdır.
- Karar alternatif yollar doğurur.
- Karar verebilme bir sorun çözme sürecidir.
- Kararın verilmesi ve uygulanması bir zaman süresi gerektirmektedir.
- Kararın verme diğer alternatiften vaz geçilmesinden dolayı pahalıdır.

Ünal ve Atılğan 2007 çalışmalarında karar vermenin beş farklı başlık altında değerlendirmişlerdir. Bu kararın ortaya çıkma sürecinde etkileyen etmenler ise ortaya çıkması beklenen olaylara göre yapılmakta ve karar veren bireylerin olaylar hakkında sahip oldukları bilgi derecesini yansıtmaktadır. Olaylar ve bu olayların gerçekleşme ihtimali arasındaki ilişkinin ayrımı şu şekildedir; (Ünal ve Atılğan, 2007: 258).

- Belirlilik halinde karar verme: Belirlilik halinde karar verme süreci, karar verme süreçleri arasında en kolay karar verme yöntemidir. Çünkü karar verme sürecinde hiçbir koşul şans ihtimalini barındırmamaktadır.
- Risk halinde karar verme: Karar verme problemlerinde problemin ölçülebilmesi durumunda benimsenen stratejiye bağlı kalarak verilen kararın oluşturacağı risklerin ölçülebilmesi anlamını taşımaktadır.
- Belirsizlik halinde karar verme: Ortaya çıkma ihtimali olan olayların gerçekleşme ihtimalinin tam olarak belirlenemediği, gerçekleşen olayların iyi veya kötü sonuçlarının analizlerinin yapılmasının zorunlu olduğu durumlara “belirsizlik altında karar verme” adı verilmektedir. Belirsizlik halinde karar verme sürecinde tecrübe, olaylar hakkında yeni bilgilere sahip olma ve karar ölçütlerinin uygun olarak belirlenmesinden geçmektedir. Belirsizlik altında karar vermek için başlıca karar ölçütleri şunlardır; (Karaca, 2011: 12 ve Ünal ve Atılğan, 2007: 259)
  - İyimserlik (Maximax) Ölçütü: Olaylar içerisinde karar alma sürecinde en karlı durum ve en az maliyetin tercih edilmesi durumudur. Bu karar düzeyinde maliyetler göz önünde tutulmaktadır (Özcan ve Külahlı, 2020: 35).

- Kötümserlik (Maximin) Ölçütü: Bu yaklaşım Maximax'ın tam karşılığı olarak denk gelmektedir. Bu yaklaşım tarzına göre karar verme durumunda en kötü senaryo esas alınmaktadır (Aydın, 2019: 31).
- Hurwitz'in Genelleştirilmiş İyimserlik Ölçütü: Hurwitz karar verme durumunda bireylerin en iyi tabloyu ya da en kötü tabloyu esas almamaları gerektiğini savunmaktadır (Kara, 2013: 28).
- Laplace Eşit Olasılık Ölçütü: Karar alternatiflerinin, farklı alternatifler ile değerlerinin eşit derecede ağırlık ortalamaları ile kıyaslanarak karar verilmesi sürecidir (Prakash ve diğ., 2014: 13).
- Pişmanlık (Savage) Ölçütü: Karar veren bireyin olayların tam olarak gerçekleşmesi halinde tüm verilere sahip olması ile seçilen durum arasında karşılaştırma yaparak karar verme durumudur (Karaca, 2011: 18).
- Kısmi Bilgi Halinde Karar Verme: Olayların oluşma ihtimalinin yalnızca dağılımının ve istatistiksel bazı verilerin (ortalama, mod, medyan) bilinmesi halinde karar verme sürecidir.
- Oyun Teorisi: Oyun kuramı rekabet halinde karar verme sürecinin matematiksel yaklaşımıdır. Bu yaklaşım ilk olarak John Von Neumann tarafından 1944 yılında yayınlanan “ The Theory of Games and Economic Behavior” adlı çalışması ile ortaya çıkmıştır (Genç ve Kadah, 2018: 421).

## 1.2 RİSK

Risk, uygulanan faaliyetlerin içerdiği belirsizliği ifade eder. Risk, hem olumsuz (kayıp veya zarar) hem de olumlu (kazanç veya fırsat) etkileri olan belirsiz bir durumdur. Risk, gelecek ile ilgili belirsiz bir olay veya durumdur. Risk yönetiminin amacı bu belirsizliğin meydana getirebileceği sonuçları kontrol edebilmektir. Bunun için risk faktörlerinin belirlenmesi ve analizinin yapılması gerekir. Riskin doğru bir şekilde ölçülmesi, doğru veriler ve etkili analiz yöntemleri ile mümkündür. Risk ölçümü, olasılık ve etkinin birleşimini değerlendirir. Risk değerlendirmesi ve ölçümü, belirsizliklerin neden olduğu potansiyel kayıpları ve etkileri ölçme sürecini içerir.

### 1.2.1 Risk Kavramı

Risk Fransızca kökenli bir kelimedir. Kelimenin temeli “riziko” dur. Rizikonun kelime anlamı zarara uğrama tehlikesidir (Özbilgin, 2012: 88). Risk kavramı tüm alanlarda sıklıkla kullanılmaktadır. Waters (2011) çalışmasında, riski “olması durumunda güzel olmayan kötü sonuçlar oluşturan faktörler” şeklinde tanımlamıştır. Risk aynı zamanda yatırımcıların yatırımlarının zarara uğraması, yöneticilerin yaptığı planları bozacak durumların oluşması, kişinin hastalanması gibi durumları da ifade etmektedir (Waters, 2011: 1). Cline (2015) çalışmasında riski, “göz ardı edilemeyecek kadar büyük zararlara neden olma durumu” olarak tanımlamaktadır (Cline, 2015: 1). Delamater ve diğ. 2018’de ise risk, “fiziksel, duygusal, finansal vb. durumlarda kaybedilme olasılığı” olarak tanımlamışlardır (Delamater ve diğ., 2018: 238).

Risk tanımlarından hareketle risk kavramının kendine özgü birkaç özelliği mevcuttur. Bu özellikler aşağıda ifade edilmiştir (Gülay, 2021: 11-12).

- Risk kavramı kişinin fiziki koşullar, sosyal koşullar veya ekonomik koşullar altında bir tehdidin varlığından söz edilebilir olmalıdır.
- Risk geçmişte gerçekleşen olaylar zinciriyle ilişkilendirilemez.
- Risk gelecekte olması muhtemel ya da olabilme ihtimali olan olaylar üzerine değerlendirilir.
- Risk doğal yollardan meydana gelmelidir ve kişilerin müdahalesi ile oluşamaz.
- Risk sayısal olarak hesaplanıyor olmalıdır.
- Sayısal olarak hesaplanabilen riskin para cinsinden bir karşılığı olmalıdır yani oluşan zarar para cinsinden hesaplanabilir olmalıdır.

Bu çalışmanın ana konusunu oluşturan sağlık ve sigorta çerçevesinde risk kavramı değerlendirildiğinde sağlık açısından risk hastalanma, hırpalanma veya zarara uğrama olasılığı olarak tanımlanabilir (Özyurt, 2014: 31). Sigortacı açısından risk kavramı incelendiğinde ise sigortalının teminat altına alınmasını istediği olayın sigorta yaptıran bireye zarar verme olasılığı olarak tanımlanmaktadır (Eygi, 2006: 3).

### 1.2.2 Risk Tercihi ve Riskten Kaçınma

Risk tercihleri uygulandığı alana göre farklılık göstermektedir. Ekonomik risk almak isteyen bireylerin önlerinde var olan fırsatları kâra çevirmek için belirli riskler almaları gerekmektedir. Kâr için şirketlerin büyük yatırım yapmaları gerektirmektedir. Bu durum

devamında bazı riskleri de beraberinde getirmektedir. Yapılan yatırım sonucunda işletme iflas edebilir ancak bu duruma karşın şirketlerin beklenen kâra sahip olması olasılığı yani kâra geçme ihtimalide mevcuttur. Şirket sahibi öznel faydayı, riskin negatif etkilerine tercih edebilir. Bu bakış açısı ekonomik risk tercihini açıklamaktadır (Yolusever, 2018: 9).

Drucker (1996) çalışmasında en iyi olanı tercih etmek için dört ölçek belirlemiştir, bunlar; riskin derecesi, tercihin ekonomik olması, zamanlama ve kullanılacak kaynakların sınırlanması olarak belirlemiştir. Riskin derecelendirilmesi durumunda verilen kararın oluşturacağı kazançlar kadar oluşturulacağı kayıplarında hesaplanması gerekmektedir. Tercihin ekonomik olması yani, tercihin en az maliyet ve emek harcanarak tercih edilmesi durumunu ifade etmektedir. Zamanlama, verilecek kararın en kısa sürede tercih edilmesidir. Son olarak kaynakların sınırlanması yani kaynakların minimum düzeyde uygulanmasıdır (Drucker, 1996: 389-390).

Kârın arttığı durumlarda riskten kaçınmada önemli bir artış gözükmemektedir yani risk aramada bir azalma meydana gelmektedir. Açık arttırmada yapılan aşırı teklifler, bazı yatırımcıları riskten kaçınmaya, bazı yatırımcı ise daha derin kararlar almaya itmiştir. Çünkü yapılan aşırı yüksek tekliflerin, kâr olarak daha az getiri eğilimi mevcuttur (Holt ve Laury, 2002: 1644).

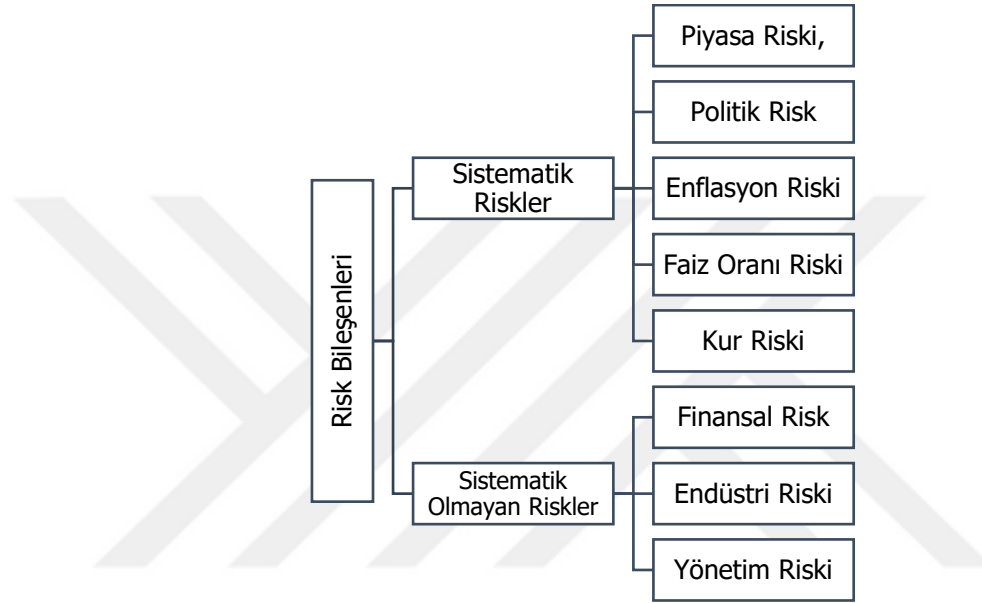
Risk tercihi aynı zamanda bireysel özellik taşımaktadır. Risk alınacağı durumlarda karar alıcı, risk almaktan hoşlanan bir birey ise eylemlerini ona göre tercih edecektir. Risk algısı bireyin risk eğiliminden etkilenmekte, risk eğilimi de bireyin risk tercihi ile belirlenmektedir (Erdem, 2001: 45).

Risk karşılaşıldığı durumlarda, akıl ve deneyimlerle tepki gösterilmektedir. Geleneksel tepki olarak sezgi, risklerden kurtulmakta etkili olamamaktadır. Başarı sağlanması amacı ile risklerin önceden tahmin edilmesi, gerçekleşmesi durumunda zararın tespiti ve kaybın süresi belirlenmeli ve bu durumda oluşabilecek fırsatların belirlenmesi gerekmektedir (Acuner 2006: 1-6).

Risk yönetimi, belirsizlikleri ve riskleri belirleme, analiz etme ve sonrasında bu risklere karşı stratejiler oluşturma sürecidir. Risk yönetimi, belirsizlikleri ve riskleri minimize etmek için uygun stratejiler ve planlar oluşturmayı içermektedir. Riskten korunmak için iyi bir risk yönetimi belirlenmelidir. Bu durum için öncelikle risk durumu net bir şekilde anlaşılmalıdır (Gül, 2015: 32-35).

### 1.2.3 Risk Çeşitleri

Risk düzeyini düşürmek için riskin türü ve şiddetini belirlemesi gerekmektedir (Tanrıöven ve Aksoy, 2011: 120). Risk faktörleri iki sınıfta incelenmektedir; sistematik riskler ve sistematik olmayan riskler. Sistematik risk satın alma gücü riski, faiz oranı riski, piyasa riski, kur riski, kredi riski ve likidite riski olarak sınıflandırılırken sistematik olmayan risk ise finansal risk, yönetim riski ve endüstri riski olarak sınıflandırılmaktadır (Aydın, 2015: 33).



Şekil 1.1: Risk Bileşenleri

(Kaynak: Usta ve Demireli 2010: 27)

#### 1.2.3.1 Sistematik Risk

Firmaların denetimi dışında ve bütün firmaları etkileyen riskler sistematik risk olarak adlandırılmaktadır. Sistematik risk firmaları farklı ağırlıkta fakat aynı doğrultuda etkilemektedir. Firmalar aynı doğrultuda etkilendikleri için sistematik risk ortadan kaldırılamamaktadır (Aydın, 2015: 33-35). Risk birçok faktörden etkilenmektedir bunların bazıları ekonomik, politik ve diğer çevre şartlarıdır.

*Ekonomik risk:* Ekonomideki fiyatların genel olarak belirsizlik ve piyasa bozulmalarından kaynaklanan oynaklığın, firmaların yatırım kararları üzerindeki olumsuzluk olarak ifade edilmektedir. Ekonomik risk, yatırımcıların yaptıkları yatırımdan beklenen kârın büyük ölçüde etkilendiği değişikliklerdir. Bu durumda ekonomik risk faktörleri enflasyon, büyüme, döviz kuru vb. temel ekonomik göstergelerin büyük değişikliklere uğraması olarak ifade edilmektedir. Ekonomik risk,

firmaların yatırımlardan beledikleri kârlarda, ekonomik koşullardan meydana gelen büyük aksaklıklar şeklinde de tanımlanabilmektedir (Aydın, 2015: 62). Aynı zamanda risk ekonomik politikaların hedeflerinde var olan (mali, parasal, uluslararası, servet dağılımı veya yaratılması) olayların zarar etmesi veya ülkenin kendi kaynaklarından meydana gelen (örneğin kaynakların tükenmesi, endüstrinin gerilemesi, demografik değişim) avantajlarını yitirmesi de ekonomik risk olarak atfedilebilmektedir. Bu durumda her iki durum içinde politik risk söz konusu olduğundan birçok zaman ekonomik risk ve politik risk örtüşmektedir (Meldrum, 2000: 3).

*Politik risk:* Hükümet değişikliğine ile birlikte finansal kurumlarda oluşan değişimlerden kaynaklanan risk türüdür (Acar, 2021: 35). Politik risk ulusal veya uluslararası siyasi koşullardaki değişimlerin hisse senetleri üzerinde yarattığı dengesizlikler olarak ortaya çıkmaktadır (Çam, 2010: 9-10). Politik risk, ev sahibi ülkelerin politik durumunu birçok makroekonomik değişken kapsamında ölçülmesini sağlamaktadır. Politik risk hükümetlerin istikrarını, sosyoekonomik durumunu, yatırım profilini, iç ve dış karışıklık durumunu, yolsuzluk durumunu, askeri yapıya siyasi müdahale durumunu, dini ve etnik gerginliği, hukuk yapısını, demokratik hesap verilebilirliğini ve bürokrasinin kalitesini göz önünde bulundurarak değerlendirmektedir (Meldrum, 2000: 3). Fitzpatrick (1983) çalışmasında politik riski dört başlık altında değerlendirmiştir, Bunlar:

1. İktidarın politik hareketlerine bağlı olmak.
2. Politik koşullar ve bazı sektörlerde ortaya çıkan politik hadiseler.
3. Derin bir şekilde çevre etkisi.
4. Genel olarak riskin çevre bakışı ile ele alınması ve politik risk görüşünün detaylı bir şekilde tanımlanmadan politik riskin incelenmesidir (Fitzpatrick, 1983: 249-250)

*Ülke riski:* Ülkelerin ekonomik, politik ve finans ile ilgili dış yükümlülüklerini zamanında yapmaması olarak tanımlamaktadır (Ampleford ve diğ., 2001: 1). Aynı zamanda risk durumu ülkelerin ekonomik politikalarında var olan hedeflerinin ülke içinde negatif etki yaratması dolayısıyla karşılaştırmalı avantajını düşürmektedir (Gül, 2015: 29).

*Piyasa Riski:* Varlık ve yükümlülüklerin değişimi yani ticari amaçlarla kullanılması esnasında döviz kurunda, faiz hadlerinde ve varlık fiyatlarında meydana gelen değişim

nedeniyle ortaya çıkan riski ifade edilmektedir (Ertürk, 2010: 66). Finansal piyasalarda nedene bağlı veya bağlı olmadan fiyatlarda büyük dalgalanmalar oluşmaktadır. Piyasalarda oluşan fiyat dalgalanmaları yatırım yapanlar üzerinde olumsuz piyasa riski oluşturmaktadır. Firmaların kontrol edemediği piyasa riskleri piyasalarda fiyat dalgalanmalarına neden olmaktadır. Piyasalarda fiyat dalgalanmalarına neden olan etkenler politik nedenler, beklenti dışında var olan savaşlar, ülkeler seçim zamanı olması vb. olarak ifade edilebilmektedir (Bağcıoğlu, 2020: 6-7). Piyasada meydana gelen olumsuz haberler, olumlu olan haberlere oranla daha fazla etki yaratmaktadır. Bu durum yatırımcılar üzerinde çarpan etkisi yaratmakla beraber risk seviyesini de yükseltmektedir (Yıldız, 2016: 102).

*Enflasyon Riski:* Yüksek enflasyona sahip olan ülkelerde fiyatlar olması gerekenden daha hızlı bir artışla yükselmekte, paranın satın alma gücünde meydana gelen azalış ile yatırımların verimliliğinde azalış meydana gelmektedir. Enflasyon belirsizdir ve yatırımları negatif etkilemektedir. Yatırımcılar enflasyon riskini her zaman göz önünde bulundururlar. Yatırımlardan elde edecekleri kar ancak enflasyonun üzerindeyse reel olarak bir kazanç sağlamaktadırlar (Usta ve Demireli 2010: 27-28).

*Faiz Oranı Riski:* Faiz oranlarındaki değişimlerle beraber banka bilançosunun piyasadaki değeri ve bu bilançodan beklenen kar değişimi olarak tanımlanabilmektedir. Faiz oranı değişimleri bankaları olumsuz etkilemektedir. Faiz oranındaki değişimler nedeniyle bankalar gelir kaybı, özkaynakta azalma, nakit akışında azalma, planlanan nakit girişinde azalma gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Faiz riski bankaların gelirleri ile doğru orantılı olduğu için faiz riskindeki artışlar gelirden negatif etkiye neden olmaktadır (Aslan, 2009: 34).

*Kur Riski:* Yabancı para birimlerinin veya yükümlülüklerinin değerlerinde oluşan değişimlerin ekonomik birimler üzerindeki zararlarını ifade etmektedir (Ertürk, 2010: 67). Aynı zamanda ekonomik anlamda kur riskinde meydana gelen değişimler sonucunda yurt dışındaki yatırımın veya işletmelerin kar veya zarar miktarları olarak da tanımlanabilmektedir (Arslan, 2005: 82). Kur dengesindeki artış, ülkelerin ödeme dengelerinde meydana gelen aksaklıklar sonucu ortaya çıkan enflasyon türüdür (Usta ve Demireli, 2010: 28).

### 1.2.3.2 Sistematiik Olmayan Risk

Sistematiik olmayan riskler ekonomik birimlerin kendi iç dinamiklerinden kaynaklanan riskler olarak tanımlanabilmektedir (Büberkökü, 2016: 36). Bu riskler, finansal risk, endüstri riski ve yönetim riski olarak sıralanabilmektedir.

*Finansal Risk:* Bir ülkenin yurt dışı (resmi, ticari ve finansal ) borçlarını ödeyebilme durumundaki risklerdir. Finansal risk, dış borç/GSYİH, dış borç servisi/ihracat gibi dış borç göstergelerini, ithalata ödenen net likidite ve döviz kuru istikrarı gibi makro değişimleri göstermektedir (Meldrum, 2000: 3). Bir ülkede firmaların karı ve/veya borç ödemelerinde dengesizlik yaşanması finansal riski beraberinde getirmektedir. Finansal risk, finansal kaldıraç derecesi ile hesaplanmaktadır (Usta ve Demireli, 2010: 28).

*Endüstri Riski:* Bir işletmenin satışları ve karları üzerinde olumsuz etkiye sahip bütün olayları temsil etmektedir. Endüstri riskinin ortaya çıkması ve/veya artış göstermesine neden olan faktörler ise tüketici tercihlerinin değişmesi, şiddetlenen dış rekabet, iş kolunda yaygın grevler, hammadde sağlanmasındaki güçlükler ve teknolojik değişim olarak sıralanabilmektedir (Gümüş, 2018: 12). Ekonomik anlamda bütün sektörleri etkilemeden sadece bir ya da birkaç sektörün etkilendiği risk türüdür. 2008 Küresel krizinin bankacılık ve finans endüstrisini etkilemesi örnek olarak verilebilir (Yıldırım, 2015: 457).

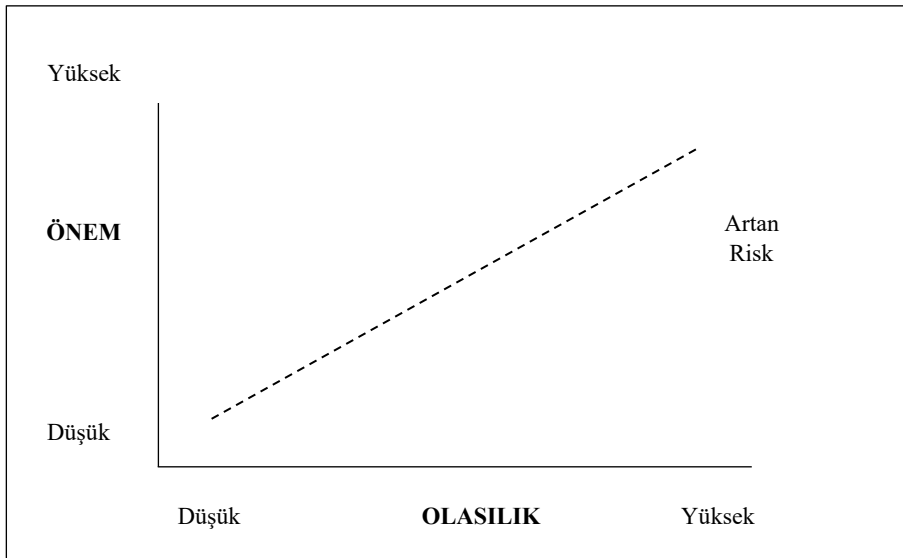
*Yönetim Riski:* Yönetim riski, işletmelerin yönetim yeteneklerine bağlı olarak ortaya çıkması ile birlikte yönetim içerisinde var olan işletmenin yönetim becerilerinin iyi olmaması, güven vermemesi veya sektörü bilmeyen yeni bir müdür veya yönetici atanması vb. durumlar yönetim riskini ortaya çıkarmaktadır (Gümüş, 2018: 13). Yönetim riski, şirketin yöneticilerinin şirket üzerindeki kar veya zarar etkilerini ifade etmektedir. Bu durumda yöneticilerin verecekleri kararlar karlılık düzeyini etkilemekte ve yatırımcılar işletmelerin verimliliği hakkında bilgi edinmektedir. Yönetimin kararları şirketlerin büyüme veya küçülmesi üzerinde büyük etki göstermektedir (Usta ve Demireli, 2010: 29 ve Yıldırım, 2015: 457).

### 1.2.4 Risk Karşısında Tutum ve Ölçme Sorunu

Yatırım yapan bireylerden beklenen tutum, buldukları risk grubuna en ideal olan piyasalarda yatırım yapmalarıdır. Finans bilimi açısından risk tutumu riski seven, riskten kaçan ve riske karşı kayıtsız olmak üzere üç guruba ayrılmaktadır. Riskten kaçan yatırımcılar, yapacakları yatırımlarda riski sevmedikleri için iki alternatifli riskli

yatırımdan, riski en az olan piyasada portföy karması oluşturmaktadır. Ayrıca riskten kaçan bireyler genellikle risk düzeyi az olan gelişmiş ülke piyasalarını tercih etmektedirler. Riske karşı kayıtsız bireyler, riskle ilgilenmemektedirler ve bu tür yatırımcılar 'A=0' olarak alınır ve sadece beklenen net sonuca göre yatırım tercihinde bulunmaktadırlar. Riski seven yatırımcılar ise yapacakları yatırımın risk primini sıfır veya sıfırın altında tercih etmektedirler. Ayrıca risk almak için ek olarak artı risk primi talebinde bulunmazlar ve çoğunlukla, beklenen getiri algısı yüksek olan ve gelişmekte olan ülkelere yatırım yapmaktadır (Çakar ve Özkan. 2020: 25-26).

Bireylerin risklere karşı aldıkları tutumun yanı sıra riskin ölçülmesi de büyük önem arz etmektedir. Risk bir olay karşısında veya olayların sonucunda kazanç veya bir kayıp yaşatmaktadır. Bu kayıpların önlenmesi için riskin ölçülmesi gerekmektedir (Aırmıç, 2002: 2). Risk kavramı, finans ve sigortacılık merkezli bir kavramdır. Fakat risk kavramı nicel olarak ölçülmesi oldukça güçtür. Çoğunlukla gelecekteki olayların olasılığını tahmin etmek için istatistiksel yöntemler ışığında ölçülmektedir. İstatistiksel yöntemlerle sadece kaba bir risk tahmini elde edilmektedir. Farklı bir yaklaşım ise gelecekteki olayların olasılığını değerlendirmek için uzman görüşleri kullanmaktır. Uzman görüşleri, riske katkıda bulunan niteliksel faktörleri anlamlandırmada yardımcı olabilir. Fakat uzman görüşleri, önyargıya ve bireysel varyasyon içermektedir.



**Şekil 1.2:** Riskin Önemi ve Meydana Gelme Olasılığı

(Kaynak: Hampton, 2009: 10).

Yukarıda belirtilen şekil 1.2’de riskin önem ve meydana çıkma olasılığını sunmaktadır. Şekilde sağ-üst tarafa doğru gidildiği süreçte kurumların zarar düzeylerinde artış yaşamaktadır. Düşük olasılıklı riskler ise genel olarak dikkate alınmamaktadır. İşletmeler risk düzeylerini etkili olarak yürütmek istedikleri takdirde, mutlaka risklerin meydana gelme olasılığını göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Akdemir, 2010: 9).

Risk değerlendirme teknikleri risklerin, risklerin gerçekleşme olasılıklarının ve risklerin ortaya çıkması sonucunda etkilerinin tahmin edilmesi açısından kalitatif ve kantitatif yöntemler ana perspektifinde toplanmaktadır (Ceylan ve Başhelvacı, 2011: 27).

Kalitatif risk analizi riskin sayısal olarak değerlendirilmesinden daha çok tanımlar, sezgiler, sözel mantık, tecrübeler ile riskleri ve risklerin öncelik değerlerinin ifade edilmesidir. Kantitatif risk analizinde ise riskin hesaplanması sürecinde sayısal verilerden yararlanılmaktadır. Bu sayısal yöntemler olasılık, güvenilirlik teoremleri ve simülasyon modelleri gibi tekniklerdir. Kantitatif risk analizi yönteminin kullanılması durumunda risk analizini işveren dahi yapsa zaman ve para kaybına yol açmaktadır (Ceylan ve Başhelvacı, 2011: 27; Kaplan, 2013: 72).

Risk değerlendirme yöntemlerinin birkaçı şunlardır: ön tehlike analizi, birincil risk analizi, güvenlik fonksiyon analizi, risk haritası, süreç/sistem kontrol listeleri, işlemleri inceleme tekniği, göreceli sıralama-dow ve mond indisleri analizi, risk analizi, olursa ne olur? analizi, tehlike ve işletebilme analiz metodu (hazop), hata türleri, etkileri ve kritiklik analizi, hata ağacı analizi, olay ağacı analizi, neden - sonuç analizi, hiyerarşik görev analizi, yönetim bakışı ve risk ağacı analizi, fine-kinney modeli, zürih tehlike analizi, makine risk değerlendirmesi, tehlike erken uyarı modeli, ortalamalardan sapma tekniği, ağırlıklandırılmış ortalamalardan sapma tekniği, risk değerlendirme tablosu ve benzeri metotlar kullanılmaktadır (<https://www.iienstitu.com/blog/risk-analiz-yontemleri> Erişim Tarihi: 01.03.2024; Ceylan ve Başhelvacı, 2011: 27; Kaplan, 2013: 69-70).

### **1.3 BELİRSİZLİK VE RİSK ARASINDAKİ FARK**

Risk ve belirsizlik birbirine çok yakın anlamlarda kullanılmaktadır fakat aralarındaki fark derecelerinden kaynaklanmaktadır. Risk kavramı nicel verilerle hesaplanmaktadır, belirsizlik kavramı ise nicel verilere dayanmadığı için hesaplanamamaktadır. Bu

farklardan kaynaklı risk objektif, belirsizlik ise sübjektif olarak hesaplanmaktadır (Sarıoğuz, 2007: 36). Knight'ın (1921) “Risk, Uncertainty and Profit” adlı çalışmasında belirsizliğin ölçülemeyeceğini, yani nicel analiz yapılamayacağını çünkü belirsizlik sınıflandırılmayacak kadar benzersiz koşullar oluşturduğunu belirtmiştir (Knight, 1921: 14). Aynı zamanda beklenen olayın bilinmesi durumu riski ifade ederken beklenen olasılıkların bilinmemesi ise belirsizlik olarak ifade edilmektedir (İğdeli ve Sever, 2018: 8).

## **1.4 SİGORTA TANIMI**

Bireyler sağlık, sosyal, ekonomik vb. türden riskler karşısında yaşamını güvence altına almak ve karşılaşabileceği risk faktörlerinden uğrayacağı zararı engellemek ister. Bu nedenle karar birimleri karşılaşabilecekleri riskleri minimum düzeyde tutma eğilimindedir. Bireylerin risk faktörlerinden korunma veya minimize etme düşüncesi sigorta olgusunun doğmasına neden olmuştur. Sigorta kelimesi dilimize İtalyanca'dan geçmiş bir kelimedir. İtalyanca'da “sicurta” olarak isimlendirilmektedir. Sicurta İtalyanca'da, güvenlik ve emniyet manasına gelmektedir. Sözcüğün ana kökeni Latince'dir. Latince'deki securitas ve securus kavramı endişesiz ve güvenli anlamına gelmektedir (Akcan, 2022: 4).

14/2/2011 tarihli 27846 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun (TTK) 1401 maddesine göre sigorta sözleşmesi “sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi halinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle veya hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşmedir” şekilde tanımlamaktadır (Türk Ticaret Kanunu, 2011).

### **1.4.1 Sigorta Sözleşmesinin Tarafları**

Sigorta kavramında ise sözleşme tarafları sigortacı, sigortalı lehtar olarak sınıflandırılmaktadır. Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre sigortacı belirli bir prim karşılığında, sigortalıya veya bir tazminattan yararlanacağı belirtilmiş olan kimseye, zarara uğraması durumunda belli bir para veya gelir ödemeyi üstlenen kimse, sigortalı sosyal sigorta kapsamına alınmiş işçi ve lehtar ise yandaş, taraf, senet metninde, senet bedelinin kendisine ödenmesi yazılı olan kişi olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 31.01.2024).

Türk Ticaret Kanunu'nda 1402. maddede “Birden çok kişinin birleşerek, içlerinden herhangi birinin, belli bir rizikonun gerçekleşmesi durumunda doğacak zararlarını tazmin etmeyi borçlanmaları karşılıklı sigortadır. Karşılıklı sigorta faaliyeti ancak kooperatif şirket şeklinde yürütülebilir.” ifadesine yer vermek suretiyle tanımlanmaktadır. Reasürans ile ilgili yükümlülükler ise 1403. maddede “Sigortacı, sigorta ettiği menfaati, dilediği şartlarla, tekrar sigorta ettirebilir. Reasürans, sigortacının, sigorta ettirene karşı borç ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmaz; sigorta ettirene, tekrar sigorta yapana karşı, doğrudan dava açmak ve istemde bulunma haklarını vermez.” şeklinde ifade edilmektedir (Türk Ticaret Kanunu, 2011). Sigortanın kapsamı ve ödenecek zararlar TTK'nın 1409. maddesinde “Sigortacı, sözleşmede öngörülen rizikonun gerçekleşmesinden doğan zarardan veya bedelden sorumludur.” ifadesiyle yer almaktadır (Türk Ticaret Kanunu, 2011).

#### **1.4.2 Sigortanın Amacı**

Sigortanın amacı, sigortalı işletmelerin veya bireylerin daha önceden üstlenemeyeceği risklerin üstlenmesine aracılık etmek ve riskleri minimize etmektir. Örnek olarak arabasını sigortalatan bir birey arabasını daha sık sürmeye başlar(fiziksel olarak arabanın kullanımı risk düzeyini devam ettirmektedir fakat ekonomik risk düzeyi ortadan kalkmaktadır) ve zamandan tasarruf eder. Başka deyişle işçi sigortası yapan işveren daha fazla risk ile daha fazla kâr elde edebilir ve aynı zamanda işveren için maliyetler azaltılabilir Sigorta, insanların karar verme durumunda risk alma üzerine korkularını büyük ölçüde azaltmakta ve daha riskli eylemlere geçişlerinin önünü açmaktadır (Mao ve diğ., 2018: 216-217). Aynı zamanda sigorta yaptıran kişi veya kurumlar psikolojik ve ekonomik olarak fiili güvenlik sağlamaktadırlar (Achampong, 1983: 302). Fakat bütün özel sigorta şirketlerinin asıl amacı diğer özel işletmeler gibi kâr elde etmektir (Gülbitti, 2007: 7).

Armstrong (1933) sosyal sigorta amacını işçinin vücutta oluşabilecek sakatlıklar, işsizlik ve ölüm gibi nedenlerden oluşabilecek ekonomik sıkıntıları ortadan kaldırmak, kişinin hayat standartlarının bozulmasını engelleyerek işçiyi felakete karşı sigortalamak ve bunlara ek olarak bireyi ekonomik olarak güvenceye altına almak olarak ifade etmektedir (Armstrong, 1933: 1). Mao ve diğ., (2018) sağlık sigortasının amacını kişinin sağlık hizmeti masraflarının karşılanması olarak ifade etmektedirler (Mao ve diğ., 2018: 217).

### 1.4.3 Sigortanın Önemi

Sigorta hizmeti sanayi, ekonomi, tarım, sağlık ve diğer alanlarındaki risklere karşı, kişilere veya kurumlara güvence sağlaması açısından büyük önem arz etmektedir (Ünal ve Serdar, 2020: 1). Sigorta hizmetlerinin ekonomik işlevleri incelendiğinde, bu hizmetlerin önemli bir tasarruf kaynağı sağladığı, kişi ve/veya kurumların sosyal ve ekonomik risk ve çöküntülerini önlediği, uluslararası ticaretin gelişimine katkı sağladığı ve ülkelere vergi kaynağı sağladığı görülmektedir (Doğan, 2013: 122). Rekabetin her geçen gün arttığı finans sektörüyle birlikte sigorta girişimlerinde önemli bir yere sahip olmaktadır. Firma faaliyetlerine yönelik olarak yöneticilerin aldıkları kararlar, firmaların karlılığını ve risk derecelerini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu sebeple, alınan kararların risklerini azaltmak amacı ile sigortalara başvurulmaktadır. (Petek ve Baki, 2011: 2; Dilmaç ve Korkmaz 2018: 180).

2022 yılında toplam 70 sigorta şirketin aktif olarak faaliyet göstermektedir. Hayat dışı ve hayat sigortalılarının toplam prim üretimi %123,2 artışla 235 milyar TL olmuştur. Bireysel emeklilikte fon büyüklüğü %77,4 yükseliş ile toplam 433 milyar TL'ye olmuştur (Türkiye Sigorta Birliği: 2022: 2). Aynı zamanda 2022 yılı istihdam oranları ise; Sigorta ve emeklilik şirketlerinde görevli sayısı 23.000 kişidir. Sektörün doğrudan ve dolaylı desteklediği istihdam sayısı 200.000 kişi sayısını geçmektedir (Türkiye Sigorta Birliği: 2022: 12).

### 1.4.4 Sigortanın Kapsamı

Sigorta geçmişten günümüze kadar çeşitliliğini arttırmıştır. Bunun temel sebebi risk faktörlerinin gün geçtikçe artması ve risk kapsamının giderilmesi veya önlenebilir duruma getirilmek istenmesidir. Sigorta kapsamı, sigorta hizmeti yoluyla kişi veya grup halinde teminat altına alınan risk veya yükümlülük miktarlarını ifade etmektedir. (<https://www.aksigorta.com.tr/> Erişim Tarihi: 28.02.2024). Sigorta kapsamları anlaşmalı sigorta şirketlerine göre değişiklikler göstermekte ve aynı zamanda imzalanan poliçede teminat oranları, kapsam dereceleri, ne zaman geçerliliğini yitireceği gibi faktörler net bir şekilde ifade edilmektedir. (<https://www.aksigorta.com.tr> Erişim Tarihi: 28.02.2024). Sigorta kapsamları incelendiğinde; Kasko poliçeleri araçlarda meydana gelebilecek trafik kazaları, çarpma, çarpılma, çalınma, yangın, doğal afetler, terör olayları, yurt dışı teminatları, trafik kazalarından doğan hasarlar, hırsızlık ve yangın gibi olaylar birçok risk faktörü araçlara yapılan kasko ile teminat altına alınmaktadır. (<https://www.aksigorta.com.tr/> Erişim Tarihi: 28.02.2024). Konut

sigortası ise, evi, evin içerisindeki eşyaları, binanın yıpranmasını ve olası afet risklerine karşı evini güvence altına almaktadır. (<https://www.kuveytturk.com.tr/> Erişim Tarihi: 28.02.2024). Hayat sigortası kapsamı ise sigortalının vefat etmesi durumunda lehtar ya da kanunen varislerine sigorta yaptırılma esnasında sigorta poliçesinin tutarı kadar teminat ödenmesidir (<https://www.agesa.com.tr> Erişim Tarihi: 28.02.2024). Özel sağlık sigortasının kapsamı ise anlaşmalı olunan doktor yada anlaşmalı olunan sağlık kurumlarında poliçe dahilinde sağlık kontrolü, teşhis ve tedavi hizmetlerini sunmaktadır (<https://www.axasigorta.com.tr/> Erişim Tarihi: 08.03.2024). Seyahat sağlık sigortası ise, yolculuk sırasında tahmin edilemeyen hastalık durumlarının ortaya çıkaracağı mali kayıplara karşı poliçe dahilinde hizmet sunulmasıdır (<https://www.vakifbank.com.tr/> . Erişim Tarihi: 09.03.2024)

#### **1.4.5 Sigorta Türleri**

Sigorta hizmeti sunumu kamu (sosyal sigortalar) ve özel sigortalar olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Özel sigortalar Türkiye’de ve dünyada genel olarak faaliyet kapsamına göre hayat ve emeklilik sigortaları ile hayat dışı sigortalar şeklinde ayrılmaktadır (Yayla, 2019: 117). Hayat ve emeklilik sigortası, şirketlerin belirlediği prim karşılığında, sigortalının sözleşme içerisinde belirlediği süre ve sözleşmede belirlenen halleri kapsamaktadır (<https://www.anadoluhayat.com.tr/> Erişim Tarihi: 28.02.2024). Hayat dışı sigortalar ise ferdi ve kurumsal malların veya maddi olarak ölçülebilen unsurların meydana gelebilecek her türlü zararın, poliçeler dâhilinde koruma altına alınmasıdır (Yayla, 2019: 117).

Türkiye Sigortalar Birliği’nin 2021 yılındaki raporuna göre hayat ve emeklilik sigorta şirketleri 21 adettir. Emeklilik sigorta şirketleri 2020 yılına göre % 43,6 büyüme göstermektedir. Hayat sigorta şirketleri ise 2020 yılına göre % 20,1 büyüme göstermektedir. Hayat sigortaların ödemiş olduğu tazminat tutarı 5 milyar TL’dir Türkiye Sigortalar Birliği’nin (TSB) 2021 yılında yayınladığı rapor doğrultusunda sadece hayat dışı 41 şirketin varlığı ve bunların 2020 yılına göre % 28,5 prim üretiminde büyüme sağladığı gözlemlenmiştir. Hayat dışı sigortaların ödemiş olduğu tazminat tutarı 58,6 milyar TL’dir. Toplam hayat dışı prim üretiminde en fazla pay (% 22,2) olarak 1. sırada kara araçları sorumluluk sigortası yer almaktadır. (Sektör Raporu, 2021: 2-3).

*Hayat sigortaları:* İrat Ödemeleri (790)<sup>1</sup>, Diğerleri (791), Evlilik/Doğum Sigortası (792), Yatırım Fonlu Sigortalar (793), Sermaye İtfa Sigortası (794), Fon Yönetim Sigortası (795), Hastalık (796), Sağlık Toplam (797), Acil Sağlık (908), Yabancılar için Sağlık (909), Tamamlayıcı Sağlık (910), Yatarak Tedavi (91001), Yatarak ve Ayakta Tedavi (91002), Sağlık (911), Yatarak Tedavi (91101), Yatarak ve Ayakta Tedavi (91102) ve Tontin (799) branşlarına ayrılmaktadır.

*Hayat dışı sigortaları:* Yangın (701), Sivil (900), Ticari (901), Sınai (902), Kar Kaybı (702), Zorunlu Deprem (703), Maden Çalışanları Zorunlu Ferdi Kaza (704), Doğrudan Kefalet (705), Dolaylı Kefalet, (706), Devlet Destekli Alacak Sigortaları (707), Bina Tamamlama (708), Emtea (710), Kıymet (711), Tekne (712), Raylı Araçlar Genel (713), Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk (714), Zorunlu Trafik (Yeşil Kart Hariç) (715), Yeşil Kart (903), Motorlu Kara Taşıtları İhtiyari Mali Sorumluluk (716), Motorlu Kara Taşıtları – Kasko (717), Karayolu Yolcu Taşımacılığı Zor.Koltuk F.K. (718), İşveren Mali Sorumluluk, (719), Üçüncü Şahıslara Karşı Mali Sorumluluk (720), Asansör Kaza Üçüncü Şahıslara Karşı Mali Sorumluluk (721), Çevre Kirliliği Mali Sorumluluk (722), Cam Kırılması (723), Hırsızlık (724), Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk (725), Tehlikeli Maddeler Zorunlu Sorumluluk (726), Uçak Tekne (727), Uçak Mali Mesuliyet (728), Uçak Yolcu Kaza (729), Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin ZMSS (730), Özel Güvenlik Mali Sorumluluk (731), Zorunlu Sertifika Mali Sorumluluk (732), Mesleki Sorumluluk (733), Kıyı Tesisleri Deniz Kirliliği Zorunlu Mali Sorumluluk (734), Tekne Sorumluluk (735), Emniyeti Suistimal (736), Motorlu Kara Taşıtları Dışındaki Kara Taşıtları (737), Nehir Araçları (738), Göl Araçları (739), İhtiyari Deprem (740), Sel (741), Deprem ve Sel Dışındaki Doğal Afetler (742), Nükleer Enerji (743), Toprak Kayması (744), Taksitli Kredi (745), Uzun Vadeli Konut Kredisi (746), Tarım Kredisi (747), İstihdam (748), Gelir Yetersizliği (749), Ferdi Kaza (750), Uzun Süreli Ferdi Kaza (751), Hava Şartları (752), Genel Giderler (753), Beklenmeyen Ticari Giderler (754), Kredi (755), İhracat Kredi (756), Piyasa Değerindeki Kayıp (757), Kira Ve Gelir Kaybı (758), Diğer Finansal Kayıplar (759), Hukuksal Koruma (760), Patlama (761), Makine Kırılması (765), Montaj (766), İnşaat (767), Elektronik Cihaz (768), Yapı Denetimi Zorunlu Mali Sorumluluk (769), Deniz Yolu Yolcu Taşımacılığı ZMS (770), Ürün Sorumluluk (771), Devlet Destekli Arıcılık (773), Su Ürünleri (774), Dolu Sera (775), Devlet Destekli Sera (776), Devlet Destekli

---

<sup>1</sup> Parantez içindeki numaralar özel sigorta branşlarının, branş kodlarını ifade etmektedir.

Bitkisel Ürün (777), Devlet Destekli Su Ürünleri (778), Devlet Destekli Hayvan Hayat (779), Hayvan Hayat (780), Kümes Hayvan Hayat (781), Devlet Destekli Kümes Hayvan Hayat (782), Devlet Destekli Küçükbaş Hayvan Hayat (783), Hastalık (784), Sağlık Toplam (785), Acil Sağlık (904), Yabancılar için Sağlık (905), Tamamlayıcı Sağlık (906), Yatarak Tedavi (90601), Yatarak ve Ayakta Tedavi (90602), Sağlık (907), Yatarak Tedavi (90701), Yatarak ve Ayakta Tedavi (90702), Seyahat Sağlık (786), Seyahat Araç Destek (789) ve Destek Genel (798) branşlarına ayrılmaktadır (Türkiye Sigorta Birliği, 2022).

*Özel sağlık sigortaları:* Teminat kapsamlarına göre özel sağlık sigortası, tamamlayıcı ve destekleyici sigorta ve seyahat sağlık sigortası olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Şirin, 2021:15). Özel sağlık sigortası ikinci bölümde kapsamlı olarak ele alınmıştır.

#### **1.4.6 Sigortacılık Endüstrisinin Sosyal ve Ekonomik İşlevleri**

Sigorta sektörü piyasalarda ve ekonominin genelinde önemli bir büyüklüğe ulaşmıştır (Holsboer, 1999: 243). Karar birimlerinin gelir elde ettikleri işlerine karşılık herhangi bir risk, oluştuğunda (yangın tehlikesi, işsizlik, hastalık, maluliyet vb.) sigorta genellikle bireyleri bu tehlikelerden korumaya yöneliktir. Sigorta kontrol edilebilen veya kontrol edilemeyen bazı tehlikelerin şiddetini azaltmak için uygulanmaktadır. Sigortanın bir araya getirmiş olduğu fonlar, karar birimlerinin yaşayacağı ekonomik güvensizliğe yönelik iyileşme sağlamaktadır. Dolayısıyla sigorta sistemi hem iyileştirici hem de önleyici işlevlere sahip olmaktadır (White, 1936: 326-328).

##### *1.4.6.1 Sigortacılık Endüstrisinin Ekonomik Yönlü İşlevleri*

Finansal sektör içerisinde sigorta şirketleride önemli bir yer oluşturmaktadır. Sigortacılık sektörü, fon akımları aracına aracılık eden yardımcı kuruluşlar içerisinde bulunmaktadır. Sigortacılık sektörü ekonomik büyümeye, istikrar açısından ve aynı zamanda toplumsal refah yönünden önemli katkılar sunmaktadır (Turgutlu, 2006: 64). Tüketicinin işletmeye veya bir işletmenin ticari açıdan başka işletmeler ile ilişkilerini güvence altına almak amacı ile sigortaya başvurmaktadır. Aynı zamanda işletmeler itibarlarını geliştirmek, işletmenin güvence altına alınması, rekabet avantajı sağlamak ve ürün tercihi amacı ile sigortalara başvurmaktadır. Bu durum işletmelere pozitif yönlü katkı sağlamaktadır (Koç, 2015: 65-66). Sigortacılık endüstrisi ekonomik büyüme yönünden incelendiğinde kredi sigortası pazarının gelişimi ekonomik büyümeyi desteklediği gibi aynı zamanda ekonomik büyüme de sigorta endüstrisinin gelişimine

pozitif yönde katkı sağlamaktadır (Çetiner ve diğ., 2018: 790). Alıcılar, sigortalı ile aynı ülkede olduklarında yurtiçi ticaretten kaynaklanan ticari riskler, yurtiçi kredi sigortaları ile güvence altına almaktadır. Alıcılar başka bir ülkede ise ihracattan doğan riskleri ve politik riskleri ihracat kredisi ile teminat altına almaktadırlar. Bu durum neticesinde sigorta endüstrisi ülkeler arasında ithalat ve ihracat ticaretinide güvence altına almaktadır (Eke, 2013: 118). Aynı zamanda bireysel emeklilik sigortasının büyümesi ile de toplumların tasarruf oranlarında da bir büyüme gözükmemektedir. Bunu yanı sıra, artan tasarruf oranları, sermayenin artmasına ve verimliliğinde yükselmesine neden olmaktadır (Solmaz, 2016: 5; Küçükıralı ve Aydın, 2022: 290). Sigorta, bireylerin birçok nedene bağlı olarak tasarrufa ayıramadıkları bütçeyi, gelecekte oluşabilecek harcamalara karşı belli aralıklarla ve düzenli olarak birikim oluşturulmasına katkı sağlamaktadır. Sigorta endüstrisi, ülkelere vergi girdisi sağlayarak, tasarruf kaynakları oluşturmaktadır (Alparslan, 2014: 9-11).

#### *1.4.6.2. Sigortacılık Endüstrisinin Sosyal Yönlü İşlevleri*

19. yüzyılın sonlarına doğru Avrupa’da kamu ve özel hükümlere alternatif olarak zorunlu sosyal sigorta fikri ortaya çıkmıştır. Asıl amaç yoksullara yardım ve kamu ve özel hükümlerin yoğunluğunu azaltmaktır. Özel sigortacılıktan ilham alınarak hazırlanan sosyal sigortacılık, peşinen biriken fonların ihtiyaç sahipleri bireylere dağıtılması esasına dayanmaktadır. Fakat bu şekilde yapılan sigortaların risk kapsamı sınırlıdır. Örneğin; işsizlik, hastalık, yararlanma, yaşlılık vb. durumların kaybını önlenememektedir. Sosyal sigortanın genel katkıları aşağıdaki dört madde ile ifade edilmektedir (Malisoff, 1966: 513-515);

1. Sosyal sigortalar belirlenen bir tutarda devletin, devletten, işçiden ve işverenden topladığı fonlar ile birlikte zorunlu teminatları içermektedir.
2. “Sosyal yardım” ödemeleri kişilerin belirli ihtiyaçlarına göre finanse edilmektedir ve fon kaynağını devlet sağlamaktadır.
3. “Evrensen yardım” veya “demogrant” sistemleri, belirli yaş üstü bireylerin bazı koşullar altında aldıkları ödenektir. Örneğin Kanada’da 70 yaş üzere olan bütün bireylere sabit bir yardım sağlamaktadır.
4. “Zorunlu işveren planları” işverenlerin asgari standartlara göre belirlenen kaza sigortasının zorunlu olduğu ama devletin zorunlu tuttuğu sigorta dışında ek sağlanan sigorta sistemidir.

Sigorta endüstrisi, risk yönetimi ve girişimciler açısından büyük bir önem arz etmektedir. Riskin var olduğu yerde sigorta, dayanışma organizasyonu işlevi görmektedir. Sigorta girişimcilerin kararlarını pozitif yönde, yaşanacak maliyetleri minimize etmekte ve sermaye maliyetlerini azaltmaktadır (Uralcan, 2012: 127-128). Sigorta ile aynı zamanda bireylerin tek başlarına karşılayamayacakları sosyal ve ekonomik kayıplar sigortalılar arasında dağıtılmaktadır. Bu durumda yaşanacak kayıplar minimize edilmektedir. Risklerin önlenmesiyle, üretimde azalma, tasarrufta azalma, işsizlikte azalma, yoksulluk ve aile parçalanması gibi sosyoekonomik olumsuzluklar giderilmiş olacaktır. Sigortacılık aynı zamanda istihdam yaratarak sosyal refah düzeyini yükseltmektedir. Aynı zamanda risklerden kaynaklanan iş felaketlerinin yaşanması durumunda, aksaklıkları minimize etmektedir (Alparslan, 2014: 10-11).

#### **1.4.7 Sigortanın Tarihi Gelişimi**

Sigorta kavramının ilk örneklerini milattan öncesine kadar götürmek mümkündür. Babiller M.Ö. 1894 yılında, günümüzde Irak'ta bulunan Fırat ve Dicle nehirleri arasında kurulmuş bir imparatorluktur. Bu imparatorluk sınırları içerisinde 4000-3000 yılları arasında ticaret faaliyetleri büyük gelişme göstermiştir. Bu topraklar, gelişen ticari faaliyetler için yetersiz kalmış, bu da yeni pazar yerleri arayışına neden olmuştur. Tüccarların uzak mesafe ticareti yapmaları, yani yeni pazar yerlerine gitmelerine neden olmuştur. Tüccar yatırımcı veya üreticiden aldığı malı satması için kredi almaktadır. Aldığı bu kredi karşılığında ailesini ve mülklerini rehin bırakmaktadır. Tüccar uzun yıllar boyunca aldığı krediyi ödeyebilmiş fakat zamanla kervanların basılması, soygunlar ve fidyeler kredinin faizinin ödenememesine neden olmaya başlamıştır. Bu ödenemeyen krediler sonucunda birçok tüccar ailesini ve mallarını kaybetmiştir. Zamanla oluşan bu durum ticaretin büyük maddi kayıplar vermesine neden olmaya başlamıştır. Babiller kervan baskını, soygun vb. riskli durumlar dolayısıyla kredi borcunu ödeyemeyen tüccarların bu zararlar sonucu ödemesi gereken faiz ve diğer yükümlülüklerini ortadan kaldırmıştır. Bu durum Kral Hammurabi Kanunu'na yansımış ve böylece dünyadaki bilinen ilk "bottomery" yani taraflardan birinin riskinin diğerine geçmesi uygulaması yazılı hale getirilmiştir (Akbulut, 2014: 20-21).

Sigorta ilk olarak gerçek manada 13. yüzyılda İngiltere, Fransa, Hollanda İspanya ve İtalya gibi denizci ülkelerde oluşan haydut, korsan vb. risklerden dolayı ortaya çıkmıştır. (Çetinoğlu, 1965: 1). 23 Ekim 1347 tarihide İtalya'nın Cenova Limanı'ndan

Mayorka'ya "SantaClara" adlı geminin yükünü temin etmek amacıyla yapılan anlaşma ilk sigorta poliçesi olarak kabul edilmektedir (Taş, 2015: 135).

Sigorta Avrupa'da 14. yüzyılda, Akdeniz'de ise 16. yüzyılda İtalya'dan Portekiz'e, Hollanda'ya, İngiltere'ye ve Almanya'ya yayıldı. Önceleri sigortacılık İtalyanların egemenliği altında bulunurken 16. yüzyılın ortalarında İngilizler sigortacılığı devralınca Londra'daki sigortacılar, İtalyan sigortacılarının geleneklerini kullanmaktan vazgeçtiler. Hollanda'da gelişen sigortacılık eylemleri de gelişmeye başladıkça İtalyanların egemenliğinde olan sigortacılığı kendi geleneklerine uyarlamaya başladılar. (Hellwege, 2016: 67-69).

Büyük Londra yangınından sonra İngiltere'de 1667'de kurulan ilk yangın bürosu ve sigorta şirketi, sigortanın dünyada önemli bir şekilde artışına neden olmuştur (Çekici ve İnal, 2013: 137).

Selçuklu devletinde sigorta benzeri bir uygulamadan söz edilmektedir. Selçuklu devletinin karada veya denizde saldırıya uğrayan ecnebi tüccarların zararlarını devlet hazinesinden karşılandığı ifade edilmektedir. İlerleyen zamanlarda Osmanlı devletinde ise sigortacılık fikri, kismet felsefesinden kaynaklı olarak gelişmemiştir. Şeyhülislam tarafından sigortanın helal olabilmesi için sigorta şirketlerinin ecnebi yerlerinde bulunması ve yapılan anlaşmanın bu şirketlerle yapılması gerektiği üzerine verilen fetvadır. Bu fetvadan dolayı Osmanlı devleti uzun süre sigorta konusunda atılımlar yapmamıştır (Sarı, 1994: 9).

Osmanlı İmparatorluğunda sigorta fikrinin ilk olarak gayrimüslimler tarafından ülkeye getirildiği fakat büyük Beyoğlu yangını ile birlikte sigortayla aslında risklerin güvence altına alındığı ve bunun gerekliliği ortaya çıkmıştır. Uzun yıllar sigorta şirketlerinin gayrimüslimlerin elinde olduğu ya da sermayesinin gayrimüslimlerin elinde olduğu bilinmektedir (Adalı, 1994: 81-82).

Osmanlı Devleti 1839 yılındaki Tanzimat Fermanı ile birçok konuda yeniliklere gitmiştir ve yapılan serbest ticaret anlaşmaları zaman içerisinde sigortacılığın gerekliliğini de ortaya koymuştur. Ticaretten kaynaklı bu gelişimle ilk zamanlar liman şehirleri ile birlikte sigortacılık fikri gelişmeye başlamıştır. Zaman içerisinde İstanbul ve İzmir gibi gayrimüslimlerin çoğunlukta bulunduğu yerlerde, kendi mallarını güvence altına alma isteklerinden dolayı sigorta fikri ülkede hızla gelişim göstermeye devam etmiştir. Sigortanın gelişimi ile 1834-1910 yıllarında ticaret hacmi artış göstermiştir.

Örneğin ticaret hacminde İzmir'de 4.12 kat, Trabzon'da 2.43 kat, Samsun'da 12.22 kat ve Mersin'de 9.35 kat artışın gözlemlenmesidir (Baskıcı, 2002: 2-5).

Zaman içerisinde artan sigorta şirketlerinde denetimsizlikten kaynaklı olarak problemler çıkmaya başlamıştır. Bu problemlerden bazıları yapılan anlaşmaların sadece İngilizce ve Fransızca dillerinde olması, şirketlerin kendi tercihlerinde anlaşmayı bozmaları ve anlaşmazlıklar sonucunda yapılacak mahkemenin şirketin merkezinde bulunduğu ülkede görülmesi, zaman içerisinde denetimsizlikten kaynaklı olarak birçok sigorta şirketinin piyasaya çıkması ve yasal olmayan rekabet oluşması ve benzeridir. 1914'ten sonra var olan sigorta şirketlerine teminat ve tescil zorunluluğu getirilmiştir. 1915 yılında ise nakliyat, yaşam ve yangın sigortacılığının kârları vergiye tabii tutulmuş ve bu ülkemizde ilk vergi kazancını oluşturmuştur (Bilir, 1991: 28-31).

Sigorta olgusu Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşuyla önemli bir ivme kazanmıştır. İlk milli sigorta şirketimiz de bu dönemde İş bankasının girişimiyle "Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi'dir" (Adalı, 1994: 81-82).

## İKİNCİ BÖLÜM

### ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

#### 2.1 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI: TANIM VE KAVRAMSAL SORUNLAR

Özel sağlık sigortası özel sağlık primleri yoluyla finanse edilen sigorta planlarını, yani poliçe sahibinin belirli bir sigorta poliçesi kapsamında teminatı sağlamak için yaptığı ödemeleri içermekte ve genellikle bir sigortacı tarafından sigorta kapsamındaki bir kişiye düzenlenen sözleşmeden oluşmaktadır (OECD, 2023: 1-2). Türk Ticaret Kanununun 1512 maddesinin 1. fıkrasına göre “Sigortacı, hastalık sigortası ile sözleşmede öngörülen hastalıklardan birinin veya birkaçının sözleşme süresi içinde gerçekleşmesi veya ortaya çıkması hâli için sigorta teminatı sağlar. Sözleşmede birden çok hastalık sigorta teminatına bağlanmışsa hastalıklardan birinin gerçekleşmesi veya ortaya çıkması hâlinde bedel ödenir ve sözleşme sona erer. Teminatın, aksi kararlaştırılmamışsa hastalıklardan sadece birinin gerçekleşmesi hâli için verildiği kabul edilir.” (Türk Ticaret Kanununun, 2011).

Özel sağlık sigortası birçok ülkede mevcuttur. Mevcut kamu sağlık sigortasının eksik veya yetersiz olduğu durumlarda tamamlayıcı özel sağlık sigortası olarak uygulanmaktadır. Bireyler bireysel, işverenler ise mali destek sağlayarak veya sağlık sigortacıları aracılığıyla özel sağlık sigortası kapsamına dâhil olmaktadır (Claxton, 2002: 1-2). Özel sağlık sigortası, hizmet alıcılarına, hizmet sağlayıcılarına ve tedarikçilerine ödeme yapmasına yönelik birçok düzenlemeyi ifade etmektedir. Özellikle kişi başına düşen gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde bu sistem sıklıkla kullanılmaktadır (Schieber, ve diğ., 2006: 5). Günümüzde özel sağlık sigortasına olan talep gün geçtikçe artmaktadır. Bu durumun temel sebebi devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, ülkelerdeki dengesiz ekonomik büyüme, bireylerin daha kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanma isteği ve sağlık konusunda daha bilinçli olunmasıdır (Gülay ve Attila, 2021: 69).

Özel sağlık sigortasına yapılan en temel itiraz yapılan teminatların ve bunlara belirlenen prim değerlerinin önemli sayıda insanın sağlık bakımını karşılamaktan yoksun olmasıdır. Örneğin belirlenen prim değerleri yaşlı bireylerin, kronik sağlık sorunu olan bireylerin ve daha önceden sağlık sorunu olan kişilerden talep edilen prim değerlerinin daha yüksek olması ve bireylerin bu prim değerlerini karşılayamamasıdır. Özel sağlık sigortalarının temel amacı toplumun temel sağlık hizmetlerinden faydalanıp daha

sağlıklı bir yaşama sahip olmasıdır. Özel sağlık sigortalarında daha düşük riskli veya yüksek gelirli katılımcılardan daha yüksek riskli veya düşük gelirli katılımcılara kadar bir miktar çapraz sübvansiyona ihtiyaç duyulmaktadır. Toplumun amacı herkesin oldukça sağlam bir temel sağlık hizmetleri paketini kapsayan bir sigortaya sahip olmasıysa burada nispeten düşük riskli veya yüksek gelirli katılımcılardan nispeten yüksek riskli veya düşük gelirli katılımcılara kadar bir miktar çapraz sübvansiyona muhtemelen ihtiyaç duyulacaktır (Globerman, 2020: 14).

## 2.2 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASININ AMACI VE FAYDALARI

Beweridge ve Bismark modeli benimseyen ülkelerde devlet sağlık hizmetlerini karşılıksız olarak topluma sunmaktadır. Sunulan bu sağlık sistemleri kişi veya kurumlardan toplanan vergiler ile finanse edilmektedir. Devlet yüksek gelirli bireylerden fazla vergi alarak düşük gelirli bireyleri sübvansiyon etmektedir. Kişilerin sağlık durumuna bakılmaksızın tüm bireylere aynı temel sağlık hizmetleri sunulabilir ve artan oranlı vergi yapısı, yüksek gelirli bireylerin düşük gelirli bireyleri sübvansiyon etmesiyle sonuçlanmaktadır (Globerman, 2020: 14). Devlet tarafından sunulan sosyal sağlık sigortalarının temel özellikleri ise aşağıda sunulmuştur (Mossialos ve Dixon, 2002: 3).

- Gelir seviyelerine göre katkı sunulması,
- Nüfusun tümü veya çoğu için zorunlu olması,
- İşveren, çalışan ve diğer temsilciler tarafından ödenen katkı payları ile finanse edilmesi,
- Tek veya çoklu bir şekilde fon sağlanması (Tatar, 2012: 109-110).

Ülkeler sağlık hizmetleri fonu oluştururken fon kaynakları olarak bir veya birden çok yöntem belirleyebilmektedir. Ülkeler sağlık hizmetleri için tek bir oran belirleyebilir (örneğin Hollanda), katkı payları farklılık gösterebilir (örneği Almanya), istihdam türüne göre katkı payları belirlenebilir (örneği Avusturya), hükümet tarafından katkı payları belirlenebilir (örneğin, Fransa ve Hollanda), sigorta fonları birliği tarafından belirlenebilir (örneğin, Lüksemburg), bireysel fonlar (örneğin Almanya) ya da üst veya alt gelir eşikleri tarafından ayrı ayrı belirlenebilir (örneğini Avusturya, Almanya ve Lüksemburg). Devletlerin belirledikleri fon kaynakları genellikle ülkelerin benimsedikleri sağlık politikaları ile oluşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 3).

Devletin tek başına sağlık hizmetlerini finanse etmesi mali olarak yükümlülüklerini arttırmaktadır. Bu yükümlülüklerin azaltılması amacıyla özel sağlık sigortalarının günümüzde önemi giderek artmaktadır. Özel sağlık sigortası her bireyin ödemeye razı olacağı, kapsamlarının kendileri tarafından belirlenebileceği, istedikleri hastane ve doktoru tercih etme şanslarının olduğu, özel sağlık sigortası tercih edilmesi durumunda bireylerin vergi indiriminden faydalanabileceği ve bireylerin kendileri ve aileleri için sağlık hizmeti satın alarak kendilerine daha güvenli bir alan yaratabilecekleri bir durum olarak ortaya çıkmakta ve bireyler bu güvenli ortam için daha fazla para ödemeye razı olmaktadırlar (<https://www.axasigorta.com.tr/> Erişim Tarihi: 17.02.2023 ).

**Tablo 2.1:** OECD Ülkelerinin GSYİH'daki Sağlık Hizmetleri Payı

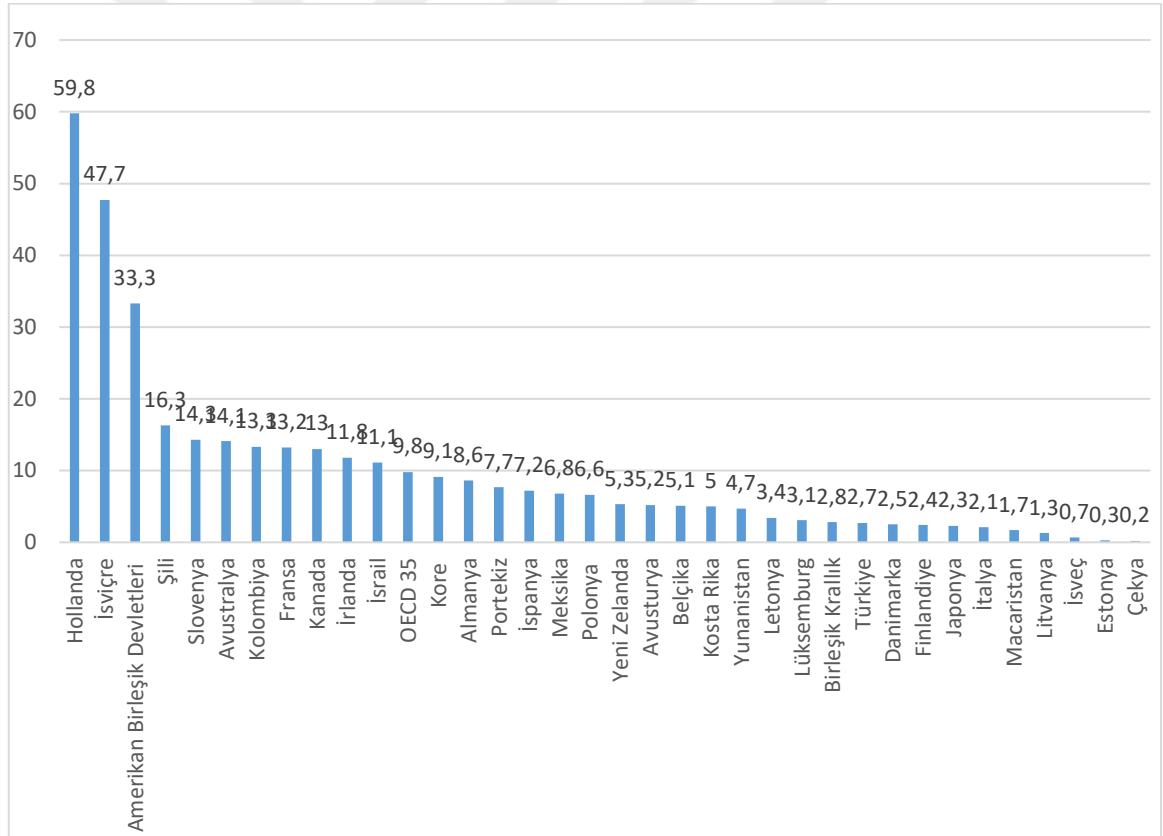
YIL	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ÜLKELER								
Avustralya	10.2	10.1	10.1	10.1	10.2	10.7	..	..
Belçika	10.8	10.8	10.8	10.9	10.8	11.2	11.0	..
Kanada	10.7	11.0	10.9	10.9	11.0	13.0	12.3	11.2
Şili	8.4	8.6	9.1	9.2	9.4	9.7	9.3	9.0
Kolombiya	7.5	7.5	7.7	7.6	7.8	8.7	9.0	..
Kosta Rika	7.6	7.3	7.0	7.3	7.2	7.8	7.6	..
Çekya	7.4	7.4	7.4	7.5	7.6	9.2	..	..
Danimarka	10.3	10.2	10.1	10.1	10.2	10.6	10.8	9.5
Estonya	6.6	6.7	6.6	6.7	6.8	7.6	7.5	..
Finlandiya	9.6	9.4	9.1	9.0	9.2	9.6	10.3	..
Almanya	11.2	11.2	11.3	11.5	11.7	12.7	12.9	..
Macaristan	6.9	7.0	6.7	6.6	6.3	7.3	7.4	..
İzlanda	8.1	8.1	8.3	8.4	8.6	9.6	9.7	..
İrlanda	7.3	7.5	7.1	6.9	6.7	7.1	6.7	..
İsrail	7.0	7.1	7.2	7.2	7.2	7.7	7.9	..
Japonya	10.8	10.7	10.7	10.7	11.0	11.0	..	..
Kore	6.6	6.9	7.0	7.5	8.2	8.4	9.3	9.7
Letonya	..	..	6.0	6.2	6.6	7.2	9.0	..
Litvanya	6.5	6.6	6.5	6.5	7.0	7.5	7.8	..
Lüksemburg	5.1	5.1	5.1	5.3	5.5	5.7	5.7	5.5
Meksika	5.7	5.6	5.5	5.4	5.4	6.2	6.1	..
Hollanda	10.3	10.3	10.1	10.0	..	..	..	..
Norveç	10.1	10.5	10.2	10.0	10.4	11.2	9.9	..
Polonya	6.4	6.6	6.6	6.3	6.5	6.5	6.4	..

Tablo 2.2: (Devamı) OECD Ülkelerinin GSYİH'daki Sağlık Hizmetleri Payı

Slovakya	..	..	..	..	..	7.1	7.8	..
Slovenya	8.5	8.5	8.2	8.3	8.5	9.4	9.5	..
İspanya	9.1	8.9	8.9	9.0	9.1	10.7	10.7	..
İsveç	10.8	10.9	10.8	10.9	10.8	11.3	11.2	..
İsviçre	10.8	11.0	11.0	10.8	11.1	11.7	11.8	..
Türkiye	..	4.3	4.2	4.1	4.4	4.6	4.6	..
Birleşik Krallık	9.8	9.7	9.6	9.7	10.0	12.2	12.4	11.3
Amerika Birleşik Devletleri	16.5	16.8	16.8	16.6	16.7	18.8	17.4	..

(Kaynak: <https://stats.oecd.org>, Erişim Tarihi: 21.09.2023)

Yukarıdaki tablo 2.1’de OECD verilerine göre ülkelerin GSYİH’nın sağlık payları gösterilmektedir. Bireylerin özel sağlık sigortası yaptırımları durumunda, devletin sübvansesi gereken payda azalma meydana geldiği görülmektedir.



Şekil 2.1: Özel Sağlık Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, 2019 (Veya En Yakın Yıl)

(Kaynak: OECD, 2022:1).

Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı OECD ülkeleri ortalaması 2019 yılı için % 8,8’dir. Bu kapsamda GSYİH’nın % 10’undan fazlasını sağlık hizmetlerine ayıran

ülkeler ABD, Almanya, İsviçre, Fransa, Japonya, İsveç, Kanada, Belçika, Norveç, Avusturya, Hollanda, Birleşik Krallık'tır. Meksika, Lüksemburg, Türkiye, Çin, Hindistan ve Endonezya GSYİH'nın % 6'sından daha azını sağlığa harcamıştır. Ülkelerin sağlık hizmetleri politikaları, sosyal sağlık sigortası ve cepten yapılan ödemelerden sonra, özel sağlık sigortası sonrası birçok OECD ülkesinde önemli bir sağlık finansman kaynağı oluşturmaktadır. ABD'de toplam sağlık harcamalarının üçte biri, İsviçre'de yarısı ve Hollanda'da yaklaşık olarak % 60'ı özel sağlık sigortasına tekabül etmektedir (Şekil 2.1) (OECD, Private Health Insurance Spending: 2022:1).

### 2.3 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI DÜZENLEMELERİNİN SINIFLANDIRMASI

19. yy. başlarında sanayi sektöründe çalışan işçiler, aynı coğrafyada çalışan diğer işçiler ve küçük çiftçiler, karşılıklı yardımlaşmak amaçlı hastalık ve sağlık üzerine dernek sandıkları kurmuşlardır. Bu yardımlaşma sandıkları dışında ilk kez 1848 yılında demiryolu yolcularına modern sağlık sigortası yapılmıştır (Tunc ve Kiyak, 2015: 414-415). 19. yy. başlangıcından itibaren zaman içerisinde özel sağlık sigortasının gün geçtikçe önemi giderek artmış ve kapsamı da genişlemiştir. Genişleyen bu kapsam OECD'nin 2004 yılında yayınladığı "Sağlık Sigortası İçin Bir Sınıflandırma Önerisi" başlıklı projeye sınıflara ayrılmıştır. Ayrılan bu başlıkta ise özel sağlık sigortaları üç gruba ayrılmaktadır bunlar; ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı sigortalardır (OECD, 2004: 18).

**Tablo 2.3:** Özel Sağlık Sigortasının Sınıflandırılması

	Özel sağlık sigortası genellikle kamu sistemi kapsamında olan tıbbi açıdan gerekli tedavi hizmetlerini kapsar.	Kamu sağlık sigortasına uygunluk	
		Devletin desteği var	Devletin desteği yok
Özel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri	Yinelenen özel sağlık sigortası		Birincil PHI - Yerine geçmek - Müdür
	Özel sağlık sigortası kamu kapsama sistemleri için geçerli olan maliyet paylaşımını kapsar.	Tamamlayıcı	
	Özel sağlık sigortası tamamlayıcı sağlık hizmetlerini kapsar kamu sistemlerine veya birincil Özel sağlık sigortası dahildir.	Tamamlayıcı	

(Kaynak: OECD, 2004: 17)

### **2.3.1 Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası**

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası devletin sağlık hizmetleri kapsamını tamamlayan, başka türlü geri ödenmeyen kalan maliyetlerin tamamını veya bir kısmını karşılayarak yalnızca nitelikli bakım maliyetlerinin bir kısmının ödenmesini amaçlayan özel sağlık sigortası branşıdır (OECD, 2004: 8). Tamamlayıcı sağlık sigortası genel sağlık sistemi içinde olmayan paketleri veya teminat paketleri içerisinde olup ancak kısmen karşılanan, bireylerin cepten ödeme yapmaları gereken ya da daha fazla kapsam dâhilinde hizmet alma durumlarında ortaya çıkmaktadır (Başoğlu, 2021: 109). Tamamlayıcı özel sağlık sigortası ile ülkemizde, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşması olan özel hastanelerde sadece devlet tarafından alınan 15 TL katkı payı ödeyerek tedavi sağlanmaktadır (<https://www.axasigorta.com.tr>, Erişim Tarihi: 31.01.2024 ). Türkiye’de tamamlayıcı özel sağlık sigortası branşında 2021 yılından 2022 yılına kadar prim üretimi 2.616.075.833 TL’den 7.808.624.560 TL’ye yükselmiştir (Türkiye Sigorta Birliği, 2022: 26).

### **2.3.2 Destekleyici Özel Sağlık Sigortası**

Destekleyici özel sağlık sigortası kamu sağlık sigortası kapsamı içerisinde olan sağlık hizmetlerini kapsayan özel sağlık sigortası branşıdır. Destekleyici özel sağlık sigortası, kamu sektörüne bir seçenek olarak pazarlanabilmektedir. Çünkü kamu sağlayıcıları ile aynı hizmeti sunmakla birlikte ek işlevlerde sunmaktadır, sunulan ek hizmetler aşağıda tanımlanmaktadır (OECD, 2004: 8).

- I. Hizmet bedelinin tamamının özel sigorta tarafından finanse edilmesi durumunda, kamu sigortası aracılığıyla ulaşılamayan özel sağlık kuruluşlarından yararlanma,
- II. Devlet sağlık hizmetlerinde sıra beklemeden hızlı bir şekilde sağlık hizmetinden yararlanma,
- III. Sevk ve kontrol sistemlerinden bağımsız bakıma ulaşma,
- IV. Doktor, hastane veya diğer sağlık hizmeti sağlayıcısının seçebilme şansı.

### **2.3.3 İkame Edici Özel Sağlık Sigortası**

Kamu planının kapsamadığı ek sağlık hizmetlerini kapsayan özel sağlık sigortası ülkelere göre değişiklik göstermekle birlikte lüks bakım, seçmeli bakım, uzun süreli bakım, dış bakımı, ilaç, rehabilitasyon, alternatif veya tamamlayıcı tıp vb. veya otel ve

huzurevi hastanesi gibi kamu sistemi tarafından finanse edilmeyen sağlık hizmetlerini içermektedir (OECD, 2004: 8; Özkaraduman, 2019: 3).

## **2.4 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDA POLİÇE TÜRLERİ**

Özel sağlık sigortalarının poliçeleri ülkelere ve politikalara göre içerik ve kapsam alanı bakımından değişiklik gösterebilmektedir. Özel sağlık sigortasının sözleşme türleri ve kapsamı 23/10/2013 tarihli 28800 sayılı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği madde 6'da "Sağlık sigortaları; bireysel veya grup sigortaları, yenileme garantili ve/veya yenileme garantisiz sigortalar olarak düzenlenebilir. Ömür boyu yenileme garantisi, bu yönetmelik hükümleri kapsamında verilir. Şirketçe, sözleşme yenilemelerine ilişkin bu yönetmelikte bahsi geçen ömür boyu yenileme garantisinden farklı taahhütlerin verilmesi mümkündür. Bu durumda verilen yenileme taahhüdünün ömür boyu yenileme garantisinden farklılıkları konusunda bilgilendirme yapılır. Sigortanın yenileme garantisi içerip içermediği ve yenileme garantisi içeriyor ise kapsamı bilgilendirme formunda, özel şartlarda ve poliçede belirtilir." ifadesine yer vermek suretiyle açıklanmaktadır (Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 2013).

### **2.4.1 Bireysel (Ferdî) Özel Sağlık Sigortası**

Bireysel özel sağlık sigortasında, bireyler hizmet alacağı doktor ve sağlık kurumunu kendisinin seçme hakkına sahiptir. Bireysel özel sağlık sigortası kaza veya hastalık sonucu ortaya çıkan ayakta veya yatarak, teşhis ve tedavilere ait masraflar, yurtiçi veya yurtdışı tüm sağlık harcamalarını karşılanmaktadır (<https://www.anadulusigorta.com.tr/>, Erişim Tarihi: 31.01.2024). Poliçelerde ilk defa yapılan sigortalanmalarda yaş sınırlandırması getirmektedir. Bireysel veya grup olarak yaptırılan özel sağlık sigortalarında bazı şirketler 18 yaşından büyük bireyleri fert olarak görmektedir, bazı şirketler ise 30 yaşına kadar bekâr bireyleri aile içerisinde değerlendirip indirim uygulamaktadır. Şirketlerin belirledikleri yaş sınırlaması üzerinde kalan bireyler için ayrı poliçeler oluşturulmaktadır (Balkanlı, 2017: 19). Bireysel özel sağlık sigortası poliçeleri yapılan teminat yapılarına göre geniş kapsamlı, standart, bütçeye uygun, üst yaş grubu ve uluslararası poliçeler olmak üzere beş grupta değerlendirilmektedir.

1. Geniş Kapsamlı Paket Poliçeler: Teminatlı tazminat poliçesi olarak da adlandırılmaktadır. Poliçeler arasında en pahalı ve en geniş teminat ve hizmeti kapsamaktadır (Yıldız, 2012: 22). Örneğin Türkiye Sigorta şirketi 1 yıl süreyle

acil cerrahi yatış, ameliyat, acil dâhili yatış, hastane, oda, yemek, refakat, yoğun bakım, ambulans hizmeti, kadınlar için yılda bir defa, mamografi ve meme ultrasonu hizmeti, erkekler için yılda bir defa PSA ve kadınlar için senede 1 kere kadın doğum uzmanından fiziki muayene (smear dahil), erkekler için senede 1 kere üroloji uzmanından fiziki muayeneyi kapsamaktadır (<https://www.turkiyesigorta.com.tr/>, Erişim Tarihi: 31.02.2024, ).

2. Standart Poliçeler: Geniş kapsamlı oluşturulan poliçelerin, yazılı olarak standart hale getirilmiş halleridir. Esas olarak geniş kapsamlı poliçelerle arasında bir fark bulunmamaktadır.
3. Üst Yaş Grubu Poliçeleri: Devletin sigortalar üzerindeki yükünü hafifletmek ve emeklilikten sonra grup sağlık poliçeleri kapsamı dışına çıkan bireylerin ferdi teminat sahibi olabilmeleri için hazırlanmış poliçelerdir.
4. Bütçeye Uygun Poliçeler: Daha az gelire sahip bireyler için düşük primlerle belirli teminatlar oluşturulan poliçe türüdür.
5. Uluslararası Poliçeler: Ülke dışında da kullanılan bir poliçe türüdür. Diğer poliçe türlerinden tek farkı yurtdışında da geçerli olmasıdır. Diğer poliçe türleri gibi geniş, standart ve dar kapsamlı olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Yıldız, 2012: 22-23).

#### **2.4.2 Grup (Kurumsal) Sağlık Sigortası**

İşverenlerin çalışanlarına veya çalışanlarla birlikte aile fertlerine uyguladıkları özel sağlık sigortalarıdır. Özel sağlık sigortası primleri şirket tarafından finanse edilmektedir. İşçilerin şirkette çalışmaları neticesinde doğrudan dâhil oldukları sigorta sözleşmesidir. Grup özel sağlık sigortası kapsamı ve çeşidi işveren tarafından seçilmektedir. Özel sağlık sigortaları grup özel sağlık sigortalarına daha geniş bir kapsam sunmaktadır. Bunun temel nedeni grup özel sağlık sigortasında sigortalanan birey sayısının çokluğundan kaynaklanmaktadır (Aydın, 2010: 68).

2022 Türkiye Sigorta Birliği Sektör Raporu'na göre özel sağlık sigortalıların % 43'ü ferdi ve % 57'si ise grup poliçelerinden oluşmaktadır. Bu durum grup özel sağlık sigortasının daha yaygın olduğunu göstermektedir (Türkiye Sigorta Birliği, Sektör Raporu 2022, 2022: 27). Özel sağlık sigorta şirketlerinin grup özel sağlık sigortası poliçesi ile sağladığı hem bireysel hem de kurumsal faydaları aşağıda ifade edilmiştir.

Kurumlara sağladığı avantajlar;

- Vergide indirimini sağlar.
- Çalışanlarına sağladığı hizmetlerle şirketin saygınlıklarını artırır.
- Çalışanlarına daha sağlıklı bir iş ortamı sunar.

Çalışanlarına sağladığı avantajlar;

- Şirkete olan güven ve bağlılık artar.
- Kaliteli ve hızlı sağlık hizmeti alarak, sağlık problemleri yüzünden işe gidememe veya iş gücünde azalma gibi çeşitli kayıplar önlenmiş olur.
- Şirkete daha bağlı hissedeceği için bu durum iş performansına da olumlu yansıtacaktır ([https://www.allianz.com.tr/tr\\_TR/](https://www.allianz.com.tr/tr_TR/) Erişim Tarihi: 31.01.2024 ).

## 2.5 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARINDA TEMİNATLAR

Özel sağlık sigortası poliçeleri genel şartlar ve özel şartlar olmak üzere iki temel ayrıma sahiptir. Genel şartlar hükümetin kendi hazırladığı ve o ülkede bulunan bütün özel sigorta şirketlerinin uymaları gereken zorunlu düzenlemelerdir. Özel şartlar ise Türk Ticaret Kanunu'na muhalif olmamak şartıyla şirketlerin kendi belirledikleri teminatlardır (Gülay, 2021: 85). Türk Ticaret Kanunu'nda özel sağlık sigortası teminatlarına ilişkin düzenlemeler 2011 yılında hazırlanan 6102 numaralı kanunla belirlenmiştir. Özel sağlık sigortası teminatları ilişkili ilgili madde aşağıda sunulmuştur (Türk Ticaret Kanunu, 2011)

Madde 1513- (1) sağlık sigortası sunucu ile sigortacı;

- a) Hastalık sonucu gerekli hâle gelen ilaç dâhil, her türlü tıbbi bakım, gebelik ve doğum, hastalıkların erken tanısına yönelik, ayaktaki incelemeler de içinde olmak üzere, sözleşmede kararlaştırılan giderleri,
- b) Tedavinin tıbben yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda günlük hastane giderleri,
- c) Sigortalının, hastalık sonucu çalışamaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası,
- d) Sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası için teminat verilir.

(2) Teminat, aksi kararlaştırılmamışsa, birinci fıkradaki tutarların tümünü kapsar.

Sigorta teminatları, özel sağlık sigorta poliçesini temel taşlarını oluşturmaktadır. Sigorta yaptıran bireyin kendisi için en uygun poliçeyi tercih ederek maksimum fayda

sağlaması gerekmektedir. Bu durumdan dolayı teminat paketi tercihi büyük önem taşımaktadır. Özel sağlık sigortası tedavi teminatı, ayakta tedavi teminatı ve ilave teminatlar olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır (Yayar ve Daşçı, 2020: 26-27).

01.01.2022-31.12.2022 tarihleri arasında özel sağlık sigortası branşlarının özel sağlık sigortası teminatlarına ait toplam prim değerleri tablo 2.3'te gösterilmiştir (Türkiye Sigorta Birliği, Erişim Tarihi: 31.01.2024 <https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler>)

**Tablo 2.4:** Özel Sağlık Sigortası Branşlarının Prim Değerleri

Branş Adı	Branş Kodu	TÜM ŞİRKETLER	
		Toplam (TL)	
		Yurtiçi	Yurtdışı
Hastalık	784	151.178.468	0
Sağlık Toplam	785	28.627.029.808	44.451.250
Acil Sağlık	904	130.329.781	4.854
Yabancılar için Sağlık	905	1.429.744.710	0
Tamamlayıcı Sağlık	906	7.810.529.774	0
Yatarak Tedavi	90601	602.141.172	0
Yatarak ve Ayakta Tedavi	90602	7.208.388.602	0
Sağlık	907	19.256.425.544	44.446.397
Yatarak Tedavi	90701	4.383.247.959	13.974.879
Yatarak ve Ayakta Tedavi	90702	14.873.177.585	30.471.518
Seyahat Sağlık	786	1.237.679.876	954.652
<b>HASTALIK-SAĞLIK TOPLAM</b>		<b>30.015.888.151</b>	<b>45.405.902</b>

(Kaynak: <https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler>, Erişim Tarihi: 31.01.2024 )

### 2.5.1 Ayakta Tedavi Teminatları

Ayakta tedavi teminatları genel olarak tek girişlik olarak satışı yapılmamakla birlikte, yatarak tedavi teminatı kapsamı içerisinde hastane tedavisinde ek teminat şeklinde paket olarak sunulmaktadır (Seyfullahoğulları ve Başoğlu, 2018: 17-18).

18/04/2014 tarihli 28976 sayılı Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği madde 10'da ayakta tedavi finansmanı sağlanan ilaçların temin esasları "Yatarak tedavilerde sağlık hizmeti sunucularında kullanılacak ilaçların tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından temin edilir. Ancak Kurum, yatarak tedavilerde tedavinin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusunca temin zorunluluğu olmayan istisnai durumlara ilişkin usul ve esaslar ile temini zorunlu ilaçların sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmeyerek hastaya aldırılması halinde yürütülecek işlemlere ilişkin usul ve esasları belirler. Kurumca finansmanı sağlanan ve ayaktan tedavilerde gerekli görülen ilaçlar, Kurumla sözleşmeli eczanelerden temin edilir. Ancak, acil hâller nedeniyle

genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz eczanelerden reğete karşılığı temin ettiği ilaçların bedelleri, acil hlin Kurumca kabul olunması kaydıyla Tebliğ esaslarına göre kişilere ödenir. Kurum, genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişilerin tedavisi için gerekli görülen ancak, ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu hlde çeşitli nedenlerle üretilmeyen veya ithalatı yapılmayan ilaçların yurt dışından teminine ilişkin usul ve esasları, Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirler.” şeklinde düzenlenmiştir. (Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, 2014).

Özel sağlık sigortasında ayakta tedavi teminatı kapsamında bulunan başlıca sağlık hizmetleri ve tıbbi uygulamalar aşağıda sunulmuştur (Yıldız, 2012: 19-21; Kırımlı, 2013: 25);

- Hekim Muayenesi Giderleri Teminatı: Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş sağlık hizmeti görevi görmekte olan veya özel klinik amaya yetkisi olan doktorlarca yapılan tedavilere ait giderler bu teminat kapsamıyla finanse edilmektedir.
- İlaç Giderleri Teminatı: Doktorun teşhis ve tedavi için tıbben gerekli gördüğü ve resmi ödeme formunda belirttiği durumlarda doktor reğetesinde belirtilen ilaç giderleri bu teminat ile finanse edilmektedir. Fakat reğetesiz olarak verilen ilaç ve kprsz alınan ilaçlar özel sağlık sigortası tarafından karşılanmamaktadır.
- Tanı Birimleri Giderleri Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip bireyin doktor veya sağlık hizmeti veren kişilerin hastalık semptomlarını belirlemek için gerekli gördüğü bütün tanı birimleri (laboratuvar, radyoloji, kardiyoloji, nükleer tıp, ilaç, anestezi, vb.) giderlerin yanı sıra doktor cretleride bu teminat ile finanse edilmektedir.
- Rutin Kontrol ve Teşhis Giderleri Teminatı: Sigortalının rutin ve/veya şikyet var olmaksızın doktor muayeneleri, aşılar, n tetkikler, alerji tanısı, göz muayeneleri, klimakterium ve kemik erimesi tanısı, hekim tarafından istenen genel sağlık taraması tetkikleri ve doğum teminatı kapsamındaki kontrol amaçlı harcamalar, poliçe limitleri dâhilinde bu teminat ile finanse edilebilmektedir.
- Diğer Teminatlar: Yatarak tedavi teminatı ve ayakta tedavi teminatı dışında kalan teminatlardır. Genellikle denecek ek prim karşılığı poliçeye eklenmektedir.

### 2.5.2 Yatarak Tedavi Teminatları

Özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin tıbbi olarak tanı veya tedavi için belirli bir süre içerisinde sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi görmesi gerektiği durumlarda aldığı hizmeti veya hizmetleri kapsayan teminat türüdür (Şenalp, 2008: 28). 18/04/2014 tarihli 28976 sayılı Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği esasına göre yatarak tedavi için belirli parametreler oluşturulmuştur. Aynı yönetmeliğin 20. maddesinde yatarak tedavide katılım payı “Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri bedelinin yüzde birine kadar katılım payı alınabilir. Yüzde birine kadar tespit edilen katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye veya bir katına kadar artırmaya, gerektiğinde bu tutarları kanuni tutarlarına getirmeye veya indirmeye Kurum yetkilidir. Yatarak tedavide katılım payı tutarı, bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçemez.” ifadesine yer verilmek suretiyle açıklanmıştır (Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, 2014).

Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin cerrahi müdahale yapılsın veya yapılmıyın yatarak tedavi alması durumunda; hastanede yatak, yemek, refakatçi, operatör doktor ücreti, asistan doktor ücreti, anestezi, ameliyathane masrafları, sarf edilen tıbbi malzeme giderleri ve kullanılan ilaç giderleri belirlenen poliçe limitleri dâhilinde kapsam alanına girmektedir (Kırımlı, 2013: 26).

Yatarak tedavi teminatının kapsamı dâhilinde olan alt başlıkları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir; (Yıldız, 2012: 19-21)

- Ameliyat Giderleri Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip olan bireyler yatarak tedavisi sırasında ameliyat gereksinimi doğarsa, meydana gelen ameliyathane masrafları, anestezi sırasında kullanılan malzemeler, doktor takip giderleri bu teminat ile finanse edilmektedir.
- Oda-Yemek Giderleri Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip hastaların, hastanede yatış süreci içerisinde oda ve yemek giderleri bu teminat ile finanse edilmektedir.
- Refakatçi Giderleri Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin hastanede yatmaları durumunda refakatçi bulunmasının tıbbi zorunluluk olması durumlarda refakatçi giderleri bu teminat ile finanse edilmektedir.

- İlaç Giderleri (Yatarak) Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip bireyin hastanede yatarak tedavisi sırasında kullanılan ilaç maliyetleri bu teminat ile finanse edilmektedir.
- Tanı Giderleri (Yatarak) Teminatı: Doktorun hastalığı teşhis edebilmesi için gerekli gördüğü bütün tanı birimleri maliyetleri belirlenen teminat poliçesi kapsamında finanse edilmektedir.
- Yoğun Bakım Giderleri Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip bireyin sağlık kuruluşlarında yoğun bakım ünitesinde yapılan bütün giderler bu teminat ile finanse edilmektedir.
- Hastane Tedavi Giderleri Teminatı: Yatış gerektirmeyen ameliyat ve/veya cerrahi ve ortopedik işlemlere ait görüş alışverişi, doktor ücreti, kan ve kan plazması dâhil gerekli malzeme, oksijen, anestezi, dikiş uygulaması, kullanılması hekimce gerekli görülen ortopedik destekleyici malzemeler ve benzeri malzeme masrafları bu teminat ile finanse edilmektedir.
- Ambulans Giderleri Teminatı: Özel sağlık sigortasına sahip bireyin acil durumlarda sağlık kuruluşuna ulaşabilmesi için kara ve hava ambulansı gereksinimi bu teminat ile güvence altına alınır.
- Doğum Giderleri Teminatı: Poliçenin yürürlüğe girdiği ilk tarihten itibaren belirli bir süre sonra gerçekleşen doğumlar için geçerlidir. Sigortalının belirlenen teminat kapsamında doğum sonrasında, bebek ile ilgili giderler bu teminat ile finanse edilmektedir.

### 2.5.3 İlave Teminatlar

Ayakta ve yatarak teminat paketleri içerisinde var olmayan ve sigorta yaptıran bireylerin ek teminata sahip olmak için ek primler ödemek suretiyle satın aldığı teminat paketlerini içermektedir. İlave teminat paketleri ferdi sigortalılar yerine genellikle kurumsal özel sağlık sigortası poliçelerinde daha fazla yer almaktadır (Uzun, 2015: 131). İlave teminatlar kapsamı içerisinde finansmanı karşılanan başlıca sağlık hizmetleri ve tıbbi ekipmanlar şunlardır; (Gülay, 2021: 88-89).

- Tanı ve/veya tedavide kullanılan tıbbi malzemeler,
- Vücuda yardımcı suni uzuv malzemeleri,
- Ambulans hizmetleri,
- Evde bakım ve rehabilitasyon hizmetleri,
- Kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz hizmetleri,

- Check-up,
- Gebelik halinde tanı ve/veya tedavi içerisinde olan sağlık hizmetleri,
- Gözlük, çerçeve ve lens.

#### **2.5.4 Yurtdışı Tedavi Teminatı**

Özel sağlık sigortası şirketleri genel olarak teminat kapsamını yurt içi olarak oluşturmaktadır. Sigorta yaptıran kişi ve özel sigorta şirketleri karşılıklı olarak teminat paketlerini genişleterek yurt dışı kapsam dâhilinde de belirleyebilmektedir. Bu durumun geçerli olabilmesi için alınan teminat paketleri ek primler ile yurt dışını da kapsam dâhiline ilave edebilmektedir. Sigorta kapsamı içerisinde olan bireyler anlaşma yaptıkları özel sağlık sigortalarının geçerli olduğu sağlık kuruluşlarında tedavi görebilmektedirler (Gülay, 2021: 87). Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği esasına göre yurt dışı teminatı için belirli kıstaslar oluşturulmuştur. Yönetmelik kapsamında 32. maddenin altıncı, yedinci, sekizinci ve dokuzuncu fıkrasında yurtdışı tedavi teminatını açıklanmıştır.

(6) Sağlık Kurulu raporu ile belgelendirilmek ve Sağlık Bakanlığınca onaylanmak koşuluyla yurt içinde yapılamayan tetkikler, numunenin veya gerekçeleri ile belirtilmek kaydıyla hastanın gönderilmesi suretiyle yurt dışı sağlık hizmeti sunucularında yaptırılır.

(7) Yurt dışı tedaviye ilişkin raporların Sağlık Bakanlığınca onaylanmasından itibaren üç ay içinde yurt dışına çıkılmaması nedeniyle işlem yapılmayan raporların yenilenmesi gerekir.

(8) Yurt içinde sağlanamayan organ nakli için yurt dışında bekleme süresi ile bu sürenin uzatımına ilişkin usul ve esaslar Kurumca belirlenir.

(9) Yurt dışı tetkik ve tedavi için sevkler esas teşkil edecek sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi, onay işlemleri, yurt dışına gönderilme ve ödemelere ilişkin diğer usul ve esaslar Kurumca belirlenir.”

Madde 33'te ise yurt dışı tahlil, tetkik ve tedaviye ilişkin ödemeler ve belgelerin onaylanması açıklanmıştır. Bu kapsamda “Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilenlerin tedavi giderleri, Kurum tarafından yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunun banka hesabına havale edilmesi veya kişilerce ödenen tutarın belge karşılığı kendilerine ödenmesi suretiyle karşılanır. Yurt dışı sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna gönderilen hastanın sevke konu tetkik/tedavi giderleri sözleşme hükümlerine göre ödenir. Kurumla

sözleşmesi olmayan yurt dışı sağlık hizmeti sunucusunda yapılan tetkik/tedavi giderlerinin tamamı Kurumca karşılanır. Kişinin tercihi doğrultusunda Kurumun yurt dışında sözleşmeli olduğu sağlık hizmeti sunucusuna gitmemesi hâlinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusuna ödenebilecek tutarı geçmemek üzere tetkik/tedavi giderleri kurumca ödenir. Yurt dışına tedavi amacıyla gönderilen hastanın sevke konu hastalığına bağlı olarak gelişen komplikasyon, ilişkili tedaviler ve acil hâller dışındaki sağlık hizmetleri kurumca ödenmez. Yurt dışında hastaya uygulanan başka bir tedavinin bu madde kapsamında olup olmadığının tespit edilemediği durumlarda yurt dışı tedavi raporunu teyit eden hastanenin de görüşü alınmak suretiyle kurumca karar verilerek işlem yapılır (Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği, 2014).

### **2.5.5 Teminat Kapsamı Dışında Kalan Haller**

Özel sağlık sigortalarında yapılan sözleşmelerde aksi belirtilmedikçe teminat dışında kalan durumlar sabit kalmakla birlikte Türkiye Sigorta Birliği internet sitesinde yayınlanan ‘Sağlık Sigortası Genel Şartları’ içinde yer alan Madde 2 aşağıda belirtilmiştir. Teminat Dışı Kalan Haller;

Madde 2- Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır.

- a) Harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu’nda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.

g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri (<https://www.tsb.org.tr>, Erişim Tarihi: 31.01.2024).

## 2.6 SAĞLIK SİGORTASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ FİNANSMANI

Sağlık hizmetleri birçok ülkede kamu destekli ve buna uygun finansman yöntemleri ile desteklenmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri sınıflandırmasında genel olarak finansman yöntemine bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Fakat bu farklılık dışında genel olarak vergiler, sosyal sigorta primleri, özel sağlık sigortası ve bireylerin cepten yaptığı ödemeler kullanılmaktadır (Sağlam ve Kara, 2023: 577-578). Sağlık sistemleri modelleri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

*Beveridge Modeli (Kapsayıcı Sağlık Sistemi):* Bu modelin ortaya çıkışı İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallık'tır. Bu durumdan dolayı Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ismi ile de anılmaktadır (Tatar, 2011: 110-111). Bu modelin temel özelliği "hastalık ve bütün kişisel sağlık hizmetlerinin içerisinde olan zorunlu, kamu/bütçe kaynaklı sağlık sistemi olmasıdır. Fon yapısı olarak tamamı kamu kaynaklıdır. Kamu bu kaynakları vergi yolu ile bütün vatandaşlardan finanse etmektedir (Sağlam ve Kara 2023: 578; Tatar, 2011: 110-111). Beveridge sağlık sistemi her birey için zorunlu bir sistemdir (Özmen, 2017: 603). Bu sistemi kullanan bazı ülkeler ise şu şekildedir; Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan vb. (Tatar, 2011: 111).

*Bismarck Modeli (Refah Yönelimli Sağlık Sistemi):* Bismarck Modeli 1800'lü yıllarda Almanya'da ortaya çıkmıştır (Karaca, 2023: 128). Bismarck modeli devlet tarafından oluşturulmuş sosyal sigortadır. Bu sağlık sistemi nüfusun çoğu hatta tamamı için mecburidir (Yılmaz, 2018: 192-193). Bismarck modelinde primleri ise, bireylerin her ay iş bordrosundan veya iş ücretinden otomatik olarak kesintiler yapılarak ödenmektedir. Bu primler üç taraftan toplanmaktadır. Bunlar; işçi, işveren ve devlet arasında dağıtılmaktadır. "Karşılıklılık ilkesi" adı verilen ilke gereğince sistemde sadece prim ödeyenler yararlanmaktadır. Öte yandan işsizler ve kayıt dışı çalışan işçilerin primleri de kamu gelen bütçesinden karşılanmaktadır (Sağlam ve Kara, 2023: 578-579).

*Kamu-Özel (Karma) Sağlık Sistemi:* Ulusal Sağlık Sigortası olarak da nitelendirilen bu model Bismarck ve Beveridge modellerinden bazı ortak özellikler barındırmaktadır

(Daştan Ve Çetinkaya, 2015: 107). Karma sağlık sistemi finansmanı, işçilerin maaşlarından belirlenen bir yüzde işveren aracılığı ile sunulmaktadır. Bağımlı çalışanların ödemesi gereken prim tutarı % 12,5'tir. Bu primin %5'i kişinin kendisi geri kalan yüzdenin ise işveren tarafından verilmektedir. Bağımsız olarak çalışanların ise prim oranları % 12,5'tir. Karma model sistemi birçok risk için ayrı ayrı sigorta kolları oluşturulması yerine, işçiler ve halk için sağlık mevzuatı çerçevesinde tek bir sigortadan koruma sağlanmaktadır. Genel sağlık sigortası, herkes için zorunludur. Aynı zamanda hastalar, kapsam dışına çıkan hastalıklar için ödenen primlere ek olarak katkı payı da ödemektedirler (Sağlam ve Kara, 2023: 579).

*Sosyalist/Merkezi Planlama Sağlık Sistemi:* Sosyalist tip sağlık sistemini merkeziyetden yönetilen ülkelerin en çok kullandıkları sistemdir. 1920 yıllarında Shemasko tarafından oluşturulmuştur. Bu sağlık sisteminin ana unsuru bütün sağlık personeli ve sağlık yapılarının devlet tekelinde kontrol edilmesi ve verilen bütün sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasıdır. Sistem içerisinde farklı özelliklere sahip uzmanların çalıştığı halk poliklinikleri mevcuttur. Bu sağlık sisteminin finansman kaynağı ise vergiler, hastaneler ve poliklinik tarafından elde edilen gelirlerdir (Çelebi ve Cura, 2013: 53).

*Serbest Piyasa Yönelimli/Liberal Sağlık Sistemi:* Bu sağlık sisteminde ana unsur arz ve talep faktörüdür. Serbest piyasa sağlık sisteminde ana unsur özel sektördür. Bu sağlık sisteminde ana özelliği bireylerin kendi iradeleriyle doktorunu seçebilmeleri ve doktorların da kendi hastalarını tercih edebilmeleridir. Sağlık sistemi finansmanı ise kişilerden bireysel ödeme yapmaları ve özel sigortalar tarafından ödeme yapılmasıdır. Bu sisteme örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri verilmektedir (Lkhagvaa, 2019: 6).

Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansmanı, kaynakların değişimi veya transferi olarak basitleştirilebilir: sağlayıcılar, sağlık hizmeti kaynaklarını hastalara aktarır ve hastalar veya üçüncü taraflar, finansal kaynakları sağlayıcılara aktarır (Mossialos ve Dixon, 2002: 2-3).

Bir mal veya hizmet için en basit işlem şekli doğrudan ödemedir. Tüketici (birinci taraf), mal veya hizmet karşılığında sağlayıcıya (ikinci taraf) doğrudan ödeme yapar. Üçüncü bir tarafın bir nüfusa hastalanmanın mali riskine karşı koruma sağladığı sağlık hizmetleri sistemleri geliştirilmiştir. Üçüncü taraf, kamu veya özel bir kuruluş olabilir. Sağlık hizmetlerinde üçüncü taraf ödeme mekanizmasının gelişimi, kısmen sağlık sorunlarının belirsizliğinden kaynaklanmaktadır; risklerin paylaşılmasına olanak

tanımlanmaktadır. Ancak bu aynı zamanda kişiler arası yeniden dağıtımını sağlamanın da bir yoludur. Sağlık hizmetlerini finanse etmek için üçüncü tarafın koruduğu nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplaması gerekir. Bu gelir daha sonra hastaya veya sağlayıcıya tazminat ödemek için kullanılır (Mossialos ve Dixon, 2002: 2-3).

Bireylerin cepten yaptıkları ödemeler ile aldıkları sigorta, özel sağlık sigortasını temsil etmektedir. Özel sağlık sigortaları sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı bir özelliğe sahiptir. Özel sağlık sigortasının, devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürme konusunda etki edileceği kabul edilmektedir. Özel sağlık sigortaları, prim değerlerini düşürerek sigorta yaptıran kişi sayısını arttırmakta ve sağlık hizmeti veren kurumları ücretlerin düşürülmesi konusunda domine etmektedir (Orhaner, 2017: 401).

Özel sağlık sigortaları kâr amaçlı bir finansman yöntemidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre özel sağlık sigortaları baskın/dominant (dominant), zorunlu (compulsory), ikame edici (substitutive), tamamlayıcı (complementary), ilave edici (supplementary) olmak üzere beş ayrı role sahiptir. Örneğin özel sağlık sigortaları ABD'de tüm çalışan nüfus için (dominant) ve İsviçre'de tüm nüfus için zorunludur (zorunlu özel sigorta). Hollanda, Belçika ve Almanya'da kamu Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet 143 Sağlık Güvencesi Programları tarafından sağlanan imkânlar, kısmen veya tamamen kapsam dışı bırakılan ve kamu sisteminden çıkma olanağı olan bireyler tarafından satın alınır (ikame özel sigorta) (Thomson ve Elias, 2004: 10).

Özel sağlık sigortaları primlerinin belirlenme şekilleri bireysel, grupsal ve toplumsal riskler tarafından belirlenmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Özel sağlık sigortası finansman yöntemleri üç ana başlık altında hesaplanabilir bunlar;

- a) Cepten Ödemeler: Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin herhangi bir sağlık hizmeti aldıkları sonra üçüncü bir şahıstan geri ödeme yapılmadan, hane içerisinde doğrudan cebinden çıkan ödeme yöntemidir (Cylus vd., 2018). Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin bazı nedenlerden (kapsam dâhilini genişletmek, uzun bekleme sürelerini engellemek, sağlık hizmetlerinin yetersiz olması vb.) dolayı sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten yaptıkları ödemelerdir. Genel vergilerden cepten ödemeye geçiş sağlık hizmetleri eşitliğini engellemektedir (Mossialos vd. 2002: 4-6). Cepten ödeme yöntemi kendi

içerisinde doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir.

i. Doğrudan Ödemeler: Devletin sunduğu sağlık hizmetleri dışında kalan ve/veya uzun bekleme sürelerinden ya da hizmete ulaşmada yaşanan zorluklardan kaynaklı yapılan ödeme yöntemidir. Buna örnek olarak dişçiler ve laboratuvarlar gösterilebilir.

ii. Kullanıcı Katkıları: Alma-Ata Bildirgesi'nde, temel sağlık hizmetinin herkes için yaygınlaştırılması kabul görmüş ve en maliyet-etkin strateji olarak bulunulmuş. Fakat hükümetler yetersiz kaldığı için hedeflenen sağlık hizmetine ek kaynak oluşturulması gerektiği kanaatine varılmıştır (Lee ve Goodman, 2002: 9-11 ).

iii. Resmi Olmayan Ödemeler: Kayda geçmeyen ödeme yöntemleridir. Tedavi sonrası verilen teşekkür hediyesi veya tedavi öncesi sağlık hizmeti veren kişilere para veya hediyeler verilmesi resmi olmayan ödeme yöntemleri olarak sınıflandırılır. Birçok ülkede kanun dışı olarak görülmektedir.

b) Özel Sağlık Sigortaları: Özel sağlık sigortaları ferdi veya grup halinde cepten ödeme ve tıbbi tasarruf hesapları gibi yöntemlerle satın alınabilen sigorta çeşitidir (Tarım ve Güdük, 2019: 196). Amerikan Birleşik Devletleri, Avusturya ve İsviçre gibi ülkeler özel sağlık sigortasını çok sık kullanmaktadırlar (İstanbulluoğlu, vd. 2010: 91).

C) Tıbbi Tasarruf Hesapları: Gelecekte yaşanabilecek risklere karşı bireylerin banka aracılığı ile kendi hesaplarına önceden yatırılan para yatırımları esasına dayanmaktadır. Bankada biriktirilen bu para sadece sağlık harcamaları için kullanılabilir.

Özel sağlık sigortalarının teorik olarak en büyük yararı hükümetlerin sağlık harcamalarına pozitif katkı sunmak, dezavantajlı ve maddi olarak kısıtlı olan bireylere özel sağlık sigortasına sahip olma imkânı tanımamasıdır. Bu avantajların yanı sıra özel sağlık sigortalarının düzenlenmesinde yokluk veya yetersizlikte bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sorunlardan kısaca aşağıda bahsedilmiştir.

1. Primlerin miktarının doğru ve adaletli olarak belirlenmemesi,
2. Kişilerin hastalıklarını sigorta şirketinden gizleyebilmeleri,

3. Özel sigorta şirketlerinin sigortalanacak bireylerin yüksek riskli grup içerisinde olmaları nedeniyle sigortalamaktan vazgeçmeleri,
4. Özel sağlık sigortası yaptırdıktan sonra bireylerin, riskli davranışlarda bulunabilmeleri,
5. Özel sağlık sigorta şirketlerin tekelleşme eğilimleri,
6. Adalet ve dayanışma kavramlarının zedelenebilmesi.

## 2.7 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ PRİMLENDİRMESİ

Özel sağlık sigortası prim hesaplaması sigorta yaptıran bireyin yaş, cinsiyet, hastalık geçmişi ve sağlık hizmeti kullanım sıklığı dikkate alınarak, bireylerin tercih ettiği teminat paketleri sigorta şirketlerinin oluşabilecek maliyetleri hesaplayarak oluşturmaktadırlar. Özel sağlık sigortası tercih edecek bireylerin risk profilleri göz önüne alınarak prim değerleri belirlenmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 143).

Hükümet sağlık harcamaları ve zorunlu sağlık sigortasının (Devlet/zorunlu) yanı sıra özel sağlık sigortası ve hane halkının cepten yaptığı ödemeler, STK'lar ve özel şirketler gibi özel fonlar da dahil olmak üzere çeşitli finansman düzenlemeleri mevcuttur. Bu gösterge toplam olarak ve finansman türüne göre (Devlet/zorunlu, Gönüllü, Cepten) sunulmaktadır (OECD, 2023). OECD ülkelerinin özel sağlık sigortasının kişi başına düşen sağlık harcamalarının değeri tablo 2.4'te sunulmuştur.

**Tablo 2.4:** 2022 Yılı Özel Sağlık Sigortasının Kişi Başına Düşen ABD Doları

Ülkeler	ABD doları / kişi
İsviçre	2.501,8
Amerika Birleşik Devletleri	1.911,6
Kanada	1.812,9
Avustralya	1.769,1
Kore	1.704,7
Avusturya	1.611,7
Belçika	1.542,4
Portekiz	1.521,6
İrlanda	1.368,9
İspanya	1.319,1
Yunanistan	1.229,8
Norveç	1.186,7
Hollanda	1.171,2
Finlandiya	1.170,3
Letonya	1.141,2
Litvanya	1.127,0
Yeni Zelanda	1.092,2

**Tablo 2.4:** (Devamı) 2022 Yılı Özel Sağlık Sigortasının Kişi Başına Düşen ABD Doları

İsrail	1.084,0
Almanya	1.081,3
Slovenya	1.058,1
İtalya	1.036,1
Şili	1.020,1
Birleşik Krallık	1.013,7
Fransa	1.006,3
Danimarka	955,7
İsveç	912,8
İzlanda	889,0
Lüksemburg	835,0
Macaristan	785,2
Japonya	759,5
Estonya	746,5
Polonya	746,3
Çek Cumhuriyeti	661,3
Meksika	554,8
Slovak cumhuriyeti	545,8
Türkiye	432,4
Kosta Rika	424,6
Kolombiya	392,1

(Kaynak: OECD, 2023).

## 2.8 ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ VERGİSEL BOYUTU ve MUHASEBELEŞTİRİLMESİ

Birçok ülke vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Toplumdan çeşitli şekillerde zorunlu olarak toplanan gelir vergileri, tüketim vergileri vb. birçok örneği mevcut olan vergiler oldukça değerlidir. Toplanan vergiler devlet tarafından sağlık hizmetlerinde ve geri ödemelerde kullanılmaktadır. Bu şekilde sağlık durumu esas alınmadan tüm insanlardan fon toplanmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen 2008: 138). Özel sağlık sigortası kullanımını sınırlı sayıdaki kamu kaynaklarını düşük gelirli bireylerin kullanımına tahsis etmektedir (Dursun ve Karaman, 2018: 808).

Özel sağlık sigortalarının avantajları göz önüne alındığında, devlet tarafından özel sağlık sigortasına teşviklerin artması, devletin sağlık hizmetleri için ayırdığı finans kaynaklarının azalması eğiliminde neden olacaktır (Dursun ve Karaman, 2018: 808). Özel sağlık sigortası primlerinin vergilendirmesine de bu nedenden dolayı birçok yasal düzenleme getirilmiştir. Örneğin özel sağlık sigortası primlerinin indirim oranı, 29.06.2012 tarihli 6327 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu

ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile düzenlenmiştir. Söz konusu kanunun 5. Maddesinde “şahıs sigortalarına ödenen primlerden indirim konusu yapılabilecek tutar yüzde on beş” olarak düzenlenmiştir. 6327 sayılı aynı kanunda vergi indirimi yararlanma dereceleri 63. Madde belirtilmiştir. Fakat belirlenen vergi indirimleri için belirli şartlar mevcuttur bunlar kısaca aşağıda ifade edilmiştir.

- Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sigorta primlerinin, yükümlü şahsın, eşine ve çocuklarına ait olması
- Özel sağlık sigortasının Türkiye merkezli olması,
- Özel sağlık sigortası sözleşmesinin bu nitelikli şirket ile yapılması,
- Sigortalının ödediği primlerin, sigorta şirketi tarafından faturalandırılması veya makbuz asılları ile belgelendirilmesi,
- Özel sağlık sigorta priminin ödeme yapıldığı ayda elde edilen ücreti, sosyal güvenlik kurumlarına hizmet erbabı hissesi olarak hesaplanan prim veya aidatın aylık belirlenen tutarı aşmaması (<https://eurekosigorta.com.tr>,\_Erişim Tarihi: 31.01.2024 ).
- Prim ve katkı payı ödemeleri makbuz karşılığı doğrudan sigorta veya bireysel emeklilik şirketine yapılabildiği gibi banka şubeleri, bankaların otomatik para çekme makineleri, internet, telefon bankacılığı, kredi kartları veya posta çeki aracılığıyla da yapılabilmektedir (<https://www.resmigazete.gov.tr/> Gelir Vergisi Genel Tebliği, Seri No: 256).

Özel sağlık sigortası alımı ile yaşanan bazı gelir avantajları ise prime esas kazançların belirlenmesi ile uygulanmaktadır. 31/01/2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu madde 80'nin birinci fıkrasının b bendi bu durum şekilde açıklanmıştır “Aynı yardımlar ve ölüm, doğum ve evlenme yardımları, görev yollukları, seyyar görev tazminatı, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları ile Kurumca tutarları yıllar itibarıyla belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları, işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, prime esas kazançta tabi tutulmaz.”

Diyelim ki geleceğinizi güvence altına almak için Herkese Hayat Sigortası'na her ay 500 TL prim ödüyorsunuz. Aylık brüt ücretiniz de 5.000 TL olsun. Vergi matrahınızdan

indirebileceğiniz maksimum prim, aylık brüt ücretinizin % 15'i olabilir. Bu tutar örneğimize göre 750 TL'dir. 500 TL, 750 TL'nin altında kaldığı için priminizin tamamını vergi matrahınızdan indirebilirsiniz. Yıllık indirebileceğiniz tutar ise brüt asgari ücretin yıllık tutarıyla sınırlıdır.

İçinde bulunduğumuz ayda gelir vergisi diliminizin % 27 olduğunu düşünelim. Prim ödemeseydiniz gelir verginiz 1.350 TL olacak iken (5.000 TL x %27), hayat sigortanıza ödediğiniz prim ile bu tutarı 1.215 TL'ye (5.000 TL - 500 TL = 4.500 TL x %27) düşürebilirsiniz. Siz geleceğiniz için hayat sigortanıza aylık 500 TL prim ödersiniz ancak 135 TL'lik vergi avantajı sayesinde cebinizden sadece 365 TL çıkar. Ödediğiniz prim arttıkça faydalanabileceğiniz vergi avantajı da artar (<https://www.anadoluhayat.com.tr> Erişim Tarihi: 31.01.2024 )

Aynı zamanda çalışan bireylerin, hastalık durumunda yaşayacakları iş göremezlik sonucundaki ücretlendirme, işçilerin ayakta tedavisinde günlük kazanılan ücretin üçte ikisi olarak hesaplanmaktadır (<https://www.turkiyefinans.com.tr>, Erişim Tarihi: 31.01.2024).

## 2.9 LİTERATÜR TARAMASI

Özel sağlık sigortası üzerine çok sayıda yerli ve yabancı çalışma bulunmaktadır. Aşağıda özel sağlık sigortacılığının ekonomik boyutunu ele alan çalışmalara kısaca yer verilmiştir.

Arı ve Gülcemal (2019) çalışmalarında OECD ülkelerinin 2016 yılı sigorta pazar payını, makroekonomik ve sigortacılık göstergeleri yardımıyla değerlendirilmişlerdir. Bu amaçla ikincil verilerden yararlanarak kümeleme analizi ile ülkeler belirlenen göstergeler açısından sınıflandırılmış ve çok boyutlu ölçekleme analiziyle de ülkelerin benzerlik durumları tespit edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde ülkelerin GSYH payı ne derece artarsa sigorta sektörü o oranda gelişim göstermektedir. Ek olarak ülkemizde 2016 yılı enflasyon oranı, bir önceki yıla göre (% 1,41) artışı, sigorta pazar payı üzerinde negatif bir etki meydana getirdiği belirlenmiştir (Arı ve Gülcemal, 2019: 153-154).

Şener ve Behdiüğü (2013) çalışmalarında Türkiye'de 1990-2010 yılları arasındaki enflasyon oranları, nüfus sayısı ve sigorta şirket sayılarındaki değişimlerin sigorta toplam prim üretimindeki etkisini regresyon ve korelasyon analizi yardımıyla

incelenmişlerdir. İnceleme sonucunda 2001 yılı krizinde sigorta şirketlerinde azalma ve prim değerlerinde düşüş tespit edilmiştir. 1990-2010 yılları içerisinde sürekli artan nüfus ile sigorta primleri arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu pozitif ilişki sigorta prim değerlerini en çok etkileyen etmen olarak da görülmüştür. 1994 ve 2001 yılı krizlerinde enflasyonun artışı ile sigorta primleri azalış gösterdiği belirlenmiştir (Şener ve Behdiuğlu, 2013: 532-533).

Tunay ve Tunay (2013) çalışmalarında 2000 ve 2011 yılları arasında sigorta primleri ile GSYH ve finansal stres endeksini arasındaki ilişki incelenmişlerdir. Panel Veri Modellerinin kullanıldığı çalışmada finansal stres endeksi ve kriz yılları, sigorta primlerini negatif yönde etkilemiştir. GSYH'daki artış veya ekonomik büyüme ise sigorta primlerini pozitif yönde etki etmekte olduğu belirlenmiştir (Tunay ve Tunay, 2013: 93-95).

Dawd ve Benlagha (2023) çalışmalarında 2009-2020 yılları arasında sigorta gelişimi ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmişlerdir. Çalışma kapsamında doğrusal dinamik panel veri yöntemi kullanılmıştır. Toplam sigortacılık faaliyeti, ekonomik büyümeyi önemli ölçüde etkilemektedir. Hayat sigortalarının ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkilediği, hayat dışı sigortaları ise negatif yönde etki ettiği belirlenmiştir (Dawd ve Benlagha, 2023: 11-12).

Sare ve diğ., (2023) çalışmalarında 1989-2022 yılları arasında Gana'daki sigorta sektörünün faaliyetleri ve ekonomik büyümeye arasındaki ilişki incelenmişlerdir. Çalışma çok değişkenli bir regresyon modeli ile hazırlanmıştır. Çalışma sonucunda hayat sigortası ile sektörel büyüme arasında uzun ve kısa vadeli olumlu bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hayat dışı sigorta ile sektörel büyüme arasında ise pozitif bir ilişki mevcut olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Sare ve diğ., 2023: 10-11).

Öniz ve Aydın (2019) çalışmalarında 1998 –2003 yıllarında Bist'te işlem gören dört adet sigorta şirketinin (Ak Sigorta, Anadolu Sigorta, Güneş Sigorta Ve Ray Sigorta) finansal yapıları değerlendirilmiştir. Çalışmada Primler/ Özkaynak oranını aşan tek şirket ray sigorta şirketi olarak bulunmuştur. Bu sonuçtan Ray Sigorta şirketinin özkaynak yetersizliği olduğu tespit edilmiştir. Sigorta şirketleri arasındaki en iyi sonucun ise Ak Sigorta şirketine ait olduğu tespit edilmiştir.

Koç ve diğ., (2018) çalışmalarında 2006 – 2015 döneminde Borsa İstanbul'da işlem gören (Aksigorta Aş., Anadolu Sigorta Aş., Anadolu Hayat Sigorta, Avivasa Sigorta Aş., Güneş Sigorta Aş., Halk Sigorta, Ray Sigorta Aş., Yapı kredi Sigorta Aş.) sekiz şirkete ait bilanço ve gelir tablolarından elde edilen yıllık veriler incelemiştir. Bu inceleme Panel veri seti yöntemi ile analiz edilmiştir. İncelen çalışmadaki Model 1 sonucuna göre; sigortacılığa ilişkin değişkenlerden primlerdeki büyüme ve primlerin varlıklara oranının (Alınan Primler/Toplam Aktifler) firma değerini (Tobin's Q) etkilediği görülmektedir. Primlerdeki büyümenin beklentilerin aksine firma değerini (Tobin's Q) olumsuz etkilediği görülürken, primlerin varlıklara oranını (Alınan Primler/Toplam Aktifler) olumlu etkilediği görülmektedir. Tüketici fiyatları endeksi ise (Tobin's Q) olumsuz yönde etkilemiştir. Model 2'de sigortacılığa ilişkin değişkenlerden aktif karlılık oranının ve şirket büyüklüğünün (net kar/alınan primler oranını), sigortacılık sektörünün aktif karlılık oranı ve şirket büyüklüğünden olumlu etkilendiği tespit edilmiştir. Model 3'te kaldıraç oranı primlerdeki büyümeyi olumsuz etkilemekteyken, firma büyüklüğünü ise olumlu yönde etkilemiştir. Model 4'te ise sigortacılık sektörünün aktif karlılık oranı ve kaldıraç oranının (Alınan Primler/Toplam Aktifler) oranına etkisi pozitiften, firma büyüklüğünün (Alınan Primler/Toplam Aktifler) oranına etkisi negatif olduğu tespit edilmiştir. Burada örneklem olarak sigortacılık sektörünün aktif karlılık oranı ve kaldıraç oranından olumlu yönde etkilendiğini tespit edilmiştir. Firma büyüklüğü ise sektörü olumsuz yönde etkilemiştir (Koç ve diğ., 2018: 35).

Alexander ve Neill (2015) çalışmalarında sağlık sigortası şirketlerinin piyasa yapısını analiz etmişlerdir. Bir eyaletteki en büyük firmanın pazar payı ile o eyaletteki ortalama sağlık sigortası primi arasındaki ilişkinin ampirik analizi yoluyla incelemişlerdir. Bağımlı değişken olarak sigorta primi, bağımsız değişkenler olarak ise pazar payı, GSYH ve fiyat olarak alınmıştır. Analiz sonucunda göre pazar payındaki bu % 60'lık azalma eyaletteki ortalama sağlık sigortası priminde % 1,98'lik bir düşüşe yol açtığı belirlenmiştir (Alexander ve Neill, 2015: 487).

Trinh ve diğ., (2023) çalışmalarında OECD'den 2000-2020 dönemleri içerisinde alınan özel sağlık sigortası harcamalarını finansal, kültürel, sağlık- çevresel faktör ve COVID-19 salgınının etkileri incelenmiştir. Bu inceleme regresyon yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Değerlendirme neticesinde özel sağlık sigortasının tüketimi, finansal kalkınma ve gelir, eğitim, bireycilik, belirsizlikten kaçınma ve uzun vadeli yönelim gibi kültürel-sosyal-ekonomik faktörlerle pozitif yönde ilişkilidir. Fakat özel

sağlık sigortası halk sağlığı harcamaları, erkeklik, hoşgörü ve güç mesafesi ile negatif ilişkilidir. Ayrıca COVID-19 salgını ile ilişkin faktörler, gelir kayıpları nedeniyle özel sağlık sigortası tüketimi üzerinde negatif bir etki yaratmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Trinh ve diğ., 2023: 16-17).

Scharner ve diğ., (2023) çalışmalarında 2003-2016 yılları arasında 130 ülkeden oluşan ekonomik büyüme ile hayat sigortası tüketimi arasındaki ilişki Araçsal Değişken yaklaşımları ile incelenmektedir. İnceleme neticesinde ekonomilerin zenginleşmesi ile artan hane halkı geliri, hayat sigortasına harcanan payı arttırmaktadır. Orta gelirli ekonomilerle, yüksek gelirli ekonomiler karşılaştırıldığında orta gelirli ekonomilerin hayat sigortası tüketimi daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Scharner ve diğ., 2023: 535- 537).

Meral (2023) çalışmasında Türkiye’de 1990-2021 yılları arasında politika, ekonomik ve sosyal teknolojik faktörlerin özel sigorta üzerindeki etkileri doğrusal regresyon ile analiz edilmiştir. İnceleme sonucunda Türkiye’de ki nüfus yoğunluğu ve düzenleyici kalitesinin özel sigorta üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Faiz ve doğrusal yabancı yatırımların sigorta üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fakat ilişki düzeyi nedensellik çıkarımı yapmak için yeterli bulunmamıştır. Aynı zamanda gelir değişkeninin sigorta üzerinde anlamlı bir etkisi görülmemiştir (Meral, 2023: 181-182).

Eren ve Çütçü (2021) çalışmalarında Türkiye’de 1983-2019 yılları arasında sigortacılık sektörü ile ekonomik büyüme, enflasyon ve tasarruf değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak sigortacılık sektörü ile ekonomik büyüme, enflasyon ve tasarruf değişkenleri arasında uzun dönemli bir ilişki tespit edilmiştir. Nedensellik testi sonuçları incelendiğinde ise ekonomik büyümenin sigorta primlerine doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi olduğu tespit edilmiştir ( Eren ve Çütçü, 2021: 137-138).

Polat ve Akın (2021) çalışmalarında, Türkiye’de 2009-2019 yıllar arasında çeyreklik verilerle hayat sigortası talebinin belirleyicileri zaman serisi analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda gelir (GSYH % büyümesi) değişkeni hayat sigortası talebini pozitif yönde etkilemektedir. Reel faiz oranı ve enflasyon oranı değişkenleri ise hayat sigortası üzerinde negatif bir etki göstermektedir. Finansal derinleşmenin hayat sigortası talebini pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Finansal yapının karmaşıklığı ise hayat sigortasını negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Nüfusun bağımlılık

oranı ise hayat sigortası talebi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediği belirlenmiştir (Polat ve Akın, 2021: 423-424).

Noor ve diğ., (2020) çalışmalarında Malezya'da hayat sigorta talebinin makroekonomik değişkenlerle ilişkisini 1988-2017 yılları arasında zaman serisi verileri kullanılarak incelemiştirler. İnceleme neticesinde Malezya'daki kişi başına düşen milli gelir ile hayat sigortası talebi arasında pozitif bir ilişkinin mevcut olduğu tespit edilmiştir. Fakat pay senedi endeksi ve tasarruf oranı değişkenleri ile hayat sigortası arasında negatif bir etki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Noor ve diğ., 2020: 56-57).

Satrovic ve Muslija (2018) çalışmalarında 2005-2010 yılları arasında 150 ülke üzerinden hayat sigortası talebinin belirleyicileri incelenmiştir. Hayat sigortasının talebinin belirleyicilerinin tespiti amacı ile yatay kesit regresyon modeli kullanılmıştır. Çalışma sonucunda hayat sigortası ile gelir, demografik unsur ve eğitim değişkenleri pozitif ve anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu belirlenmiştir. Fakat hayat sigortası ile enflasyon, bağımlılık oranı ve faiz oranı değişkenleri arasında anlamlı bir etki saptanamamıştır (Satrovic ve Muslija, 2018: 112-113).

Satrovic (2019) çalışmasında Bosna-Hersek'te sosyo-demografik belirleyicilerin ve gelirin hayat sigortası talebi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Sonuç olarak kişi başına düşen yıllık hayat sigortası primlerinin cinsiyete bağlı olmadığı görülmüştür. Fakat bireylerin evli veya bekâr olmaları hayat sigortası primlerinde farklılıklara neden olduğu belirtilmiştir. Gelir ve eğitim düzeylerindeki artışın hayat sigortası taleplerini arttırdığı belirlenmiştir (Satrovic, 2019: 161-162).

Kjosevski (2012) çalışmasında Orta ve Güneydoğu Avrupa'daki (14 ülke) hayat sigortasının talebinin belirleyicilerini incelenmiştir. 1998-2010 dönemleri içerisinde Panel sabit etkiler regresyonu yöntemi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda kişi başına düşen GSYİH artışı, enflasyon, sağlık harcamaları, eğitim düzeyi ve hukukun üstünlüğünün hayat sigortası kullanımının en güçlü belirleyicileri olduğunu tespit edilmiştir. Reel faiz oranları, para ve benzeri oranlar, genç bağımlılık oranı, yolsuzluğun eski bağımlılık oranı kontrolü ve hükümetin etkinliği hayat sigortası talebiyle ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kjosevski, 2012: 237).

Çelik ve Kayalı (2009) çalışmalarında 31 Avrupa ülkesinden veriler elde edilerek hayat sigortası talebinin belirleyicileri araştırılmıştır. En küçük kareler regresyonu kullanılmıştır. Sonuç olarak hayat sigortası tüketimi ile gelir ve nüfus değişkenleri

arasında pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Buna karşılık hayat sigortası talebi ile eğitim düzeyi ve enflasyon arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Çelik ve Kayalı, 2009: 36).

Lenten ve Rulli (2006) çalışmalarında 1981-2003 yılları arasında Avustralya’da hayat sigortası şirketlerinin varlıklarını sistematik olarak incelemişlerdir. Bu incelemede Zaman serisi yapısal modelleri kullanılmıştır. Sonuç olarak fiyat düzeyi, gelir, işsizlik ve nüfus değişkenleri hayat sigortası ile eş bütünleşme ilişkisine sahip olduğu belirlenmiştir. Hayat sigortası ile faiz oranı değişkeni arasında ise kısa vadeli bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lenten ve Rulli, 2006: 64-65).

Tunay ve diğ., (2020) çalışmalarında hayat ve hayat sigortası şirketlerinin prim üretimleri ile ekonomik dalgalanmalar arasındaki ilişki incelenmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan 30 ülke içerisinde bir örneklem oluşturulmuştur. Bu örneklem Demitrescu-Hurlin nedensellik testleri uygulanmıştır. Sigorta faaliyetleri ekonomik faaliyetlerini güçlü bir şekilde etkilediği belirlenmiştir. Bu etki hayat dışı sigortalara oranla hayat sigortası alanında daha sınırlı kaldığı tespit edilmiştir. Hayat dışı sigorta primleri ekonomik dalgalanmalarda azalma eğiliminde olduğu görülmüştür (Tunay ve diğ., 2020: 100).

Cawley ve Simon (2005) çalışmalarında Amerika Birleşik Devletleri üzerinde makroekonomi ve özel sağlık sigortası kapsamı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışma ampirik analiz yöntemi kullanılarak hazırlanmıştır. İşsizlik oranı artışı yetişkin erkekler üzerinde özel sağlık sigortası kapsamını tercih etme olasılığını düşürürken, işsizlik oranlarının kadın ve çocukların özel sağlık sigorta tercihinde etkili olmadığı görülmektedir (Cawley ve Simon, 2005: 310-313).

Hooda (2015) çalışmasında Hindistan devletinde farklı (sosyal, ticari ve hedef odaklı) özel sağlık sigortası programlarının sağlık hizmetlerine erişim, bakım maliyeti ve tıbbi harcamaları üzerindeki etkisini değerlendirmektedir. Bu değerlendirmede temel bileşenler analizi yöntemi kullanılmıştır. Hindistan’da sağlık hizmetlerine erişim teşvik edilmesi, maliyetleri de arttırmaktadır. Sigorta şirketleri, finansal riskleri bir havuzda toplama konusunda etkisiz kalması ve bireysel kazancı maksimize etmeyi tercih etmektedirler. Piyasada oluşan başarısızlığın asıl nedeni olarak bilgi asimetrisi ve sigorta tabanlı sistemi düzenlemedeki zorluklar ortaya çıkmaktadır. Hindistan’daki evrensel sağlık hizmeti erişimi

sağlamak için maliyetli olabileceği, vergiye dayalı bir sistem aracılığıyla sağlık hizmetleri sunulmasını savunmaktadır (Hooda, 2015: 69-70).

Artabe ve Sigüenza (2019) çalışmalarında İspanya'da özel sağlık sigortasının etkileri üzerine yapılmış bir çalışmadır. Bu çalışmada Ampirik analiz yöntemi kullanılmıştır. İspanya'da meydana gelen ekonomik durgunluk Kişisel sağlık bilgileri (PHI) üzerinde herhangi bir etki göstermemekte ve kişisel sağlık bilgileri ile ekonomik durgunluk arasında bir bağ bulunmamıştır. Gelir seviyesi yüksek bireylerin özel sağlık sigortası sağlık bilgileri pozitif ve anlamlıdır. İkamet yerlerine kira veya ipotek ettiren bireylerin özel sigorta yaptırma olasılığı daha düşük bulunmuştur. Ekonomik durgunluğun özel sağlık sigortası tercihi üzerindeki etkisi olumlu ve anlamlı olduğu ve daha önceleri özel sağlık sigortası almaya karar vermiş ailelerin harcama miktarlarını arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bazı alanlarında (bekleme listeleri, sağlık uzmanları ve hastanede kalış kalitesi vb.) bunu karşılayabilen bireylerin, sigorta kapsamını genişletmek için özel sağlık sistemini kullanmayı ve harcamalarını arttırmayı seçmektedirler (Artabe ve Sigüenza, 2019: 170-171)

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### VERİ SETİ VE YÖNTEM

#### 3.1 VERİ SETİ

Bu çalışmada makroekonomik göstergelerin (BİST Genel Endeksi, cari açık, dolar kuru, mevduat faiz oranı, sanayi üretim endeksi ve tüketici fiyat endeksi) reel özel sağlık sigortası prim değeri üzerindeki etkileri analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenler Türkiye Sigorta Birliği (TSB), Elektronik Veri Dağıtım Sistemi (EVDS) ve Türkiye İstatistik Kurumu'ndan (TÜİK) temin edilmiştir. Veri seti aylık gözlemlerden oluşmakta olup 01.01.2015 ile 01.01.2023 dönemini kapsamaktadır.

Makroekonomik göstergelerin, özel sağlık sigortası prim değeri üzerindeki etkilerinin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmanın bağımlı değişkeni: Özel sağlık sigortası prim değerleridir. Özel sağlık sigortası prim değeri değişkeni hayat ve emeklilik (HE) şirketleri ile hayat dışı şirketlerin (HD) (toplam 25 işletme) yurtiçi ve yurtdışı toplam prim değerlerini (TL) ifade etmektedir. Parasal büyüklük olan özel sağlık sigortası prim değerleri Tüfe endeksi kullanılarak reel hale getirilmiştir. 2015 yılından itibaren analize dâhil edilen şirketlerin bir kısmının zaman içerisinde isimleri değişmiş olsa da şirket kodları sabit kalmıştır. Çalışmada kullanılan şirket isimleri 2023 yılına aittir. Toplam 25 şirketin özel sağlık sigortası prim değerleri hesaplama yöntemi aşağıda belirtilmiştir. İlk olarak özel sağlık sigortası branşları ve kodları 3 ana başlık altında (Hastalık (784), Sağlık Toplam (785) ve Seyahat Sağlık (786)) toplanmıştır. Hastalık branşı tek başlıkta ifade edilirken sağlık toplam branşı 4, seyahat sağlık branşı ise tek başlıkta ifade edilmektedir.

Özel Sağlık Sigortası Pirim Değeri = [Hastalık (784) + Sağlık Toplam (785) + Seyahat Sağlık (786)]

Sağlık Toplam (785) branşında 4 alt başlık bulunmaktadır, bunlar: Acil Sağlık (904), Yabancılar için Sağlık (905), Tamamlayıcı Sağlık (906) ve Sağlık (907) olarak kodlanmıştır. Ayrıca Tamamlayıcı Sağlık (906) kodlu branş kendi içerisinde: Yatarak Tedavi (90601) ve Yatarak ve Ayakta Tedavi (90602) olmak üzere iki alt başlık altında toplanmıştır.

Sağlık (907) kodlu branş kendi içerisinde: Yatarak Tedavi (90701) ve Yatarak ve Ayakta Tedavi (90702) olmak üzere iki alt başlık altında toplanmıştır. Bağımlı değişken

olan Özel sağlık sigortası prim değeri (yurt içi ve yurt dışı) yukarıdaki alt başlıkların toplamını ifade etmekte olup şirket bazlı toplam özel sağlık sigortası prim değerleri tablo 3.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1: Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin Yıllık Prim Değerleri**

	Şirket Kodu	2015**	2016**	2017**	2018**
Bupa Acıbadem Sigorta AŞ	2001	4060446693	5974770626	7487670291	9447138921
Aksigorta AŞ	1003	1466162916	1578560775	1825729129	2020800074
Allianz Sigorta AŞ	1004	7924118049	8930089627	10636123456	13048711318
Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	1005	2291767024	2795406773	3789178812	5003470118
Ankara Anonim Türk Sigorta Şirketi	1006	166705959	189690040.3	175414884.9	194662428.1
Axa Sigorta AŞ	1009	1074220155	1975734439	1451937649	1683999921
HDI Sigorta AŞ	1022	47993598.79	58328537.54	85893516.8	106884713.7
Türkiye Sigorta AŞ	1020	741623775.3	788127552.6	975303423.6	1049375842
Demir Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ	2005	395591777.2	338645660.4	359992709.7	460261877
Chubb European Group SE Merkezi Fransa Türkiye İstanbul Şubesi	1001	5159109.53	4621773.02	5055979.64	9973521.17
Eureko Sigorta AŞ	1017	709248416.1	874274999.2	1165066787	1380702953
Generali Sigorta AŞ	1018	11905484.71	12902197	20611672.15	57636486.57
Groupama Sigorta AŞ	1019	802383809.2	878696587.7	947038789.1	1054242036
Bereket Sigorta AŞ	1025	53618466.7	4474034.86	18671402.11	34684135.7
Ray Sigorta AŞ	1032	89304974.97	101967888.2	121987822.9	227099061.7
Şeker Sigorta AŞ	1034	59719256.09	56807428.26	132119147.3	132656652.1
Mapfre Genel Sigorta AŞ	1028	2636894824	3024971735	3139707766	3672587978
Neova Katılım Sigorta AŞ	1030	126938364.2	968771	1290120	1682220.23
Orient Sigorta AŞ	1031	79293.16	212050.2	1221412.43	2419118.23
VHV Allgemeine Sigorta AŞ	1013	10491655.02	10687741.19	9779401.53	26966798.01
Sompo Sigorta AŞ	1035	213797911.5	277488859.5	390103858.2	550797360.3
Gulf Sigorta AŞ	1038	592718.1388	2111098.01	171562858.9	128129038.7
Türk Nippon Sigorta AŞ	1039	41103335	110687399.5	169444008.4	387070141.7
Zurich Sigorta AŞ	1043	57963641.37	68978050.92	50447560.08	97533884.51
Corpus Sigorta AŞ	1012	3273277.71	4521597.57	11834241.57	13151005.23
TOPLAM		22991104485	28063726242	33143186701	40792637604

**Not:** \*2023 yılı verileri sadece Ocak ayı özel sağlık sigortası prim değerlerini ifade etmektedir. \*\*Veriler şirketlerin yıllık özel sağlık sigortası prim değerlerinin toplamını göstermektedir.

**Tablo 3.1: (Devamı) Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin Yıllık Prim Değerleri**

ŞİRKET ADI	Şirket Kodu	2019**	2020**	2021**	2022**	2023*
Bupa Acıbadem Sigorta AŞ	2001	12978838493	15365088068	17498202800	35615153580	3628836051
Aksigorta AŞ	1003	2611092829	3073995745	3122847242	6013680769	407452683.2
Allianz Sigorta AŞ	1004	18900071669	23518815077	28325447558	58770263548	2880739816
Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	1005	5672126493	6349221352	7802222334	13237196968	717601481
Ankara Anonim Türk Sigorta Şirketi	1006	348031807.7	303703136.2	820417695.8	2006751025	30685181
Axa Sigorta AŞ	1009	2435626907	3364509153	4505738491	8520033821	275869561.8
HDI Sigorta AŞ	1022	706131820.6	698352700.8	788363704.1	1691478590	47276712.45
Türkiye Sigorta AŞ	1020	2087353019	3092916096	3389890209	5433664744	250138051.8
Demir Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ	2005	589938833	682629941.8	970940702.2	2986212698	50629784.19
Chubb European Group SE Merkezi Fransa Türkiye İstanbul Şubesi	1001	12612065.21	8503413.45	14132778.5	20373472.37	1869119.93
Eureko Sigorta AŞ	1017	570716454.1	1269259160	1424642816	2136945810	343117143.9
Generali Sigorta AŞ	1018	33875258.56	18741872.74	17170767.4	113888963.1	6256956.16
Groupama Sigorta AŞ	1019	1316616489	1454798995	1756261600	3316025218	122761913.1
Bereket Sigorta AŞ	1025	32996888.63	82760885.19	95083182.24	145442707.1	18428201.49
Ray Sigorta AŞ	1032	292227755.7	326027267.5	311245352	549978156.5	9688622.1
Şeker Sigorta AŞ	1034	179164544.5	181789563.9	160806546	316422073	-20393.9
Mapfre Genel Sigorta AŞ	1028	4708205325	5179489312	5896304189	10678827647	432149899.1
Neova Katılım Sigorta AŞ	1030	5718186	6529410.17	281132908.6	563337000.3	1981825.36
Orient Sigorta AŞ	1031	2923974.57	1762777.78	4018197.11	9916296.99	152576.85
VHV Allgemeine Sigorta AŞ	1013	26658922.12	4437536.6	2701626.82	14411563.1	1421111.92
Sompo Sigorta AŞ	1035	719256088.9	742558889	802766416.4	2682928704	42517792.34
Gulf Sigorta AŞ	1038	156119709	74039611.99	92605338.57	363389613.3	6103334.44
Türk Nippon Sigorta AŞ	1039	572018493.7	492449611.2	1301585890	3475777717	43433111.26
Zurich Sigorta AŞ	1043	106238331.3	175798616.8	584829692.9	614395206.8	22418671.86
Corpus Sigorta AŞ	1012	5202521.37	2043130.42	694726.88	576937.48	31056
TOPLAM		55069762878	66470221325	79970052764	1.59277E+11	9341540265

**Not:** \*2023 yılı verileri sadece Ocak ayı özel sağlık sigortası prim değerlerini ifade etmektedir. \*\*Veriler şirketlerin yıllık özel sağlık sigortası prim değerlerinin toplamını göstermektedir.

İsim değiştiren özel sağlık sigorta şirketleri aşağıdaki tablo 3.2'deki gibidir;

**Tablo 3.2: İsim Değişikliğine Uğrayan Özel Sigorta Şirketleri**

<b>Eski İsmi</b>	<b>Yeni İsmi</b>
Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ	Bupa Acıbadem Sigorta AŞ
Güneş Sigorta AŞ	Türkiye Sigorta AŞ
Demir Hayat Sigorta AŞ	Demir Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ
Ace European Group Ltd. Türkiye Şubesi	Chubb European Group SE Merkezi Fransa Türkiye İstanbul Şubesi
Işık Sigorta AŞ	Bereket Sigorta AŞ
SBN Sigorta AŞ	Şeker Sigorta AŞ
Neova Sigorta AŞ	Neova Katılım Sigorta AŞ
Dubai Starr Sigorta AŞ	VHV Allgemeine Sigorta AŞ
Sompo Japan Sigorta AŞ	Sompo Sigorta AŞ
Turins Sigorta AŞ	Gulf Sigorta AŞ
Demir Sigorta AŞ	Corpus Sigorta AŞ

Analizlerde kullanılan bağımsız değişkenlerden ilki BİST 100 (XU100) Endeksidir. BIST100 endeksi aylık ortalama kapanış fiyatlarını ifade etmektedir. Bağımsız değişken olarak kullanılan diğer bir makro büyüklük Cari Açık (CA) değişkenidir. Özetler bilançosundan elde edilen cari işlemler dengesi milyon \$ olarak ifade edilmiştir. Cari işlemler dengesi mal, hizmet, yatırım ve cari transfer hesaplarının toplamından oluşmaktadır. CA değişkeninin pozitif olması cari işlemler fazlasını, eksi değer alması ise cari işlemler açığını ifade etmektedir.

Diğer bir makro büyüklük ise döviz kuru'dur. Döviz kuru değişkeni olarak aylık ortalama Dolar satış kuru alınmıştır. Bir diğer makro büyüklük aylık mevduat faiz oranı (MFO) değişkenidir. Mevduat faiz oranı değişkeni üç ay vadeli mevduatlara ödenen faiz oranını ifade etmektedir. Sanayi Üretim Endeksi (SUE) 2015 yılı baz alınarak hesaplanmış sanayi üretim endeksini ifade etmektedir. Son olarak Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) değişkeni kullanılmıştır. TÜFE endeksi 2003 yılı baz alınarak hesaplanmış tüketici fiyatlarındaki değişimi ifade etmektedir.

Makroekonomik göstergelerin, özel sağlık sigortası prim değeri üzerindeki etkilerinin açıklandığı modelde kullanılan değişkenler, kısaltmaları ve değişken açıklamaları aşağıdaki tablo 3.3'te özetlenmiştir.

**Tablo 3.3: Değişken Tanımları**

<b>Değişkenler</b>	<b>Açıklamalar</b>	<b>Kaynak</b>
<b>RPDEG</b>	Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (TL) /TÜFE Endeksi).	Türkiye Sigorta Birliği (TSB) tsb.org.tr
<b>BIST</b>	BIST100 Endeksi Aylık Ortalama Kapanış Fiyatları.	Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB) evds2.tcmb.gov.tr
<b>CA</b>	Aylık Cari Açık (Milyon ABD Doları)	Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB) evds2.tcmb.gov.tr
<b>DOLAR</b>	Aylık Ortalama USD Dolar Kuru (Satış)	Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB) evds2.tcmb.gov.tr
<b>MFO</b>	3 Ay Vadeli Mevduat Faiz Oranı	Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB) evds2.tcmb.gov.tr
<b>SUE</b>	Sanayi Üretim Endeksi (2005 Baz yılı)	Türkiye İstatistik Kutumu (TÜİK) tuik.gov.tr
<b>TUFE</b>	Tüketici Fiyat Endeksi (2003 Baz Yılı)	Türkiye İstatistik Kutumu (TÜİK) tuik.gov.tr

### 3.2 YÖNTEM

Sağlık sigorta prim değeri ile makro büyüklükler arasındaki ilişkinin belirlenmesinin hedeflendiği bu çalışmada zaman serileri analiz yöntemleri kullanılmıştır. Serilerin durağanlık durumlarına göre Johansen eşbütünleşme analizi veya ARDL eşbütünleşme analiz yöntemleri kullanılmıştır. Aşağıda zaman serileri analiz yöntemlerine ilişkin notasyonlara yer verilmiştir.

#### 3.2.1. Zaman Serileri ve Durağanlık

Zaman serileri analizlerinin ilk aşaması, incelenen dönem içerisinde serilerin durağan olup olmadığının belirlenmesidir. Durağanlık bir zaman serisinin ortalaması, varyansı ve kovaryansının zamana bağlı olarak değişim göstermemesi durumudur. Başka bir ifadeyle durağanlık, belirli bir dönem ortaya çıkan rassal şokların etkisinin kalıcı özelliğe sahip olmaması olarak da ifade edilebilmektedir. Serilerin durağan olmaması

halinde hata terimleri arasındaki ilişki nedeniyle otokorelasyon sorunu ortaya çıkmaktadır. Durağanlık kavramı zaman serilerinde önemli bir yere sahiptir. Durağanlık özelliği göstermeyen serilerde kurulan regresyon modelinde, gerçek durumda seriler arasında bir ilişki mevcut olmasa da  $R^2$  değeri olması gereken değerinden daha yüksek çıkmaktadır. Bir diğer durum ise katsayılar anlamlı olmasına karşın T ve F test istatistikleri sonuçları gerçeği yansıtmamaktadır. Zaman serilerinin durağanlık özelliğine sahip olmaması sahte regresyon problemini de beraberinde getirmektedir.

Ekonomik zaman serileri genel olarak trend, mevsimsel, düzensiz ve konjonktürel hareketlerin etkisi altındadır. Zaman serileri, frekansına göre etkisinde bulunduğu bileşenlerin bir veya birkaçını içerisinde bulundurabilmektedir. Ayrıca serilerin stokastik özelliği, serilerin durağanlık özelliği gösterip göstermediği ile daha çok ilgilenebilir. Bir stokastik süreç, ortalama ve varyans zaman içinde değişiklik göstermiyor ise ve dönemler arasında kovaryans, kovaryansın hesaplanan dönemine değil, bu dönemler içerisinde bulunan uzaklığa bağlı ise burada olasılıklı sürecin durağan olduğu ifade edilmektedir. Durağan bir seri denklemler 1, 2 ve 3 özelliklerine sahip olmaktadır (Üzümcü, 2019: 4-5).

	<i>Ortalama:</i> $E(Y_t) = E(Y_{t+m}) = \mu_Y$	(1)
	<i>Varyans:</i> $Var(Y_t) = E[(Y_t - \mu_Y)^2] = E[Y_{t+m} - \mu_Y]^2 = \sigma_Y^2 = \gamma_0$	(2)
	<i>Kovaryans:</i> $\gamma_m = Cov(Y_t, Y_{t+m}) = E[Y_t - \mu_Y]^2$	(3)

Denklemlerdeki  $\gamma_m$  aralarında m dönem fark olan  $Y_t$  ve  $Y_{t+m}$  arasındaki kovaryanstır.

### 3.2.2. Birim Kök Testleri

Zaman serilerinin birçoğu durağanlık özelliğine sahip değildir. Bunun sebeplerinden biri seride deterministik ya da stokastik trend etkisinin bulunmasıdır. Ekonometrik bir model kurulmadan önce serinin durağanlığının belirlenmesi gerekmektedir. Durağanlığın belirlenmesinde birtakım yöntemler kullanılmaktadır. Bir değişkenin durağan olup olmadığını ya da durağanlık derecesini belirlemek için kullanılan en geçerli yöntem birim kök testi yöntemidir (Gujarati, 2022: 749; Üzümcü, 2019: 5-6).

Zaman serisi analizlerinde durağanlığın belirlenmesi için ilk birim kök testi Dickey ve Fuller (1979) tarafından geliştirilmiştir. Bu test, hata terimlerinin istatistiksel olarak bağımsız olduğunu ve varyansın sabit olduğunu, yani bir otokorelasyon sorunu olduğunu varsaymaktadır (Dickey ve Fuller, 1979). Dickey ve Fuller (1981) çalışmalarında modele, uygun gecikme değerleri eklenerek otokorelasyon problemine

karşı denklemi yeniden düzenlenerek Genişletilmiş Dickey ve Fuller (ADF) testi oluşturmuşlardır (Dickey ve Fuller 1981).

ADF testinde modele eklenmesi gereken gecikme uzunluğunun belirlenmesi gerekmektedir. Modelde kaçınıcı dereceden durağan/gecikmeli yapıda olması gerektiği saptanır iken bazı kriterler kullanılmaktadır. Bu kriterlerden bazıları Akaike bilgi kriteri (AIC), Schwarz bilgi kriteri (SIC) ve Hannan Quinn bilgi kriteri (HQ) olarak verilebilir (Çelikkıçak, 2022: 9). ADF birim kök testi stratejisinde aşağıdaki regresyon formülü kullanılmaktadır.

	$\Delta y_t = a_0 + \delta y_{t-1} + a_1 t + \sum_{i=1}^p \beta_i \Delta y_{t-i} + \varepsilon_{2t}$	(4)
--	--	-----

Denklemdaki  $a_0$  sabiti; t trend;  $\Delta$ , fark operatörünü; p, gecikme sayısını ve  $\varepsilon_t$  artıklarını ifade etmektedir. Bu teste yokluk hipotezinde “Birim kök ( $\delta = 0$ )” görüşü, “Durağanlık  $\delta < 0$ ” görüşüne karşı sınanmaktadır (Tanyıldızı, 2022: 91).

ADF testlerinde uygun gecikme uzunluğunu seçmek için eşitlik (5) Akaike Bilgi Kriteri (AIC) ve eşitlik (6) Schwarz Bilgi Kriteri (SC) gibi birçok kriter kullanılmaktadır.

#### Akaike Bilgi Kriteri

	$AIC = \ln \left( \frac{\sum e^2}{T} \right) + \frac{2k}{n}$	(5)
--	--	-----

#### Schwarz Bilgi Kriteri

	$SC = \ln \left( \frac{\sum e^2}{n} \right) + \frac{k \cdot \ln T}{n}$	(6)
--	--	-----

Burada  $n$  örneklem büyüklüğünü,  $k$  bu değerleri en küçük yapan değişken sayısını ifade etmektedir. Optimum gecikme sayısı bu kriterlerin değerlerinin en küçük olması ile belirlenmektedir. (Üzümcü, 2019: 9-10). Düzeyde durağan olmayan zaman serisi değişkenleri, farkları alınarak durağan hale getirilebilmektedir. Denklem 7 de X değişkeninin birinci fark alam işlemi gösterilmiştir.

	$\Delta X_t = \Pi_1 X_{t-1} - X_{t-1} + e_t$	(7)
--	--	-----

	$\Delta X_t = (\Pi_1 - 1_n)X_{t-1} + e_t$	(8)
--	---	-----

Bu formülde  $\Delta$  fark operatörünü,  $X_t$ ,  $n$  sayıda değişkene sahip,  $t$  zamanındaki gözlemlenen değerlerden meydana gelen vektörü ve  $e_t$  hata terimini ifade etmektedir (Tanyıldızı, 2022: 92).

### 3.2.3. Eşbütünleşme Analizleri

Serilerin durağanlık durumlarının belirlenmesinin ardından seriler arasındaki ilişki eşbütünleşme analizi ile araştırılır. Bütünleşme dereceleri sıfırdan büyük çıkan değişkenlerin doğrusal birleşimleri eğer durağan bir süreç oluşturuyorsa bu değişkenlerin eşbütünleşik olduğu söylenir (Sizer, 2022: 37). İki veya ikiden fazla sayıda düzeyde durağan olmayan zaman serisinde, elde edilen hatalar düzeyde durağan ise bu seriler eşbütünleşik seri olarak adlandırılmaktadır. Eğer seriler  $I(0)$  dereceden durağansa ve eşbütünleşme ilişkisi varsa regresyon denklemlerinden hareketle uzun ve kısa dönemli model tahminlerini elde etmek mümkün olacaktır. (Üzümcü, 2019: 11-12). Eşbütünleşme analizlerinde Engle ve Granger (1987), Johansen (1988), Johansen ve Juselius (1990) tarafından geliştirilen çeşitli eşbütünleşme testleri kullanılmaktadır (Sizer, 2022: 38).

#### 3.2.3.1. Johansen Eşbütünleşme Testi

Johansen ve Juselius (1990) geliştirilen eşbütünleşme testi, sistem yaklaşımı ve VAR (Vector Autoregression) modeline dayalı bir yöntemdir. Johansen eşbütünleşme testi ile değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişki araştırılırken kurulan vektör otoregresif modele (VAR) dayanmaktadır. Johansen modeli VAR üzerinden düşünüldüğünde şu şekildedir;

	$X_t = \Pi_1 X_{t-1} + e_t$	(9)
--	-----------------------------	-----

$I(0)$  da durağan olmayan  $X$  değişkenleri  $I(1)$  düzeyinde farkları alınarak durağan hale getirilebilmektedir. Formül (9) birinci fark alındığında;

	$\Delta X_t = \Pi_1 X_{t-1} - X_{t-1} + e_t$	(10)
--	--	------

	$\Delta X_t = (\Pi_1 - 1_n)X_{t-1} + e_t$	(11)
--	---	------

$\Delta$  fark operatörünü,  $e_t$  hata terimini ifade etmektedir.

	$\Delta X_t = rX_{t-1} + e_t$	(12)
--	-------------------------------	------

" $X_t$ " ve " $e_t$ " ( $n \times 1$ ) vektörünü, " $\Pi_1$ " ( $n \times n$ ) parametre matrisini, ve " $r$ " sembolü de ( $\Pi_1 - 1_n$ )' i temsil etmektedir.

	$\Delta X_t = \sum_{i=1}^{k-1} r_i \Delta X_{t-i} + X_{t-k} + e_t$	(13)
--	--	------

	$r_i = 1 + \Pi_1 + \dots + \Pi_i, \quad (i = 1, 2, \dots, k - 1)$	(14)
--	---	------

	$\Pi = -(1 - \Pi_1 - \dots - \Pi_k)$	(15)
--	--------------------------------------	------

Burada  $r_{i,X_t}$ 'deki kısa dönem hakkında bilgi verirken,  $\Pi$ ,  $X_t$ 'deki uzun dönem ilişkiler hakkında bilgi vermektedir.  $\Pi$  katsayılar matrisi olup bu matrisin rankı,  $X_t$  vektöründe yer alan değişkenler arasındaki farklı eşbütünleşme vektörlerinin sayısını ve eşbütünleşmenin derecesini vermektedir. Bu matrisin rankına ilişkin üç durum söz konusudur. Bunlar (Tanyıldızı, 2022: 93);

- i.  $Rank(\Pi) = 0$  ise;  $\Pi$  matrisinin sıfır matrisidir. Yani dizi ve dizinin hiçbir lineer birleşeni durağan değildir. Eşbütünleşme yapısına uymaz.
- ii.  $Rank(\Pi) = p$  ise;  $\Pi$  matrisi tam ranklıdır ve  $X_t$  süreç vektörü durağandır.
- iii.  $0 < Rank(\Pi) = r < p$  olması durumu uzun dönemli bir ilişkinin olduğunu ve  $r$  tane yani çoklu eşbütünleşme ilişkisinin varlığını gösterir. Yani  $\Pi = \beta'$  olacak şekilde öyle bir  $p \times r$  boyutlu  $\alpha$  ve  $\beta'$  matrisleri vardır ki  $\beta' X_t$  durağandır.

Eşbütünleşme ilişkilerinin varlığı Johansen ve Juselius tarafından geliştirilen İz (Trace) istatistikleri yardımıyla belirlenmektedir.

#### İz (Trace) Testi:

Eşbütünleşme modellerinin anlamlılığı İz (Trace) testi ve Maksimum özdeğer (Maximum Eigenvalue) testi ile ölçülmektedir. Bu testler aşağıda yer alan denklemler yardımıyla ifade edilmektedir (Johansen ve Juselius, 1990: 179)

	$H_0: r$ adet eşbütünlük vektörü vardır.	(16)
	$H_1: En$ çok $r + 1$ tane eşbütünlük vektörü vardır.	(17)
	$\lambda_{trace} = -T \sum_{i=r+1}^p \ln(1 - \hat{\lambda}_i)$	(18)

Büyük Özdeğer (Maximum Eigenvalue) Testi:

Eşbütünlük vektör sayısı aşağıdaki hipotezler ile test edilir.

	$H_0: r$ tane eşbütünlük vektörü vardır.	(19)
	$H_1: r + 1$ tane eşbütünlük vektörü vardır.	(20)
	$\lambda_{max} = -T \ln(1 - \hat{\lambda}_{r+1})$	(21)

Hesaplanan  $\lambda_{trace}$  ve  $\lambda_{max}$  istatistik değerleri, tablo kritik değerleri ile karşılaştırılarak değişkenler arası eşbütünlük vektörünün olup olmadığı belirlenir (Üzümcü, 2019:14-15).

### 3.2.3.1.1. Vektör Hata Düzeltme Modeli (VECM)

Hata düzeltme modelinde (VECM) sistemdeki değişkenlerin kısa dönem dinamikleri dengedeki sapmadan etkilenmektedir. VECM, değişkenlerde oluşan bozulmaların belirlenmesine ve düzeltilmesine olanak tanımaktadır.

	$\Delta A_t = a_0 + \sum_{i=1}^n a_{1i} \Delta A_{t-i} + \sum_{i=1}^n a_{2i} \Delta B_{t-i} + \theta_1 EC_{t-1} + u_{1t}$	(22)
	$\Delta B_t = \beta_0 + \sum_{i=1}^n \beta_{1i} \Delta A_{t-i} + \sum_{i=1}^n \beta_{2i} \Delta B_{t-i} + \theta_2 EC_{t-1} + u_{2t}$	(23)

Formüldeki  $EC_{t-1}$  terimi hata düzeltme katsayısını ifade etmektedir. Hata düzeltme katsayısı modelin uyarılma hızını ifade etmektedir. Hata düzeltme katsayısının istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir sayı olması beklenir, Katsayının negatif işaretli olması sapmaların yeniden dengeye ne kadar sürede geleceği hakkında bilgi verir (Tanyıldızı, 2022: 97-98).

### 3.2.3.1.2. Etki-Tepki Analizi

Etki-Tepki analizi, vektör otoregresyon modeli çevresinde tahmin edilen ve belirli zamanlarda oluşan şokun değişkenlerin gelecekte oluşturacak değerleri üzerindeki etkisini ölçen etki tepki fonksiyonunun tahmini ile yapılmaktadır. Etki tepki analizi Vector Error Correction Model (VECM) sistemindeki bağımlı değişkenlerin oluşturduğu şoklar karşısındaki değişimlerine bakılmaktadır (Pesaran ve Shin, 1998:19).

### 3.2.3.1.3. Varyans Ayırıştırması

Etki-tepki analizi, bir değişkendeki değişimin işareti, süresi ve büyüklüğü hakkında bilgi sağlarken varyans ayırıştırması, bir değişkenin değişikliği etkileme oranı hakkında bilgi sağlamaktadır. Varyans ayırıştırması, bağımlı değişkendeki değişimin ne kadarının kendi şokundan ne kadarının diğer değişkenlerdeki şoklardan kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Bir değişkene yönelik şok, o değişkeni doğrudan etkileyeceği gibi diğer değişkenleri de etkilemektedir. Varyans ayırıştırması kullanılarak, ilgili değişkenin tahmin hatasının varyansının kendi şoku ve diğer değişkenlerin şokları ile ne oranda açıklandığı belirlenebilir (Demirci, 2017: 175).

### 3.2.3.1.4. Granger Nedensellik Testi

Granger (1969) nedensellik analizi, zaman serileri arasında bulunan ilişkinin yönünü belirleme de kullanılır.  $Y_t$  değişkenin geçmiş değerlerine  $X_t$ 'nin geçmiş değerleri eklenerek *tahmin edilir*. Sonuç anlamlı ise  $X_t$  değişkeni  $Y_t$ 'nin Granger nedeni olduğu anlaşılır. Granger nedensellik testi için aşağıdaki denklemler kullanılır

	$X_t = \sum_{i=1}^p a_i Y_{t-i} + \sum_{j=1}^p \beta_j X_{t-j} + \varepsilon_{1t}$	(24)
	$Y_t = \sum_{i=1}^q \gamma_i Y_{t-i} + \sum_{j=1}^q \delta_j X_{t-j} + \varepsilon_{2t}$	(25)

Burada  $p$  ve  $q$  gecikme uzunluklarını göstermektedir.  $\varepsilon_{1t}$  ve  $\varepsilon_{2t}$  hata terimlerinin bağımsız olduğu varsayılmaktadır. İlk denklemdeki  $\beta_i$  katsayıları sıfır dışında bir sayı bulunursa,  $X$ 'in  $Y$ 'nin nedeni olduğuna karar verilir. İkinci denklemdeki  $\theta_i$  katsayılarının da grup halinde sıfır dışında olması da  $Y$ 'nin  $X$ 'in nedeni olduğunu göstermektedir Granger nedensellik hipotezleri aşağıdaki gibi kurulmaktadır. Hipotezler  $F$  istatistiği ile test edilmektedir (Üzümcü, 2019: 16-17).

	$H_0: \alpha_1 = \alpha_2 = \alpha_3 = \dots = \alpha_p = 0 \quad i: 1, \dots, p$	(26)
	$H_A: \text{En az bir tanesi sıfırdan farklıdır.}$	(27)
	$H_0: \delta_1 = \delta_2 = \delta_3 = \dots = \delta_q = 0 \quad j: 1, \dots, q$	(28)
	$H_A: \text{En az bir tanesi sıfırdan farklıdır.}$	(29)

### 3.2.3.2. ARDL Sınır Testi Yaklaşımı

Pesaran vd. (2001), bağımsız değişkenlerin hem düzeyde durağan I(0) hem de birinci farkta durağan I(1) olmaları durumunda aralarındaki koentegre ilişkisinin belirlenebilmesi için ARDL (Otoregresif Dağıtılmış Gecikme) modelini geliştirmiştir. ARDL modeli, değişkenler arasındaki uzun vadeli denge ilişkisini ve kısa vadeli dinamik etkileşimleri belirlemek için kullanılan bir regresyon modelidir. ARDL modeli hem durağan hem de durağan olmayan değişkenlerin bir arada olduğu zaman serilerini analiz etmek için uygulanabilir (Pesaran ve diğ., 2001).

Pesaran vd. (2001), değişkenler arasındaki kısa ve uzun dönem ilişkilerin araştırılmasında kullanılacak uygun gecikme yapısına sahip ARDL modelinin belirlenmesi için en yüksek gecikme uzunluğu ve açıklayıcı değişken sayısı çerçevesinde ARDL modeli OLS yöntemi ile tahmin edilmektedir. Tahmin edilen ARDL modelleri AIC ve SIC gibi kriterler göz önüne alınarak, en yüksek değere sahip olan model uygun model olarak belirlenir ve ARDL modelleri tahmin edilir.

ARDL modelinin geçerliliğinin tespit edilmesi otokorelasyon durumunu belirlemek için Breush-Goldfrey Serial Correlation LM testi, değişen varyans sorununun tespiti için Breusch-Pagan-Godfrey testi, normal dağılımın olup olmadığının tespiti için Jarque-Bera testi ve spesifikasyon hatasının tespiti için Ramsey Reset testi gibi tanısal testler yapılmaktadır.

#### 3.2.3.2.1. Sınır (Bound) Testi

Değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğuna karar verilen kısıtsız hata düzeltme modeli kullanılarak modellerde bulunan değişkenler için uzun dönem

katsayıları hesaplanmaktadır.  $y_t$  bağımlı değişken,  $x_{j,t} J = 1, 2 \dots k$  bağımsız değişkenler olmak üzere  $ARDL(p, q_1, \dots, q_k)$  modeli aşağıda verilmiştir.

	$y_t = a_0 + a_1 t + \sum_{i=1}^p \varphi_i Y_{t-i} + \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=0}^{q_j} \beta_{j,l_j} X_{j,t-1_j} + \varepsilon_t$	(30)
--	--	------

(30) nolu eşitlikte;  $a_0$  sabit terimi,  $a_1$  doğrusal trend katsayısını,  $\varphi_i$  bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin katsayılarını, ( $i = 1, \dots, p$ ),  $\beta_{j,l_j} k$  bağımsız değişkenin gecikmeli değerlerinin katsayılarını,  $\varepsilon_t$  ise hata terimini ifade etmektedir.

Model 1: Sabitsiz ve Trendsiz Model

	$\Delta y_t = b_0 y_{t-1} + \sum_{j=1}^k b_j x_{j,t-1} + \sum_{i=1}^{p-1} c_{0,i} \Delta y_{t-i} + \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=1}^{q_{j-1}} c_{j,l_j} \Delta x_{j,t-1_j}$ $+ \sum_{j=1}^k d_j \Delta x_{j,t} + \varepsilon_t$	(31)
--	--	------

Hata düzeltme denklemi ise  $EC_t = y_t - \sum_{j=1}^k \frac{b_j}{b_0} x_{j,t}$  biçiminde elde edilmektedir.

	$H_0: b_0 = b_j = 0, \forall_j \text{ (eşbütünleşme yoktur)}$	(32)
--	---	------

Model 2: Kısıtlı Sabitli ve Trendsiz Model

	$\Delta y_t = a_0 + b_0 y_{t-1} + \sum_{j=1}^k b_j x_{j,t-1} + \sum_{i=1}^{p-1} c_{0,i} \Delta y_{t-i} + \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=1}^{q_{j-1}} c_{j,l_j} \Delta y_{t-i}$ $+ \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=1}^{q_{j-1}} c_{j,l_j} \Delta x_{j,t-1_j} + \sum_{j=1}^k d_j \Delta x_{j,t} + \varepsilon_t$	(33)
--	---	------

Hata düzeltme denklemi ise,  $EC_t = y_t - \sum_{j=1}^k \frac{b_j}{b_0} x_{j,t} - \frac{a_0}{b_0}$  biçiminde elde edilmektedir.

	$H_0: a_0 = b_0 = b_j = 0, \forall_j \text{ (eşbütünleşme yoktur)}$	(34)
--	---	------

Model 3: Sabitli ve Trendsiz Model

	$\Delta y_t = a_0 + b_0 y_{t-1} + \sum_{j=1}^k b_j x_{j,t-1} + \sum_{i=1}^{p-1} c_{0,i} \Delta y_{t-i}$ $+ \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=1}^{q_{j-1}} c_{j,l_j} \Delta x_{j,t-1j} + \sum_{j=1}^k d_j \Delta x_{j,t} + \varepsilon_t$	(35)
--	---	------

Hata düzeltme denklemi ise  $EC_t = y_t - \sum_{j=1}^k \frac{b_j}{b_0} x_{j,t}$  biçiminde elde edilmektedir.

	$H_0: b_0 = b_j = 0, \forall j \text{ (eşbütünleşme yoktur)}$	(36)
--	---	------

Model 4: Sabitli ve Kısıtlı Trendli Model

	$\Delta y_t = a_0 + a_1 t + b_0 y_{t-1} + \sum_{j=1}^k b_j x_{j,t-1} + \sum_{i=1}^{p-1} c_{0,i} \Delta y_{t-i}$ $+ \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=1}^{q_{j-1}} c_{j,l_j} \Delta x_{j,t-1j} + \sum_{j=1}^k d_j \Delta x_{j,t} + \varepsilon_t$	(37)
--	---	------

Hata düzeltme denklemi ise,  $EC_t = y_t - \sum_{j=1}^k \frac{b_j}{b_0} x_{j,t} - \frac{a_1}{b_0} t$  biçiminde elde edilmektedir.

Model 5: Sabitli ve Trendli Model

	$\Delta y_t = a_0 + a_1 t + b_0 y_{t-1} + \sum_{j=1}^k b_j x_{j,t-1} + \sum_{i=1}^{p-1} c_{0,i} \Delta y_{t-i}$ $+ \sum_{j=1}^k \sum_{l_j=1}^{q_{j-1}} c_{j,l_j} \Delta x_{j,t-1j} + \sum_{j=1}^k d_j \Delta x_{j,t} + \varepsilon_t$	(38)
--	---	------

Hata düzeltme denklemi ise  $EC_t = y_t - \sum_{j=1}^k \frac{b_j}{b_0} x_{j,t}$  biçiminde elde edilmektedir.

	$H_0: b_0 = b_j = 0, \forall j \text{ (eşbütünleşme yoktur)}$	(39)
--	---	------

F-Sınır testi sonucu hesaplanan test istatistik değeri alt sınır kritik değeri ( $I(0)$ )'dan küçük ise seriler arasında bir eşbütünleşme ilişkisi yoktur. F test istatistik değeri üst sınır kritik değeri ( $I(1)$ )'dan büyük ise seriler arasında bir eşbütünleşme ilişkisi vardır. F test istatistiği alt sınır kritik değeri ( $I(0)$ ) ve üst sınır kritik değeri ( $I(1)$ )'in arasında ise

seriler arasında bir eşbütünleşmenin olup olmadığına ilişkin bir karar verilemeyecektir (Sizer, 2022: 42-43).

### 3.2.3.2.2. ARDL Modeline Dayalı Uzun Dönem Katsayıları

ARDL modeli çerçevesinde uzun dönem tahminleri OLS yöntemi ile yapılmaktadır. Uzun dönem katsayılarına ilişkin denklem şu şekildedir;

	$Y_T = \varphi_0 + \sum_{i=1}^m \varphi_{1i} \Delta Y_{t-i} + \sum_{i=0}^n \varphi_{2i} \Delta X_{1t-i} + \dots$ $+ \sum_{i=0}^r \varphi_{ki} \Delta X_{kt-i} + \varepsilon_2 X_{1t-1} + u_t$	(40)
--	---	------

Eşbütünleşme ilişkileri olan ve uzun dönemde bir denge ilişkisine sahip olmalarından dolayı zaman içerisinde dengede meydana gelen bazı sapmaların oluşturduğu kısa dönemli dengesizlikler zaman içerisinde dengeye doğru gelmektedir. Bu sebeple kısa dönemde oluşan bu sapmaların düzeltilmesi için ‘Hata Düzeltme Modeli (Error Correction Model- ECM)’ kullanılmaktadır. Hata düzeltme modeli kısa dönemdeki dengesizlik hatasını yok etmeyi amaçlamaktadır (Akmercan, 2022: 60).

	$\Delta Y_T = \varphi_0 + \sum_{i=1}^m \varphi_{1i} \Delta Y_{t-i} + \sum_{i=0}^n \varphi_{2i} \Delta X_{1t-i}$ $+ \dots \sum_{i=0}^r \varphi_{ki} \Delta X_{kt-i} + \mu ec m_{t-1} + u_t$	(41)
--	--	------

ECT (-1) katsayısının 0 ile -1 arasında yer alması ve istatistiksel olarak anlamlı olması istenir.

### 3.2.3.2.3. CUSUM ve CUSUMSQ Test Sonuçları

Uzun dönem katsayılarının istikrarlılığı Brown vd. (1975) tarafından ortaya atılan CUSUM ve CUSUMSQ testleri aracılığı ile tespit edilmektedir (Dübüş, 2022: 166). ARDL modelinin kararlılığını belirlemek diğer bir ifadeyle değişkenlere ilişkin yapısal kırılmanın olup olmadığını ölçmek amacıyla CUSUM testi sonuçları kullanılmaktadır. Eğer, CUSUM istatistikleri % 5 anlamlılık düzeyinde kritik sınırlar içerisinde (iki çizgi arasında) bulunuyor ise, ARDL modelindeki katsayıların istikrarlı olduğu söylenmektedir (Oskooee ve Ng, 2002: 154).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİMLERİ İLE MAKROEKONOMİK GÖSTERGELERİN İLİŞKİSİ

Bu çalışmada reel sağlık sigortası prim değerleriyle makroekonomik göstergeler arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. İlk olarak seçilmiş makro büyüklüklerin reel sağlık sigortası prim değerleri üzerindeki etkisini toplu olarak değerlendirmek amacı ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablo 4.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1:** Çoklu Regresyon Analiz Sonucu

Değişken	Katsayı	Standart Hata	T-İstatistik	Olasılık
BİST	5753.092	1445.554	3.979854	0.0001
CA	747.9372	180.3680	4.146729	0.0001
DOLAR	3093711.	941972.6	3.284290	0.0015
MFO	-128251.9	90291.09	-1.420427	0.1589
SUE	44016.14	48501.61	0.907519	0.3666
TUFE	-69135.95	20913.17	-3.305857	0.0014
C	12940131	5568534.	2.323795	0.0224
R-squared	0.412117			
F-statistic	10.51529			
Prob(F-statistic)	0.000000			
Durbin-Watson stat	1.317882			

Tablo 4.1 sonuçları incelendiğinde BİST Endeksi, Cari Açık ve Dolar Kuru değişkenlerinin Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değerlerinin pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Tüketici Fiyat Endeksi'nin Reel Özel Sağlık Sigortasını Prim Değerini negatif yönde etkilediği belirlenmiştir buna karşılık Mevduat Faiz oranı ile Sanayi Üretim Endeksinin Reel özel sağlık sigortası prim değerleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki meydana getirmediği tespit edilmiştir.

Her bir makro büyüklük ile reel özel sağlık sigortası prim değerleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile eşbütünleşme metodolojisi kullanılmıştır. Değişkenlerin durağanlık derecelerine göre Johansen veya ARDL eşbütünleşme süreci işletilmiştir. Değişkenlerin durağanlığını belirlemek amacıyla Dickey ve Fuller (ADF) birim kök testi testi uygulanmıştır. ADF testinde gecikme uzunluğuna karar vermek için Akaike bilgi kriteri seçilmiştir. Her bir değişken için birim kök testi sonuçları aşağıdaki tablo 4.2'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2:** Birim Kök Testi Sonuçları

Değişkenler	Düzy		Birinci Fark		Bütünleşme Derecesi
	T İstatistiği	Olasılık	T İstatistiği	Olasılık	
RPDEG	-5.052791 (0)	0.0001	-10.62080 (0)	0.0000	I(0)
BİST	0.855631 (11)	0.9999	-6.046778 (0)	0.0000	I(1)
CA	-4.369655 (0)	0.0615	-11.33388 (0)	0.0000	I(1)
DOLAR	-2.195445 (4)	0.9634	-7.351016 (3)	0.0000	I(1)
MFO	-2.882446 (5)	0.7471	-9.943285 (0)	0.0000	I(1)
SUE	-5.768485 (5)	0.0001	-11.59376 (0)	0.0000	I(0)
TUFE	1.445555 (9)	0.9999	-9.994495 (9)	0.0000	I(1)
Kritik Değer	%1		-4.949133		
	%5		-4.443649		
	%10		-4.193627		

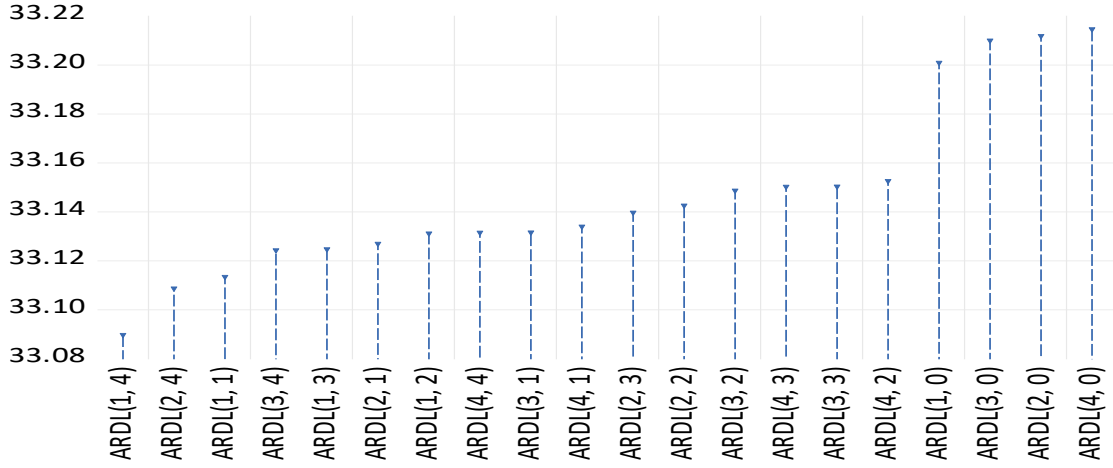
Not: Parantez içindeki değerler *Akaike bilgi* kriterine (AIC) göre belirlenen gecikme uzunluklarıdır.

ADF test sonuçlarına göre Reel sağlık sigortası prim değeri (RPDEG) değişkeni ile Sanayi Üretim Endeksi (SUE) değişkeninin düzeyde durağan olduğu buna karşılık diğer makro büyüklüklerin fark durağan olduğu belirlenmiştir.

Değişkenlerin durağanlık derecelerinin aynı olması durumunda uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisini belirlemek amacı ile Johansen Eşbütünleşme metodolojisi kullanılmıştır. Durağanlık derecelerinin farklı olması durumunda hem I (1) hem de I(0) eşbütünleşme vektörünün tahminine imkân sağlayan ARDL metodolojisi kullanılmıştır.

#### 4.1 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERLERİ (RPDEG) İLE BORSA İSTANBUL ENDEKSİ (BİST) ARASINDAKİ İLİŞKİ

Reel özel sağlık sigortası prim değerleri (RPDEG) ile borsa İstanbul (BİST) genel endeksi arasında ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. Özel sağlık sigortası prim değeri serisi I(0), BİST endeks serisi (1) olduğundan (Bakınız tablo 4.2) iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için ARDL metodolojisi kullanılmıştır. ARDL yönteminde eşbütünleşme ilişkisi belirlemeden önce modelin uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesi gerekmektedir. Uygun gecikme uzunluğu aşağıdaki şekil 4.1’de gösterilmiştir.



**Şekil 4.1:** ARDL Modeli İçin Uygun Gecikme Uzunluğu

ARDL modeli için uygun gecikme uzunluğunun ARDL(1,4) olduğu belirlenmiştir. Uygun gecikme uzunluğu belirlendikten sonra en küçük kareler yöntemine göre tahmin edilmiştir. ARDL (1,4) model tahmin sonuçları ve modelin güvenilirlik test (Değişen varyans, Otokorelasyon, istikrar testleri) sonuçları tablo 4.3’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.3:** ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri)

VERİLER	Katsayı	Standart Hata	T-istatistiği	Olasılık
RPPD(-1)	0.464402	0.136303	3.407123	0.0010
BIST	5659.472	1850.037	3.059112	0.0030
BIST(-1)	-4366.738	3776.656	-1.156244	0.2508
BIST(-2)	-6649.303	4372.609	-1.520672	0.1320
BIST(-3)	-826.5877	5311.638	-0.155618	0.8767
BIST(-4)	8873.430	3189.481	2.782092	0.0066
C	2699525.	901045.0	2.995993	0.0036
R2			0.472408	
F-İstatistik			12.83411 (0.0000)	
Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS^2}$ )			7.619483 (0.0000)	
Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test ( $\chi_{SC^2}$ )			0.053113 (0.9483)	
Ramsey RESET Test ( $\chi_{RR^2}$ )			0.051387 (0.8212)	
Jarque-Bera			64.66605 (0.0000)	

Tahmin sonuçları incelendiğinde ARDL (1,4) tahmin modelinde değişen varyans sorunu (Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS^2}$ ) = 7.619483 (0.0000)) olduğu görülmektedir. Değişen varyans sorununu dikkate alan dirençli parametreler tahmin edilerek tablo 4.3 revize edilmiştir. Uygun gecikme uzunluğuna bağlı olarak seriler arasında eşbütünlüşme ilişkisi olup olmadığı belirlemek için sınır test (Babounds testi) uygulanmıştır. Sınır testi F istatistiğine dayanmakta olup sonuçlar tablo 4.4 gösterilmiştir.

**Tablo 4.4: Sınır Testi Sonuçları**

Sınır Testi	Değer	Düzey	Alt Sınır I(0)	Üst Sınır I(1)
F-İstatistiği k(1)	11.74381	1%	4.94	5.58
		2.5%	4.18	4.79
		5%	3.62	4.16
		10%	3.02	3.51

Sınır Testi sonucuna göre F istatistik değeri 11.74381 olup kritik üst sınır değerleri olan 5,58'den büyük olduğu için değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre RPDEG ile BİST endeksi arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Eşbütünleşme ilişkisi belirlenmesi üzerine uzun dönem katsayılar elde edilmiş olup tablo 4.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5: Uzun Dönem Denklem Sonucu**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	T- İstatistiği	Olasılık Değeri
BIST	5022.930	2444.356	2.054909	0.0429
C	5040203.	2573249.	1.958692	0.0534

Uzun dönem katsayılar incelendiğinde BİST endeks değerindeki bir puanlık artış reel özel sağlık sigortası prim değerini toplamda 5022 TL arttığı görülmektedir. Bu durumda BİST endeks değerinin özel sağlık sigorta prim değeri üzerindeki etkisinin pozitif yönde olduğu anlaşılmaktadır. Uzun dönem kat sayılar belirlendikten sonra kısa dönem ilişkileri belirlemek amacı ile modelin hata düzeltme mekanizmasının çalışıp çalışmadığı test edilmiştir. Kısa dönem katsayı sonuçlar tablo 4.6'da belirtilmiştir.

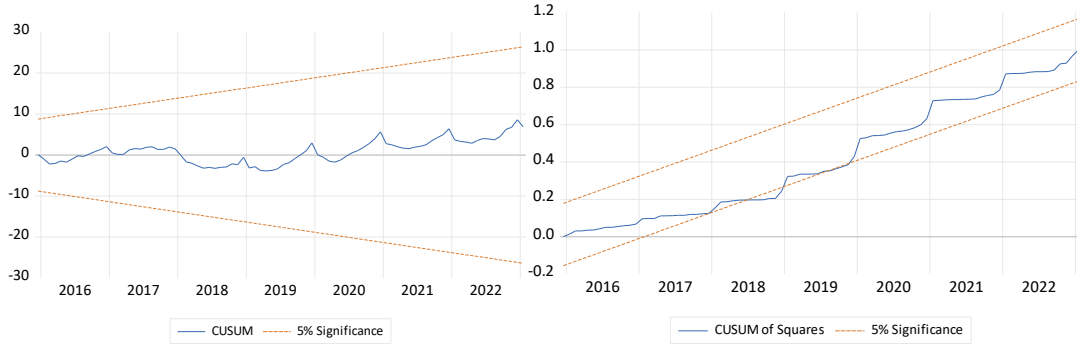
**Tablo 4.6: Kısa Dönem Denklem Sonucu**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-İstatistiği	Olasılık Değeri
D(BIST)	5659.472	2174.552	2.602592	0.0109
D(BIST(-1))	-1397.539	2743.563	-0.509388	0.6118
D(BIST(-2))	-8046.842	2772.982	-2.901874	0.0047
D(BIST(-3))	-8873.430	3285.392	-2.700874	0.0083
CointEq(-1)	-0.535598	0.089204	-6.004230	0.0000

Uzun dönemde oluşabilecek sapmaların ne kadar kısa sürede ortalamaya geri döneceği CointEq(-1) katsayısı ile ifade edilmektedir. Hata düzeltme katsayısı adı verilen bu katsayının uzun dönemden kalan kalıntıların gecikmeli değerini ifade etmektedir. Bu katsayının negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olması beklenir. Tablo 4.6 incelendiğinde hata düzeltme katsayısının CointEq(-1): -0.535598 olduğu görülmektedir. Hata düzeltme katsayılarının işareti negatif ve istatistiksel olarak anlamlı

olduğu uzun dönemli sapmaların yaklaşık 1.88 ay içerisinde ( $1/0,53 = 1,88$ ay) tekrar ortalamaya döndüğü anlaşılmaktadır.

Uzun dönem katsayılarının istikrarlı olup olmadığı incelemek için CUSUM ve CUSUMQ testleri uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Şekil 4.2’de gösterilmiştir.

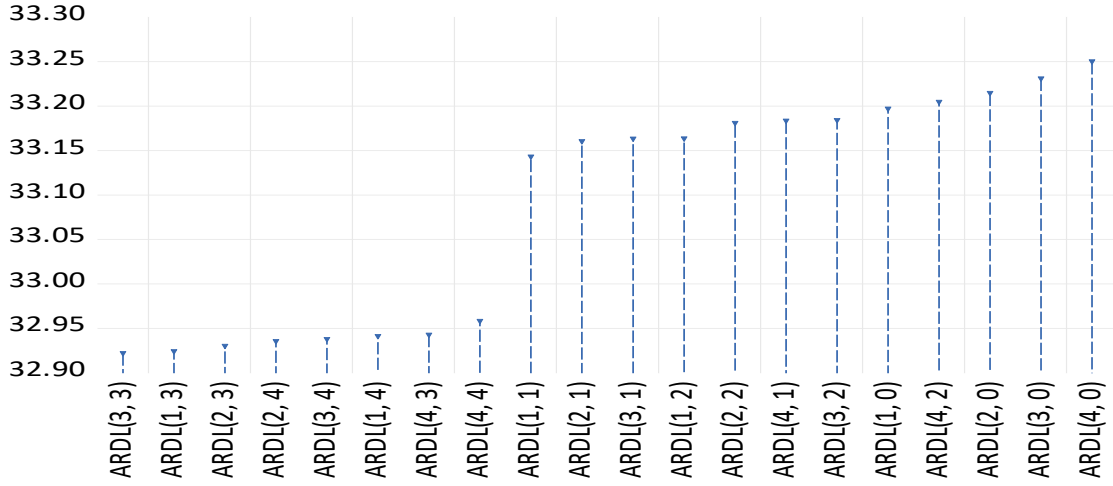


**Şekil 4.2: Cusum Testleri**

CUSUM testleri sonuçları incelendiğinde verilerin % 5 anlamlılık düzeyinde büyük oranda referans çizgileri arasında olduğu yani model sonuçlarının istikrarlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca modelde yapısal bir sorun olmadığı (spesifikasyon hatası) Ramsey Reset Test sonucundan (Ramsey Reset Test  $\chi_{RR}^2 = 0.226688$  (0.8212)) anlaşılmaktadır.

## **4.2 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERLERİ (RPDEG) İLE CARİ AÇIK (CA) ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Reel özel sağlık sigortası prim değeri (RPDEG) ile Cari Açık (CA) değişkenleri arasında ilişki incelenmiştir. Özel sağlık sigortası prim değeri serisi I(0) buna karşılık CA endeksi serisi I(1) olduğundan (Bakınız tablo 4.2) iki değişken arasındaki ilişkiyi analiz etmek için ARDL eşbütünleşme testi uygulanmıştır. ARDL metodolojisinde eşbütünleşme ilişkisi belirlenmeden önce modelin uygun gecikme uzunluğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Uygun gecikme uzunluğu aşağıdaki şekil 4.3’de belirtilmiştir.



**Şekil 4.3:** Akaike Bilgi Kriterleri

ARDL modeli için en uygun gecikme uzunluğu Akaike bilgi kriteri referans alınarak belirlenmiştir. Modelin uygun gecikme uzunluğu ARDL (3,3) olduğu tespit edilmiştir. Uygun gecikme uzunluğuna bağlı olarak ARDL (3,3) modeli en küçük kâr eler yöntemi kullanılarak tahmin edilmiştir. ARDL (3,3) modelinin parametre tahminlerinin ve modelin güvenilirlik test (Değişen varyans, Otokorelasyon, istikrar testleri) sonuçları tablo 4.7’de sunulmuştur.

**Tablo 4.7:** Güvenilirlik Test Sonuçları (Dirençli Parametre Tahminleri)

Veriler	Katsayı	Standart Hata	T-istatistiği	Olasılık Değeri
RPDEG (-1)	0.510070	0.122804	4.153510	0.0001
RPDEG (-2)	0.225518	0.120641	1.869324	0.0650
RPDEG (-3)	-0.165429	0.095855	-1.725817	0.0880
CA	-267.6175	196.3088	-1.363248	0.1764
CA(-1)	812.2551	236.4934	3.434579	0.0009
CA(-2)	580.8865	292.6220	1.985108	0.0503
CA(-3)	-1051.712	264.7869	-3.971920	0.0001
C	4743407.	1569222.	3.022777	0.0033
R2			0.568680	
F-İstatistik			16.19830 (0.000000)	
Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey			21.81159 (0.0000)	
Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test ( $\chi_{SC}^2$ )			1.272628 (0.2854)	
Ramsey RESET Test ( $\chi_{RR}^2$ )			10.13954 ( 0.0020)	
Jarque-Bera			4.722969 (0.094280)	

Tahmin sonuçları incelendiğinde ARDL (3,3) modelinde değişen varyans sorunu (Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS}^2$ )= 21.81159 (0.0000)) olduğu görülmektedir. Değişen varyans sorununu dikkate alan dirençli parametreler tahmin edilerek tablo 4.7 revize edilmiştir. Tablo 4.7 değişen varyansa karşı dirençli parametre sonuçlarını

göstermektedir. Uygun gecikme uzunluğu bağlı olarak seriler üzerinden eşbütünleşme ilişkisi olup olmadığı bulmak için sınır test (Babounds testi) uygulanmıştır. Sınır testi F istatistiğine dayanmaktadır. Sonuçlar tablo 4.8 sunulmuştur.

**Tablo 4.8:** Sınır Testi Sonuçları

Sınır Testi	Değer	Düzy	Alt Sınır I(0)	Üst Sınır I(1)
F-istatistiği (k=1)	6.373305	1%	4.94	5.58
		2.5%	4.18	4.79
		5%	3.62	4.16
		10%	3.02	3.51

Sınır Testi sonucuna göre F istatistik değeri 6.373305 olup kritik üst sınır değerleri olan 5,58'den büyük olduğu için değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. RPDEG ile CA değişkenleri arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğu bulunulmuştur. Eşbütünleşme ilişkisi tespitinden sonra uzun dönem katsayılar belirlenmiş olup tablo 4.9'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.9:** Uzun Dönem Denklem Tablosu

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistiği	Olasılık Değeri
CA	171.7185	426.6892	0.402444	0.6884
C	11035249	1055318.	10.45680	0.0000

Uzun dönemli katsayı sonuçları incelendiğinde Cari işlemler (CA) dengesindeki bir değişimin reel özel sağlık sigortasının prim değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki meydana getirmediği belirlenmiştir. Kısa dönem ilişkisi incelenmek amacı ile modelin hata düzeltme mekanizmasının çalışıp çalışmadığı test edilmiştir. Kısa dönem katsayı sonuçları aşağıdaki tablo 4.10'da gösterilmiştir.

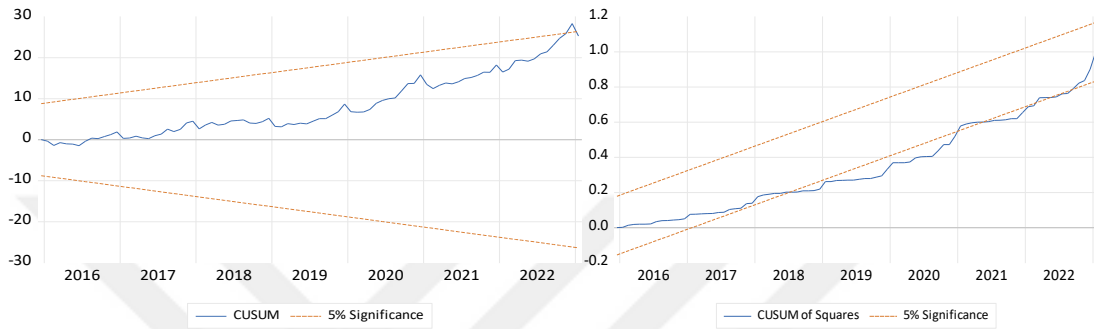
**Tablo 4.10:** Kısa Dönem Denklem Tablosu

Değişkenler	Katsayı	Standart Hata	t-istatistiği	Olasılık Değeri
D(RPDEG(-1))	-0.060089	0.106577	-0.563809	0.5744
D(RPDEG (-2))	0.165429	0.098522	1.679100	0.0968
D(CA)	-267.6175	175.2465	-1.527092	0.1304
D(CA(-1))	470.8259	181.2350	2.597875	0.0110
D(CA(-2))	1051.712	177.3528	5.930056	0.0000
CointEq(-1)	-0.429841	0.097179	-4.423185	0.0000

ARDL (3,3) modelinde uzun dönemde yaşanabilecek sapmanın ne kadar kısa sürede ortalamaya geri döneceği hata düzeltme katsayısı olarak adlandırılan CointEq(-1)

parametresi ile belirlenmektedir. Bu katsayının negatif ve istatistiksel olarak da anlamlı olması beklenmektedir. Tablo 4.10 incelendiğinde hata düzeltme katsayısının CointEq(-1): -.429841 olduğu sonucuna varılmıştır. Hata düzeltme katsayısı negatif ve istatistiksel olarak da anlamlıdır. Uzun dönemde yaşanan sapmalar yaklaşık iki ay ( $1/0,42 = 2,380$  ay) içerisinde tekrar ortalama seviyeye geri döndüğü anlaşılmaktadır.

Son olarak uzun dönem katsayılarının istikrarlı olup olmadığını incelemek amacıyla ile CUSUM ve CUSUMQ testleri uygulanmıştır.

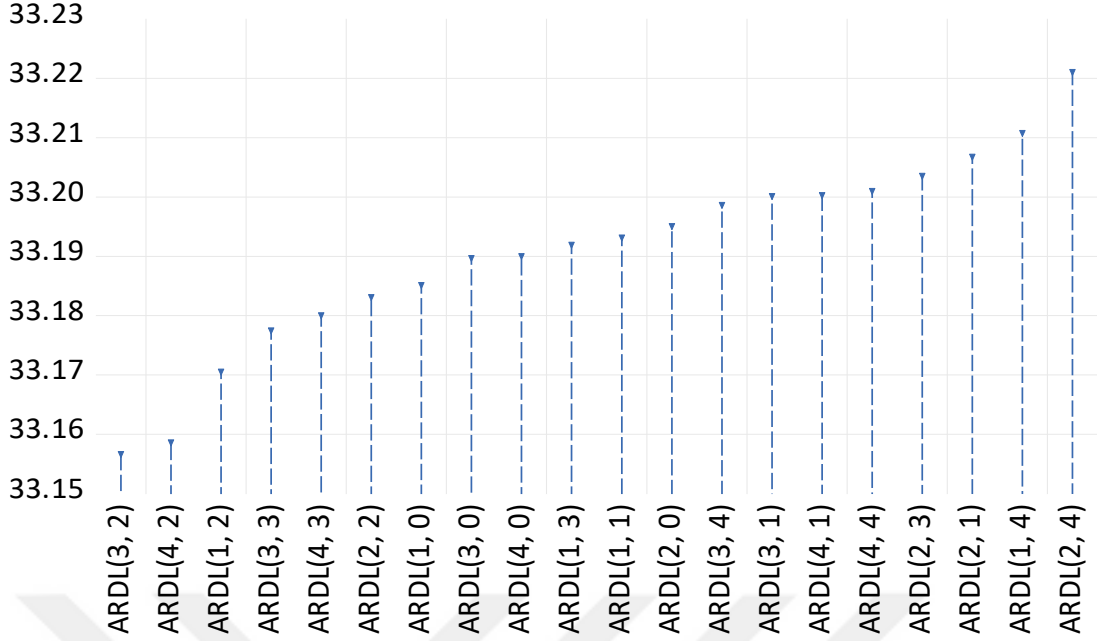


**Şekil 4.4:** Cusum Testleri

Cusum test sonuçları değerlendirildiğinde eğrilerin kısmen % 5 anlamlılığı gösteren referans sınırlar içerisinde olduğu tahmin edilen katsayılar kısmi istikrar sorunu olduğu anlaşılmaktadır. Bu istikrar sorunu nedeni ile dirençli parametreler kullanılmıştır.

### 4.3 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE DOLAR KURU (DOLAR) ARASINDAKİ İLİŞKİ

Reel özel sağlık Reel özel sağlık sigortası prim değerleri (RPDEG) ile Dolar Kuru (DOLAR) değişkenleri arasında ilişki incelemek amaçlanmıştır. Özel sağlık sigortası prim değeri serisi  $I(0)$  iken Dolar kuru serisinin  $I(0)$  olduğu (Bakınız tablo 4.2) belirlenmiştir. İki değişken arasındaki eşbütünleşme ilişkisini belirlemek için ARDL yöntemi uygulanmıştır. ARDL yönteminde eşbütünleşme ilişkisinin varlığı belirlenmeden önce modelin uygun gecikme uzunluğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Uygun gecikme uzunluğu aşağıda şekil 4.5'te sunulmuştur.



**Şekil 4.5:** Akaike Bilgi Kriterleri

Uygun gecikme uzunluğunun ARDL(3,2) olduğu belirlenmiştir. Uygun gecikme uzunluğu belirlendikten sonra en küçük kareler yöntemine göre ARDL(3,2) modeli tahmin edilmiştir. ARDL (3,2) modeli tahmin sonuçları ve modelin güvenilirlik test (Değişen varyans, Otokorelasyon, istikrar testleri) sonuçları tablo 4.11’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11:** ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri)

VERİLER	Katsayı	Standart Hata	T-istatistiği	Olasılık
RPPD(-1)	0.513600	0.142869	3.594911	0.0005
RPPD(-2)	0.040645	0.048348	0.840666	0.4028
RPPD(-3)	-0.230807	0.070699	-3.264656	0.0016
DOLAR	1997432.	822262.4	2.429190	0.0172
DOLAR(-1)	-4191199.	1590836.	-2.634589	0.0100
DOLAR(-2)	2518353.	1245626.	2.021757	0.0463
C	5048434.	1570261.	3.215028	0.0018
R2			0.440714	
F-İstatistik			11.42593 (0.000000)	
Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS}^2$ )			14.64963 (0.0000)	
Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test ( $\chi_{SC}^2$ )			2.190467 (0.1181)	
Ramsey RESET Test ( $\chi_{RR}^2$ )			4606752 (0.0959)	
Jarque-Bera			63.58360 (0.000000)	

ARDL(3,2) modeli tahmin sonuçları incelendiğinde değişen varyans (Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS}^2$ )= 14.64963 (0.0000)). Değişen varyans sorununu dikkate alan dirençli parametreler elde edilerek Tablo 4.11 revize edilerek dirençli tahmin sonuçları rapor edilmiştir. Seriler arasında eşbütünleşme ilişkisi

olup olmadığı belirlemek için sınır testi (Babounds testi) uygulanmıştır. Sınır testi F istatistiğine dayanmakta olup sonuçlar aşağıdaki tablo 4.12’de sunulmuştur.

**Tablo 4.12: Sınır Testi Sonuçları**

Sınır Testi	Değer	Düzye	Alt Sınır I(0)	Üst Sınır I(1)
F-İstatistiği (k=1)	10.68211	1%	4.94	5.58
		2.5%	4.18	4.79
		5%	3.62	4.16
		10%	3.02	3.51

Sınır Testi sonucuna göre F istatistik değeri 10.68211 olup kritik üst sınır değerleri olan 5,58’den büyük olduğu için değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşbütünleşme ilişkisi belirlenen RPDEG ile DOLAR arasındaki etkileşimi belirlemek için uzun dönem katsayılar elde edilerek aşağıdaki tablo 4.13’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.13:Uzun Dönem Denklem Sonucu**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t- İstatistiği	Olasılık Değeri
DOLAR	479757.7	226005.0	2.122775	0.0366
C	7461892.	1199821.	6.219170	0.0000

Uzun dönem katsayılar incelendiğinde dolar kurunun bir TL artması reel özel sağlık sigortası prim değerinin reel olarak toplam 479.757 TL arttığı görülmektedir. Bu durumda dolar kuru değerinin özel sağlık sigorta prim değeri üzerindeki etkisinin pozitif yönde olduğu anlaşılmaktadır. Uzun dönem kat sayılar belirlendikten sonra kısa dönem ilişkileri belirlemek amacı ile modelin hata düzeltme mekanizmasının çalışıp çalışmadığı test edilmiştir. Kısa dönem katsayı sonuçlar aşağıdaki tablo 4.14’te sunulmuştur.

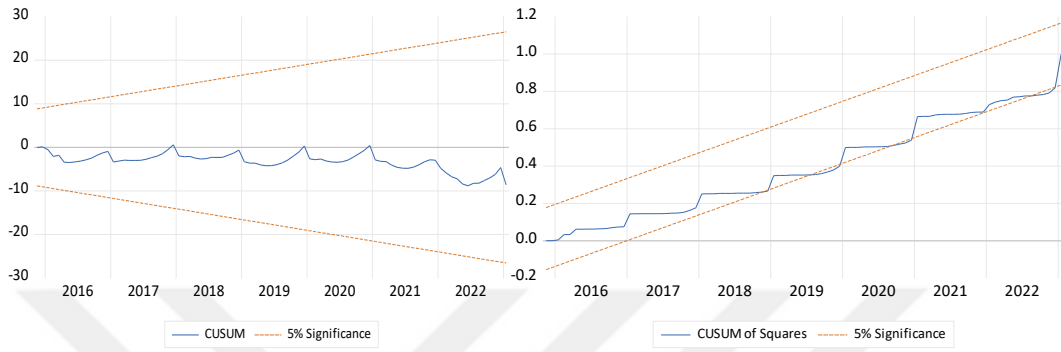
**Tablo 4.14: Kısa Dönem Denklem Sonucu**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-İstatistiği	Olasılık
D(RPPD(-1))	0.190162	0.120974	1.571925	0.1196
D(RPPD(-2))	0.230807	0.112965	2.043168	0.0441
D(DOLAR)	1997432.	937391.5	2.130840	0.0359
D(DOLAR(-1))	-2518353.	948599.8	-2.654811	0.0094
CointEq(-1)	-0.676562	0.118163	-5.725648	0.0000

Uzun dönemde oluşabilecek sapmaların ne kadar kısa sürede ortalamaya geri döneceği CointEq(-1) katsayısı ile ifade edilmektedir. Hata düzeltme katsayısı adı verilen bu katsayının negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olması beklenir. Tablo 4.14 incelendiğinde hata düzeltme katsayısının CointEq(-1): -0.676562 olduğu görülmektedir. Hata düzeltme katsayılarının işareti negatif ve istatistiksel olarak anlamlı

olduğu uzun dönemli sapmaların yaklaşık 1.49 ay içerisinde ( $1/0.67=1.49$  ay) tekrar ortalamaya döndüğü anlaşılmaktadır.

Uzun dönem katsayılarının istikrarlı olup olmadığı incelemek için CUSUM ve CUSUMQ testleri uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Şekil 4.6’da gösterilmiştir.

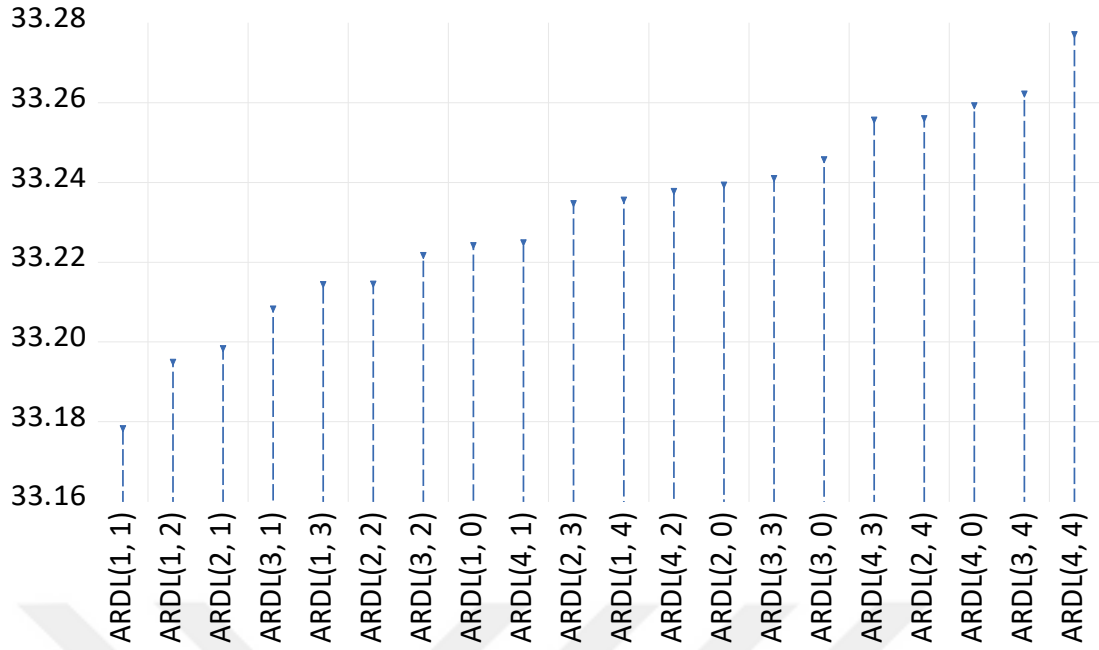


**Şekil 4.6:** Cusum Testleri

CUSUM test sonuçları incelendiğinde elde edilen parametre tahminlerinin % 5 anlamlılık düzeyinde kritik sınırlar içerisinde kaldığı görülmektedir. Sonuç olarak tahmin edilen katsayıların uzun dönemde istikrarlı olduğu görülmüştür. Ayrıca modelin istikrar sorunu taşımadığı (Ramsey RESET Test  $\chi_{RR}^2$ : 4606752 (0.0959)) görülmektedir.

#### **4.4 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE MEVDUAT FAİZ ORANI (MFO) ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Reel özel sağlık sigortası prim değerleri (RPDEG) ile Mevduat Faiz Oranı (MFO) değişkenleri arasında ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. Reel özel sağlık sigortası prim değeri serisi  $I(0)$ , Mevduat faiz oranı değer serisi  $I(1)$  olduğundan (Bakınız tablo 4.2) iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için ARDL metodolojisi kullanılmıştır. ARDL yönteminde eşbütünleşme ilişkisi belirlemeden önce modelin uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesi gerekmektedir. Uygun gecikme uzunluğu aşağıda şekil 4.7’de gösterilmiştir.



Şekil 4.7: Akaike Bilgi Kriterleri.

ARDL modeli için uygun gecikme uzunluğunun ARDL (1,1) olarak belirlenmiştir. ARDL (1,1) gecikme uzunluğuna göre tahmin sonuçları aşağıdaki tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15: ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri)

Değişkenler	Katsayı	Standart Hata	T-istatistiği	Olasılık
RPPD(-1)	0.530772	0.136404	3.891167	0.0002
MFO	499767.8	193195.7	2.586847	0.0113
MFO(-1)	-444508.8	185185.1	-2.400348	0.0184
C	3782684.	1791902.	2.110988	0.0375
R2			0.410425	
F-İstatistik			21.34823 (0.000000)	
Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS}^2$ )			23.53003 (0.0000)	
Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test ( $\chi_{SC}^2$ )			0.406773 (0.6670)	
Ramsey RESET Test ( $\chi_{RR}^2$ )			4.405243 (0.0386)	
Jarque-Bera			62.41847 (0.000000)	

Tahmin sonuçları incelendiğinde değişen varyans (Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test ( $\chi_{SC}^2$ )= 0.406773 (0.6670)) sorunu olduğu görülmüştür. Değişen varyans sorununa karşı dirençli parametreler tahmin edilerek yukarıdaki tablo 4.15'teki değerler revize edilmiştir. Uygun gecikme uzunluğuna bağlı değişkenler arasında eşbütünlük ilişkisinin olup olmadığı F istatistiğinden (sınır testi) yararlanılarak elde edilmiş olup sonuçlar aşağıdaki tablo 4.16'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.16: Sınır Testi Sonuçları**

Test İstatistiği	Değer	Düzyey	Alt Sınır I(0)	Üst Sınır
F-istatistik (k=1)	10.35789	1%	4.94	5.58
		2.5%	4.18	4.79
		5%	3.62	4.16
		10%	3.02	3.51

Sınır testi sonuçlarına göre F istatistik değeri 10.35789 olup kritik üst sınır değeri olan 5,58'den büyük olduğu için değişkenler arasında eşbütünlüşme ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Değişkenler arasındaki uzun dönem etkiler belirlenmiş olup aşağıdaki tablo 4.17'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.17: Uzun Dönem Denklem Sonucu**

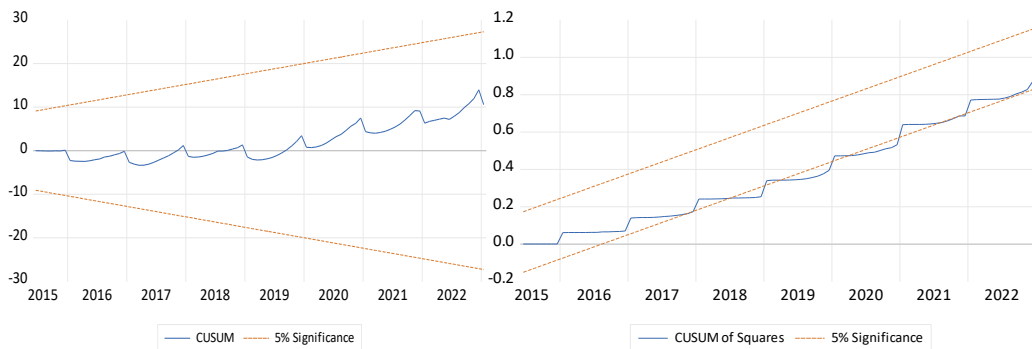
Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistiği	Olasılık
MFO	117765.7	163988.0	0.718136	0.4745
C	8061501.	3094743.	2.604902	0.0107

Uzun dönem katsayıları incelendiğinde MFO ile RPDEG değişkenleri arasında uzun dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olmadığı görülmektedir. Kısa dönem ilişkinin belirlenmesi için hata düzeltme mekanizmasının çalışıp çalışmadığı test edilmiştir sonuçlar aşağıdaki tablo 4.18'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.18: Kısa Dönem Denklem Sonucu**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	T-istatistiği	Olasılık
D(MFO)	499767.8	171693.2	2.910819	0.0045
CointEq(-1)	-0.469228	0.083276	-5.634642	0.0000

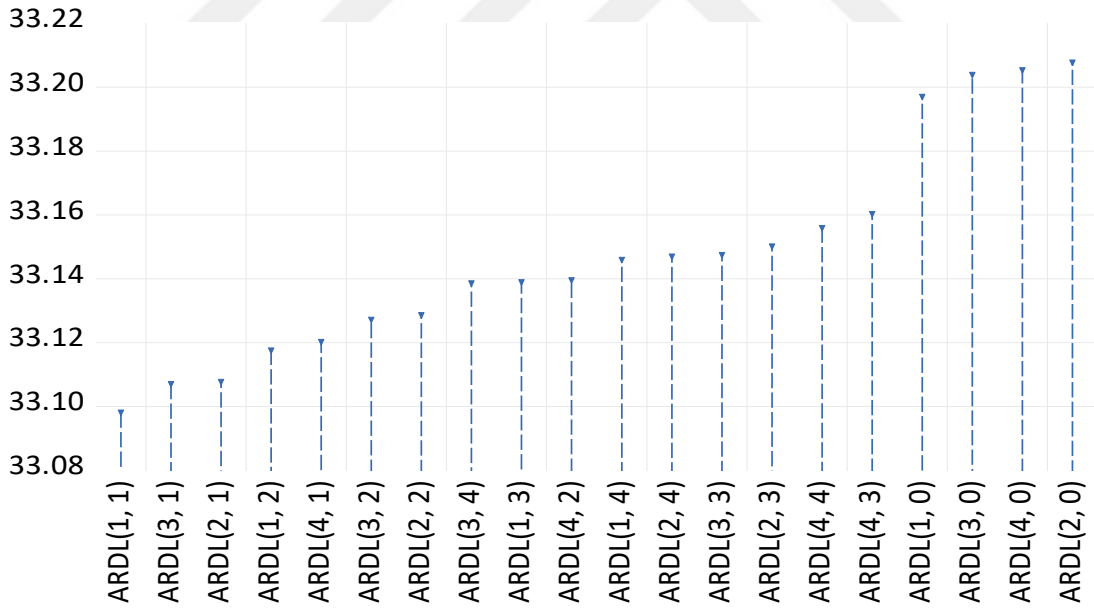
Uzun dönemde oluşabilecek sapmaların ne kadar kısa sürede ortalamaya döneceği CointEq(-1) katsayısı ile ifade edilmektedir. Hata düzeltme kat sayısı -0.469228 olarak bulunulmuştur. Sapmaların uzun dönemde yaklaşık olarak 2,17 ay ( $1/0,46= 2,17$  ay ) içerisinde giderildiği gözükmektedir. Son olarak modelde istikrar sorununun incelenmesi amacı ile CUSUM testleri uygulanmıştır. Sonuçları aşağıdaki şekil 4.8'de gösterilmiştir.

**Şekil 4.8: Cusum Testleri**

CUSUM testleri incelendiğinde parametre tahminlerinin kısmen % 5 anlamlılık düzeyinde kritik sınırları içerisinde bulunduğu görülmektedir. Bu durum parametre tahminlerinde kısmi yapısal kırılmanın mevcut olduğu ve tahmincilerin kısmi istikrar sorunu içerdiği anlaşılmaktadır. Bu durum dirençli katsayı parametreleri elde edilerek giderilmeye çalışılmıştır.

#### 4.5 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEG) İLE TÜKETİCİ FİYAT ENDEKSİ (TUFE) ARASINDAKİ İLİŞKİ

Reel özel sağlık sigortası prim değerleri (RPDEG) ile tüketici fiyat endeksi (TUFE) arasında ilişkiyi belirlemek amaçlanmıştır. RPDEG değeri serisi  $I(0)$ , TUFE endeksi serisi  $(1)$  olduğundan (Bakınız tablo 4.2) iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek için ARDL metodolojisi kullanılmıştır. ARDL yönteminde eşbütünlük ilişkisi belirlemeden önce modelin uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesi gerekmektedir. Uygun gecikme uzunluğu aşağıda şekil 4.9’da gösterilmiştir.



Şekil 4.9: Akaike Bilgi Kriterleri.

ARDL modeli için uygun gecikme uzunluğunun ARDL(1,1) olduğu belirlenmiştir. Uygun gecikme uzunluğu belirlendikten sonra model en küçük kareler yöntemine göre tahmin edilmiştir. ARDL (1,1) model tahmin sonuçları ve modelin güvenilirlik test (Değişen varyans, Otokorelasyon, istikrar testleri) sonuçları tablo 4.19’da gösterilmiştir.

**Tablo 4.19:** ARDL Modeli Tahmin Sonucu (Dirençli Parametre Tahminleri)

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistiği	Olasılık
RPPD(-1)	0.515592	0.136794	3.769126	0.0003
TUFE	-104678.2	63854.60	-1.639321	0.1046
TUFE(-1)	114446.8	66628.67	1.717681	0.0892
C	1714752.	1142783.	1.500505	0.1369
R2			0.458998	
F-İstatistik			26.01832 (0.000000)	
Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS^2}$ )			24.16063 (0.0000)	
Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test ( $\chi_{SC^2}$ )			0.176851 (0.8382)	
Ramsey RESET Test ( $\chi_{RR^2}$ )			0.732528 (0.3943)	
Jarque-Bera			79.11968 (0.000000)	

ARDL (1,1) modeli tahmin sonuçları incelendiğinde değişen varyans sorunu (Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey ( $\chi_{HS^2}$ ) 24.16063 (0.0000)). Bu nedenle değişen varyansa karşı dirençli parametreler tahmin edilerek yukarıdaki tablo 4.19 revize edilmiştir. Uygun gecikme uzunluğu bağlı olarak uzun dönem eşbütünleşme ilişkisini belirlemek amacı ile F testi (sınır testi) uygulanmıştır.

**Tablo 4.20:** Sınır Testi Sonuçları

Sınır Testi	Değer	Düzyey	Alt Sınır I(0)	Üst Sınır I(1)
F-istatistiği (k=1)	12.96452	1%	4.94	5.58
		2.5%	4.18	4.79
		5%	3.62	4.16
		10%	3.02	3.51

Sınır testi sonucu incelendiğinde F istatistik değeri 12.96452 olup kritik üst sınır değeri olan 5.58'den büyük olduğu için değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Değişkenler arasındaki uzun dönemli katsayılar belirlenmiş olup tablo 4.21'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.21:** Uzun Dönem Denklem Sonucu

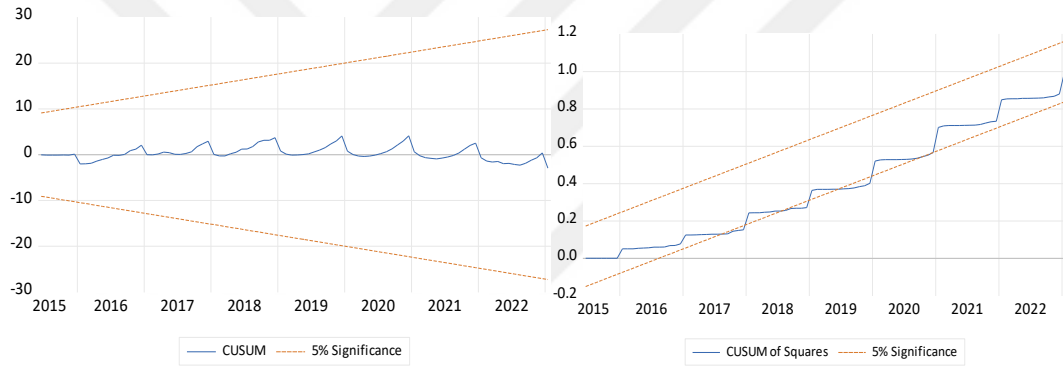
Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistiği	Olasılık
TUFE	20166.09	6841.893	2.947443	0.0041
C	3539894.	2091881.	1.692206	0.0940

Uzun dönem katsayı tahmin sonuçları incelendiğinde Tüketici Fiyat Endeksi bir puanlık artış Reel Özel sağlık sigortası prim değerlerini toplam 20.166 TL arttırdığı tespit edilmiştir. Bu durumda TUFE endeks değerindeki artışın Reel Özel sağlık sigortası prim değerleri üzerinde pozitif yönde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Kısa dönem etkilerin belirlenmesi için hata düzeltme mekanizmasının çalışıp çalışmadığı incelenmiş olup kısa dönem sonuçlar tablo 4.22'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.22: Kısa Dönem Denklem Sonucu**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistiği	Olasılık Değeri
D(TUFE)	-104678.2	20651.00	-5.068918	0.0000
CointEq(-1)	-0.484408	0.076843	-6.303892	0.0000

Hata düzeltme katsayısı adı verilen CointEq(-1) katsayısı uzun dönemden kalan kalıntıların gecikmeli değerini ifade etmektedir. Bu katsayının negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olması beklenir. Tablo 4.22 incelendiğinde hata düzeltme katsayısı CointEq(-1): -0.484408 olarak bulunmuştur. Hata düzeltme katsayılarının işareti negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Uzun dönemli sapmaların yaklaşık 2.08 ay içerisinde ( $1/0,48= 2,08$  ay) tekrar ortalamaya geri döndüğü anlaşılmaktadır. Son olarak modelin istikrar sorunun olup olmadığı hakkında bilgi almak için CUSUM testleri uygulanmış ve sonuçlar aşağıdaki Şekil 4.10'da gösterilmiştir.



**Şekil 4.10: Cusum Testleri**

CUSUM testi sonucunda elde edilen tahminlerin %5 anlamlılık düzeyinde kritik sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir. Tahmin edilen katsayıların büyük oranda istikrarlı (kararlı) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca modelde yapısal bir sorun olmadığı (spesifikasyon hatası) Ramsey Reset Test sonucundan (Ramsey Reset Test  $\chi_{RR^2} = 0.732528$  (0.3943)) anlaşılmaktadır.

#### **4.6 ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI PRİM DEĞERİ (RPDEĞ) İLE SANAYİ ÜRETİM ENDEKSİ (SUE) ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEĞ) ve Sanayi Üretim Endeksi (SUE) arasında eşbütünleşme ilişkisinin olup olmadığı sınanmıştır. Uygulanan birim kök testi sonucunda serilerin aynı dereceden durağan I(O) olması sebebi ile eşbütünleşme ilişkisini tespit etmek için Johansen Eşbütünleşme metodolojisinden yararlanılmıştır. Eşbütünleşme ilişkisini gösteren iz istatistiği sonuçları tablo 4.23'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.23: Johansen Eşbütünleşme Testi**

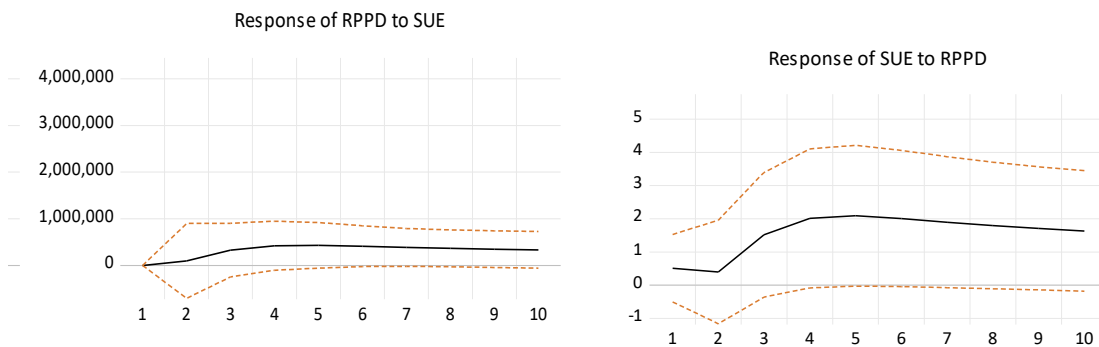
Hipotezler No. of CE(s)	Özdeğer	İz istatistiği	0.05 Kritik Değer	Olasılık Değeri
None *	0.270751	30.80767	15.49471	0.0001
At most 1	0.011929	1.128075	3.841465	0.2882

Johansen eşbütünleşme tablosu (4.23) incelendiğinde iz istatistik değerinin 30.80767 olduğu ve kritik değer olan 15.49471 değerinden büyük olduğu görülmektedir. Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEG) ile Sanayi Üretim Endeksi (SUE) arasında bir eşbütünleşme ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzun dönemli ilişkiye bağlı olarak değişkenler arasında nedensellik ilişkisi olup olmadığı incelenmiştir. Granger Nedensellik testi sonuçları tablo 4.24'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.24: Granger Nedensellik Testi**

Boş Hipotez	Gözlem	F-İstatistiği	Olasılık Değeri
SUE, RPDEG'nin Granger nedeni değildir.	93	1.58619	0.1855
RPDEG, SUE'nin Granger nedenidir.		3.31820	0.0142

Granger nedensellik tablosu (4.24) incelendiğinde Ortalama Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEG) ile Sanayi Üretim Endeksi (SUE) değeri arasında tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu görülmektedir. Buna göre RPDEG değerinden SUE'ye doğru tek yönlü nedensellik ilişkisi belirlenmiştir. Bu etkinin şiddetinin ve süresinin belirlenmesi amacı ile etki-tepki analizleri kullanılmıştır. Etki-tepki analizlerine ilişkin sonuçlar aşağıdaki gibidir.

**Şekil 4.11: Etki-Tepki Analizi**

RPDEG endeks değerinde meydana gelecek pozitif bir şoka, Sanayi Üretim Endeksinin pozitif bir tepki gösterdiği belirlenmiştir. Bu etkinin zayıf olmakla birlikte kalıcı olduğu görülmektedir SUE değerinde meydana gelecek pozitif yönlü şoka RPDEG değişkeni pozitif yönde tepki gösterdiği belirlenmiştir. Bu tepki ilk dört ay kuvvetli olup daha

sonraki aylarda etkisini azalttığı görülmektedir SUE'nin RPDEG üzerinde pozitif yönde kalıcı bir etkisinin olduğu görülmektedir.

Varyans ayrıştırma tablosu (4.25) ile her bir serideki değişimin yüzde kaçının kendi iç dinamiklerinden yüzde kaçının ise dışsal değişkenlerden kaynaklandığı araştırılmıştır.

**Tablo 4.25:** Varyans Ayrıştırma Tablosu.

RPDEG değişkeni için Varyans Ayrıştırması			
Periyot	S.E.	RPDEG	SUE
1	3867275.	100.0000	0.000000
2	4461765.	99.95220	0.047796
3	4560664.	99.43625	0.563749
4	4590760.	98.60500	1.394997
5	4614426.	97.75193	2.248070
6	4636422.	96.99105	3.008947
7	4657126.	96.32769	3.672310
8	4676324.	95.74296	4.257041
9	4693871.	95.22112	4.778882
10	4709816.	94.75230	5.247704
11	4724293.	94.33000	5.670005
12	4737446.	93.94918	6.050818

Varyans ayrıştırma tablosu (4.25) incelendiğinde RPDEG değerindeki değişimlerin ilk aylarda tamamına yakınının (% 99) kendi iç dinamiklerinden kaynaklandığı görülmüştür. 12 ayın sonunda bu etkinin % 93 'e kadar azaldığı belirlenmiştir. RPDEG değişkeni üzerindeki değişimleri açıklamada SUE değişkeninin etkisinin ilk aylarda % 1 düzeyinde olduğu ve bu etkinin 12 ayın sonunda % 7'lere kadar arttığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.26:** Varyans Ayrıştırma Tablosu.

SUE Değişkeni İçin Varyans Ayrıştırması			
Periyot	S.E.	RPDEG	SUE
1	4.963726	1.051507	98.94849
2	6.603809	0.954592	99.04541
3	7.866443	4.384600	95.61540
4	8.923308	8.488694	91.51131
5	9.809526	11.56378	88.43622
6	10.55342	13.60292	86.39708
7	11.18610	14.97542	85.02458
8	11.73185	15.95495	84.04505
9	12.20781	16.69440	83.30560
10	12.62614	17.27508	82.72492
11	12.99591	17.74286	82.25714
12	13.32418	18.12638	81.87362

SUE değişkeninin varyans ayrıştırma tablosu (4.26) incelendiğinde ilk 2 ayda serideki değişimlerin % 99'unun kendi iç dinamiklerinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu

etkinin 12 ayın sonunda % 81'e kadar azaldığı görülmektedir. SUE değişkenindeki değişimlerin kaynakları incelendiğinde dışsal değişken olan RPDEG etkisinin ilk aylarda % 1 olan açıklama gücü 12 ayın sonunda % 19'lara kadar yükseldiği görülmektedir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Özel sağlık sigortası, bireylerin sağlık taleplerini karşılamak ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlamaları için önemli bir araçtır. Aynı zamanda özel sağlık sigortaları sağlık risklerini minimize etmekte, belirsizlikleri ortadan kaldırmaktadır. Özel sağlık sigortası taleplerinin belirlenmesi doğrudan prim düzeylerini de etkilemektedir. Özel sağlık sigortası taleplerinin belirlenmesinde makroekonomik faktörler doğrudan ilişkilidir. Aynı zamanda özel sağlık sigortası prim değerlerinin de belirlenmesi makroekonomik faktörlere bağlıdır. Genel ekonomik dalgalanmalar özel sağlık sigortası primleri üzerinde etki etmektedir. Makroekonomik faktörlerin kombinasyonları özel sağlık sigortası taleplerine etki etmekle birlikte, talebin artışına veya azalışlarına doğrudan etki etmektedir.

Bu tez çalışmasında Türkiye örneklemini özelinde özel sağlık sigortası prim değerleri ile makroekonomik göstergeler arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada zaman serileri metodolojisinden yararlanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, Reel Özel sağlık sigortası prim değerleri (RPDEG) ile Borsa İstanbul (BİST) endeksi arasında eşbütünleşme ilişkisi incelendiğinde BİST ile RPDEG arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Uzun dönem katsayıları incelendiğinde ise BİST endeksinin bir puan artması, özel sağlık sigortasının 5022 TL arttığı görülmüştür. Sağlık sigortacılığının tarafları BİST endeksini ekonomik istikrar göstergesi olarak algıladığı değerlendirilmektedir. BİST'in pozitif seyrettiği dönemlerde bireylerin sağlık sigortacılığını tercih etme potansiyelinin arttığı anlaşılmaktadır.

Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değerleri (RPDEG) ve Cari Açık (CA) arasında eşbütünleşme ilişkisi var olup olmadığı incelenmiştir. Eşbütünleşme (ARDL) analiz sonucuna göre RPDEG ve CA arasında uzun dönemli bir eşbütünleşme ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Fakat kısa dönemli eşbütünleşme testi uygulandığında kat sayıların negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Uzun dönem içerisinde yaşanan sapmanın ( $1/0,42 = 2,380$  ay) içerisinde tekrar ortalama seviyeye geri döneceği tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuç cari işlemler dengesinin daha çok sağlık dışı mal ve hizmet hareketlerinden ve sermaye hareketlerinden etkilendiği anlaşılmaktadır. Ancak sağlık turizmin gelişim göstermesi ile birlikte cari açık ile özel sağlık sigortası prim değerleri arasındaki ilişki kuvvetleneceği düşünülmektedir.

Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEG) ile Dolar Analiz (DOLAR) değerleri arasında eşbütümleşme ilişkisi incelendiğinde RPDEG ile DOLAR arasında eşbütümleşme ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Uzun dönem katsayısı incelendiğinde DOLAR endeksindeki bir puanlık artışın RPDEG üzerinde 479.757 TL artışa neden olduğu belirlenmiştir. Döviz kurundaki artışlar sağlık hizmeti fiyatlarını arttırmaktadır. Bir çok tıbbi cihaz, ilaç ve medikal ürünler dolara endeksli olduğundan döviz kurundaki artış sağlık hizmetinin fiyatını arttırma eğilimindedir. Bu nedenle sağlık sigortası tarafları döviz artış etkisinin olumsuz yönlerini azaltmak amacıyla sağlık sigortası kullanma eğilimlerini arttırdıkları değerlendirilmektedir.

Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEG) ile Mevduat Faiz Oranı (MFO) değişkenleri arasında eşbütümleşme ilişkisi incelenmiştir. Eşbütümleşme (ARDL) analiz sonuçlarına göre MFO ve RPDEG arasında eşbütümleşme ilişkisi olduğu uzun dönemde MFO'nun RPDEG üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki bulunamamıştır. Fakat kısa dönem eşbütümleşme testi uygulandığında kat sayısının negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Uzun dönem içerisinde yaşanan sapmanın 2,17 ay ( $1/0,46 = 2,17$  ay ) içerisinde tekrar ortalama seviyeye geri döneceği tespit edilmiştir.

Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEG) ve Tüketici Fiyat Endeksi Analiz (TUFEE) değerleri arasında eşbütümleşme ilişkisi incelenmiştir. Eşbütümleşme (ARDL) analiz sonuçlarına göre TUFEE ile RPDEG arasında eşbütümleşme ilişkisinin var olduğu sonucuna varılmıştır. Uzun dönem kat sayısı incelendiğinde TUFEE'nin bir birimlik artışı RPDEG üzerinde 20.166 TL artışa neden olduğu belirlenmiştir. Tüketici fiyat endeksi belirlenmesinde sağlık ürünlerinin fiyatları da etkili olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve ürünlerinin fiyat artışı sağlık hizmetlerinin kullanımını olumsuz etkileyebilir. Bu tür durumlarda özel sağlık sigortası sağlık ürünlerin fiyat değişimlerine karşı güvence sağlamaktadır. Enflasyonist etkilerin sağlık hizmeti kullanımını azaltmaması için sağlık sigortası kullanım eğiliminin artması teorik beklentiye uygun bir davranış kalıbı sunmaktadır.

Reel Özel Sağlık Sigortası Prim Değeri (RPDEG) ve Sanayi Üretim Endeksi (Sue) değerleri arasındaki eşbütümleşme ilişkisi incelenmiştir. RPDEG ile SUE arasında eşbütümleşme ilişkisi olduğu belirlenmiştir. RPDEG prim değerinden SUE ye doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sanayi üretim endeksindeki artışlar ulusal gelirin artmasına yol açmaktadır. Gelir düzeyinin yükselmesi için sağlık hizmetlerine olan yönelimi arttırmaktadır.

Analiz sonuçlarından hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Özel sağlık sigortası talebinin arttırılması için gayri safi yurt içi hasılanın yükseltilmesi gerektiği ve kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla artışının özel sağlık sigortasına olan talebin artmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir. Literatür çalışmaları incelendiğinde özel sağlık sigortasına sahibi olanların yarısı, sigorta şirketleri kanalları aracılığıyla bilgi sahibi olduklarını aktarmışlardır, bu durum sigorta şirketlerinin bilgilendirme işlevlerinde yetersiz seviyede kaldığı anlaşılmaktadır. Özel sağlık sigorta şirketlerin, sigorta kanalları (acente, banka, broker vd.) yardımıyla, sigorta poliçeleri hakkında bilgilendirme işlevini daha geniş kitlelere ve kapsamlı seviyelere çıkarmalarının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık sigortası kapsamında verilecek eğitimler ile bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda bilinçleneceği ve sağlığını korumaya yönelik eylemleri arttırarak sağlık sigortasına olan talebi artıracığı düşünülmektedir

Özel sağlık sigortası kapsam ve derinlik derecelerini bütün bireylere hitap edecek şekilde düzenlenmesi ve özel sağlık sigortasına ulaşımını kolaylaştırılması sağlanmalıdır. Özel sağlık sigortaları primleri düşük gelirli bireyler için yeniden revize edilerek, özel sigortalara ulaşımı kolaylaştırılmalıdır. Özel sağlık sigortası şirket sayıları arttırılmalıdır. Bu durum neticesinden artan pazarda, rekabet unsuru oluşacaktır. Oluşan rekabet ile sigorta şirketleri daha verimli olacakları değerlendirilmektedir.

Özel sağlık sigortası talebinin arttırılması için, satışın yapılması gereken öncelik gruplar mevcuttur. Literatürde bu grüplara yönelik çalışmalarda mevcuttur. Bu gruplar özel sağlık sigortası almaya daha meyilli bireylerdir. Bu öncelik gruplar ise şu şekilde önerilmektedir; kadın ve genç bireyler özel sağlık sigortası satın almaya daha meyilli gruplardır Hane sayısı daha az olan aileler, gelirleri ile özel sağlık sigortası alma eğilimleri daha fazladır. Özel sağlık sigorta kullanan bireyler, bir sonraki satın alma opsiyonunda daha pozitif davranacakları değerlendirilmektedir.

Özel sağlık sigortası artışı ile kamunun yüklendiği kamu sağlık harcamaları azalış göstermektedir, bu durum kamunun sağlık harcamalarını başka tarafa aktarmasına neden olacağı değerlendirilmektedir.

Özel sağlık sigortasına sahip olan bireyler hastanedeki yatış süreleri daha uzundur. Bu durum sigorta şirketlerinin iyi değerlendirerek gereksiz yatışlar önlemelidir. Bu

bireylerde ilaç kullanım oranları daha yüksektir. Bu nedenle özel sağlık sigortası olanlara doğru ilaç kullanımı yönünde bilgilendirmeler yapılmalıdır.



## KAYNAKÇA

- 2004 "Proposal for a Taxonomy of Health Insurance." Study on Private Health Insurance, Oecd, Paris.
- Abel, J., Rich, R., Song, J., & Tracy, J. (2016). The measurement and behavior of uncertainty: evidence from the ECB survey of professional forecasters. *Journal of Applied Econometrics*, 31(3), 533-550.
- Acar, A. (2021). *Uluslararası Ticarete Politik Risklerin Ulaştırma Sektörü Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi; Türkiye Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.
- Achampong, F. (1983). The Means and Ends of Insurance Regulation. Basic Ideas. *The Journal of Risk and Insurance*, 50(2), 301–306. <https://doi.org/10.2307/252355>
- Acuner, Ş. A. (2006). Etkili Bir Risk Yönetim Sürecinin Aşamaları. *Active Dergisi*, 47, 1-6. Afriye,
- Adalı, P. (1994). *Sigortacılıkta Klasik Reasürans Metotları Ve Reasürans Piyasalarındaki Gelişmeler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Aırmıc, A. (2002). IRM," A Risk Management Standard," The Institute Of Risk Management. In *The National Forum For Risk Management In The Public Sector, The Association Of Insurance And Risk Managers, London, UK*.
- Akatak, A., ve Kavak, O. (2023). Seçilmiş Göstergelerle Bist Sigorta Endeksindeki Şirketlerin Karşılaştırılması. *İktisadi Ve İdari Bilimlerde Akademik Araştırmalar*.
- Akbulut, H. (2014). *Cumhuriyet Dönemine Kadar Osmanlı İmparatorluğu'nda Sigortacılık*. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akcan, S. (2022). *Branşlar Bazında Banka Sigortacılığının (Bankasürans) Sigortacılık Sektöründeki Performansa Etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Akdemir, Ç. (2010). *İşletmelerde Hile Riski ve Türk İşletmelerinde Hile Riskinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

- Akmercan, T. (2022). *Kantil ARDL Yöntemi: Seçilmiş N-11 Ülkeleri İçin Bir Uygulama*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Aksoy, T., ve Şahin, I. (2009). Belirsizlik Altında Karar Alma: Geleneksel Ve Modern Yaklaşımlar. *Journal of Economic Policy Researches*, 2(2), 1-28.
- Alexander, D. L., & Neill, J. (2015). The impact of market share on health insurance premiums. *Atlantic Economic Journal*, 43, 477-488.
- Alparslan, C. (2014). *Sigortacılığın KOBİ'lere Tanıtımı ve Devamlılığın Sağlanması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Ampleford, S., Carment, D., Conway, G., ve Ospina, A. (2001). Risk Assessment Template. *Country Indicators for Foreign Policy, Draft*.
- Arı, E., ve Gülcemal, M. E. (2019). OECD Ülkelerinin Sigorta Pazar Paylarının Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlerle İncelenmesi. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 9(2), 136-157.
- Arıkan, R. (2018). Anket Yöntemi Üzerinde Bir Değerlendirme. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 97-159.
- Armstrong, B. N. (1933). The Nature and Purpose of Social Insurance. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 170, 1-6. <http://www.jstor.org/stable/1018437>
- Arslan, C. (2005). *Döviz Kuru Riski Ve Yönetimi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Aslan, N. (2009). *Bankacılıkta Faiz Riski Ve Yönetimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Avşar, N. (2010). *Türkiye'de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aydın, C. (2015). *Makroekonomik Belirsizlik ve Risk Altında Yatırım Kararları: Brics Ülkeleri ve Türkiye Örneği*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

- Aydın, R. (2019). *Çok Kriterli Karar Verme Teknikleriyle Bir Lojistik Şirketinde Taşıma Türünün Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bağcıoğlu, Ö. (2020). *Türk Bankacılık Sektöründe Sistemik Risk Hesaplamaları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Balkanlı, M. (2017). *Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Baskıcı, M. (2002). Osmanlı Anadoluşunda Sigorta Piyasası: 1860-1918. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 57(04).
- Başoğlu, B. (2021). Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları Prim Üretimi ve Özel Sağlık Sigortaları Sistemine Katkıları Açısından Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (46), 108-123.
- Bilir, F. (1991). *Türkiye'de Yaşam Sigortaları Portföyü*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik (2012). T.C. Resmi Gazete, 6327, 29 Haziran 2012
- Bohnert, A., Gatzert, N. ve Kolb, A. (2016). Assessing İnflation Risk İn Non-Life Insurance. *Insurance: Mathematics and Economics*, 66, 86-96.
- Bordia, P., Hunt, E., Paulsen, N., Tourish, D. ve DiFonzo, N. (2004). Uncertainty during organizational change: Is it all about control?. *European journal of work and organizational psychology*, 13(3), 345-365.
- Bradley, R. ve Drechsler, M. (2014). Types of Uncertainty. *Erkenntnis* (1975-), 79(6), 1225–1248. <http://www.jstor.org/stable/24013291>
- Bush, T. (2006). Theories Of Educational Management. 16.12.2013 tarihinde <http://cnx.org/content/m13867/latest/> adresinden edinilmiştir.
- Büberkökü, Ö. (2016). Banka Hisselerinin Zamanla Değişen Toplam Riskinin Sistemik Ve Sistemik Olmayan Risk Bileşenlerine Ayrılması: Ar (P)-Dcc-

- Garch (P, Q) Modeline Dayalı Bir Analiz. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 3(1), 35-54.
- Ceylan, H. ve Başhelvacı, V. S. (2011). Risk Değerlendirme Tablosu Yöntemi İle Risk Analizi: Bir Uygulama. *International Journal of Engineering Research and Development*, 3(2), 25-33.
- Claxton, G. (2002). *How Private Insurance Works: A Primer*. Kaiser Commission On Medicaid And The Uninsured.
- Cline, Preston B. (3 Mart 2015). "The Merging of Risk Analysis and Adventure Education" (PDF). *Wilderness Risk Management*. 5 (1). ss. 43-45. 30 Ekim 2011 tarihinde kaynağından (PDF) arşivlendi. Erişim tarihi: 12 Aralık 2016.
- Cylus, J., Thomson, S. ve Evetovits, T. (2018). Catastrophic Health Spending İn Europe: Equity And Policy İmplications Of Different Calculation Methods. *Bull World Health Organ*, 96:599–609.
- Çakar, R. ve Özkan, O. (2020). Riski Seven ve Riskten Kaçan Yatırımcıların Optimum Portföy Seçimi Yapabilecekleri Piyasalar1. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(1), 23-38.
- Çam, A. V. (2010). *Ülke Riskinin Firma Değeri Üzerine Etkisi: İMKB'ye Kayıtlı Firmalar Üzerinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış doktora tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Çekici, M. ve İnel, M. (2013). Türk Sigorta Sektörünün Direkt Prim Üretimlerinin Tahmin Teknikleri İle İncelenmesi. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(1), 135-152.
- Çelebi, A. K. ve Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
- Çelik, S. ve Kayali, M. M. (2009). Determinants Of Demand For Life Insurance İn European Countries. *Problems and perspectives in management*, (7, Iss. 3), 32-37.
- Çelimbıçak, G. (2022). *MTAR Modelinin FOURIER Fonksiyonları ile Yorumlanmasına Dayanan Yeni Bir Doğrusal Olmayan Birim Kök Test Önerisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
- Çetiner, M., Eke S., ve Gündoğdu, F. K. (2018). Kredili Satışlarda Kredi Riskinin Transferi Kredi Sigortasının Ekonomik Büyümeye Etkisinin İrdelenmesi Türkiye Örneği. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(4), 776-792.

Çetinoğlu, M. (1965) *Türkiye Sigortacılık Esasları Üzerine İnceleme*. Yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Daft, R. L. ve Marcic, D. (2004). *Understanding management* (4th ed.). Mason, OH:

Dalgıç, S. (2004). *Finansal Risk Yönetimine İstatistiksel Yaklaşım: Riskteki Değer ve Bir Uygulama* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.

Dawd, I. ve Benlagha, N. (2023). Insurance And Economic Growth Nexus: New Evidence From OECD Countries. *Cogent Economics & Finance*, 11(1), 2183660.

Değirmenci, N., Ve Abdioğlu, Z. (2017). Finansal Piyasalar Arasındaki Oynaklık Yayılımı. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (54), 104-125.

Delamater, A. M., de Wit, M., McDarby, V., Malik, J. A., Hilliard, M. E., Northam, E., ve Acerini, C. L. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 19, 237-249.

Demirci, N.S. (2017). Finansal Gelişmişliğin Özel Sektör AR-GE Harcamalarına Etkisi: Türkiye için Eşbütünleşme, Nedensellik, Etki-Tepki Analizleri ve Varyans Ayrıştırması (1990-2014). *Journal of Accounting & Finance/Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (74), 175.

Dickey, D. A. ve Fuller, W. A. (1979). Distribution of the estimators for autoregressive time series with a unit root. *Journal of the American statistical association*, 74(366a), 427-431.

Dickey, D. A. ve Fuller, W. A. (1981). Likelihood ratio statistics for autoregressive time series with a unit root. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1057-1072.

Dilmaç, M. ve Korkmaz, Ö. (2018). Firma Piyasa Değerini Etkileyen Finansal Faktörler: Banka ve Sigorta İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama. *Journal of Management and Economics Research*, 16(2), 179-201.

Doğan, M. (2013). Sigorta Firmalarının Sermaye Yapısı İle Karlılık Arasındaki İlişki: Türk Sermaye Piyasası Üzerine Bir İnceleme. *Journal of Accounting & Finance/Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (57).

Drucker, Peter. Yönetim Uygulaması. İstanbul: İnkılap Kitabevi Yayınlar, 1996.

Dursun, G. D. ve Karaman, R. (2018). Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 807-815.

Eke, S. (2013). Ticari Alacak Riskleri Yönetiminde Kredi Sigortaları ve Ekonomik Büyümeye Etkisinin İncelenmesi, Nedensellik Analizi. *Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 5(9), 113-137.

Erdem, F. (2001). Girişimcilerde Risk Alma Eğilimi Ve Belirsizliğe Tolerans İlişkinde Kültürel Yaklaşım. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 43-61.

Eren, M. V. ve Çütçü, İ. (2021). Sigortacılık Sektörü İle Seçili Makroekonomik Değişkenler Arasındaki İlişkinin Ampirik Analizi: Türkiye Örneği. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 130-140.

Ertürk, H. (2010). Bankacılık Sektörünün Karşılaştığı Riskler Ve Risk Yönetimi. *Denetim*, (4), 62-70.

Eygi, S. (2006). *Türk ve Alman Sigorta Sektörlerinin Alternatif Risk Transfer Yöntemlerinin Uygulanabilirliği Açısından Karşılaştırılması*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Fitzpatrick, M. (1983). The Definition and Assessment of Political Risk in International Business: A Review of the Literature. *The Academy of Management Review*, 8(2), 249-254. <https://doi.org/10.2307/257752>

Funtowicz, S. O. ve Ravetz, J. R. (1990). *Uncertainty and quality in science for policy* (Vol. 15). Springer Science & Business Media.

G. V. Padilla, M. H. Mishel, & Grant, M. M. (1992). Uncertainty, Appraisal and Quality of Life. *Quality of Life Research*, 1(3), 155-165. <http://www.jstor.org/stable/4034464>

Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği (2014). T.C. Resmi Gazete, 28976, 20 Ağustos 2014.

- Genç, S. ve Kadah, H. (2018). Oyun Teorisi Ve Nash'in Denge Stratejisi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (14), 419-440.
- Globerman, S. (2020). Conceptual Issues Surrounding Private Health Insurance. In *Understanding Universal Health Care Reform Options: Private Insurance* (pp. 14–22). Fraser Institute. <http://www.jstor.org/stable/resrep23991.6>
- Göktaş, A. ve İşçi, Ö. (2010). Türkiye’de İşsizlik Oranının Temel Bileşenli Regresyon Analizi İle Belirlenmesi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10(20), 279-294.
- Granger, C. W. J. (1969). Investigating Causal Relations by Econometric Models and Cross-spectral Methods. *Econometrica*, 37(3), 424–438. <https://doi.org/10.2307/1912791>
- Gujarati, D. N. (2022). Basic Econometric. Prentice Hall.
- Gül, Ö. S. (2015). *Ekonomik Risklilik İle Doğrudan Yabancı Sermaye Yatırımları Arasındaki İlişki: Türkiye Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü Gümüşhane Üniversitesi, Gümüşhane.
- Gülay, A. (2021). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları ve Etkinlik Analizi*. Yayınlanmamış doktor tezi, Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Gülay, A. ve Attila, İ. (2021). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları ve Etkinlik Analizi. *Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi e-Dergi*, 10(2), 68-85.
- Gülbitti, L. (2007). *Kasko Sigortasının İncelenmesi ve Türkiye’de Kasko Sigortası Hasar Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Bankacılık Ve Sigortacılık Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Gümüş, E. (2018). *Sektörel Bazda Sistemik Ve Sistemik Olmayan Riskler Ve Bileşenleri, Borsa İstanbul uygulaması*. Yayınlanmamış doktora tezi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Gürgün, G. (2020). Belirsizlik Kavramı, Belirsizlik Ölçütleri Ve Belirsizliğin Makroekonomik Etkileri Üzerine Bir İnceleme. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(1), 21-38.
- Hampton, J. (2009). *Fundamentals Of Enterprise Risk Management: How Top Companies Assess Risk, Manage Exposure, And Seize Opportunity*. Amacom.

- Han, X., Li, R., Wang, J., Ding, G., ve Qin, S. (2020). A systematic literature review of product platform design under uncertainty. *Journal of Engineering Design*, 31(5), 266-296.
- Hellwege, P. (2016). A Comparative History of Insurance Law in Europe. *The American Journal of Legal History*, 56(1), 66–75. <http://www.jstor.org/stable/24798078>
- Holsboer, J. H. (1999). Repositioning of the Insurance Industry in the Financial Sector and its Economic Role. *The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice*, 24(3), 243–290. <http://www.jstor.org/stable/41952478>
- Holt, C. A. ve Laury, S. K. (2002). Risk Aversion and Incentive Effects. *The American Economic Review*, 92(5), 1644–1655. <http://www.jstor.org/stable/3083270>
- İlgin, K. S. (2022). Ulusal Ekonomik Politika Belirsizliği ile Borsa Endeksleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Seçilmiş Avrupa Ülkeleri için Ampirik Bir Analiz. *Journal of Economic Policy Researches*, 9(2), 455-474.
- İğdeli, A. ve Sever E. (2018). Belirsizlik Ve Risk Kavramlarının Felsefi Ve Matematiksel Açıdan İncelenmesi. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Cilt (2), 1-12.
- İstanbuluoğlu, H. Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Johansen, S., ve Juselius, K. (1990). Maximum likelihood estimation and inference on cointegration—with appucations to the demand for money. *Oxford Bulletin of Economics and statistics*, 52(2), 169-210.
- Kaplan, G. (2013). *Kobi'lerde İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Yönetimi Ve Bir Risk Analizi Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Kara, B. (2013). *Tedarikçi Seçiminde Sistem Güvenliği Kriterlerine Dayalı Bir Karar Modeli Önerisi Ve Modelin Uygulaması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Karaca, Y. (2011). *Çok Kriterli Karar Verme Metotları Ve Analitik Hiyerarşi Süreci İle Matematik Eğitimi Alanında Bir Uygulama*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat.

- Karaman, H., Burcu, A., ve Aktan, D. Ç. (2017). Açımlayıcı Faktör Analizinde Kullanılan Faktör Çıkartma Yöntemlerinin Karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 37(3), 1173-1193.
- Kırımlı, G. (2013). *Özel Hastanelerde Özel Sağlık Sigortası İşleyişi Ve Sorunları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Kjosevski, J. (2012). The determinants of life insurance demand in central and southeastern Europe. *International journal of Economics and Finance*, 4(3), 237-247.
- Knight, Frank H. (1921) Risk, Uncertainty, and Profit, Boston MA: Hart, Schaffner and Marx; Houghton Mifflin, Online Library of Liberty A collection of scholarly works about individual liberty and free markets. <http://oll.libertyfund.org/titles/306>
- Koç, F. (2015). Sigortacılık Sektöründe Kurumsal İtibar ve Tüketici Güveni. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13(26), 63-84.
- Koç, S. Şenol, Z. ve Çevik, M. (2018). Türkiye’de Faaliyette Bulunan Sigorta Şirketlerinin Finansal Performans Analizi: 2006-2015. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 4(1), 25-38.
- Küçükkıralı, Z. ve Aydın, Ü. (2022). Türkiye’de Faaliyet Gösteren Bireysel Emeklilik Şirketlerinin Etkinliği. *Verimlilik Dergisi*, (2), 289-304.
- Lee, K. ve Goodman, H. (2002) Global policy networks: The propagation of health care financing reforms from the 1980s. In: LEE, K; BUSE, K; FUSTUKIAN, S, (eds.) Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, Cambridge. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/18026>
- Lenten, L. J. ve Rulli, D. N. (2006). A time-series analysis of the demand for life insurance companies in Australia: an unobserved components approach. *Australian Journal of Management*, 31(1), 41-66.
- LeRoy, S. F. ve Singell, L. D. (1987). Knight on Risk and Uncertainty. *Journal of Political Economy*, 95(2), 394–406. <http://www.jstor.org/stable/1832078>
- Li, X. ve Yu, L. (2016). Decision Making Under Various Types Of Uncertainty. *International Journal of General Systems*, 45(3), 251-252.

- Lkhagvaa, U. (2019). *OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Malisoff, H. (1966). Welfare and Social Insurance in a Great Society. *The Journal of Risk and Insurance*, 33(4), 513–527. <https://doi.org/10.2307/251225>
- Mao, H. Carson, J. M. ve Ostaszewski, K. M. (2018). Is Risk Taking Beneficial to the Insured and to Society? *Journal of Insurance Issues*, 41(2), 215–230. <http://www.jstor.org/stable/26505755>
- Meldrum, D. (2000). Country Risk And Foreign Direct Investment. *Business economics*, 35(1), 1-16
- Meral, H. (2023). Türk Sigortacılığının Yüz Yılı: Makro Çevresel Faktörler Üzerine Kapsamlı Bir Analiz. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(Özel Sayı), 171-185.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care In Europe: Weighing Up The Options. *Funding health care: options for Europe*, 272-300.
- Mossialos, E. Dixon, A. Figueras, J. Kutzin, J. ve World Health Organization. (2002). *Funding health care: options for Europe* (No. WHO/EURO: 2002-617-40352-54036). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Noor, N. N. M., Zain, Z. M., Ma'in, M., ve Atory, N. A. A. (2020). A Cointegration Analysis of the Demand of Life Insurance in Malaysia. *International Journal of Advanced Research in Economics and Finance*, 2(1), 48-60.
- OECD (2022), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 05 February 2022)
- OECD (2023), Education at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e13bef63-en>.
- OECD, (June 2004). Proposal for a taxonomy of health insurance. Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/health/health-systems/31916207.pdf>.
- OECD, [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT) (Erişim Tarihi: 21.09.2023,)

OECD, Private health insurance spending, <https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-Brief-March-2022.pdf>, 2022 Erişim Tarihi: 05.02.2024.

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2022). Health Spending. Retrieved 9 October 2022, from <https://data.oecd.org/healthres/healthspending.htm>

Orhaner, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 398-412.

Oskooee, B. Ve Ng, M. (2002). Long-Run Demand For Money İn Hong Kong: An Application Of The ARDL Model. *International Journal of business and Economics*, 1(2), 147-155.

Öniz, C. ve Aydın, Y. (2019). Türkiye'de Yaşanan 2000-2001 Krizlerinin Sigorta Sektörü Üzerine Etkileri; Bist'de Bir Uygulama. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute/Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (37).

Özbilgin, İ. G. (2012). Risk ve Risk Çeşitleri. *Bilişim Dergisi*, 7, 86-93.

Özcan, B. ve Külahlı, F. (2020). Lastik Sektöründe Karar Analizi Uygulaması. *Uluslararası Batı Karadeniz Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi*, 2(2), 28-54.

Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (2013) , T.C. Resmi Gazete, 28800, 23 Ekim 2013.

Özkaraduman, H. T. (2019). Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası, Genel Olarak AB Ülkeleri Değerlendirmeleri, İngiltere ile Türkiye Kıyaslaması ve Öneriler. Tartışma Metni. *Dış Ticaret Enstitüsü Working Paper Series Dergisi*. 232/2019-04

Özmen, O. ve Arıkan, C. (2022). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Belirsizlik Ölçülebilir Mi?. *Sosyal Güvence Dergisi*, (21), 746-782.

Özmen, Z. (2017). Avrupa'da sosyal güvenlik sisteminin finansmanı: Farklı refah devletleri üzerine bir inceleme. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 600-620.

- Özyurt, E. E. (2014). *Sağlık Sektöründe Risk Analizi, Risk Yönetimi ve Ağız, Diş Sağlığı Merkezlerinde Risk*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Peker, İ. ve Baki, B. (2011). Gri İlişkisel Analiz Yöntemiyle Türk Sigortacılık Sektöründe Performans Ölçümü. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (7).
- Pesaran, H. H. ve Shin, Y. (1998). Generalized İmpulse Response Analysis İn Linear Multivariate Models. *Economics letters*, 58(1), 17-29.
- Pesaran, M. H., Shin, Y. ve Smith, R. J. (2001). Bounds Testing Approaches to the Analysis of Level Relationships. *Journal of Applied Econometrics*, 16(3), 289–326. <http://www.jstor.org/stable/2678547>
- Polat, A. ve Akın, F. (2021). Hayat Sigortası Talebinin Belirleyicileri: Türkiye Örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 35(2), 407-427.
- Prakash, S., Saluja, R. K. ve Singh, P. (2014). Pareto Optimal Solutions To The Cost-Time Trade-Off Bulk Transportation Problem Through A Newly Evolved Efficacious Novel Algorithm. *J Data Inf Process*, 2(2), 13-25.
- Rue, L. W. ve Byars, L. L. (1992). Management: Skills and application. (*No Title*).
- Sağır, C. (2006). *Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler Ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Sağlam, Ş. ve Kara, O. (2023). Sağlık Statüsündeki Değişimler Kamu Harcama Bileşenini Etkiler Mi? Gelişmiş Ülkeler Üzerine Bir Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 575-596.
- Sare, Y. A., Agyemang, A. O., Ayamba, E. C., Bawuah, B. ve Gyaawa Koranteng, A. (2023). Insurance and sectorial growth nexus: Evidence from a developing economy. *Cogent Economics & Finance*, 11(2), 2228096.
- Sarı, K. (1994). *Sigorta Pazarlaması ve Satışı*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Sarioğuz, S. (2007). *Sigorta Sektöründe Risk Yönetimi, Alternatif Risk Transfer Yöntemleri, Şirketler İçin Bir Öneri: Hava Durumu Opsiyonları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Satrovic, E. (2019). Life insurance demand in Bosnia and Herzegovina: Statistical analysis. *Kapadokya Akademik Bakış*, 2(2), 141-165
- Satrovic, E. ve Muslija, A. (2018). Economic and demographic determinants of the demand for life insurance: Multivariate analysis. *Journal of Management and Economics Research*, 16(1), 102-115.
- Saygın, E. (2018). *Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti Etkileyen Faktörlerin Temel Bileşenler Analizi ile Belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Scharner, P., Sonnenberger, D. ve Weiß, G. (2023). Revisiting the insurance-growth nexus. *Economic Analysis and Policy*.
- Schieber, G., Fleisher, L. ve Gottret, P. (2006). Getting Real. *Finance & Development*, 47, 46-50
- Seyfullahoğulları, Ç. ve Başoğlu, D. (2018). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları Kapsamında Prim Üretimi Ve Gerçekleşen Hasar Analizi. *İstanbul Sosyal Bilimler Dergisi*, (22).
- Sizer, L. (2022). *Alternatif Yatırım Araçları İle Hisse Senedi Fiyatları Arasındaki İlişkinin Doğrusal Olmayan Eşbütünleşme Analizi İle İncelenmesi: Türkiye Örneği* Yayınlanmamış doktora tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Solmaz, A. (2016). *Bireysel emeklilik fonlarının Türkiye ekonomisindeki önemi, gelişimi ve Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Şenalp, V. (2008). *Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Şener, H. Y. ve Behdioğlu, S. (2014). Türkiye Sigorta Pazarının Gelişimindeki Ana Unsurların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 523-534.
- Şirin, M. (2021). *Özel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Tanrıöven, C. ve Aksoy, E. E. (2011). Sistematik Riskin Belirleyicileri: İMKB’de Sektörel Karşılaştırma. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (51), 119-138.
- Tanyıldızı, M. (2022). *Bitcoin Fiyatları İle Borsa Endekslerinin Nedensellik Ve Eşbütünleşme Testleri İle İncelenmesi: NYSE, FTSE, HKSE Ve BİST Örneği. Afyon*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- Tarım, M. ve Güdük, Ö. (2019). Türkiye’de bireylerin özel sağlık sigortası tercihini etkileyen nedenler ve bilgi düzeyleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 196-200.
- Taş, M. K. (2015). Dünya Sigorta Pazarında Türkiye’nin Yeri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi*. 27, 133-148.
- Taşkın E. ve Şener H. Y. (2005), Türkiye Sigorta Pazarının Avrupa ve ABD Sigorta Pazarları ile Karşılaştırılması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 49, 996-1018
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 100-133.
- Thomson, S. ve Mossialos, E. (2004). What Are The Equity, Efficiency, Cost Containment And Choice Implications Of Private Health-Care Funding In Western Europe?. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/363830>
- Trinh, C. T., Chao, C. C. ve Ho, N. Q. (2023). Private Health Insurance Consumption And Public Health-Care Provision In OECD Countries: Impact Of Culture, Finance, And The Pandemic. *The North American Journal of Economics and Finance*, 64, 101849.
- TSB. *Türkiye Sigorta Birliği Strateji Raporu (2020-2024)*. Türkiye Sigorta Birliği. Türkiye.
- Tunay, N. ve Tunay, K. B. (2013). Finansal Krizler ve Sigortacılık: Deneysel Bulguların Işığında Türk Sigorta Sektörüne Dair değerlendirmeler. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 35(2), 81-104.
- Tunay, N., Çamlıbel, F. ve Tunay, K. B. (2020). Ekonomik Dalgalanmaların Sigorta Şirketlerinin Pazar Payları ve Prim Üretimleri Üzerindeki Etkileri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(17), 95-101.

- Tunc, O. ve Kiyak, M. (n.d.). Private Health Insurance In Europe And Turkey. Journal of Economics Finance and Accounting 409-425. <https://doi.org/10.17261/Pressacademia.2015312963>
- Turgutlu, E. (2006). *Tam Bilgi ve Belirsizlik Altında Etkinlik Analizi: Türk Sigortacılık Endüstrisi Örneği (1990-2004)*. Yayınlanmamış doktora tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Türk Ticaret Kanunu (2011). T.C. Resmi Gazete, 27846, 14 Şubat 2011.
- Türk Ticaret Kanunu (2011). T.C. Resmi Gazete, 6102, 13 Ocak 2011.
- Türkiye Sigorta Birliği (TSB). (2021). Sektör Raporu 2021 <https://www.tsb.org.tr/tr/yayin/sector-raporlari> sayfasından erişilmiştir.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Uralcan, G. Ş. (2012). Sigorta Faaliyetlerinin İşlevsel Açıdan Değerlendirilmesi Ve Türk Sigorta Sektörünün Bu Bağlamda Dünya Sigorta Şirketleriyle Karşılaştırılması. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 125-134.
- Usta, Ö. ve Demireli, E. (2010). Risk Bileşenleri Analizi: İMKB’de bir uygulama. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 6(12), 25-36.
- Uzun, S. (2015). *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ünal, C. ve Atılgan, T. (2007). Konfeksiyonda Karar Verme Teknikleri. *Tekstil Ve Konfeksiyon Dergisi*, 4, 256-263.
- Ünal, S. ve Serdar, A. (2020). Sigorta Şirket Yöneticileri Perspektifinden Sigorta Okuryazarlığı. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(18), 1-10.
- Üzümcü, N. (2019). *Zaman Serileri ve Panel Veri Ekonometrisinde Eşbütünleşme Analizlerinin Değerlendirilmesi: Cari Açık ve Ekonomik Büyüme Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.

- Wang, M. (2018), "Impacts of supply chain uncertainty and risk on the logistics performance", *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, Vol. 30 No. 3, pp. 689-704. <https://doi.org/10.1108/APJML-04-2017-0065>
- Waters, D. (2011). *Supply Chain Risk Management: Vulnerability And Resilience In Logistics*. Kogan Page Publishers.
- White, R. C. (1936). The Functions of Social Insurance in Relation to Economic Security. *Social Forces*, 14(3), 326–335. <https://doi.org/10.2307/2571269>
- Wild, C. ve Gibis, B. (2003). Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, 63(2), 187-196.
- Yayar, R. ve Daşçı, A. N. (2020). Özel Sağlık Sigortası Talebini Etkileyen Faktörlerin İkili Lojistik Regresyon Yöntemiyle Analizi: İstanbul Örneği. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(1), 19-40.
- Yayla, Ş. O. (2019). Sigortacılık ve Türkiye’de Sigorta Sektörünün Durumu. *Liberal Düşünce Dergisi*, 24(94), 107-125.
- Yıldırım, M. (2015). Getiri, Risk ve Risk Türleri. (Editör: Feridun KAYA) *Finansal Yönetim*, İstanbul: Beta Yayınları, 443.
- Yıldız, B. (2016). Oynaklık Tahmininde Simetrik ve Asimetrik GARCH Modellerinin Kullanılması: Seçilmiş, BİST Alt Sektör Endeksleri Üzerine Bir Uygulama. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (72), 83-106.
- Yıldız, U. (2012). *Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analizi İle Etkinliğinin Ölçülmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.
- Yolusever, A. (2018). *Finansal Risklerin Risk Vanası ve Risk Algısı Faktörlerini Kullanarak Kontrol Edilmesi Üzerine Bir Araştırma*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul.
- Zorlu, F. (2008). Planlamada Belirsizlik Sorunu: Ulaşım Planlamasında Yolculuk Talebi. *Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi E-Dergisi*, 3, (1), 16-32.
- [https://eurekosigorta.com.tr/static/relatedDocs/fourSeasonsHealth/saglik\\_policelerinde\\_vergi\\_indirimi.pdf](https://eurekosigorta.com.tr/static/relatedDocs/fourSeasonsHealth/saglik_policelerinde_vergi_indirimi.pdf), Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.aksigorta.com.tr/yarдим-merkezi/sigorta-sozlugu/hayat-sigortasi>, Erişim Tarihi: 28.02.2024

[https://www.allianz.com.tr/tr\\_TR/urunler/diger-urunler/kurumsal-sigortalar/grup-saglik-sigortasi.html](https://www.allianz.com.tr/tr_TR/urunler/diger-urunler/kurumsal-sigortalar/grup-saglik-sigortasi.html), Erişim Tarihi: 31.01.2024

[https://www.anadoluhayat.com.tr/Documents/PDF%20Files/HayatSigortalari/urunBrosurleri/Vergi\\_Avantaji\\_Brosuru.pdf](https://www.anadoluhayat.com.tr/Documents/PDF%20Files/HayatSigortalari/urunBrosurleri/Vergi_Avantaji_Brosuru.pdf), Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.anadolusigorta.com.tr/urunler/saglik-sigortalari/bireysel-saglik-sigortasi#:~:text=Bireysel%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1%2C%20diledi%C4%9Finiz%20doktor,d%C3%BCnyan%C4%B1n%20neresinde%20olursan%C4%B1z%20olsun%20kar%C5%9F%C4%B1lan%C4%B1r>, Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.axasigorta.com.tr/saglik-sigortasi/tamamlayici-saglik-sigortasi>, Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.iienstitu.com/blog/risk-analiz-yontemleri>, Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/08/20050809-15.htm>, Erişim Tarihi: 08.03.2024

<https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi-genelsartlari.aspx?pageID=513>, Erişim Tarihi: 31.01.2024

[https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler\\_](https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler_), Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.turkiyefinans.com.tr/Sayfalar/PageNotFoundError.aspx?requestUrl=http://www.turkiyefinans.com.tr/tr-tr/blog/sayfalar/is-goremezlik-rapor-odemesi-nedir-nasilalinir.aspx>, Erişim Tarihi: 31.01.2024

<https://www.turkiyesigorta.com.tr/urunlerimiz/saglik-sigortalari/kapsamli-acil-saglik-sigortasi>, Erişim Tarihi: 31.02.2024

<https://www.vakifbank.com.tr/Default.aspx?pageID=4010#:~:text=Seyahat%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1%20Nedir%3F,s%C3%BCre%20kapsam>

%C4%B1nda%20g%C3%BCvence%20alt%C4%B1na%20al%C4%B1r., Erişim  
Tarihi: 09.03.2024



## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı Beyzanur Topal

Yabancı Dili : İngilizce

### ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul/Üniversite	Mezuniyet Yılı
Y. Lisans	Sağlık Yönetimi	Düzce Üniversitesi	2024
Lisans	Sağlık Yönetimi	Düzce Üniversitesi	2021
Lise	Türkçe - Matematik	Maltepe Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi	2016