

ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI HAKKINDA TÜSİAD GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ¹

TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin mevcut durumu ile sağlık alanında gerçekleştirilen ve gerçekleştirilmesi planlanan reformları diğer ülkelerdeki gelişmelerle birlikte yakından takip etmektedir. Öncelikli konularda sektör paydaşlarıyla görüş alışverişi gerçekleştirmekte, uzman ve akademisyenlerin katkılarıyla rapor ve görüş belgeleri oluşturarak farkındalık ve savunma çalışmaları sürdürmektedir.

Beşeri sermayenin önemli bir unsuru olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, toplumsal refahın hem önemli bir belirleyicisi hem de bir göstergesidir. COVID19 döneminde de yakından deneyimlendiği üzere, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için insani yetkinlikler, teknoloji ve kurumlar son derece kritik önemdedir. Kaliteli sağlık hizmetlerinin tüm bölgelerde herkes için erişilebilir olması, doktor ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık personeli sayısının yeterli olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlığın kişiselleştirilmesi, kişisel verilerin korunması odağıyla sağlık veri havuzunun oluşturulması, dijitalleşme ve teknolojinin getirdiği imkanlardan yararlanılması ve tüm bunları yaparken kamu-özel sektör işbirliği geleceğin belirsizliklerine karşı hazırlıklı olmayı sağlayacak en önemli yatırımlar olacaktır.

Bu hedeflere ulaşma doğrultusunda TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubunun önceliklendirdiği alanlardan biri olarak Özel Sağlık Sigortalarının Yaygınlaştırılması alt çalışma grubu, konusunda odaklı çalışmalar yürütülmektedir. Bu görüş belgesi, sağlık sistemimizin etkinliğinin artırılması ve sağlık hizmetlerine yönelik sürdürülebilir ve erişilebilir uygulamaların başarıyla hayata geçirilmesi yolunda özel sağlık sigortacılığı hizmetlerinin rolü konusunda tespitler ve öneriler sunmak amacıyla hazırlanmıştır.

1. Sağlık harcamaları öncelikle beşeri sermaye yatırımı olarak görülmelidir.

Tespitler:

- İlaç ve sağlık harcamaları yaygın kanıda bütçe açığına sebebiyet veren karşılıksız harcamalar olarak görülmektedir; ancak bu harcamalar, beşeri sermaye yatırımı olarak değerlendirilmelidir. Değer hedefli bir sağlık sistemi kurgulanması açısından, sadece maliyet bakış açısından uzaklaşılması ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) bakış açısının beşeri sermaye odaklı olması önemli görülmektedir.
- Türkiye'de mevcut kamu sağlık sigortacılığı sisteminin bazı ön şartlar yerine getirilirse verimli olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de kamu sağlık sigortasının verimsizlik nedenleri arasında,

¹ Bu görüş dokümanı TÜSİAD Özel Sağlık Sigortacılığının Geliştirilmesi Alt Çalışma Grubu'nun 2017-2019 dönemi çalışmaları ve 30 Kasım 2021 tarihinde sektör paydaşlarının katılımıyla düzenlenen "Sağlık Hizmetlerine Erişimde Özel Sağlık Sigortacılığı: Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştayı" bulgularından yararlanılarak hazırlanmıştır. Çalıştayda katılımcılarla yapılan anket sonuçları da Ek'te sunulmaktadır.

öncelikle geri ödeme modelinde ve kamu hizmet alımı fiyatlarında (Sağlık Uygulama Tebliği) yetersizlikler olduğu değerlendirilmektedir.

- Kamu sağlık sigortacılığında birincil mevzuattan kaynaklı sorunlar ve uygulama kaynaklı sorunlar olduğu da değerlendirilmektedir.

Öneriler:

- Ülkemizde sağlığa ayrılan finansmandaki sorunların giderilmesi öncelikli olmalıdır. Kamunun SGK'ya bakış açısının bütçe açığı yerine beşeri sermaye yatırımı olduğu yönünde değişmesi ve bu bakış açısıyla Genel Sağlık Sigortası (GSS) ürününün değerinin de artırılması gerekmektedir.
- Verilecek teşviklerin mülkiyet türünden bağımsız şekilde her hizmete ve herkese eşit verilmesi önerilmektedir.

2. Özel sağlık sigortacılığının kamunun yükünü de paylaşacağı göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi önemlidir.

Tespitler:

- Sağlık sigortacılığının sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırıcılığı ve kamunun yükünü de paylaşacağı göz önünde bulundurularak sektörün sürdürülebilirliğinin gözetilmesi önemlidir.
- Sağlık sigortacılığının, sigortacılık sektöründeki payı yüzde 14,8'dir. Özel sağlık sigortacılığının (ÖSS), sağlık hizmetlerine erişimde kamu sektörünün yükünü paylaşma misyonu göz önüne alınarak, özel sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliğinin de bu bakış açısıyla gözetilmesi önemlidir.
- Mevcut durumda hem kamu sağlık sigortacılığı sistemi hem de özel sağlık sigortacılığı sistemi bazı ön şartlar yerine getirilirse daha verimli olabilecektir.
- Özel sağlık sigortacılığı sisteminin verimsizlik nedenleri olarak; öncelikle uygulama kaynaklı sorunlar olduğu, diğer taraftan birincil ve ikincil mevzuattan kaynaklı sorunlar olduğu da değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştırılmasına yönelik ilgili mevzuat düzenlemelerine ihtiyaç vardır.

Öneriler:

- Türkiye'de sağlık sigortacılığı sadece kamu sağlık sigortacılığı ya da sadece özel sağlık sigortacılığı olarak değil, karma finansman yöntemi ile kamu ve özel sağlık sigortacılığı bir arada olacak şekilde uygulanmalıdır.
- Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığının olası geri ödeme modellerine bakıldığında hizmet başına ödeme modeli ya da global bütçe modeli yerine, maliyet tasarrufu ve daha iyi hasta sonuçları elde etmeyi amaçlayan Değer Bazlı Geri Ödeme Modelinin kullanılması önerilmektedir.
- Özel sağlık sigorta uygulamalarında, işlem bazlı, paket, DRG (TİG), değer bazlı geri ödeme modellerinden ilk ikisi kullanılmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları tarafında da mutabakat sağlanarak aşamalı olarak 3. ve 4. ödeme modellerine geçiş olasıdır.
- Türkiye'de uzun süreli (ve/veya bakım) sağlık sigortaları, kamu ve özel sigorta ile tüm kurumlarda uygulanmalıdır.

3. Finansal açıdan sürdürülebilirliğin sağlanmasına yönelik somut ve öngörülebilir adımlar atılmalıdır.**Tespitler:**

- Döviz kurlarındaki oynaklık nedeniyle sağlık hizmet sunucuları ve finansman sağlayıcıları zor durumda kalmakta ve ayrıca ilaç fiyatları da öngörülememektedir. Bu durum sektör paydaşlarının tümü için sorun olmaktadır. Öngörülemeyen kur artışları sağlık hizmetini olumsuz etkilemektedir.
- Özel sağlık sigortası şirketlerinin ve özel sağlık hizmet sunucularının sağlık hizmetleri finansmanını üstlenmeleri noktasında da belirsizlikler bulunmaktadır. Finansmanı sağlayabilmek için belirlenen poliçe primlerindeki öngörülemezlik sürdürülebilirliği engellemektedir. Örneğin, bir poliçe bir sene için, yıl içerisinde yeniden fiyatlandırma yetkisi olmadan ve artan enflasyon oranı öngörülemeden fiyatlandırılmak durumundadır. Aynı şekilde, özel sağlık kuruluşlarında sene içerisinde satın alınan hizmetlerde öngörülemez artışlar olması durumunda da bu durum kaçınılmaz bir zarara neden olmaktadır. Fiyatlar belirlendikten sonra değişen finansal şartlar nedeniyle bir yıllık öngörülemeyen riskler, tamamıyla sektör paydaşları tarafından üstlenilmektedir.
- Sigorta şirketleri malzeme ücretlerini SGK'daki eski fiyatları (hem sene başı fiyatlar hem de önceki kur) baz alarak geri ödemeye devam etmektedir. Ancak SGK'lı hastaneden malzeme ücreti fiyatını alırken SGK fiyatlarının güncel olmaması, maliyetlerin öngörülebilirliği bakımından ciddi sorunlar yaşanmaktadır.
- COVID19 sürecinde sağlık araç gereçlerinde tedarik zincirinde sorunlar yaşanmıştır. Kamu alım fiyatlarında daha düşükten uygulanan döviz kuru giderek makasın açılması yüzünden yenilikçi ilaç ve teknolojilere ulaşamama riskini de oluşturmaktadır.

Öneriler:

- Enflasyon artışları ve kurdaki dalgalanmalarla beraber artan maliyetlerin öngörülebilir beklentiler üzerinde olması; sigorta şirketleri, özel sağlık hizmet sunucuları, hekimler, ilaç ve tıbbi malzeme sağlayıcıları için sorun oluşturmaktadır. Öngörülebilir bir fiyatlama modelinin olması özel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için hayati bir önem taşımaktadır.
- Ödemelerin sözleşmelerdeki verilen sürelerden daha uzun sürelere kayması, özel sektörü zor durumda bırakmaktadır. Sağlık çalışanlarının ücretlerinin peşin ödendiği sistemlerde, sürelerdeki uzamalar maliyetler bakımından sorun yaratmaktadır. Bu kapsamda özel sağlık hizmet sunucuları ve finansman sağlayıcıları ile hekimler için öngörülme maliyet unsurlarını dengeleyecek teşvik ve destek modellere ihtiyaç duyulmaktadır.

4. Sağlık sigortacılığında risk paylaşımı ve risk analizi yapabilmek için veriye ulaşabilmek ve sağlık verileri için yurt dışı veri transferi gerçekleştirebilmeyi sağlayacak düzenlemelere ihtiyaç vardır.**Tespitler:**

- Sağlık sigortacılığında sürdürülebilirliği sağlayacak şekilde risk paylaşımı ve risk analizinin yapılabilmesinin temel unsuru veriye sahip olmaktır. Sağlık sigortasının başlayabilmesi ve devamlılığı

için veriye erişim ve kişisel verinin kullanımına yönelik regülasyonlarda düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

- Örneğin, veriye erişim ve kişisel verilerin korunması regülasyonlarının uyum sürecinde öncelikle özel nitelikli kişisel veri işlendiği için ancak açık rıza şartına bağlı olarak poliçeler tanzim edilebilmektedir. Yine kişilerin her zaman açık rızalarını geri alma hakkı vardır. Bu açık rızanın geri alınmasının oluşturacağı sorunlar öngörülememektedir.
- İkinci bir sorun alanı da yurtdışına veri transferi noktasında ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bağlı bulunulan uluslararası ortaklıklar sebebiyle veri transferinin gerektiği durumlarda sağlık sigortacılığı sektöründeki veriler, sadece açık rızayla transfer edilebilmektedir. Diğer taraftan bu durum, sadece sağlık sigortacılığı değil başka sektörler için de bir kısıt oluşturduğundan, bu konuda yapılacak düzenlemelerde sağlık sigortacılığının sorunlarının da ele alınması beklenmektedir.

Öneriler:

- Referans noktası olarak bakılan Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğünde – (GDPR) açık hükümler bulunmamaktadır. Farklı ülkeler buna çözümler bulmuştur, bu çözümlerin Türkiye’de de hayata geçirilmesi önemli ve öncelikli görülmektedir.
- KVKK, TSB ve Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi ile birlikte çalışılarak sektöre özgü çözüm bulunmasının etkili ve faydalı olacağı değerlendirilmektedir.
- Medula ve E-nabız’ın sigorta şirketlerine açılması önerilmektedir.

5. Fiyatlandırma konusunda serbest rekabet koşullarının uygulanması, sağlık sigortacılığı sektörünün sürdürülebilirliği için önemlidir.

Tespitler:

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) yüzde 64 hızla büyürken, geleneksel sağlık sigortası yüzde 1,4’lük ortalamayla büyümektedir.
- Ekonomik değişim sonucunda oluşan alım gücündeki düşüş sonucu geleneksel sağlık sigorta ürününden TSS’ye kayış çok düşük orandadır. Ekonomik değişim dönemlerinde (TSS öncesinde de) primi daha ekonomik ürünlere geçiş geleneksel ürün içindeki alt ürünler içinde söz konusudur. TSS portföyünün ağırlığı yeni satılan poliçeden oluşmaktadır.

Öneriler:

- Sağlık sigortacılığı sektörü ürünlerle ilgili farklılaştırmaya giderek, serbest rekabet ortamında her kesimin ihtiyacına yönelik fark yaratan ürünler oluşturup sağlık hizmeti kullanıcılarına ulaşabilmelidir.
- Hem sağlık hizmeti kullanıcısının alım gücünü korumak, hem de kamu-özel sektör farkı olmadan sağlık sigortalarında erişilebilir fiyatlandırmalar yapabilmek bakımından, öngörülebilir strateji ve politikalar sağlanmalıdır.

6. Dijitalleşmenin getirdiği yeni uygulamaların ve fırsatların sağlık sektörüne ve özel sağlık sigortacılığına da yansması beklenmektedir

Tespitler:

- Uzaktan sağlık hizmet sunumuyla ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından, 10 Şubat 2022 31746 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan bir mevzuat düzenleme çalışması yapılmıştır. Bu düzenleme, kriz anlarında sağlığa erişimi hem daha ekonomik hem de daha kolay hale getirecektir.
- Uzaktan hastalık yönetimiyle ilgili Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü bu çalışmalar, dijital sağlığa geçişi hızlandıracaktır.
- Sağlık sisteminde aslında pek çok hastane online hizmet vermektedir. Benzer şekilde, online danışmanlık hizmetleri de sunulmaktadır. Mevzuatla ilgili sigortacılıkta da, sağlık sisteminde var olan dijitalleşme eğilimlerine uyumlu bir yapı kurulabileceği değerlendirilmektedir. Dijital sağlık sigortası ürünleri bunun için bir seçenek olarak değerlendirilebilir.
- Teknolojik dönüşüme ilişkin uygulamalar sağlık sigortacılığı sektöründe beklenen hızda hayata geçirilememektedir.

Öneriler:

- Hastanelerin kişilere evden muayene olabilecekleri online hizmetler sunacağı ve daha sonra hasta takip süreçlerinin de online olarak devam edebileceği dijital yöntemler üzerinde çalışılmalıdır.
- Bütün sistemin teknolojik dönüşümle uyumlu olacak şekilde gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bununla beraber yeniliklerin sadece dijitalleşme ve teknoloji alanına kısıtlanmaması, sunulan ürün ve hizmetlerin hepsine bakılarak ortak kullanım alanları etrafında yeniliklerin çıkarılması gerekmektedir.
- Teknolojik değişim ve dönüşümde ön plana çıkan *Insurtech* regülasyonları da bu bakış açısıyla ele alınmalıdır. Bu alandaki düzenlemeleri AB'den Türkiye'ye adapte edecek şekilde çalışarak ortamı hazır hale getirmek, start-up'ları desteklemek ve şirketlerin dönüşümlerini sağlamak gerekmektedir.

7. Geleneksel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası-optimizasyon çalışması yapılmalıdır.

Tespitler:

- Sigorta şirketleri ve hastaneler arasında poliçe bazında ve farklı kavramlar bakımından sıkıntılar yaşanmaktadır.

Öneriler:

- Sigorta şirketleri ve özel sağlık hizmet sunucularının entegrasyon ve altyapı bazındaki sorunları göz önünde bulundurularak, Geleneksel Sağlık Sigortası ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının ayrıştırılması yapılmaksızın tüm hasta bireylerin sigorta ürünü farklı olmadan eşit şekilde hizmete eriştiği bir optimizasyon çalışması yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

8. Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığındaki sorunlar sağlığın sürdürülebilir finansmanı bakış açısıyla ele alınmalıdır.

Tespitler:

- SGK anlaşmalı kurumlarda çalışan hekimlerin poliçeler konusunda seçici olması, tamamlayıcı sağlık sigortasından faydalanabilme anlamında sorun yaratabilmektedir. İş birliği yapılan kurumlarda hekimler üzerinden irade sergilenmemekte ve hekim sayısı arttıkça da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası algısı için daha büyük sorun oluşmaktadır. Yani, tamamlayıcı sağlık sigortası fiyat düşüklüğü nedeniyle desteklenmemekte ve daha çok geleneksel sağlık sigortası desteklenmektedir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden ödeme yaptığı için, SUT'un sabit tutulduğu durumda fiyatlar güncellenememektedir. Farklı sigorta şirketleri farklı hastanelerle bunun üzerinden farklılaşmış uygulamalara gidebilmekte ve sistemin öngörülebilirliğini olumsuz etkilemektedir. TSS özel hastaneler için SUT fiyatları nedeni ile sürdürülemez hale gelmiştir.
- Yapılacak düzenlemelerde, sağlık sistemi üzerindeki artan maliyetler göz önünde bulundurularak Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığının (TSS) özellikle sağlığın sürdürülebilir finansmanı konusunda bir ek kaynak yaratıyor olduğu da ayrıca dikkate alınmalıdır.
- Özel sağlık hizmet sunucuları TSS'nin mevcut hastalıkları içermemesinin eksik bir uygulama olduğu düşünülmektedir.
- TSS sisteminin MEDULA ile entegrasyonunda kısıtlar bulunmakta, MEDULA ile veri paylaşımı yapılmaması sorun teşkil etmektedir.

Öneriler:

- TÜSİAD, özel sağlık hizmetleri alanındaki paydaş kurumların çalışmalarını takip etmekte, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini önceliklendiren bir bakış açısıyla ilgili kurumların bir araya gelmesine ve ortak sorunların çözümüne öncülük etmeyi hedeflemektedir.
- MEDULA ile entegrasyon sorunu yaşanmasına karşın, Sağlık Bakanlığı'nın da gündeminde olduğu üzere, hastane bilgi yönetim sistemleri üzerinden bilgiye erişilmesi sağlanabilir.
- Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın hangi sağlık kurumlarında ve hangi yöntemlerle birlikte uygulanacağı değerlendirildiğinde, kamu-özel tüm sağlık kurumlarında; prim ve vergi teşviki ile birlikte uygulanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

9. Özel Sağlık Sigortacılığı konusunda farkındalığı artırarak, algıdan kaynaklı sorunlar giderilmeli ve işbirliği güçlendirilmelidir.

Tespitler:

- Özel Sağlık Sigortası ile hastaneler arasında sağlık sigortacılığının nasıl geliştirilebileceğine odaklanan somut ve çözüm temelli işbirliği olamamaktadır.

- Hekimlik Uygulamaları Veri Tabanına(HUV) geçmeyen sigorta şirketleri bulunmaktadır. Bu durum bir kişiye yaptırılacak iş için 3 kişinin çalıştırılmasına neden olmakta ve sigorta şirketleri için de iş yükünü artırır hale gelmektedir.

Öneriler:

- Geleneksel Sağlık Sigortası ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası arasındaki farkların poliçe sahibine detaylı anlatılması önemlidir. Özel hastaneler ve Özel Sağlık Sigortası şirketleri arasında farklı bakışları giderecek ve hizmet sunumunu sürdürülebilir kılacak yönde bir işbirliği sağlanmalıdır.

10. SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) uygulama bakımından güncellenmelidir.

Tespitler:

- Tamamlayıcı sağlık sigortası özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sürdürülemez duruma gelmiştir.
- **Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)**, kamunun kamu hastanelerine ödeme yapması için oluşturduğu, özel hastanelerle anlaşmalardan önce de varolan bir ödeme modelidir.
- Özel sağlık hizmet sunucuları açısından SUT fiyatlandırma modeli sabit kalan, güncellenmeyen yani hizmet fiyatları artmayan bir model olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda incelendiğinde; karşılığında Özel Sağlık Sigortasının TTB fiyat tarifiyle işleyen bir sistem olduğu ve senelik revize edildiği bilinmektedir. SUT tarafında ise böyle bir revizyon olmamaktadır. TSS için SUT tabanlı bir finansman modeli bulunmaktadır. Buna karşın özel sağlık hizmet sunucuları SUT üzerinden ödeme yapılması yönündeki uygulamanın, yukarıda değinilen yapısal kısıtlar sebebiyle özel hastaneler için sürdürülebilir olmadığı değerlendirilmektedir. TSS kapsamında özel sağlık hizmet sunucularına SUT üzerinden ödeme yapılması sebebiyle, özel hastanelerin yüklendiği maliyet yükü artmaktadır. Örneğin; SUT kapsamında bir muayene için senelik olarak belirlenmiş olan sabit bir ücret ödenmekte ve ücrete bu muayene kapsamında istenen bütün tahliller de dahil edilmektedir. TSS kapsamında SUT'un 3-4 katına kadar ödeme yapılması yönünde anlaşma yapılmakta fakat enflasyon ve kurlardaki öngörülemezlik de göz önünde bulundurulduğunda, SUT gibi senelik revize edilen bir sistem üzerinden hastanelere ödeme yapılması, tahliller de dahil edildiğinde özel hastanelerin maliyetlerini dahi karşılanamaz kılmaktadır.
- Öte yandan, SUT ücretlerinin revizyonu SGK ile özel sağlık hizmet sunucuları arasındaki sözleşmenin konusu olup doğrudan özel sağlık sigortaları ile bağlantısı bulunmamaktadır. Özellikle son 2 yıl için SUT fiyatlarında revizyonlar yapıldığını da vurgulamak uygun olacaktır. Bu açıdan bakıldığında ise, SUT'un özel sağlık sigortaları ile bağlantısı olan TSS ürünü için sigorta şirketleri ile sağlık kurumları arasındaki sözleşmeler yıllık enflasyon değişimi doğrultusunda arttırılarak doğru yaklaşım ile yönetilmektedir.

Öneriler:

- Hastane süreçlerinin daha iyi yönetilebilmesi için SUT fiyatlarının revize edilerek maliyet esaslı hale getirilmesi gerekmektedir.

- Özel sağlık hizmet sunucularının poliçe fiyatlarının adil bir oranda güncellenmesine; her paydaşın uzlaşacağı şekilde ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın güncellenmesine gerek duymadan işleyebilecek bir sistemin kurgulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.
- SUT'un hesaplanabilir şekilde belirlenmesine yönelik sektör paydaşlarının yürüttüğü çalışmalar bulunmaktadır.TTB'nin de katkısıyla en hızlı şekilde uzlaşma noktasına gelinmesi faydalı görülmektedir.

11. Kalite tabanlı (değer temelli) bir ödeme sistemi oluşturulmalı ve ödeme sistemlerinde değişikliklere gidilmelidir.

Tespitler:

- Hastaların fiyat rekabetinden kaynaklı bir tercih yapmaları yerine, kalite çıktıları üzerinden tercih yapabilecekleri bir platforma taşımak gerektiği değerlendirilmektedir.
- Ödeme sistemlerinin dayanacağı kalite tabanlı bir ödeme sisteminin oluşturulması, sigortacılık anlamında sürdürülebilirliği ve ödemelerin rekabet koşullarında daha hakkaniyetli bir duruma ulaşmasını sağlayabilecektir. Yapılan tedavilerin ulaştırdığı sonuçların ölçülerek değerlendirildiği ve ödemenin ona göre yapıldığı bir değer bazlı geri ödeme yöntemine ihtiyaç vardır.

Öneriler:

- Özel sağlık hizmet sunucuları ve özel sağlık sigortalarının belirleyeceği bağımsız platformlarla hasta deneyimini de gösterecek bir sistem oluşturulması önerilmektedir.
- Sağlıkta tasarruf olmayacağı gibi müsrifliğin de önüne geçecek şekilde, ödeme sistemlerinde değişikliğe gidilmesi gerekli görülmektedir. Bu kapsamda fark sınırının serbest bırakılması, karma poliçelerin tekrar gözden geçirilmesi, Türkiye'de özel sağlık sigortacılığında değer temelli ~~bazlı~~ ödeme modeline gidilmesi gerekmektedir.

12. Medikal kılavuzlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tespitler:

- Tanı tedavi prosedürleri en önemli sorunlardan birisidir. Referans olarak alınabilecek tanı-tedavi prosedürü bulunmamaktadır. Tanı-tedavi süreçlerinde hangi tetkiklerin, hangi seviyede yapılabileceğini gösteren ve bu sayede sigorta şirketleri için de öngörülen maliyetin belirlenebilmesini sağlayabilecek bir kılavuza (guideline) ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin bir hastaya sadece basit röntgen ile teşhis koyulabilecekken bazen fazladan bir çok tetkik istenebilmekte, bu da maliyetleri gereksiz artırmaktadır.
- Türkiye için bir morbidite tablosu bulunmamaktadır, risk analizi ve maliyet hesaplamaları yapılırken temel alınması gereken hastalık tablosu bu morbidite tablosu olmalıdır.

Öneriler:

- Sektörün verimliliğini de artıracak ve gereksiz harcamalardan kaçınılacak şekilde tanıya yönelik kılavuzlar geliştirilmelidir.
- Akademisyenler ve uzmanlarla birlikte bir ekip kurularak, Türkiye morbidite tablosunun hazırlanması gerekli görülmektedir. Morbidite tablosu hazırlanması kamuda bir projeye dönüştürülebilir.

13. Bağımsız bir denetleme platformuna ihtiyaç duyulmaktadır.

Tespitler ve Öneriler:

- Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının denetimi ve değerlendirilmesinde objektif uygulamaları olan bir denetleme platformuna ihtiyaç duyulmaktadır.

14. Sağlık hizmeti basamaklarına yönelik yatırımlar yapılmalıdır.

Tespitler ve Öneriler:

- Basamaklandırılmış hizmet sunumu, sağlık finansman havuzundaki kaynaklar için makul ve doğru kullanım fırsatı sunmaktadır. Basamaklarla ilgili ciddi yatırım yapılmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kuvvetlendirilmesi gerekmektedir.
- Önleyici sağlıkla ilgili teminatların sigorta panelleri içinde konuşulmasına ihtiyaç duyulmaktadır.
- Koruyucu/önleyici hekimlik basamağı geliştirilmelidir. SGK tarafının TSS içinde ödenmesi isteniyorsa, sağlığı korumaya yönelik planlama yapılması önceliklendirilmelidir.
- Yataklı sağlık kuruluşlarında, yapılan hizmetlerin karşılığının verilmesi sağlanmalıdır.
- Tedavi protokollerinin hayata geçirilmesi gerekmektedir.

15. Geçmişten gelen kronik hastalıkların belli koşullarla beraber özel sağlık sigorta kapsamına dahil edilmesi tekrar gündeme alınmalıdır.

Tespitler:

- Özel sağlık hizmet sunucuları genç yaşlarda sağlık sigortası yaptırılmamasının en önemli nedeninin, en ufak rahatsızlıkta hastalığın sigorta kapsamının dışında bırakılması olarak değerlendirmektedir. Bu bakışla, tamamlayıcı sağlık sigortasının ilk çıktığı dönemlerde mevcut hastalık ya da geçmişten gelen sorun var mıdır diye sorulmazken,-tazminat-prim oranları bozulmaya başlayınca bu uygulamanın da hayata geçirildiği iddia edilmektedir.
- Özel sağlık hizmet sunucularının değerlendirmelerinde, sigorta şirketlerinin, sağlık riskini alan, riski değerlendiren ve bunun finansmanını sağlayan şirketler olması yıllardan beri kabul gördüğü, fakat bu sistemde hastalığını beyan eden cezalandırılmakta olduğu, beyan etmeyen kişilerin de bir şekilde beyan vermediği sürece sağlık sigortasından yararlanmakta olduğu görüşü öne çıkmaktadır. Dolayısıyla, bu nokta çözüldüğünde sigortalıyı mağdur etmeden, doğru risk ve maliyet analizleri ile sigortalama yapılabileceğine inanılmaktadır.

Öneriler:

- Tamamlayıcı sağlık sigortasında, kronik hastalıklarla ilgili ön koşullar ve sigortacılık (aktüerya) gerekleri belirlenerek poliçe kapsamına, SGK kapsamında olanların dahil edilmesi değerlendirilebilir.
- Sigortacılık açısından bireylerin prim ödemediği dönemdeki kronik hastalıklarının finanse edildiği poliçe uygulamaları sigortalı sayılarının büyümesi ve sağlık kurumlarının sağlık riskini sigorta şirketleri ile paylaştığı modeller ile mümkün olabileceği düşünülebilir.

16. Bireysel emeklilik sistemi (BES) ile Özel Sağlık Sigortalarının birleştirilebileceği modeller üretilebilir.

Tespitler:

- Bireysel emeklilik yönetmeliklerinde yapılan bir değişiklikle, uzun vadeli sağlık sigortacılığının yapılabileceği noktalar açılmış durumdadır. Bu da özellikle TSS'nin uzun zamanda evde bakım veya kronik hastalık gibi noktalarda ilerlemesi ve Bireysel Emeklilik Sistemi ile Geleneksel Sağlık Sigortası ya da TSS açısından önemli fırsatlar getirmektir.

Öneriler:

- Klasik poliçeler yerine yeni tip sağlık poliçeleri üretilebilmeli, gerekirse bir HMO (Sağlık Bakım Organizasyonu) modeli üzerinde düşünülmelidir. Hastaneler, ödeyici ve hizmet sunucunun aktif rol aldığı bir yapının oluşturulması hedeflenmelidir. Özellikle Anadolu'da örneklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada, HMO'dan farklı yönetmeliklerin gündeme getirilmesi gerekmektedir.

17. Pandemi sebebiyle ortaya çıkan sorunlar ve bu dönemin ihtiyaçları tüm paydaşlar ile beraber ele alınmalıdır.

Tespitler ve Öneriler:

- Pandemi sebebiyle sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntılar, doktorların pandemi odağıyla fazla mesaipleri ve buna karşın pandemi birimleri dışındaki bazı birimlerde hasta bakılamaması, ertelenmiş tazminat talepleri gibi sektörün paydaşlarını farklı yönlerden etkileyen pek çok sorun bir arada yaşandı. Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulan düzeyde erişilememesinin yanı sıra, öngörülemeyen maliyetlerin dramatik artışlarla poliçelere yansıtıldığı durumda, sigortalı tarafında poliçelerin yenilenememesi, özel sağlık sigortacılığı ve ilgili tüm paydaşlar için de sorun yaratabilecektir.
- Pandemi sebebiyle ortaya çıkan sorunlar ve bu dönemin ihtiyaçları tüm paydaşlar ile beraber ele alınmalıdır.