

Milli Reasürans T.A.Ş.
adına sahibi

Caht NOMER

İnceleme Kurulu
BAŞKAN

Barbaros YALÇIN
ÜYE

Hüseyin YUNAK
ÜYE

Candan EVREN
ÜYE

All N. YÜCEL
ÜYE

Feridun ÖZÜNAL

Yazı İşleri Müdürü
Y. Kemal ÇUHACI

İnceleme Kurulu Sekreteri
Gonca GÜNiŞİK

Basın Yayın Koordinatörü
Deniz GÜNEY

Dizgi
Gonca GÜNiŞİK

Renk Ayrım
DORUK GRAFİK

Baskı
CEYMA MATBAASI

Merkez
Teşvikiye Cad.43/57
80200 Teşvikiye / İstanbul

Tel : 0-212-231 47 30 / 3 hat
E.mail : reasuror@millire.com
Internet : http://www.millire.com

3 ayda bir yayınlanır.

Dergide yer alan yazıların
içeriğinden yazı sahipleri
sorumludur.

İÇİNDEKİLER

Sigortacılık Sektörü 2000 Yılı Bilimsel Çalışma Yarışması- Konular ve Yönetmelik	4
Türk Hukuku ve Avrupa Birliği Hukukuna Göre Sigorta Sektöründe Rekabetin Korunması	6
Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi	30
Risk Yönetimi Bilgi Sistemleri	69
Yabancı Basından Haberler	80

Reasürör Gözüyle

1999 yılının ülkemiz açısından önemli bir özelliği, Avrupa Birliği'ne "Tam Üye" olabilmek için gerekli olan "Aday Üye" statüsünün, yaklaşık yarım yüzyıldır verilmekte olan mücadelenin sonunda kazanılmış olmasıdır. Büyük Önder Mustafa Kemal Atatürk, Kurtuluş Savaşı kazanıldıktan hemen sonra, asıl mücadelenin yeni başlamakta olduğunu, ülkenin ekonomik ve sosyal yönden kalkınması ve çağdaş ülkeler düzeyine ulaşabilmesi için, o ülkelerle yakın ilişkiler içine girilmesi gerektiğini görmüş ve karşılıklı savaştığımız Batılı ülkelerle yakınlaşma yoluna gitmiştir.

Atatürk'ün haklı olarak seçmiş olduğu, ulusal kimliğimizi ve kişiliğimizi titizlikle koruyarak, Batı'nın ekonomik, siyasi, kültürel ve sosyal değerlerinin toplum yaşantımıza girmesini sağlamak amacındaki bu yol, uzun mücadeleler sonunda ülkemizi ne kadar süreceği belli olmayan "Avrupa Birliği'ne Aday Üye" konumuna getirmiştir.

Ancak, geçtiğimiz yıllarda başlayan ve etkileri hâlâ sürmekte olan ekonomik kriz, çok uzun bir süredir ülke ekonomisini teslim almış ve toplum yaşantımız üzerinde tahrip edici etkiler bırakmakta olan kronik enflasyon, yüksek işsizlik oranı ve 70 milyona yaklaşan kalabalık bir nüfus, gelir dağılımındaki dengesizlik gibi birçok ekonomik olumsuzluklar ülkemizin "Tam Üye" olabilmesini geciktirebilecek niteliktedir.

Tüm bunların yanı sıra, 1999 yılının ikinci yarısında yaşadığımız iki büyük deprem felâketi, ülkemiz açısından çok önemli sonuçlara yol açmış ve bazı gerçeklerin iyiden iyiye su yüzüne çıkmasına neden olmuştur. Biz, Türk halkı olarak, sadece, ülkemizin deprem tehlikesi yüksek topraklar üzerinde bulunduğunu değil, bazı kurum ve kuruluşlar da dahil olmak üzere toplumsal yaşantımızın küçümsenemeyecek ölçüde eksik ve yanlışlarla dolu olduğunu bu depremler dolayısıyla bir kez daha görebilmiş olduk. Bu felâketlerin, dünyanın en önemli iş ve yerleşim merkezlerinden biri olan İstanbul'a yakın yörelerde meydana gelmiş olması, içinde bulunduğumuz durumun daha ciddi bir şekilde ele alınması gereğini ortaya çıkarmıştır. Ülke olarak, bu ülkede yaşayan insanlar olarak, 17.000'den fazla insanın hayatına malolan Marmara depreminin bu kadar büyük zarar vermesinin nedenlerini hazırlayan ve medeni ülkeler düzeyine ulaşmamızı engelleyen zihniyetin artık değişeceğini, değişmesi gerektiğini umut etmekteyiz.

Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı nedeniyle uzun yıllar çok çeşitli cephelerde savaşmak durumunda kalmış yorgun Türk milletinin, Cumhuriyet'in kurulmasından sonra, özellikle Büyük Önder'in hayatta olduğu dönemde göstermiş olduğu olağanüstü kalkınma hamleleri, maalesef Atatürk'ün ölümü ve İkinci Dünya Savaşı nedeniyle kesintiye uğramış, daha sonra 1970'li yıllar boyunca zor günler geçirmiş olsa da, bugün ülke ekonomimiz dünyanın önde gelen 20 ekonomisi arasında gösterilme başarısını elde etmiştir. Ülkemiz insanı yeni binyılda, gerek ekonomi olarak gerek çağdaşlık düzeyi olarak aday üyesi bulunduğu Avrupa Birliği ülkelerinden ve diğer medeni ülkelerden geri kalmamak amacıyla her zamankinden daha çok çalışmak zorundadır.

Yeni Binyılın, ülkemize ve tüm insanlığa barış içinde, insanca yaşanılan bir dünya getirmesi dileğiyle...

Sigortacılık Sektörü

2000 Yılı Bilimsel Çalışma Yarışması

Konular ve Yönetmelik

Yarışma Seçici Kurulu, 2000 yılı için aşağıda belirtilen altı konuyu seçmiş ve Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması'na katılacak çalışmaların bu konular dahilinde olması şartını getirmiştir:

- AB ülkelerinde üreticinin sorumluluğu ve ürün sorumluluk sigortaları, Türkiye için model önerisi.
- AB ülkelerinde mesleki sorumluluk sigortaları ve Türkiye için öneriler.
- Sigorta şirketlerinin ödeme gücü (mali bünye yeterliliği) ve optimum çözümler.
- Maliyet etkinliği açısından direkt satış, aracılar alternatifinin incelenmesi ve Internet kullanımını.
- Hayat ve Hayat-dışı sigortaları etkileyen vergiler, AB uygulamaları ve Türkiye için çözüm önerileri.
- Türkiye'de potansiyel zorunlu sigorta dalları.

Madde 1 - Amaç

Türk Sigortacılık sektörüyle doğrudan ilgili olan ve sektörün sorunları ve bu sorunlara ilişkin çözümler öneren çalışmalarını sigortacılık sektörüne kazandırmaktır.

Madde 2 – Yarışmaya Katılma Esasları

- a) Yarışma, tüm gerçek ve tüzel kişilere açıktır.
- b) Birden fazla kişinin, ortak bir çalışmayla yarışmaya katılması mümkündür.
- c) Yarışmaya, tek başlarına veya ortak olarak veya tüzel kişilik bünyesinde, ancak bir adet çalışmayla katılmak mümkündür.
- d) Daha önce başka bir yarışmaya katılmış çalışmalar aday olamazlar.
- e) Millî Reasürans T.A.Ş. çalışanları, tek başlarına veya ortak bir çalışmayla yarışmaya katılamazlar.
- f) Lisans, yüksek lisans, ihtisas ve doktora tezleri ile diğer akademik nitelikli çalışmalar yarışmaya katılamazlar.
- g) Yarışmaya katılacak çalışmalar, Türkçe olarak, iki nüsha halinde, daktilo veya bilgisayarla asgari on punto büyüklüğünde ve her bir A4 sayfasında ortalama 300 kelime bulunacak şekilde en az 10, en fazla 20 sayfa olmalıdır.

Madde 3 - Yarışmaya Katılma Tarihi

Yarışmaya katılacak çalışmalar, bir "Katılma Belgesi" doldurmak suretiyle, en geç 31 Mart günü saat 17:00'ye kadar, Önseçici Kurul'a iletilmek üzere Millî Reasürans T.A.Ş. Personel ve İdari İşler Müdürlüğü'ne elden teslim edilir.

Madde 4 - Önseçici Kurul

a) Yapısı:

Millî Reasürans T.A.Ş. Genel Müdürlüğü tarafından seçilmiş kişilerden meydana gelir.

b) Görevi:

- Yarışmaya katılacak çalışmalarını Yönetmeliğin 1. ve 2. Maddelerine uygunluğu bakımından tespit eder.

- Önseçici Kurul, amaca uygunluğunu, kapsam ve üslupça yeterliliğini tespit ettiği çalışmaların birer nüshasını, görüşlerini ihtiva eden raporla birlikte Seçici Kurul'a sunar. Önseçici Kurul, yaptığı inceleme sonucunda olumsuz görüşe vardığı herhangi bir çalışmayı, Yönetmeliğin 1'inci

ve 2'nci maddelerine uygun olsalar dahi, Seçici Kurul'un değerlendirmesine sunmadan reddetmek hakkına sahiptir.

- Önseçici Kurul tarafından Seçici Kurul'a sunulmaya değer bulunmamış çalışmalar, incelemenin bittiği tarihten itibaren 7 gün içerisinde ve her halûkârda son katılma tarihini takiben 30 gün içerisinde sahip veya sahiplerine posta yoluyla iade edilir.

Madde 5 - Seçici Kurul

a) Yapısı:

Millî Reasürans T.A.Ş. temsilcisi başkanlığında aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır:

- Cahit Nomer, Genel Müdür, Millî Reasürans T.A.Ş.
- Bilgi Kongar, Genel Sekreter, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği
- Prof. Dr. Taner Berksoy, Bilgi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanı
- Prof. Dr. Mustafa Dural, Yeditepe Üniversitesi, Hukuk Fakültesi
- Prof. Dr. Merih Kemal Omağ, Marmara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi

b) Görevi:

- Önseçici Kurul tarafından sunulan çalışmaları inceler ve ödüle layık çalışmaları belirler.

- Seçici Kurul, kendisine sunulan çalışmalarla ilgili ka-

rara varma konusunda tamamen bağımsız olarak hareket eder; değerlendirme aşamasında, gerektiği takdirde uzmanlara danışabilir.

- Ödül kazanan çalışmalar, Seçici Kurul'un asgari dört üyesinin oyuyla belirlenir.

- Seçici Kurul'un kararlarına itiraz hakkı yoktur.

Madde 6 - Ödüllerin Dağıtımı

a) Yarışmaya katılan çalışmalar, Seçici Kurul tarafından değerlendirilerek, ödüle layık görülmeleri halinde;

- Birinci,
- İkinci,
- Üçüncü

olarak belirlenir.

b) Ödül kazanan çalışmalar, 31 Mayıs tarihinden itibaren kazananların doğrudan doğruya adresine bildirilir. Ancak, gerektiği takdirde, ödül kazananların ilânı Seçici Kurul kararıyla ileri bir tarihe ertelenebilir.

c) Birinci, İkinci ve Üçüncü olarak belirlenen çalışmaların ödülleri, Haziran ayı içerisinde olmak üzere, ilân edilecek bir tarihte yapılacak törenle sahiplerine verilir.

Madde 7 - Ödül Miktarı

Seçici Kurul tarafından değerlendirilen ve 6. Madde'nin (a) fıkrasında belirtilen şek-

liyle derecelendirilen çalışmalardan;

- Birinciye : 2.500 Dolar karşılığı Türk Lirası,
- İkinciye : 1.500 Dolar karşılığı Türk Lirası,
- Üçüncüye : 1.000 Dolar karşılığı Türk Lirası

ödül olarak dağıtılır. Yukarıda belirtilen ödül tutarlarının yanısıra, bir "Ödül Belgesi" ile Millî Reasürans T.A.Ş. ödülünü simgeleyen bir "Plaket" verilir.

Madde 8 - Telif Hakları

a) Yarışmaya katılan çalışmalardan 30 gün içinde sahibine iade edilmeyenleri Türkiye'de bir veya daha fazla, aynen veya özet olarak yayımlama hakkı 1 yıl süre ile Millî Reasürans T.A.Ş.'ne aittir.

b) Yarışmada ödül kazanmamış çalışmaların Reasürör Dergisinde yayımlanmaları halinde ödenecek telif ücreti, sayfa başına 25 Dolar karşılığı TL'dir.

c) Ödül kazanan çalışmaların telif hakkı, herhangi bir telif ücreti ödenmeksizin Millî Reasürans T.A.Ş.'ne aittir.

Madde 9 - Yürürlüğe Giriş

Bu Yönetmelik, yarışma duyurusunun yapıldığı tarihten itibaren yürürlüğe girer ve uygulanmasından Millî Reasürans T.A.Ş. sorumludur.

Türk Hukuku ve Avrupa Birliği Hukukuna Göre Sigorta Sektöründe Rekabetin Korunması

Giriş

Sigortanın en önemli işlevi, kişilere ve müesseselere ekonomik ve sosyal hayatta emniyet sağlamasıdır. Sigorta sektörünün, büyük fonları toplaması ve bunu ülke ekonomisine aktarması nedeniyle, ülke ekonomisi açısından da önemi büyüktür. Sigortacılığın mahiyeti ve ekonomik hayattaki rolü nedeniyle, sigorta müesseseleri kuruluş, çalışma ve denetimleri bakımından özel kurallara tâbi tutulmuşlardır.

Sigortacılığın özelliği nedeniyle sigorta teşebbüsleri, birbirleriyle ilişki içindedirler. Sigorta şirketlerinin aracı kuruluşları ile ilişkileri, sigorta şirketlerinin reasürans şirketleri ile ilişkileri ve sigorta şirketlerinin anlaşarak bir rizikoyu karşılıklı üstlenmeleri durumu, bunlara örnektir. Bu ilişkilerin sağlıklı olarak yürütülmesi, sigorta teşebbüsleri arasındaki rekabetin iyi işlemesine bağlıdır. Bu sektörde, rekabetin bozulması yalnızca rakip teşebbüsleri değil, sigorta ettirenlerin menfaatlerini ve sonuç olarak ülkenin ekonomik menfaatlerini de olum-

suz etkiler. Bu nedenlerle, rekabetin korunmasına ilişkin genel düzenlemeler yanında, sigortacılık sektöründe rekabetin düzenlenmesine ilişkin özel düzenlemeler de yapmak gerekmektedir.

Türkiye’de sigorta sektöründe rekabetin korunmasına ilişkin özel bir düzenleme yoktur. Rekabetin Korunması Hakkında Kanun, tüm mal ve hizmet piyasalarına uygulandığı gibi, bir hizmet piyasası olan sigorta sektörüne de uygulanır. Sigorta teşebbüslerinin denetlenmesine ilişkin mevzuat hükümleri de, sigortalıların haklarının ve ülkenin ekonomik menfaatlerinin korunması yanında, bu sektörde rekabetin korunmasını da dolaylı olarak sağlar.

Bu çalışmamızın birinci bölümünde, Rekabetin Korunması Hakkında Kanun hükümlerinin sigorta sektörüne uygulanması konusunu inceledik. İkinci bölümde, sigorta sektöründe rekabeti dolaylı olarak düzenleyen denetim mekanizmalarını inceledik. Çalışmanın son bölümünde, malların ve hizmetlerin serbest dolaşımını ve düzenli rekabet ortamını sağlamayı amaçlayan Avrupa

Birliği rekabet hukuku kurallarının sigorta sektörüne uygulanması konusunu ve Avrupa Birliği Komisyonu’nun bu konuda verdiği kararları inceledik.

I- Türk Rekabet Hukuku Kurallarının Sigorta Sektörüne Uygulanması

A) Genel Olarak

1982 tarihli Anayasa’nın 167. maddesinin birinci fıkrası, “Devlet, para, kredi, sermaye, mal ve hizmet piyasalarının sağlıklı ve düzenli işlemlerini sağlayıcı ve geliştirici tedbirleri alır, piyasalarda fiili veya anlaşma sonucu doğacak tekelleşme ve kartelleşmeyi önler” hükmünü düzenlemiştir. Rekabetin Korunması Hakkında Kanun kabul edilmeden önce, Türk Ticaret Kanunu 56-65. maddelerinde düzenlenen haksız rekabet hükümleriyle rekabetin düzenlenmesi sağlanmaya çalışılıyordu. Haksız rekabet kurallarının amacı, taciri, müşterilerini ve rekabete dayalı ekonomik düzeni korumak ve aldatici hareket veya iyi niyet kurallarına aykırı şekilde iktisadi rekabetin

suiistimalini önlemektir. Ancak, haksız rekabet hükümleriyle kartelleşmeyi, tekelleşmeyi ve hakim durumun kötüye kullanılmasını önlemek mümkün değildir.

Avrupa Birliği ile Türkiye arasındaki Ortaklık Antlaşması çerçevesinde oluşturulan Ortaklık Konseyi'nin 6 Mart 1995 tarih ve 1/95 sayılı kararı ile bir Gümrük Birliği kurulmuştur. Türkiye ile Avrupa Birliği arasında Gümrük Birliği'ni kuran bu karar 1.6.1996 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu karara göre, Avrupa Birliği ile Türkiye arasında oluşturulacak Gümrük Birliği'nin önemli araçlarından birisi de, Türkiye'nin Avrupa Birliği'nin rekabet politikası ve rekabet hukukuna uyumlu düzenlemeler yapmasıdır. Gümrük Birliği kararının 37. maddesinin 1. fıkrasına göre Türkiye, Gümrük Birliği ile hedeflenen ekonomik bütünleşmeye ulaşmak amacıyla, rekabet kurallarıyla ilgili mevzuatının Avrupa Topluluğu mevzuatıyla uyumlu hale gelmesini ve etkin biçimde uygulanmasını sağlamakla yükümlüdür. Türkiye, Gümrük Birliği'nin yürürlüğe girmesinden önce Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81. ve 82. maddelerine uyumlu yasal düzenlemelerini yapmakla yükümlenmiştir.¹ Ayırı-

ca, Gümrük Birliği'nin yürürlüğe girmesinden itibaren bir yıl içinde Toplulukta yürürlükte bulunan tüm grup muafiyeti tüzüklerinde ve Avrupa Topluluğu makamlarınca geliştirilen içtihat hukukunda yer alan ilkelerin Türkiye'de uygulanmasını sağlayacaktır.

Anayasa'nın 167. maddesine uygun olarak piyasalarda fiili veya anlaşma sonucu doğacak tekelleşme ve kartelleşmeyi önlemek amacıyla ve Avrupa Birliği rekabet hukuku ile uyum çalışmaları sonucu 13 Aralık 1994 tarihinde 4054 sayılı Rekabetin Korunması Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Bu kanunun amacı, mal ve hizmet piyasalarındaki rekabeti engelleyici, bozucu veya kısıtlayıcı anlaşma, karar ve uygulamaları ve piyasaya hakim olan teşebbüslerin bu hakimiyetlerini kötüye kullanmalarını önlemek, bunun için gerekli düzenleme ve denetlemeleri yaparak rekabetin korunmasını sağlamaktır (m. 1).

Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun 4. maddesi, rekabeti sınırlayıcı anlaşma, karar ve uyumlu eylemlerin yasaklanmasını, 5. maddesi ise bunlara muafiyet tanınabilmesi

yapmıştır. Avrupa Topluluğu Antlaşmasının, rekabeti sınırlayıcı anlaşmaları düzenleyen 85. maddesi 81 olarak ve hakim durumun kötüye kullanılmasını düzenleyen 86. maddesi 82 olarak değişmiş, içeriklerinde değişiklik olmamıştır (Treaty of Amsterdam establishing the European Community, OJ, C 340, 10.11.1997, p.173-308).

şartlarını düzenlemiştir. Kanunun 6. maddesi, hakim durumdaki bir veya birden fazla teşebbüsün bu durumlarını kötüye kullanmalarını yasaklamış ve hakim durumun kötüye kullanılması olarak kabul edilen halleri belirtmiştir. Kanunun 7. maddesi ve devamı hükümlerinde bir veya birden fazla teşebbüsün hakim durum yaratmaya veya hakim durumlarını güçlendirmeye yönelik birleşmeleri veya bir teşebbüsün malvarlığını devralmaları yasaklanmıştır.

Rekabetin Korunması Hakkında Kanun, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde mal ve hizmet piyasalarında faaliyet gösteren teşebbüslerin rekabete aykırı davranışlarının denetlenmesi ve müeyyidelerini düzenlemektedir. Sigorta teşebbüsleri hizmet piyasasında faaliyet gösterdiklerinden, bu teşebbüslerin rekabeti sınırlayıcı davranışları da Rekabetin Korunması Hakkında Kanun kapsamına girer.

B) Rekabeti Sınırlayıcı Anlaşmalar, Kararlar ve Uyumlu Eylemler

Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun 4. maddesinin 1. fıkrası, birden fazla işletmenin birlikte davranışları ile rekabeti sınırlamalarını yasaklamaktadır. Buna göre, belirli bir mal veya hizmet piyasasında doğrudan veya dolaylı olarak rekabeti engelleme, bozma ya da kısıtlama amacını

¹ 2 Ekim 1997'de imzalanan ve 1 Mayıs 1999'da yürürlüğe giren Amsterdam Antlaşması, Avrupa Topluluğu Antlaşması ile Avrupa Birliği Antlaşmasında değişiklikler

taşıyan veya bu etkiyi doğuran yahut doğurabilecek teşebbüsler arası anlaşmalar, uyumlu eylemler ile teşebbüs birliklerinin kararları yasaktır. Burada, rekabeti sınırlayıcı olan teşebbüsler arası anlaşmalar, teşebbüsler arası uyumlu eylemler ve teşebbüs birlikleri kararları yasaklanmaktadır.

Rekabetin Korunması Hakkında Kanununun 4. maddesinin 2. fıkrasında, yasak kapsamına giren rekabeti sınırlayıcı anlaşma ve davranışların neler olduğu, altı bent halinde örnekleyici olarak sayılmıştır. Bunlar, mal veya hizmetlerin alım veya satış fiyatının tespiti (a bendi), piyasanın paylaşılması (b bendi), mal veya hizmetin arz veya talep miktarının kontrolü veya bunların piyasa dışında belirlenmesi (c bendi), rakip teşebbüslerin faaliyetlerinin zorlaştırılması, kısıtlanması veya diğer teşebbüslerin piyasa dışına çıkartılması veya piyasaya yeni gireceklerin engellenmesi (d bendi), eşit hak, yükümlülük ve edimler için eşit durumdaki kişilere farklı şartların uygulanması (e bendi), anlaşmanın niteliği veya ticari teamüllere aykırı olarak bir mal veya hizmetle birlikte diğer bir mal veya hizmetin satın alınmasının zorunlu kılınması veya arz edilen mal veya hizmetin tekrar arzına ilişkin şartların ileri sürülmesidir (f bendi). Yasak kapsamına giren bu haller, bir hizmet sektörü olan sigorta sektörüne de uygulanabilir.

1) Rekabeti Sınırlayıcı Teşebbüsler Arası Anlaşmalar

Teşebbüsler arasında bir anlaşmanın varlığının kabulü için, tarafların kendilerini bu anlaşmaya bağlı kabul etmeleri yeterlidir.² Hukuken bağlayıcılığı olmayan centilmenlik anlaşmaları da, tarafların fiilen buna uymaları halinde bir anlaşma olarak kabul edilir.³

Sigorta sektörü için, uygulamada en çok karşılaşılabilecek olan rekabeti sınırlayıcı anlaşma, (a) bendinde düzenlenmiştir. Rekabetin Korunması Hakkında Kanununun 4/2 (a) maddesine göre, mal veya hizmetlerin alım veya satış fiyatının, fiyatı oluşturan maliyet, kâr gibi unsurlar ile her türlü alım ya da satım şartlarının tespit edilmesi, rekabete aykırı kabul edilerek yasaklanır. Bu hüküm uyarınca, birden fazla sigorta şirketinin anlaşarak, brüt primleri tespit etmeleri yasaktır. Brüt prim, sigorta ettirenin ödeyeceği ücretin toplamıdır ve tarifelerde gösterilen primdir. Net prim, esas rizikonun karşılığını teşkil eder ve genelde bütün sigortacılar için eşdeğerdir. Bu nedenle, sigorta şirketlerinin anlaşarak net primi kararlaştırmaları, rizikonun gerçek değeri üzerinden üstlenilmesini kolaylaştırır.

² Aslan, İ.Y., *Rekabet Hukuku ve Rekabetin Korunması Hakkında Kanun*, Bursa 1997, s.50

³ Aslan, İ.Y., *RKHK*, s.50; Tekinalp, Ü., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku*, İstanbul 1997, s.335

rır; m. 4/2 (a) hükmü gereğince hizmetin satış fiyatının tespiti anlaşmaları kategorisine girmez ve yasak değildir.

Sigorta Murakabe Kanunu'nun m.28/5 hükmüne göre, bir sözleşmeyle taraflardan birine sigorta yaptırma zorunluluğu yüklenirse, belirli bir şirkete yaptırılmasına ilişkin şartlar hükümsüzdür. Rekabetin Korunması Hakkında Kanun'un m. 4/2(f) bendinde daha ağır bir hüküm düzenlenmiştir. Buna göre, bir mal veya hizmet alınırken sigorta hizmetinin alınmasının zorunlu tutulması da rekabete aykırı ve yasaktır.

2) Rekabeti Sınırlayıcı Teşebbüs Birlikleri Kararları

Teşebbüs birliklerinin kararları, bu birliklerin üyelerine tavsiyede bulunmaları, mesleki kurallar ve davranış kuralları koymalarıdır.⁴ Teşebbüs birliklerinin kararları, tavsiye kararı olarak alınırsa ve bağlayıcılığı yoksa, bu gibi kararların yasak kapsamına girmemesi gerekir. Ancak, tüm işletmeler bu tavsiye kararlarına uyuyorsa ve bu nedenle rekabet sınırlanıyorsa, bu kararlar tavsiye kararı bile olsa yasaklanır.⁵

Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nin bu sektörde rekabeti sınırlayıcı, bozucu veya engelleyici sonuçlar

⁴ Tekinalp, Ü., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku*, s.336

⁵ Aslan, İ.Y., *RKHK*, s.56

doğuracak kararlar alıp, üyelerine bildirmesi yasaktır.

3) Rekabeti Sınırlayıcı Uyumlu Eylemler

Uyumlu eylemler, işletmelerin aralarında bir anlaşma veya mutabakat olmaksızın, aynı yönde alınmış, aynı sonucu doğuran, amacı aynı olan karar ve uygulamalarını ifade eder.⁶ Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun m. 4/III hükmüne göre, bir anlaşmanın varlığının ispatlanmadığı durumlarda, piyasadaki fiyat değişmelerinin veya arz ve talep dengesinin ya da teşebbüslerin faaliyet bölgelerinin, rekabetin engellendiği, bozulduğu ya da kısıtlandığı piyasalardakine benzerlik göstermesi, teşebbüslerin uyumlu eylem içinde olduklarına karine teşkil eder. Örneğin, herhangi bir piyasada, bir işletmenin mal veya hizmetlerinin fiyatını yükseltmesi üzerine, diğer işletmelerin de aynı zamanda fiyatlarını yükseltmesi durumunda uyumlu eylem söz konusudur.

Sigorta sektörü, oligopol piyasa yapısına sahiptir.⁷ Oli-

gopol piyasa, çok sayıda alıcıya karşılık, az sayıda satıcının bulunduğu piyasa türüdür.⁸ Oligopol piyasalarda, üretim veya satış veya hizmet az sayıda ve birbirine yakın güçteki işletmelerin elinde yoğunlaşmakta ve bunlardan birinin fiyat taktiği diğerlerinin pazar payını da etkilemektedir.⁹

Oligopol piyasalardaki işletmeler az sayıda ve büyük çaplı oldukları için, birbirlerinin nasıl hareket edeceklerini genellikle bilirler ve işletmelerden herhangi birinin davranışına, diğerleri de uygun davranırlar. Böyle bir pazarda, bir işletmenin rekabeti sınırlayıcı davranışını öteki işletmeler takip ediyorlarsa, bu uyumlu eylem olarak kabul edilir. Oligopol piyasalarda, hakim işletmeler arasında genellikle bir tepki birliği bulunmaktadır. Bu piyasanın gerekleri, diğer

işletmelere ayak uydurmayı ekonomik açıdan haklı ve rasyonel kıldığı durumlarda, böyle bir eylemin rekabete aykırı olmadığı kabul edilir. Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun m. 4/IV hükmüne göre, taraflardan her biri, ekonomik ve rasyonel gerçeklere dayanmak koşuluyla uyumlu eylemde bulunmadığını ispatlayarak sorumluluktan kurtulabilir.

Sigorta sektöründe, şirketlerin bağımsız nitelikteki, birbirinin aynı olan karar ve eylemleri, uyumlu eylem olarak kabul edilmemelidir. Çünkü oligopol piyasalarda aynı kararı almak, teşebbüsler yönünden aklın gereği olarak ortaya çıkabilir.¹⁰

C) Rekabeti Sınırlayıcı Anlaşmalara Muafiyet Tanınması

Rekabeti sınırlayıcı olmasına karşılık, aynı zamanda olumlu yönleri de olan anlaşmalara muafiyet tanınarak, yasa kapsamından çıkarılabilmektedir.

Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun 5. maddesine göre, belli şartların varlığı halinde rekabeti sınırlayıcı teşebbüsler arası anlaşma, karar ve uyumlu eylemlere muafiyet tanınabilmektedir. Bu şartlardan birincisi, malların üretim ve dağıtımını ile hizmetlerin sunulmasında iyileşmelerin, eko-

⁶ Tekinalp, G., "Uyumlu Eylemler Kavramı", Prof. Dr. Hayri Domaniç'e Armağan, İstanbul 1995, s.203

⁷ Pazardaki rekabet durumuna göre de, sigorta piyasası tekeli rekabet özellikleri taşımaktadır. Sigorta şirketlerinin ürünlerinin özelliklerinde bazı küçük farklar bulunması ve şirkete güven açısından mevcut farklar dışında, sigorta sektöründe serbest rekabet piyasasının geçerli olacağı kabul edilebilir (Ecer, H./Zaim, T.,

"Sigortacılık Sektörümüzün Sorunları ve Çözüm Önerileri", Reasürör, Ekim 1997, S.26, s.25).

⁸ Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu'nun 30.06.1999 verilerine göre, Türkiye'de sigorta sektöründe halen 4 reasürans şirketi, 64 sigorta şirketi olmak üzere toplam 68 şirket var. Sigorta şirketlerinin 6'sı kamu, 48'i özel ve 10'u Türkiye'de kurulu yabancı şirkettir. Sigorta şirketlerinin 23'ü hayat sigortası, 17'si hayat dışı sigorta ve 24'ü hayat/hayat dışı (karma) sigorta konusunda faaliyet gösteriyor. 1998 sonu itibarıyla bankalar hariç toplam acente sayısı 14.010'dur.

⁹ Aslan, İ.Y., RKHK, s.102; Gökdere, A., Bankacılar İçin Ekonomi Bilgisi, Ankara 1997, s.195; Stockenhuber, P., Die Europäische Fusionskontrolle, Baden-Baden 1995, s.268

¹⁰ Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.338

nomik veya yeni teknolojik gelişmelerin sağlanmasıdır. İkinci koşul, tüketicinin bundan yarar sağlamasıdır. Ayrıca, rekabet üzerinde meydana gelen sınırlama, anlaşmanın ortaya çıkardığı yararları ulaştırmak için gerekenden daha fazla olmamalı ve ilgili pazarın bir bölümünde rekabeti ortadan kaldırmamalıdır. Bu koşulların tümü varsa, rekabeti sınırlayıcı anlaşmalara Rekabet Kurulu tarafından en çok beş yıllık süre için muafiyet verilebilir.

Rekabet Kurulu, belirtilen şartların varlığı halinde belirli konulardaki anlaşma türlerine grup olarak muafiyet tanınmasını sağlayan ve bunların şartlarını gösteren tebliğler çıkarılabilir (m.5/son). Türkiye, Ortaklık Anlaşması gereğince Gümrük Birliği'nin yürürlüğe girmesinden itibaren bir yıl içinde Toplulukta yürürlükte bulunan tüm grup muafiyeti tüzüklerinde yer alan ilkelerin Türkiye'de uygulanmasını sağlayacaktır. Rekabet Kurulu, Avrupa Birliği mevzuatına uygun olarak bazı grup muafiyeti tebliğleri kabul etmiştir. Komisyonun 21 Aralık 1992 tarihli 3932/92 sayılı sigorta sektöründeki anlaşma, karar ve uyumlu eylemlerin bazı kategorilerine Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/3. maddesinin uygulanmasına ilişkin Tüzüğüne uygun düzenleme, Rekabet Kurulunca henüz kabul edilmemiştir. Bu konudaki çalışmalar, devam etmektedir. Türk hukukunda, sigorta sek-

töründeki anlaşma, karar ve uyumlu eylemlere ilişkin grup muafiyeti tebliği kabul edilene kadar, bu konularda bireysel muafiyet kararı verilebilir.

D) Birleşme ve Devralmaların Denetlenmesi

Sigorta Murakabe Kanununun 24. maddesine göre, bir sigorta şirketinin bir veya birkaç sigorta şirketiyle birleşmesi, aktif ve pasifleriyle başka bir şirkete devrolunması, sigorta portföyünün kısmen veya tamamen diğer bir sigorta şirketine devredilmesi Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı olduğu Bakanlığın iznine bağlıdır. Bakanlık izin verirken, denetimin temel amacı olan sigortalıların hak ve menfaatlerinin korunmasını gözönünde tutacaktır.¹¹

Rekabet düzeninin korunması için, birleşme ve devralmaların denetlenmesi de düzenlenmiştir. Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun 7. maddesine göre, bir veya birden fazla teşebbüsün hakim durum yaratmaya veya hakim durumlarını güçlendirmeye yönelik olarak, ülkenin bütünü veya bir kısmında herhangi bir mal veya hizmet piyasasındaki rekabetin önemli ölçüde azal-

tilmasını sonucunu doğuracak şekilde birleşmeleri veya herhangi bir teşebbüsün veya kişinin, diğer bir kişinin veya teşebbüsün malvarlığını veya ortaklık paylarının tümünü veya bir kısmını devralması yasaklanmıştır. 7. maddede "bir veya birden fazla teşebbüs"ten söz edildiği için, bir oligopole dahil işletmeler arası birleşmeler ile birlikte hakim durum yaratılması ya da birleşme yoluyla bir oligopole dahil olunması halleri de, bu hüküm kapsamında değildir.

Birleşme veya devralmanın yasaklanması için, ya hakim durum yaratmaya veya mevcut hakim durumu güçlendirmeye yönelik olmalıdır. Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun 3. maddesinde hakim durum, "belirli bir piyasadaki bir veya birden fazla teşebbüsün, rakipleri ve müşterilerinden bağımsız hareket ederek fiyat, arz, üretim ve dağıtım miktarı gibi ekonomik parametreleri belirleyebilme gücü" olarak tanımlanmıştır.

Avrupa Topluluğu Mahkemesi ve Avrupa Topluluğu Komisyonu hakim durumu, rakiplerden, müşterilerden ve tüketicilerden bağımsız davranarak etkin rekabeti önleme gücü olarak tanımlamaktadır.¹² Avrupa Topluluğu Mahkemesine göre, bir teşebbüs söz konusu piyasada rekabeti önleyebilecek pazar gücüne sahipse ve kararlarını, rakip teşeb-

¹¹ Andaç, M., "Sigorta Şirketleri Üzerindeki Devlet Müdahalesinin Dayanağı", *Reasürör*, Ekim 1997, S.26, s.13; Kender, R., "Türkiye'de Hususi Sigorta Hukuku I, Sigorta Müessesesi-Sigorta Mukavelesi", 6. Baskı, İstanbul 1999, s.90.

¹² Aslan, İ.Y., *RKHK*, s.86

büsleri, müşterilerini ve nihai tüketicileri dikkate almadan onlardan bağımsız olarak ve rebiliyorsa hakim duruma sahiptir.¹³

Hakim durum yaratmaya veya mevcut hakim durumu güçlendirmeye yönelik birleşme ve devralmaların denetlenmesinde ilgili piyasanın (pazarın) tespiti gereklidir. Ürün piyasası bakımından reasürans, doğrudan hayat sigortası ve doğrudan hayat dışı sigortalar, ayrı piyasalardır. Bu kategorilerin, sigortalanan riziko türlerine göre de bölünmesi gerekmez. Rekabetin Korunması Hakkında Kanununun 2. maddesine göre, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde rekabeti sınırlayıcı birleşme ve devralmalar bu kanun kapsamında düzenlendiğinden, coğrafi piyasa Türkiye Cumhuriyeti sınırlarıdır. Türk sigorta sektöründe, hakim durum yaratacak büyük çaplı birleşmelere gidilmemektedir.

E) Rekabetin Acenteler Üzerindeki Etkisi

Ülkemizde sigorta satışı, sigorta şirketinden sigortalıya doğrudan satış yoluyla, kurumların bizzat kendi portföy-

¹³ 78/70 sayılı *Deutsche Grammophon/Metro Kararı* (ECR 1971, s.487 vd.); 322/81 sayılı *Nederlandische Branden - Industrie Michelin NV/Komisyon Kararı* (ECR, 1983, s.3461); 311/84 sayılı *Télémarting kararı* (ECR, 1985, s.3261); *Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.381-382*

leri için acentelik verilmek suretiyle, banka şubeleri aracılığıyla, sigorta acenteleri ve prodüktörler tarafından veya sigorta brokerleri tarafından yapılmaktadır.¹⁴

Doğrudan satış yönteminde, sigorta şirketleri kurdukları satış ekipleri ile ticari veya bireysel sigorta satışı yapmaktadırlar. Sigorta şirketleri doğrudan satış yaparken, bazı durumlarda sigorta acente komisyonunu fiyattan düşmektedirler ve bu durum, sigorta şirketlerinin aracılara haksız rekabet yapmalarına neden olmaktadır.¹⁵

Sigorta şirketleri sigorta fiyatını belirler ve bu fiyat için acenteye komisyon verir. Acente, komisyon oranına ve toplam brüt prim miktarını kararlaştıramaz.¹⁶ Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı olduğu Bakanlık (Başbakanlık), aracılık komisyon hadlerini tespiti yetkilidir (Sigorta Murakabe Kanunu, m.26/II).

Sigorta şirketi ile acentesi arasındaki anlaşmalara, kural

¹⁴ Ayrıntılı bilgi için bkz. *Yücesan, M., "Dünyada ve Türkiye'de Aracılık Sistemleri ve Öneriler", Reasürör, Ocak 1999, S.31, s.37 vd.; Arseven, H., Sigorta Hukuku, 2. Baskı, İstanbul 1991, s.50 vd.; Kender, R., Türkiye'de Hususi Sigorta Hukuku I, Sigorta Müessesesi-Sigorta Mukavelesi, 5. Baskı, İstanbul 1995, s.92 vd.*

¹⁵ Otomotiv veya beyaz eşya gibi iş kollarında doğrudan satış yapılmadığından, distribütörlere karşı haksız rekabet olmamaktadır. Sigorta şirketleri için de böyle bir düzenleme getirilebilir. *Yücesan, M., s.38 ve 43*

¹⁶ *Yücesan, M., s.46*

olarak Rekabetin Korunması Hakkında Kanununun 4. maddesi uygulanmaz. Çünkü bu durumda iki değil, tek işletme vardır. Sigorta şirketi ile acentesi iki farklı işletme olsa da, acente sözleşmelere ya aracılık etmekte ya da şirket adına sözleşme akdetmektedir.¹⁷

II- Sigorta Şirketlerinin Denetimi

Sigortacılık müessesesinin mahiyeti ve ekonomik hayattaki rolü, devletin bu sektöre daha fazla müdahalesine neden olmuştur. 25.06.1927 tarih ve 1149 sayılı "Sigorta Şirketlerinin Teftiş ve Murakabesi Hakkında Kanun"un yürürlüğe girmesiyle sigorta murakabe hukukunun temeli atılmıştır. Sigortalıların menfaatlerini korumak, sigortacılığın güven içinde ve mesleki kurallar içinde yürütülmesini sağlamak ve bu sektörde yaratılacak fonların ülke ekonomisine katkısını sağlamak amacıyla, 30.12.1959 tarihinde 7397 sayılı "Sigorta Şirketlerinin Murakabesi Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiştir.¹⁸ 11.6.1987 tarihli 3379 sayılı Kanunla, bazı maddeleri değişikliğe

¹⁷ *Avrupa Birliği Komisyonu'nun Notu'nda, teşebbüs ile acentesi arasındaki anlaşmalara Avrupa Topluluğu Antlaşmasınının 81. maddesinin uygulanamayacağı belirtilmiştir (Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.352)*

¹⁸ 30.12.1959 tarih, 10394 sayılı *Resmi Gazete*

uğramış ve adı "Sigorta Murakabe Kanunu" olmuştur.¹⁹

15 Eylül 1993'te 510 sayılı KHK ile Sigorta Murakabe Kanunu'nda bazı değişiklikler yapılmış, ancak söz konusu KHK, Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmiştir.²⁰ Sigorta Murakabe Kanunu'nun bazı maddeleri son olarak 539 sayılı KHK ile değiştirilmiştir.²¹ KHK'nin dayanağını oluşturan 3991 sayılı Yetki Yasası'nın Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi, 539 sayılı KHK'nin ve buna istinaden çıkarılmış olan mevzuatın uygulanmasında belirsizliklere yol açmıştır.²²

7397 sayılı Murakabe Kanunu'nun ilk şeklinde Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'na bağlı ve sigorta şirketlerinin tüm işlemlerini kontrol etmek üzere "Sigorta Murakabe Kurulu" adıyla bir ihtisas organı tesis edilmiştir (m.30). 18.12.1987 tarihli "Sigorta Şirketleri Hizmetlerinin Başbakanlığa Devri Hakkında 503 sayılı KHK" ile sigorta şirketleriyle ilgili olarak 3143 ve 7397 sayılı Kanunlarla Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'na verilmiş bulunan görev ve yetkiler, Başbakanlığa devredilmiştir.

¹⁹ 25.6.1987 tarih, 19498 sayılı Resmi Gazete

²⁰ 22.11.1992 tarihli Resmi Gazete, 1993/47 sayılı Anayasa Mahkemesi Kararı

²¹ 22.6.1994 tarih, 21968 sayılı Resmi Gazete

²² 10.2.1995 tarih, 22198 sayılı Resmi Gazete, 1994/80 sayılı Anayasa Mahkemesi Kararı

Bugün yürürlükte bulunan Sigorta Murakabe Kanunu'na göre, sigorta denetim makamı Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı bulunduğu Bakanlıktır. Hazine Müsteşarlığı Başbakanlığa bağlı bulunmaktadır. Sigorta Murakabe Kanunu'nun "Sigorta Denetleme Kurulu" başlıklı 30. maddesinde, sigorta ve reasürans şirketleri ile sigortacılık işlemi yapan veya sigortacılık alanında faaliyet gösteren gerçek ve tüzel kişilerin sigortacılıkla ilgili mevzuat hükümleri yönünden Sigorta Denetleme Kurulu'nun denetimine tâbi olduğu belirtilmiştir. 8.8.1998 tarihinde yürürlüğe giren "Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu Yönetmeliği"nde, Kurulun teşkilât ve görevleri düzenlenmiştir.²³ Ayrıca 4059 sayılı 9.12.1994 tarihli "Hazine Müsteşarlığı ile Dış Ticaret Müsteşarlığı Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun"un 5/c maddesinde, Hazine Müsteşarlığı'na bağlı Sigorta Denetleme Kurulu'nun görevleri belirtilmiştir.

Sigortalıların haklarını korumak için, Millî Reasürans Türk Anonim Şirketi'ne belirli hadlere kadar reasürans inhisarı verilmiştir. İnhisar ve mecburi devir hadleri hakkındaki düzenleme son olarak, 15.9.1991 tarih ve 91/2276 sayılı Bakanlar Kurulu Kararnameyle 31.12.2001 tarihine

²³ 8.8.1998 tarih, 23427 sayılı Resmi Gazete

kadar uzatılmıştır.²⁴

Sigortacılığın ve sigorta şirketlerinin denetimi, özellikle sigortalıların menfaatlerini korumak ve sigorta sektöründe yaratılacak fonların ülkenin ekonomik kalkınmasına katkısını sağlamak amacıyla yapılır. Ancak dolaylı olarak, sigorta endüstrisi ve bu sektördeki rekabet de korunmuş olur. Biz burada rekabetin korunmasını da etkileyen denetim mekanizmalarını inceleyeceğiz.

A) Kuruluş Denetimi

Sigorta Murakabe Kanunu'nun 2. maddesine ve "Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esasları Yönetmeliği"nin 5. maddesine göre, Türkiye'de bir sigorta veya reasürans şirketinin kurulması, yabancı ülkelerde kurulmuş bir sigorta veya reasürans şirketinin faaliyette bulunması, Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı olduğu Bakanlığın iznine tâbidir.

Kuruluş izni için münhasıran sigortacılık veya reasürans işleri yapmak üzere anonim ortaklık şeklinde kurulmaları, ödenmiş sermayelerinin 3 trilyon liradan az olmaması²⁵, hisse senetlerinin nakit karşılığı çıkarılması ve nama yazılı olması, ana sözleşmelerinin bu

²⁴ 16.10.1991 tarih ve 21023 sayılı Resmi Gazete

²⁵ 15.7.1999 tarih ve 23756 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sigorta Murakabe Kanunu'na ilişkin Tebliğ

kanun hükümlerine uygun olması gerekir.

Sigorta Murakabe Kanununun 3. maddesine göre sigorta ve reasürans şirketleri, sigorta ve reasürans faaliyetine başlamadan önce Hazine Müsteşarlığı'ndan ruhsat almak zorundadırlar.

Sigorta şirketlerinin kuruluşunun diğer şirketlere nazaran daha ağır şartlar içermesi, çok sayıda sigorta şirketi kurulmasını önleyerek, bu sektördeki rekabeti düzenlemektedir.

B) Çalışma Süresi İçinde Denetim

Sigorta faaliyetlerini kontrol makamı, sigorta şirketlerini çalıştıkları sürece teftiş ederek işlemlerinin kanuna uygunluğunu denetler. Sigorta Murakabe Kanunu'na göre, devlet sigorta müesseselerini Hazine Müsteşarlığı ve Sigorta Denetleme Kurulu'nun çalışmaları ile teftiş ve kontrol eder. Sigorta şirketlerinin çalışma süreleri içinde denetleme makamının ikinci mükellefiyeti, gerektiğinde ıslah tedbirleri almaktır. Bu denetim mekanizmasının işlevi, sigortalıların hak ve menfaatlerini korumaktır. Ayrıca böyle bir denetim, sigorta şirketlerinin kanuna uygun çalışmalarını sağlayarak hukuka uygun rekabetin düzenlenmesine yardımcı olur.

C) Sigorta Genel Şartlarının Denetimi

Sigorta Denetleme Kurulu, sigorta şirketlerinin çalıştıkları dallarda sigorta genel şartlarının ihtiyaçlara ve kanuni esaslara uygun şekilde düzenlenmesini ve bunların kullanılmasını sağlamak ile mükelleftir. Sigorta Murakabe Kanununun 28. maddesine göre, sigorta sözleşmeleri Hazine Müsteşarlığı'nca onaylanan Genel Şartlara uygun olarak yapılır.²⁶ Sigorta Genel Şartları, sigorta poliçesinin arkasında yazılı olan ve her sigortalı için ayrı ayrı düzenlenerek onaylanan sigorta sözleşmesi şartlarıdır. Sigorta şirketleri, Genel Şartlar yanında hukukun emredici kurallarına aykırı olmayan özel şartları da sigorta sözleşmesine koyabilirler.²⁷

Sigorta Murakabe Kanununun m. 28/III hükmüyle, si-

²⁶ Bkz. Bahtiyar, M., "Sigorta Poliçesi Genel Koşulları", *BATİDER*, 1997, C. XIX, S.2, s.89 vd.; Ulaş, I., *Uygulamalı Sigorta Hukuku, Mal ve Sorumluluk Sigortaları*, 2. Baskı, Ankara 1998, s.797 vd.

²⁷ 19.12.1986 tarihli *Haksız Rekabete İlişkin İsviçre Federal Kanununun 8. maddesine göre, kanun hükümlerinden büyük ölçüde farklılık taşıyan veya sözleşmenin doğası ile büyük ölçüde bağdaşmayacak nitelikte hak ve borç dağılımı içeren genel işlem şartlarını, bir sözleşmede kullanan tarafın haksız rekabet yaptığı kabul edilir. Türk Ticaret Kanunundaki hükümler, 1943 tarihli eski Haksız Rekabete İlişkin İsviçre Federal Kanunundan alınmış olduğundan, genel işlem şartlarıyla ilgili hüküm yer almamaktadır.*

gorta şirketlerinin, kişi veya kuruluşları sigorta sözleşmesi yapmaya teşvik amacıyla gerçeğe aykırı, yanıltıcı veya aldatıcı beyanlarda bulunmaları yasaklanmıştır. Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esasları Yönetmeliği'nin²⁸ 34. maddesine göre de, sigorta şirketlerinin ilân ve reklâmlarını sigortacının taahhütleriyle sigortalıya tanınabilecek hak ve menfaatlerin sınır ve kapsamı dışında bir anlayışa mahal bırakmayacak şekilde düzenlemeleri gerekir. Bu şekilde yanlış veya yanıltıcı bilgi vermek, Türk Ticaret Kanununun m. 57/3 hükmü gereğince haksız rekabet hali olarak da kabul edilmektedir.

Sigorta sözleşmesinin unsurları içerisinde, taraflardan birinin bu sözleşmede yer alan herhangi bir hususta sigorta yaptırmaya zorunlu tutulduğu hallerde, sözleşmeye sigortalının belirli bir şirkete yaptırılmasına ilişkin olarak konulmuş olan şartlar hükümsüzdür (Sigorta Murakabe Kanunu, m. 28/V). Böyle bir şart, rekabeti sınırlayıcıdır. Rekabetin Korunması Hakkında Kanunun m. 4/2 (f) hükmüne göre, bir mal veya hizmetle birlikte başka mal veya hizmetin alınmasını zorunlu tutmak, rekabete aykırı ve yasaktır.

Sigorta şirketleri ile sigorta araçları, düzenlenecek sözleşme dolayısıyla sigorta ettirenlere tarifeleri dışında

²⁸ 22153 sayılı 26.12.1994 tarihli *Resmi Gazete*

doğrudan veya dolaylı olarak, risturn ve iskonto yapamazlar ve bu gibi menfaatler sağlayamazlar (Sigorta Murakabe Kanunu, m. 26/III). Böyle bir uygulama da, rekabete aykırıdır.

D) Sigorta Prim ve Tarifelerinin Denetimi

Prim, sigortacının riziko taşıma ediminin karşılığıdır ve sigorta ettirenin ödeyeceği ücretin toplamıdır.²⁹ Her riziko kategorisine göre, ihtimaller hesabına dayanarak primin gerçeğe en yakın şekilde tespit edilmesi gerekir.³⁰ Brüt (gayri safi) prim, tarifelerde gösterilen primdir. Brüt prime, sigortacıların aracılara vereceği komisyon, sigorta şirketinin genel masrafları, ödeyeceği vergiler ve ekspertiz masrafları da dahildir. Bunlar ve şirketin kâr hissesi çıktıktan sonra kalan kısım, net primdir.³¹ Net prim, esas rizikonun karşılığını teşkil eder.³²

Net (safi) primin tespitinde sigortalanan rizikonun gerçekleşme ihtimali, rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının sigorta ettirene ödeyeceği meblâğ (sigorta bedeli) ve sigorta akdinin süresi göz önünde tutulur. Gerçekleşme ihtimali fazla olan rizikolar

için, prim miktarı yüksek tutulur.³³

Primin gereğinden yüksek olması da, düşük olması da sakıncalı olduğu için, prim miktarının sigorta edilen rizikolara uygun hale getirilmesi gerekir. Sigortacılıkta prim miktarları bakımından rekabete engel olunmaya çalışılmakta ve bu konuda sigorta şirketleri denetime tâbi tutulmaktadır. Diğer yandan sigorta şirketlerinin, verecekleri aracı komisyonlarını artırmak suretiyle haksız rekabet yapmalarını engellemek için de yasaklar konulmuştur. Bunun sebebi, tarife priminden (brüt prim) net prim kısmının azalmamasını ve rizikoyu tam olarak karşılama- sını temin etmektir.³⁴

Sigorta Murakabe Kanunu- nun 26. maddesine göre, hayat sigortaları ile süresi bir yılı aşan sağlık sigortaları ile zorunlu sigortalar dışında kalan sigorta sözleşmelerinde uygulanacak tarifeler sigorta şirketi tarafından serbestçe belirlenir. Hayat sigortası ile bir yılı aşan sağlık sigortalarının tarife ve primleri, Müsteşarlığın onayı ile uygulamaya konulabilir. Yapılması zorunlu sigortaların prim ve tarifeleriyle bunların tarife ve talimatları Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı olduğu Bakanlık tarafından tespit edilir ve Resmi Gazete'de yayınlanır. Bakanlık, sigorta tarife ve talimatlarını ve aracılık komisyon hadlerini tespit ve

ilâna, sigorta tarifelerini tasdi- ke tâbi tutmaya, zorunlu sigortaların tarifelerini serbest bırakmaya ve bu hususlarla ilgili tüm tedbirleri almaya yetkilidir.

1990 yılından itibaren Zorunlu Tarife sisteminden Serbest Tarife sistemine geçilmesiyle, serbest rekabet süreci başlamıştır. Herhangi bir geçiş dönemi tanınmaksızın getirilen serbest rekabet sistemi, fiyat indirimleri nedeniyle önemli sorunlar getirmiş ve reasürörler nezdinde Türk piyasasının cazibesi kaybolmuştur. Bu sistemin, sigorta sektörünün ve sigortalıların menfaatlerinin korunması bakımından olumsuz sonuçlar getireceğinin anlaşılması halinde, Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı olduğu Bakanlığın Sigorta Murakabe Kanunu'nun 26. maddesindeki tarife sistemine ilişkin yetkisini kullanması gerekir.³⁵

E) Diğer Denetim Kurumları

Sigorta Murakabe Kanunu- nun 39. maddesinin 9. fıkrasının 7. bendine göre, Hazine

²⁹ Kender, R., s.157; Arseven, H., s.96

³⁰ Arseven, H., s.95

³¹ Arseven, H., s.96.; Bozer, A., *Sigorta Hukuku*, Ankara 1981, s.111

³² Kender, R., s.158

³³ a.g.e.

³⁴ Kender, R., s.159

³⁵ 3. İzmir İktisat Kongresi, *Bankacılık, Sigortacılık, Yabancı Sermaye, Müteahhitlik Hizmetleri, Turizm Çalışma Grupları*, 4-7 Haziran 1992, DPT Yayını, s.98. *Tarife serbestliği, kuralsızlık ve denetimsizlik anlamına gelmez. Denetim makamının, sigortalıların hakları bakımından bir tehdidin söz konusu olduğunu saptaması halinde harekete geçmekle ve yürürlükteki kanunun öngördüğü tedbirleri almakla görevlidir (Rayegan Kender ve Samim Ünan'ın görüşü, s.106)*

Müşteriliği, sigorta ve reasürans şirketlerinin “Bağımsız Dış Denetim Kuruluşlarınca” denetlenmelerini düzenlemeye yetkilidir. Müşterilik bu yetkisini kullanarak, “Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Bağımsız Dış Denetim Kuruluşlarınca Denetlenmesi Hakkında Yönetmelik” çıkarmıştır.³⁶ Yönetmeliğin 7. maddesinde, bağımsız dış denetim yapabilecek kuruluşlar için şartlar gösterilmiştir.

Sigorta Murakabe Kanununun 34. maddesine göre, Hazine Müşteriliği kanununun gerekli kıldığı tarife ve talimatlar ile sigortacılığın geliştirilmesi için araştırma ve inceleme yaptırılması amacıyla sigortacılık konusunda uzmanlık sahibi kişilerden oluşacak ihtisas komiteleri kurabilir. Sigortacılık alanında uzmanlığın önemi büyük olduğundan, söz konusu komitelerin kurulması yararlı olur.

Sigorta Murakabe Kanununun 36. maddesine göre, Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, sigorta şirketleri arasında dayanışma sağlanması ve haksız rekabetin önlenmesi için tedbir almak amacıyla kurulmuştur. Türkiye’de faaliyette bulunan bütün sigorta ve reasürans şirketleri, bu birliğe üye olmakla mükelleftirler.

Türk Ticaret Kanununun 58. maddesine göre, üyelerinin

iktisadi menfaatlerini korumaya yetkili bulunan mesleki ve iktisadi birlikler, üyelerinin maruz kaldığı haksız rekabet nedeniyle dava açma hakkına sahiptirler. Bu hüküm gereğince, Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği de, sigorta sektöründeki haksız rekabet nedeniyle dava açarak, haksız rekabetin önlenmesini ve ortaya çıkan maddi durumun ortadan kaldırılmasını talep edebilir.

III- Avrupa Birliğinde Sigorta Sektöründe Rekabetin Korunması

A) Avrupa Birliğinde Sigorta Sektöründe Kuruluş ve Hizmet Serbestisi

1.1.1958’de yürürlüğe giren 25 Mart 1957 tarihli Roma Antlaşması ile amacı, üye ülkeler arasında bir Ortak Pazar tesisi olan Avrupa Ekonomik Topluluğu kurulmuştur. Bu amacın gerçekleşmesi için, üye devletlerin hizmet, sermaye ve kişilerin dolaşım serbestisinin sağlanması için ilgili mevzuatlarını birbirine uygun hale getirmeleri zorunludur. Roma Antlaşması, tüm sektörleri kapsayan bir entegrasyon antlaşmasıdır.³⁷ Avrupa Birliği rekabet kurallarının amaçları, üye devletler arasındaki engelleri kaldırarak bütünleşmeyi sağlamak, verimliliği artırmak,

dürüst ve adil rekabet piyasasını oluşturmak ve tüketiciyi korumaktır.³⁸ Teşebbüsler arası anlaşmalar, uyumlu eylemler ya da teşebbüs birliklerinin kararlarıyla veya bir hakim işletmenin bu durumunu kullanarak rekabette oluşturacağı sınırlamalar, üye devletler arasında ticareti olumsuz etkileyerek, malların ve hizmetlerin serbest dolaşımını engeller.

Ortak Pazarda diğer sektörlerde olduğu gibi, sigorta sektöründe de kuruluş ve hizmet serbestisinin sağlanması söz konusudur. Sigorta sektöründe hizmet serbestisi, bir üye devlete mensup sigortacının, diğer bir üye devlete mensup sigortalı ile sözleşme akdedebilmesidir.³⁹ Sigorta hizmetlerinde, kişilerin sınır aşırı dolaşımına gerek olmadan hizmet sınır aşırı dolaşabilir. Üye devlet vatandaşı olmak, ücret karşılığı hizmet yapmak ve hizmetin sınır aşırı olması, bu hizmetin Avrupa Birliği hukukuna tâbi olmasının unsurlarıdır.⁴⁰ Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 59-66. maddeleri, Avrupa Birliğinde hizmetlerin serbest dolaşımını düzenlemiştir.⁴¹

³⁶ 4.6.1996 tarih ve 22656 sayılı Resmi Gazete ile Yönetmeliğin 7/b maddesini değiştiren 5.11.1996 tarih ve 22808 sayılı Resmi Gazete

³⁷ Günuğur, H., *Avrupa Birliğinin Kurucu Anlaşmaları, Gümrük Birliği ve Tek Pazar, Avrupa Birliği El Kitabı, Ankara 1995, 2. Baskı, s.71*

³⁸ Tekinalp, Ü., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.328; Bellamy, C./Child, G., Common Market Law of Competition, 4th Edition, London 1993, 1-072*

³⁹ Kender, R., s.10

⁴⁰ Tekinalp, G., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.305*

⁴¹ Ayrıntılı bilgi için bkz. Tekinalp, Ü., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.305 vd.*

Yerleşme ve faaliyette bulunma özgürlüğü konusunda bankalar ile diğer kredi kurumlarının ve sigorta şirketlerinin durumları, bunların Topluluk bünyesinde ayrı olarak düzenlenmelerini gerektirecek önemdedir. Çünkü bu tür şirketlerin, yerleşme ve faaliyette bulunmalarına ilişkin olarak üye ülkelerin ulusal mevzuatlarında, diğer konularda çalışan şirketlere oranla daha fazla olumsuz etki yer almaktadır.⁴²

Avrupa Topluluğu açısından bakıldığında, amaca en uygun çözüm, sigorta şirketlerinin üye devletlerde kurulup faaliyet göstermelerinin, yani yerleşmelerinin merkezileşmesidir. Bu anlamda merkezileşme, bir topluluk kurumunun, sigorta şirketlerinin yerleşmelerine ilişkin izin verilmesinde ve denetlenmelerinde yetkili kılınmasıdır.⁴³

Toplulukta, merkezi izin ve denetime henüz ulaşılammıştır. Bu alanda merkezileşme çözümü terk edilip, kısmi uyumlaştırma yolunun seçilmesi zorunlu hale gelmiştir.⁴⁴ Bunun için sigorta hukuku alanına giren birçok yönerge çıkarılmıştır.⁴⁵

88/357 sayılı ikinci yönerge, hayat sigortası dışındaki sorumluluk sigortalarında, sınır aşan sigorta işlemleri hakkında hükümler içermektedir. Burada bir ayırım yapılmakta, büyük rizikolar menşe devlet, küçük fakat adedi fazla olan rizikolar sigortalının bulunduğu devletin kontrolüne bırakılmaktadır.⁴⁶

İzin ve kontrolle ilgili olarak 92/49 sayılı üçüncü yönerge, izin verme usulünü birlik esasına göre, gözetimi ise uyumlaştırma çerçevesinde çözmüştür. İzin merkez ülkesine bırakılmıştır. Hayat sigortalarında da, menşe devletin izni ilkesi benimsenmiştir. Ancak sigortalının korunması gereken hallerde, bunu daha iyi gerçekleştireceğinden dolayı, faaliyette bulunulan devletin kontrolü kabul edilmiştir.⁴⁷ 1992 tarihli yönergeyle, sigorta fiyat ve şartlarının serbest bırakılması anlamında de-

netim sistemlerinin kaldırılmasının ve piyasaların yabancı şirketlere açılmasının, Avrupa sigorta endüstrisinin yapısını olduğu kadar, sigorta şirketlerinin strateji ve sonuçlarını da etkileyeceği ve rekabet açısından olumsuz sonuçlar doğuracağı tahmin edilmektedir.⁴⁸

B) Avrupa Birliği Rekabet Kurallarının Sigorta Sektörüne Uygulanması

Avrupa Birliği'nin rekabet politikasının sigorta sektörüne tam anlamıyla uygulanması henüz yenidir. Avrupa Komisyonu, hemen hemen on yıldır sigorta teşebbüsleri arasındaki rekabete aykırı anlaşmalarla ilgilenmektedir. O zamandan beri de Komisyon, bu sektöre daha çok müdahale ederek, hukuki bir yapı oluşturmuştur.⁴⁹

Şimdiye kadar Komisyonun önüne, sigortacılar arasındaki rekabete aykırı anlaşmalarla ilgili birçok olay gelmiştir. Bu durumlarda kural olarak, Ortak Pazarın bir bölümünde rekabeti sınırlayıcı, engelleyici ve bozucu teşebbüsler arası anlaşmaları, teşebbüs birlikleri kararlarını ve uyumlu eylem-

⁴² Tekinalp, G., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku*, s.299

⁴³ Tekinalp, G., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku*, s.300

⁴⁴ a.g.e.

⁴⁵ 73/239 sayılı "Doğrudan Sigorta Yapan Şirketlerin Faaliyete Geçmelerinin Kabulü ve İcrası Hakkındaki Hukuki ve İdari Ulusal Hükümlerin Uyumlaştırılmasına İlişkin Yönerge"

(OJ 1973, L. 278/3); 73/240 sayılı "Hayat Sigortaları Hariç Doğrudan Sigorta Alanında Yerleşme Serbestisinin Kolaylaştırılmasına İlişkin Yönerge (OJ 1973, L. 228/20); 88/357 sayılı "Hizmet Edimlerinin Kullanılmasının Kolaylaştırılması ve Uyumlaştırılmasına İlişkin İkinci Yönerge" (OJ 1988, L. 172/1); 78/473 sayılı "Birlikte Sigortaya İlişkin Yönerge" (OJ 1978, L. 151/25); "88/357 ve 73/239 sayılı Yönergeleri Değiştiren Hayat Sigortası Dışındaki 92/49 sayılı Üçüncü Yönerge" (OJ 1992, L. 228/1); "Hayat Sigortasına İlişkin 92/96 sayılı Yönerge" (OJ 1992, L. 360/1)

⁴⁶ Tekinalp, G., *Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku*, s.302

⁴⁷ a.g.e.

⁴⁸ Bkz. "Swiss Re'nin Avrupa Sigorta Endüstrisinin Geleceği İle İlgili 10 Varsayımı", *Reasürör*, S.23, Ocak 1997, s.27 vd.

⁴⁹ Esteve, C., "The Application of EU Competition Rules to the Insurance Sector, Past Development and Current Priorities", *British Insurance Law Association Journal*, 1.3.1997, p.1

leri yasaklayan Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/1. maddesi uygulanıyor. Örneğin, sigorta teşebbüslerinin brüt primleri saptayan anlaşmaları, Ortak Pazarda rekabeti engeller ve daima m. 81/1'le yasaklanır.⁵⁰ Bu şekilde tüketiciye zarar verici anlaşmaları tespit edip yasaklamak, komisyonun bu sektördeki öncelik verdiği husustur.⁵¹

Komisyon, sigorta sektörünün belli özelliklerinin sigortacılar arasında işbirliğini gerektirdiğini kabul etmektedir. 81/1. maddeye göre yasaklanan anlaşmalar, eğer belli bir sektörün ekonomik şartlarını geliştiriyorsa veya tüketiciye yarar sağlıyorsa, m. 81/3'e göre muafiyet tanınıyor. Komisyonun sigorta sektörüne rekabet kurallarının uygulanmasına ilişkin çalışmaları sonucunda, bu muafiyetten yararlanacak bazı anlaşma türleri saptandı.

Avrupa Konseyi 31 Mayıs 1991 tarihli 1534/91 sayılı Tüzükle⁵², Komisyona sigorta sektöründeki anlaşma, karar ve uyumlu eylemlerin bazı kategorilerine Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 85/3. maddesinin (Amsterdam Antlaşmasıyla değişik yeni numara 81/3) uygulanmasına ilişkin Tüzük çıkarılması için yetki verdi. 8 maddeden oluşan bu düzenlemenin 8. maddesi, Komisyonu

en geç 6 yıl içinde bu Tüzüğü çıkarmakla yükümlü tuttu.

21 Aralık 1992 tarihinde Komisyon, 3932/92 sayılı sigorta sektöründeki anlaşma, karar ve uyumlu eylemlerin bazı kategorilerine Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 85/3. (Amsterdam Antlaşmasıyla değişik yeni numara 81/3) maddesinin uygulanmasına ilişkin Tüzüğü kabul etti.⁵³ 21 maddeden oluşan bu Tüzük, 1 Nisan 1993 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve 31 Mart 2003 tarihine kadar yürürlükte kalacaktır. Bu Tüzük, tüm üye ülkeler için bağlayıcıdır. 1993'ten beri, sigortacılar arasındaki birçok anlaşma kategorisi, Komisyonun 3932/92 sayılı grup muafiyet tüzüğünden yararlanmaktadır. Komisyon, tüzüğün kurallarının geliştirilmesi ve muafiyet tanınabilecek diğer anlaşma türlerinin saptanması konusunda çalışmalarına devam etmektedir.

Rekabet kurallarının sigorta sektörüne uygulanma yöntemi, Tek Pazarın yaratılmasıyla paralellik gösteriyor. Sigorta alanında Tek Pazar programı, yalnızca Topluluk içi ticarete engellerin kaldırılmasını değil, ayrıca değişik üye ülkelerden sigortacılar arasındaki rekabeti

artıran önemli bir serbestleşme yöntemini de kapsıyor. Rekabet kuralları, sigortacıların kendi ülkelerine nazaran üye ülkelerde daha serbest işlem yapmalarını engelleyen anlaşmaları yasaklayarak, sınır aşırı rekabetin artmasına da katkıda bulunacaktır.⁵⁴

1) Rekabeti Sınırlayıcı Anlaşmalar

Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81. maddesinin 1. fıkrasına göre, Ortak Pazar içerisinde rekabeti engelleme, sınırlandırma veya bozma amaçlı veya etkili teşebbüsler arası anlaşmalar, teşebbüs birliği kararları ve uyumlu eylemler üye devletler arası ticareti etkileyecek nitelikteyse, Ortak Pazarla bağdaşmaz kabul edilir ve yasaklanır.⁵⁵

Bu koşulları taşıyan teşebbüsler arası eylemler, Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81. Maddesinin kapsamına girecek ve geçersiz sayılacaktır. 81.

⁵⁴ Esteva, C., p.4

⁵⁵ Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81. maddesinin uygulama alanı hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Aslan, İ.Y., Avrupa Topluluğu Rekabet Hukuku, Ankara 1992, s.73 vd.; Aslan İ.Y., RKHK, s.49 vd.; Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.332 vd.; Brodgate, R./White, F., Commercial Law, 4th Edition, Hampshire 1998, s.303 vd.; Bellamy, C./Child, G., Common Market Law of Competition, 4th Edition, London 1993; Vincenz, C., Law of European Community, 1996, s.245 vd.; Whish, R., Competition Law, 3rd Edition, London 1993

⁵⁰ a.g.e., p.2

⁵¹ a.g.e.

⁵² OJ, L 143, 7.6.1991, s.1; XXIIInd Report on Competition Policy 1992, p.274-288

⁵³ "Commission Regulation (EEC) No: 3932/92 of 21.12.1992 on the application of Article 85/3 of the Treaty to certain categories of agreements, decisions and concerted practices in the insurance sector" OJ, L 398, 31.12.1992, s.7, XXIIIrd Report on Competition Policy 1993, p.122

maddede ayrıca, teşebbüsler arası hangi eylemlerin yasaklandığı örnekleyici olarak sayılmıştır.

Brüt prime ilişkin sigortacılar arasındaki anlaşmalar, Avrupa Birliğinin rekabet kurallarıyla yasaklanmış.⁵⁶ Brüt veya ticari prim, bir sigortacının sigorta edilen şey için sigortalıyı sorumlu tuttuğu son fiyattır.⁵⁷ Brüt prim, riziko priminden farklıdır. Sigortacıların anlaşarak brüt primleri ortak olarak tespit etmeleri, Avrupa Topluluğu Antlaşmasının madde 81/1 (a) hükmündeki fiyat tespiti anlaşmalarına girer ve Per Se yasaktır.⁵⁸ 81/1 (a) hükmüne göre, alış veya satış fiyatlarının veya diğer ticari koşulların doğrudan doğruya veya dolaylı olarak saptanmasına ilişkin anlaşmalar yasaktır. 1984'te Komisyon, Mal Sigortacıları Avrupa Birliğinin üyelerine ticari primleri belli bir yüzdede artırmalarına ilişkin tavsiye kararını rekabete aykırı buldu.⁵⁹ Divan da Komisyon kararını onayladı.

⁵⁶ Esteva, C., p.6

⁵⁷ Gyselen, L., *EU Antitrust Law in the Area of Financial Services*, New York 1997, p.73

⁵⁸ Esteva, C., p.6; Gyselen, L., p.74. *Per se* doktrinine göre, teşebbüsler arası anlaşmalarda yer alan rekabet sınırlamaları başka sebep aramaya gerek olmaksızın "yalnız başına/niteliği gereği" (Per Se) yasaktır (Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.343 vd.

⁵⁹ *Decision of 5 December 1984, Verband der Sachversicherer*, OJ L 35, 7.2.1985, s.21; Esteva, C., p.6; Gyselen, L., p.73/79

2) Muafiyet Tanınan Anlaşmalar

Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/3. maddesi muafiyet müessesesini düzenlemiştir. Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/1. maddesi kapsamına girebilecek şekilde rekabeti olumsuz yönde etkilemelerine rağmen, bazı yararları nedeniyle, bir kısım anlaşmalara, kararlara ve uyumlu eylemlere, Ortak Pazar içinde malların üretiminin ya da dağıtımının gelişmesini veya teknik ya da ekonomik ilerlemenin teşvikini sağlayacak niteliklerde ve bu şekilde ortaya çıkacak faydalardan uygun ölçüde tüketiciler de yararlanabilecekse, 81. maddenin 3. fıkrasına göre muafiyet tanınabilir. Muafiyet tanınabilmesi için, belirtilen olumlu şartlar yanında, anlaşma, karar veya uyumlu eylemin olumlu şartların gerçekleşmesi açısından gerekli olmayan sınırlamaları içermemesi ve ilgili piyasada rekabeti önemli ölçüde ortadan kaldırmaması gerekir.

17/62 sayılı Konsey Tüzüğü⁶⁰, muafiyet tanımaya yetkili organın Komisyon olduğunu düzenlemektedir. Söz konusu muafiyet tasarrufu ya bireysel nitelikteki bir kararlar teşebbüsler arasındaki yalnızca belirli anlaşmalar veya uyumlu eylemlere yönelik olarak ger-

çekleştirilir ve "bireysel muafiyet" olarak adlandırılır; ya da belirli bir grupta yer alan tüm anlaşmalara yönelik olarak gerçekleştirilir ve "grup muafiyeti (blok muafiyet)" olarak adlandırılır.

Avrupa Birliği Komisyonu, Topluluk sınırları içinde hakim kılınmak istenen etkin rekabet üzerinde sınırlandırmalar getiren ve Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/1. maddesi kapsamına giren belli kategorideki anlaşmalar ile uyumlu eylemler için, kendisini yetkilendiren 19/65 sayılı Tüzüğe⁶¹ dayanarak düzenlemekte olduğu grup muafiyeti tüzükleri aracılığıyla Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/3. maddesinin uygulanmasını sağlamaktadır.

Komisyon, 1992'de sigorta alanında 3932/92 sayılı bir muafiyet tüzüğü yayınladı. Bu tüzük, daha önce verilen bireysel muafiyet kararlarında geliştirilen kriterlere dayanmaktadır. Bu tüzükle, sigorta teşebbüsleri arasındaki dört tür anlaşmaya muafiyet tanındı (m. 1). Bunlar:

a) Karşılıklı olarak düzenlenen istatistiklere veya hasarlı olay sayısına dayanarak riziko primi tarifelerinin ortaklaşa tespiti,

⁶¹ 19/65 sayılı 2 Mart 1965 tarihli Konsey tarafından çıkarılan Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81.3. maddesi hükmünün bazı sözleşme kategorilerine ve uyumlu eylemlere uygulanmasına ilişkin Topluluk Tüzüğü, OJ, 36, 6.3.1965, 533; Özel Bası 1965-66, 35

b) Genel sigorta şartları için ortaklaşa örnekler oluşturulması,

c) Belli riziko türlerinin ortaklaşa üstlenilmesi,

d) Emniyet tedbirlerinin tetkiki ve kabulü için ortaklaşa kurullar oluşturulması.

Sigorta teşebbüslerinin belirtilen bu konulara ilişkin anlaşmalarına, uyumlu eylemlerine ve Birlik kararlarına Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/3. maddesine göre 81/1. maddesi uygulanmaz.

Konsey, Komisyona 1534/91 sayılı tüzükle⁶² sigorta sektöründe bir muafiyet tüzüğü kabul etmesi için yetki verdi. Bu tüzükte, yukarıda belirtilenler dışında sigortacılar arasındaki iki tür işbirliğinin daha muafiyet kapsamında olduğu düzenlenmişti. Bunlar:

a) Hasarların ödenmesine ilişkin işbirliği anlaşmaları,

b) Ağırlaşan rizikolara ilişkin bilgilerin kayıtlarının yapılması ve mübadelesi.

Komisyon daha önceki bireysel davalarda bu iki anlaşma kategorisine ilişkin yeterli tecrübe elde edemediğinden, bunları 3932/92 sayılı tüzüğe dahil etmedi.

a) Riziko Primi Tarifelerinin Ortaklaşa Tespiti

Bir sigortacının primleri belirlemesi için, geçmişte olan hasarların sıklığı ve hacmine ilişkin istatistiksel verileri bil-

mesi gerekir.⁶³ Genellikle sigortacılar, kendi başlarına yeterli miktarda güvenilir veriler elde edecek durumda değildirler. Güvenilir istatistikler elde etmek için, verileri mübadele etme konusunda diğer sigortacılarla anlaşılır.⁶⁴

Tüzüğün 2. başlığı, bu tür anlaşmaları ele almaktadır. Tüzük ilk olarak, net primlerin yani yalnızca geçmişteki olayları hesaba katan primlerin ortaklaşa hesaplanmasına ilişkin anlaşmaları muaf tutuyor.

Riziko primi (net prim), ticari primden (brüt primden) farklıdır. Riziko primi, iki öğeden oluşur. Birincisi, geçmişteki istatistiksel kanıtlara (hasarların sıklığı ve miktarı) dayanarak sigortalanan şeyin değerini karşılamayı amaçlayan net primdir. Diğeri ise, gelecekle ilgili çalışma sonuçlarını (hasarların sıklığı ve miktarı üzerine etki yapmaya uygun genel koşullar) değerlendiren net primin yükselme ve düşmelerini ayarlayan bileşimdir.⁶⁵ Riziko primi, genellikle tüm sigortacılar için eşdeğerdir. Riziko priminin yüksek olmasını garantilemek için portföyleri yeterince geniş olmayan sigortacılar, kendilerine ileride olabilecek hasarları karşılamak için riziko primine teminat masrafı da eklerler.⁶⁶

⁶³ Clarke, M.A., *The Law of Insurance Contracts, Third Edition, London 1997, s.10-11*

⁶⁴ Esteve, C., p.11; Gyselen, L., p.81

⁶⁵ Gyselen, L., p.73

⁶⁶ a.g.e.

Ölüm cetvelleri⁶⁷ ile hastalık, malûliyet veya kazaların sıklığını gösteren tablolar düzenlenerek, eşdeğer veya karşılaştırılabilir riziko kategorilerine ilişkin istatistiksel bilgilerin mübadelesine ilişkin sigorta şirketleri arasındaki anlaşmalar da muafiyet kapsamındadır. Tüzüğün kabul edilmeden önce verilen Komisyonun Nuova Cegam Kararı⁶⁸ ve Concordato Incendio Kararı⁶⁹, muafiyet tanınan bu anlaşmalara örnektir. Her iki kararda da Komisyon, teşebbüslerin ortaklaşa istatistikler oluşturmalarının Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/3.

⁶⁷ Belirli sayıda insanların, belirli yaşlar arasındaki ölüm ihtimallerini istatistiklere dayanarak tespit eden cetvellerdir. Sigortacılık dilinde buna "vefiyat tablosu" da denilmektedir. Türkiye'de çalışan sigorta şirketleri, yabancı ülkelerde yapılmış olan ölüm cetvellerini kullanmaktadırlar (Kender, R., s.42)

⁶⁸ Decision of 30 March 1984, OJ, L. 99, 11.4.1984; Gyselen, L., p.80-82. Nuova Cegam Kararı, Komisyonun sigorta sektörüyle ilgili ilk kararlarından. Komisyon, bir İtalyan Sigortacıları Birliğinin rizikoların karşılanması için net primlerin tespitine ilişkin üyelerine tavsiyesine muafiyet tanıdı.

⁶⁹ Decision of 20 December 1989, OJ, L. 15, 19.1.1990; 19th Report on Competition Policy 1989, p.55; Gyselen, L., p.80-82. Concordato Incendio, İtalya'da endüstriyel yangın sigortasıyla uğraşan sigorta şirketleri birliğidir. 28 üyesi olan bu birlik, İtalya'da endüstriyel yangın sigortası pazarının %50'sinden fazlasına sahipti. Bu sigorta şirketlerinin net primi ortaklaşa tespit etmelerine, Komisyon muafiyet tanıdı.

⁶² 31 Mayıs 1991 tarih, OJ, L. 143

maddedeki şartlara uygun olduğunu belirtiyor. Bu istatistiklerden tüketiciler de yarar sağlarlar; çünkü bireysel ihtiyaçlarına uygun poliçeleri alabilirler.

Mübadelesine muafiyet tanınan bilgiler, gözlem süresi olarak seçilen riziko yıllarının sayısına dayandırılarak ve yeterli sayıda eşdeğer ve kıyaslanabilir rizikolara ait tarihlerin düzenlenmesi yoluyla gerçekleştirilmelidir. Böylece istatistiksel olarak yararlanılacak bir bilgi birikimi oluşur ve özellikle, belirtilen süredeki hasar olaylarının sayısı, gözlem süresi içinde her riziko yılında üstlenilen bireysel rizikoların sayısı, meydana gelen hasar olayları nedeniyle bu süre içinde ifa edilen veya borçlanılan ödemelerin toplamı, seçilen gözlem süresi boyunca her riziko yılı için sigorta meblâğlarının toplam tutarı gibi bilgiler elde edilmiş olur (m. 2).

Net primlerin hesaplanması için gerekli olandan fazla ayrıntılı açıklamalar içeren verilerin mübadelesine izin verilmez. İdari ve ticari masraflar ile aracı provizyonları, vergiler, harçlar, teşebbüsün umulan kârına ilişkin bilgilerin mübadelesine izin verilmez (m. 3 b). Zira bu kalemler, brüt primin hesaplanmasında kullanılır ve brüt primin teşebbüsler arasında ortaklaşa tespiti rekabeti kısıtlayıcı olduğu için, Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 81/1 (a) hükmü uyarınca

yasaktır. Ayrıca belirtilen hesaplamalar, tablolar veya incelemeler, iştirak eden teşebbüslerin teşhisini de mümkün kılmamalıdır (m. 3 c).

Verileri mübadele eden sigortacılar, primlerin hesaplanması için elde edilen istatistikleri kullanmak zorunda değildirler. Bunların tamamen örnekleyici olduğu ve kullanılmalarının ihtiyari olduğu mutlaka belirtilmelidir (m. 3 a). Belirtilenler dışında başka hesaplamalar ve tablolar kullanılmayacakları konusunda anlaşan veya diğer teşebbüsleri yükümlü tutan teşebbüs veya teşebbüs birlikleri muafiyetten yararlanamazlar (m. 4).

b) Sigorta Genel Şartlarının Ortaklaşa Tespiti

Kural olarak, standart sigorta poliçeleri, tüketicilerin her bir sigortacı tarafından ileri sürülen şartları kıyaslamasını kolaylaştırır ve böylece rekabeti artırır. Bununla birlikte sigorta şartlarının aşırı uyumu, rekabeti azaltır; ayrıca sigortacıların müşterilerinin ihtiyaçlarını karşılama konusundaki uysallıklarını azaltır.⁷⁰

3932/91 sayılı Tüzüğün 3. başlığı, bu iki durum arasında denge kurmaya çalışıyor. Tüzüğün 5. maddesi, doğrudan sigorta için sigorta genel şartlarının örneklerinin oluşturulmasının söz konusu olduğu anlaşma, karar ve uyumlu ey-

lemlere muafiyet tanıyor. Muafiyetin, hangi şartların bulunması halinde geçerli olduğu, m. 6'da belirtilmiş. Öncelikle, herhangi bir sigortacıyı, kararlaştırılan şartlardan ayrılma konusunda serbest bırakan, bağlayıcı olmayan sigorta genel şartları muaf tutuluyor.⁷¹ Ayrıca, her ilgili kişiye basit bir müracaatı üzerine ulaştırılabilir olmalı; yani her sigortacının faydalanmasına açık olmalıdır.

Tüzük, Genel Şartların kara listesini de m. 7'de düzenlemiştir. Aşağıda belirtilen kayıtları içeren sigorta genel şartlarına muafiyet tanınmaz:

- Her sigortacının, belli olaylar nedeniyle ortaya çıkan zararları ödeme kapsamına alma konusunda serbest olduğu belirtilmeksizin, bu zararların ödenmesini hariç tutmak,
- Her sigortacının bundan vazgeçme hakkı olduğu belirtilmeksizin, belli rizikoların ödenmesini belli şartlara bağlı tutmak,
- Çok sayıda sigortalının aynı zamanda maruz kalmadığı rizikolar için her sigortacının ayrı ödemeler teklif etme serbestisine sahip olduğu kesin olarak belirtilmeksizin, rizikolar için herkesi kapsayan bir

⁷¹ Komisyon, *Concordato Incendio Kararında İtalyan Endüstriyel Yangın Sigortacıları Birliğinin üyelerine sigorta genel şartlarını içeren tavsiye kararını, tavsiyede şartların bağlayıcı olmadığı belirtildiği için muafiyet tanıdı (Decision of 20 December 1989, OJ, L. 15, 19.1.1990).*

⁷⁰ Esteve, C., p.16; Gyselen, L., p.89

ödeme öngörmek,

d) Sigortanın toplam bedeline ilişkin bilgi içermek,

e) Sigorta ettirenin muvafakati olmaksızın, sigortacının ödeme kapsamını sınırlamasına rağmen, riziko değiştirmeksizin veya ifa kapsamını genişletmeksizin primi yükseltmesine rağmen veya sözleşme şartlarını değiştirmesine rağmen, sözleşmeye devam etme hakkını sigortacıya vermek,

f) Sigorta ettirenin rızası olmaksızın, sigortacıya sözleşme süresini değiştirme hakkı vermek,

g) Hayat sigortası alanı dışında, sigorta ettirene üç yıldan fazla sigorta süresi yüklemek,

h) Feshi ihbar olmaması nedeniyle sözleşmenin zımnen uzaması halinde, sözleşme süresini bir yıldan fazla uzatmak,

i) Sigortalanan menfaatin ortadan kalkması nedeniyle bir sözleşmenin etkisiz kalması durumunda, sigorta ettiren yeniden böyle bir rizikoya maruz kalır kalmaz, sözleşmenin yeniden canlanmasını kabul etmesini sigorta ettirene yüklemek,

j) Değişik rizikoları aynı sigortacıya sigorta ettirmeyi, sigorta ettirene yüklemek,

k) Sigorta edilen şeyin devrinde, iktisap eden tarafından mevcut sigorta sözleşmesinin devralınmasının sağlanmasını sigorta ettirene yüklemek.

Belli meslek grupları için özel sigorta şartları tespit etme olanağı vardır. Ancak sigortalının özellikleri nedeniyle belli

riziko kategorilerinin ödenmesini hariç tutan anlaşma, karar ve uyumlu eylemlere muafiyet uygulanmaz (m.8).

c) Belli Riziko Türlerinin Müştereken Üstlenilmesi

Müşterek sigortada, aynı riziko aynı süre için birden fazla sigorta şirketi tarafından sigorta edilmektedir. Müşterek sigortanın temel prensibi ve kısmi sigortadan ayıran unsuru, sigortacıların müştereken hareket ederek rizikoyu paylaşma niyetlerinin bulunmasıdır.⁷² Türk Ticaret Kanunu, müşterek sigortayı kara sigortaları bakımından m.1285'de düzenlemiştir. Kural olarak, müşterek sigortada her sigortacı üzerine aldığı riziko için sorumludur. Eğer sigorta bedellerinin toplamı sigorta değerini aşılırsa, aşkın kısım hükümsüz olur ve her bir sigortacı sigorta bedellerinin toplamına göre kendi sigorta ettiği bedel oranında sorumlu olur.⁷³

Müşterek sigorta pool'lerinde, birden fazla sigortacı anlaşarak üzerlerine alacakları belirli rizikoları aralarında paylaşacakları, yani müştereken sigorta yapacakları konusunda önceden sözleşme yaparlar ve şartlarını tespit ederler.⁷⁴ Bu şekilde müşterek sigortalar özellikle istisnai ve büyük rizikolar için yapılır.

Sigortacılıkta, istatistiklerin verdiği sonuçlara göre sigorta edilecek rizikolar ayrılır ve seçilir. Örneğin, çok sık gerçekleşen ve büyük zararlara sebep olan rizikolar sigorta edilmez veya bu tür rizikoların yanında az rastlanan ve daha hafif rizikolar da sigortalanan bir denge sağlanmaya çalışılır. Rizikoları seçme, sigortalılar bakımından bazen sakıncalı olabilir, çünkü bazı rizikoları sigorta edecek sigortacı bulamayabilirler.⁷⁵

Sigortacının, kendi rizikosunu öngörülen ihtimallere göre hesaplayabilmesi için, aynı türden belli sayıda sigorta yapması gerekir.⁷⁶ Özel türde bir riziko için sigorta sağlanması durumunda, bir sigortacı normal olarak aynı rizikoya karşılık, birimlerin en az birkaçını üstlenmelidir. Eğer sigortacı birimlerin en az birkaçına ulaşmaya tek başına muktedir değilse, tek seçenek bu rizikoları ortak olarak üstlenmek için diğer sigortacılarla anlaşmaktır.⁷⁷ Bu, müşterek sigorta birliklerinin (*co-insurance pool / co-insurance group / Mitversicherungsgemeinschaft*) veya müşterek reasürans birliklerinin (*co-reinsurance pool / co-reinsurance group / Mitrückversicherungsgemeinschaft*) nedenidir.⁷⁸ Avrupa'da ö-

⁷⁵ Kender, R., s.4

⁷⁶ Arseven, H., s.6

⁷⁷ Esteva, C., p.18

⁷⁸ İngilizce'de ve diğer bazı dillerde "pool" olarak adlandırılan bu

⁷² Kender, R., s.243; Esteva, C., s.93

⁷³ Kender, R., s.243

⁷⁴ Kender, R. s.244

zellikle çevre sorumluluk sigortaları, nükleer rizikolar, afet rizikoları, havayolu taşımacılığı rizikoları ve endüstriyel mühendislik rizikoları için müşterek sigorta veya reasürans birlikleri kurulmaktadır.⁷⁹

gruplar, çok sayıda sigorta şirketinin belirli rizikoları paylaşmak amacıyla gerçekleştirmeye yönelik, bir sözleşmeyle birleşerek oluşturdukları "riziko paylaşım birliği"ni (Risikoaufteilungsgemeinschaft) ifade etmektedir. Sigortacılar arasında riziko paylaşım birliğinin kurulmasıyla, sigorta ettiren ile sigortacı arasındaki ilişki değişmez. Sigorta ettirenler, yalnız kendi sigortacıları ile ilişki içinde kalmaya devam ederler. Sigortacılar ise, üstlendikleri rizikoların tamamını veya bir bölümünü bu birliğe devrederler. Sigorta hukukunda, böyle bir riziko paylaşım birliğinin ortakları, ilk sigortacılar ve reasürörlerdir. Sigortacılar arasında böyle bir birliğin kurulmasının asıl amacı, büyük rizikolar ile seyrek olarak ortaya çıkan rizikoların daha iyi karşılanabilmesi için, sigorta edilen rizikoyu çok sayıda sigortacı arasında paylaşmaktır (Yongalık, A., Çevre Sorumluluk Sigortası, Ankara 1998, s.232). "Pool"ler, kâr dağıtım karteli kavramıyla (Müftüoğlu, T., İşletme İktisadı, Ankara 1989, s.531) veya konsorsiyum kavramıyla da (Kender, R., s.244; Poroy/Tekinalp/Çamoğlu, Ortaklıklar ve Kooperatif Hukuku, 7. Bası, İstanbul 1995, s.77) ifade edilmektedir. Pool sözleşmeleri, adi ortaklık sözleşmeleridir. Pool sözleşmeleri hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. Martinek, M., Moderne Vertragstypen, Band III: Computerverträge, Kreditkartenverträge sowie moderne Vertragstypen, München 1993, s.139 vd.

⁷⁹ Çevre sorumluluk sigortasıyla ilgili Fransa'da GARPOL ve ASSURPOL, İtalya'da POOL-INQUINAMENTO, Hollanda'da MAS-POOL; nükleer rizikolara iliş-

Eğer özel tip bir rizikonun üstlenilmesi için gerekli minimum boyuta ulaşmak için müşterek birlikler gerekliyse, müşterek sigorta birlikleri rekabete aykırı olarak düşünülemez ve rekabet kurallarıyla bağdaşır. Özel tip rizikoları karşılayamayacak durumda sigortacıların olanaklarını birleştirmesiyle, bu tür birlikler rekabeti pekiştirir.⁸⁰ Tüzüğün 10. maddesi de bu durumu destekliyor. Sigorta şirketlerinin veya reasürans şirketlerinin belli riziko türlerinin ortak olarak üstlenilmesi amacıyla müşterek sigorta veya müşterek reasürans birliği şeklinde kurulmaları veya faaliyetleri için yapılan anlaşmalara muafiyet tanınıyor.

Müşterek sigorta veya müşterek reasürans birliklerinin kuruluşu, özellikle ölçüleri, seyreklikleri ve yeni olmaları nedeniyle karşılanmaları zor olan belirsiz sayıda rizikoyu üstlenmeyi amaçlıyor. Böylece, çok sayıda teşebbüsün pazara girmesine izin veriyor ve sonuç olarak rizikoları karşılama kapasitesini artırıyor.⁸¹ Bu sebep, Komisyonun muafiyet tanınan Teko Kararı⁸² ve Assurpol Kararlarında da⁸³ gösterilmiş.

kin Atom pools; havayolu taşımacılığı rizikolarına ilişkin Deutscher Luftpool; endüstriyel mühendislik alanında TEKO örnek olarak gösterilebilir.

⁸⁰ Esteva, C., p.19

⁸¹ a.g.e.

⁸² Decision of 20 December 1989, OJ, L. 13, 17.1.1990; 19th Report on

Müşterek sigorta birlikleri, sigorta şirketlerinden oluşur. Katılan tüm teşebbüsler namına ve hesabına belli riziko türleri için sigorta sözleşmeleri akdetmeyi üstlenirler veya belli riziko şekli için sigorta sözleşmesine katılan teşebbüslerden biri, ortak komisyoncu veya bu amaç için kurulmuş ortak bir organizasyon vasıtasıyla kendi adına ve kendi hesabına sözleşme akdeder (m. 10/2 a).

Müşterek reasürans birliği, icabı halinde bir veya birden fazla reasürans şirketinin iştirakiyle sigorta şirketinden oluşur. Bunlar, belli bir riziko türüyle ilgili mükellefiyetlerinin tümünü veya bir kısmını karşılıklı olarak reasüre ederler; ayrıca aynı riziko türü için tüm katılan teşebbüsler adına ve hesabına reasürans koruması sağlarlar (m. 10/2 b).

Müşterek sigorta birlikleri veya müşterek reasürans birlikleri, yaptıkları anlaşmalarla, müşterek sigorta veya müşterek reasürans birliklerinin konusunu oluşturan riziko türünü

Competition Policy 1989, p.56. TEKO, endüstriyel mühendislik sigortası alanında bir müşterek reasürans birliğidir.

⁸³ Decision of 14 January 1992, OJ, L. 37, 14.2.1992; XXII. Report on Competition Policy 1992, p.140. Assurpol, 65'in üzerinde sigorta ve reasürans şirketinin bir araya gelmesiyle kurulmuş, Çevre Kirlenme Rizikoları Sigortası Topluluğudur. Ayrıca bkz. Komisyonun P & I Clubs Pooling Agreement kararı, OJ. L. 376, 31.12.1985 ve OJ. C. 256, 14.8.1998

ve özelliklerini, birliğe kabul şartlarını, müşterek sigortalanan veya reasüre edilen rizikolar bakımından sigortacının kendi hissesini, iştirak eden teşebbüsün birlikten ayrılması için gerekli şartları, birliğin işleyiş ve yönetimi hakkında kuralları kararlaştırabilirler (m. 10/3).

Müşterek reasürans birlikleri, üstlenilen rizikoların müşterek reasürans birliğine girmeyen kısmını kararlaştırabilirler. Ayrıca müşterek birliğin idari masraflarının bölüşülmesini ve katılan teşebbüslerin ortak reasürör olarak faaliyetleri karşılığı kazançlarının bölüşülmesini kararlaştırabilirler (m. 10/4). Müşterek birliğe katılan her teşebbüsün, feshi ihbarda bulunarak en geç altı ay içinde birlikten ayrılma hakkı vardır (m. 11/1.b).

Tüzük, özel tür rizikoları karşılamanın gerektirdiği en az boyuta ulaşmak için gerekli olan tüm birlikleri muaf tutmuyor. Birliğe iştirak edenlerin pazar payı, belirtilen sınırı geçmemelidir. Birliğin üyeleri tarafından sigortalanan ürünler (bireysel olarak sigortacı tarafından veya birlik aracılığıyla), müşterek sigorta birliklerinde ilgili pazarın %10'unu, müşterek reasürans birliklerinde ilgili pazarın %15'ini aşmamalıdır (m.11/1.a). %10'luk ve %15'lik pazar payları, birliğe getirilmeyenler de dahil olmak üzere birliğe üye sigortacılar tarafından sigortalanan ürünleri kapsar.

Afet rizikoları ve ağırlaştırılmış rizikolarda, ilgili pazarın %10'luk ve %15'lik paylarının tespitinde yalnızca sigortacının birliğe getirdiği miktarlar hesaba katılır. Afet rizikolarında hasar nadir ve büyük çapta ortaya çıktığı için ve ağırlaştırılmış rizikolarda da zararın sıklığı yüksek olduğu için böyle bir istisna öngörülmüştür. Afet rizikoları ve ağırlaştırılmış rizikolardaki bu istisnanın uygulanabilmesi için, ilgili sigortacıların aynı pazarda başka birliğe katılmamaları gerekir (m.11/2).

Birliğin düzgün işlemesi için zorunlu olmaları nedeniyle, üyeleri arasındaki rekabet sınırlamalarına izin veriliyor. Birlik anlaşmalarındaki rekabeti sınırlayıcı şartlardan muafiyet kapsamında olanlar, müşterek sigorta birlikleri için m. 12'de ve müşterek reasürans birlikleri için m. 13'te düzenlenmiştir.⁸⁴ Bunlardan özellikle sigorta genel şartlarının ve sigorta primlerinin tespiti rekabeti sınırlayıcı olmalarına rağmen muafiyet tanınıyor. Müşterek sigorta birliklerinin işleyişi, katılan şirketlerin ortaklaşa kararlaştırarak aynı sigorta genel şartlarını ve eşdeğer brüt prim oranlarını uygulamalarını gerektiriyor. Müşterek reasürans birliklerinde ise, ortaklar sigorta genel şartlarını, riziko primini ve

müşterek reasürans birliğinin işleyiş masraflarını tespit ediyorlar. Fiyat rekabeti, müşterek sigorta birliklerinde ortadan kaldırılıyor, müşterek reasürans birliklerinde ise kaldırılmıyor. Tüzüğün m.11/1(a) hükmünde farklı pazar payları düzenlenmesinin nedeni de budur. Brüt prim oranlarının ortaklaşa tespiti, Avrupa Topluluğu Antlaşmasının m. 85/1 (a) (bilâhare Amsterdam Antlaşması m.81/1.a) hükmüne göre yasak olmasına rağmen, müşterek sigorta birliklerinin brüt prim oranlarını tespit etmelerine muafiyet tanınıyor. Müşterek sigorta ve müşterek reasürans birliklerinin kurulmasının getireceği faydalar nedeniyle, rekabeti bir ölçüde sınırlamalarına izin veriliyor. Çünkü bu birliklerin kurulması, birçok teşebbüsün pazara girmesini sağlayarak rekabeti pekiştiriyor ve özellikle ölçüleri, seyreklikleri ve yeni olmaları nedeniyle üstlenilmeleri zor olan rizikoların üstlenilmesi kapasitesini artırıyor.

d) Emniyet Tedbirlerinin Tetkiki ve Kabulü İçin Ortak Kurallar Tespiti

Genellikle sigortacılar, özel tür rizikoları üstlenmek veya özel sigorta şartlarını kabul etmek için, sigorta ettirenden emniyet tedbirleri uygulamalarını isteyebilirler.⁸⁵ Tüzüğün

⁸⁴ Komisyon, Tüzüğün kabul edilmesinden önce vermiş olduğu TEKO ve Assurpol kararlarında da bu şartlara muafiyet tanımıştır.

⁸⁵ Esteva, C., p.25. Türk Ticaret Kanununun 1293. maddesine göre, sigorta ettiren kimse zararı önlemeye,

V. başlığı sigortacılar arası anlaşmalarla veya sigortacı birliklerinin kararlarıyla teknik şartnameleri kararlaştırmalarına muafiyet tanıyor; ayrıca emniyet tedbiri şartnamelerinin oluşturulması ve onaylanması için yöntemler kararlaştırmalarına muafiyet tanıyor (m. 14).

Bu tür anlaşmalar, sigorta sektöründeki rekabeti nadiren sınırlar; fakat emniyet teçhizatının üreticileri veya bu teçhizatı kuran ve/veya satan teşebbüsler arasında önemli bir etki yaratabilir.⁸⁶ Sigortacının seçiminden, bazı teşebbüsler diğerlerinden fazla yararlanır. Tüzük, bu ayrımı önlemek için, sigortacılar arasında objektif kriterler kabul etmelerini ve bu kriterleri teşebbüsler arasında ayırım yapmaksızın uygulamalarını istiyor.

Sigortacılar normal olarak, emniyet tedbirlerinin teknik şartnameleri konusunda ulusal düzeyde anlaşılıyorlar; bu kriterleri Avrupa düzeyinde uygulamak için anlaşmak ve diğer üye ülkelerde uygulanması için karşılıklı olarak emniyet tedbirleri kabul etmek konusunda anlaşmak mümkün değildir. Bu, Topluluk içinde ürünlerin veya hizmetlerin serbest dolaşımını olumsuz etkileyebilir. Komisyon, genellikle üye ülkeler arasındaki farkları

azaltmaya ve hafifletmeye yarayacak tedbirleri almakla yükümlüdür. Alınan tedbirlerden doğan masraflar, sigortacı tarafından ödenir.

⁸⁶ Esteva, C., p.26, Gyselen, L., p.130

bu açıdan inceliyor ve diğer üye ülkelerde kararlaştırılan emniyet tedbirlerini kabul etmeye veya kendi kriterlerinin yasal mevzuata uygun olduğunu göstermeye sigortacıları zorlayabilmek için kabul edilen önlemleri muaf tutmuyor (m. 15).

Komisyon, emniyet tedbirlerine ilişkin sigortacılar arası anlaşmalar veya sigorta birliklerinin kararları konusunda, şimdiye kadar resmi bir karar almadı.

e) Hasarların Ödenmesine İlişkin İşbirliği Anlaşmaları

Çeşitli sigorta branşlarında sigortacılar için genel uygulama, hasarların ödenmesini kolaylaştırmak için aralarında anlaşmalarıdır. Hasarların ödenmesinin kolaylaştırılması iki şekilde olabilir. Sigortacılar, müşterilerinin sebep olduğu olaylardan doğan hasarların bedelini bölüşme yöntemlerine ilişkin anlaşmalar yapabilirler. Örneğin, araç sigortacıları hangi sigortacının müşterisinin kusurlu olduğu araştırılmaksızın, tarafların gördükleri zararların her bir sigortacı tarafından yarı yarıya ödenmesi konusunda anlaşabilirler.⁸⁷ Diğer tür anlaşmalar, her sigortacının kendi müşterisini doğrudan tazmin etme konusunda kurallar içerir. Her iki anlaşma birlikte de yapılabilir.⁸⁸

⁸⁷ Esteva, C., p.28

⁸⁸ a.g.e., p.29

Bu anlaşmalar, Avrupa Topluluğu Antlaşması m. 81/1 anlamında rekabeti sınırlayabilir. Bu kişiler, zararları telâfi etmek ve tek sigortacının müşterilerinin hasarlarını daha iyi karşılamaından elde edeceği avantajları azaltmak için tek örnek şartlar koyarlar. Ancak, Avrupa Topluluğu Antlaşması m. 81/3'e göre muaf tutulabilir.

Bu anlaşmalar sayesinde, kusurun hangi sigortalıda olduğu araştırılmadığı için, zamandan ve dava masraflarından tasarruf sağlanıyor. Bunlar hasarların ödenmesine bağlı olan ve sigortacılar maliyetlerini düşürmelerine izin veren idari yükümlülüğü de azaltıyor.⁸⁹ Bu anlaşmalar, fiyat dışı rekabeti ortadan kaldırıyor. Primlere ilişkin fiyat rekabetini ise etkilemiyor.⁹⁰

Komisyon, bu kategorideki anlaşmalarla ilgili şimdiye kadar resmî bir karar almadı; fakat gayri resmî şekilde bu konuyla ilgili birçok dava 1996'da sonuçlandı. Hasarların ödenmesinin kolaylaştırılması için yapılan bu anlaşmalardan sağlanan fayda, rekabetin kısıtlanmasından daha ağır basıyorsa, muafiyet tanınmaktadır.

f) Ağırlaşan Rizikolara İlişkin Bilgilerin Kaydedilmesi ve Mübadelesi

Sigorta sektöründe var olan

⁸⁹ a.g.e., p.31

⁹⁰ Gyselen, L., p.136

bilgilerin orantısızlığı, sigorta ürünleri arasındaki karşılaştırmalarının sağlıklı yapılması nedeniyle tüketicilerin aleyhinedir. Ancak özellikle bazı potansiyel müşterilerinin taşıdığı gerçek rizikolara ilişkin bilgilerin eksikliği nedeniyle sigortacılara da zarar verebilir. Bu bilgi eksikliklerini gidermek için sigortacılar, ağırlaşan rizikolara ilişkin bilgileri mübadele ederek bu amaçları için özel kayıtlar oluşturabilirler. Bu kayıtların tipik örneği araç sigortasındadır ve belirli sayının üstünde kaza yapan sürücülerin listelenmesidir.⁹¹

Ağırlaşan rizikolara ilişkin bilgilerin mübadelesi, sigortacılar arasında rekabeti sınırlamaya neden olacak gibi görünmüyor. Bu yalnızca, sigortacıların ağırlaşan rizikoları kabul ederlerken buna uygun olarak prim yüklemelerine izin verir. Buna rağmen, bu kayıtlar kısıtlayıcı kuralları da içerebiliyorlar. Ağırlaşan rizikolara ilişkin bilgilerin değişimi, sigortacılar arasında rekabeti sınırlayabilecek hassas bilgilerin mübadelesine yol açmaz.⁹² Ayrıca, sigortacının kayıtlarda bulunan kişilerden veya riziko kalemlerinden birini üstlenmesi, hiçbir şarta bağlı tutulamaz ve sigorta şirketleri ağırlaşan rizikolar için eşdeğer cezalar kararlaştıramazlar. Örneğin, bir sigortacı kazaya neden olan sürücünün sigorta

primini artırırsa ve bu sigortalı başka bir sigortacıya gitmeye karar verirse, sonraki sigortacı kendisine gelen sigortalıyı aynı ölçüde cezalandırmakla yükümlü tutulamaz.⁹³

Bu kayıtların rekabet kurallarıyla bağdaşması, kişisel bilgilerin korunmasına ilişkin ulusal hukuklara uygun olmasını da gerektirir.⁹⁴

Komisyon, bu kategorideki anlaşmalarla ilgili şimdiye kadar resmi bir karar almadı.

3) Birleşme ve Devralmaların Denetlenmesi

Avrupa Topluluğu Antlaşması, birleşmelerin, devralmaların ve pay iktisaplarının denetlenmesi, yani teşebbüslerin bu işlemler sonucunda, belirli merkezlerde toplanmasının kontrolü hakkında herhangi bir hüküm içermemektedir. Teşebbüsler arasında konsantrasyonun (merkezlerde toplanmanın) denetlenmesine ilişkin 4064/89 sayılı ve 21 Aralık 1989 tarihli Konsey Tüzüğü⁹⁵, Topluluk çapında birleşme ve devralmaların Ortak Pazarla bağdaşıp bağdaşmadığını denetleme yetkisini Komisyona veriyor. Gerekli incelemenin yapılabilmesi için, her türlü birleşme ve iktisabın Komisyona bildirilmesi öngörülmüş-

tür (m. 4.1).

Konsey Tüzüğü, Topluluk çapında olan birleşme ve devralmalara uygulanır. Bir birleşmenin Topluluk çapında sayılabilmesi için, aşağıdaki şartların gerçekleşmesi gerekir:

1) İlgili işletmelerin dünya çapındaki toplam cirolarının 5 milyar ECU'dan fazla olması,

2) Katılan işletmelerden her birinin Topluluk cirolarının 250 milyon ECU'dan fazla olması,

3) Katılan işletmelerin Topluluk çapındaki cirolarının üçte ikisinden fazlasını tek üye ülkeden sağlıyor olmaması gerekir.

Tüzükte, sigorta sektöründeki cironun brüt prime göre hesaplanacağı belirtiliyor.

Komisyon, bu tüzüğün kabul edilışinden itibaren 1997'ye kadar sigorta sektöründeki kırk dört birleşmeye izin verdi.⁹⁶ Hepsi, ilk inceleme sonunda izin aldı. Şimdiye kadarki birleşmeler, büyük pazar paylarına ilişkin olmadı. Sigorta pazarlarının çoğunun nispeten birleşmeye uygun olmayan doğası, sigorta

⁹⁶ Bkz. Allianz/Elvia/Lloyd Adriatico kararı, XXV. Report on Competition Policy 1995, s.169. Komisyon, Alman sigorta şirketi Allianz'ın İsviçre sigorta şirketi Elvia ve İtalyan sigorta şirketi Lloyd Adriatico'yu iktisap etmesine izin verdi. İzin gerekçesi olarak, birleşen şirketlerin pazar paylarının hakim durum yaratacağı ve Ortak Pazarın işlemeyle bağdaşacağı belirtildi.

⁹¹ a.g.e., p.33

⁹² a.g.e., p.34

⁹³ a.g.e., p.35

⁹⁴ a.g.e., p.36

⁹⁵ Council Regulation (EEC) No 4064/89 of 21 December 1989 on the control of concentrations between undertakings, OJ, L. 395, 30.12.1989

sektöründe neden şimdiye kadar hiçbir birleşmenin yasaklanmadığını açıklar. Bu ayrıca, hakim durumun kötüye kullanılmasını yasaklayan Avrupa Topluluğu Antlaşmasının 82. maddesi gibi diğer Avrupa Birliği rekabet kurallarının bu sektöre neden uygulanmadığını da açıklar.

Birleşme ve devralmaların kontrolünde, ilgili piyasanın (pazarın) tespiti önemlidir.⁹⁷ Komisyon, ürün piyasası bakımından reasürans, doğrudan hayat sigortası ve doğrudan hayat dışı sigortaların ayrı pazarlar olduğunu kabul etmektedir. Bu kategorilerin, sigortalanan riziko türlerine göre de bölünmesi gerekli görülmüyor.⁹⁸

Komisyon tarafından, içinde rekabet şartlarının yeterince homojen olduğu alan, coğrafi bakımdan piyasa olarak tanımlanmıştır.⁹⁹ Komisyon coğrafi piyasa bakımından, tedricen Topluluk içi rekabete açılabilir dahi doğrudan hayat sigortası ve doğrudan hayat dışı sigorta pazarının ulusal boyutu olduğunu belirtiyor.¹⁰⁰ Reasü-

rans için coğrafi piyasa ise dünya çapındadır.¹⁰¹

Piyasadaki rekabet ve yetersiz hasar rezervleri, şirketleri birleşmeye zorlamıştır. Dünyadaki birleşmeler genellikle daha çok sigorta şirketleri arasında gerçekleşmektedir; satın almalar ya da ele geçirmeler ise reasürans şirketleri arasında gerçekleşmektedir.¹⁰² Artan uluslararası rekabet sonucunda, kolay ulaşılabılır dağıtım kanalları oluşturmak amacıyla ve faaliyet gösterdikleri bölge dışına ulaşabilmek için hedef bölgelerdeki şirketlerle birleşmeler gerçekleştirerek, bu bölgelerdeki şirketin dağıtım kanallarını kullanabilmek amacını gütmektedirler.¹⁰³

Sonuç ve Öneriler

İktisadi rekabet, ticari ve sınai ilerlemeyi teşvik etmekle beraber, tüketicilere de fayda sağlar. Bu nedenle hukukumuz, doğru ve dürüst şekilde yapılan rekabete izin vermektedir. İktisadi rekabet ortamında müşteri celbi için, mal ve hizmetler uygun şartlarla ve kaliteli şekilde sunulmaktadır. Rekabetin Korunması Hakkında Kanun, rekabeti mal ve hizmet piyasalarındaki teşeb-

büsler arasında özgürce ekonomik kararlar verilebilmesini sağlayan yarış olarak tanımlamıştır. Rekabet ortamı olmasaydı, teşebbüsler teknolojilerini geliştirmek, daha iyi mal ve hizmet sunmak konusunda fazla çaba göstermeyebilirdi. Hukuka aykırı şekilde yapılan rekabet ise rakiplere, tüketicilere ve ülke ekonomisine zarar verebilir.

Anayasanın 167. maddesine uygun olarak piyasalarda fiili veya anlaşma sonucu doğacak tekelleşme ve kartelleşmeyi önlemek amacıyla ve Avrupa Birliği Rekabet Hukuku ile uyum çalışmaları sonucu 13 Aralık 1994 tarihinde 4054 sayılı Rekabetin Korunması Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde mal ve hizmet piyasalarında faaliyet gösteren tüm teşebbüsler açısından rekabetin korunmasını sağlamayı amaçlayan Rekabetin Korunması Hakkında Kanun hükümleri, bir hizmet sektörü olan sigorta sektöründe faaliyette bulunan sigorta teşebbüsleri için de uygulanabilir. Böylece, sigorta teşebbüslerinin aralarında yaptığı rekabeti engelleyici, bozucu veya kısıtlayıcı anlaşmalar, uyumlu eylemler ve sigorta teşebbüsleri birliklerinin kararları yasaktır. Sigorta şirketlerine özgü denetim mekanizmaları yanında, Rekabet Kurulu da Rekabetin Korunması Hakkında Kanuna dayanarak sigorta sektöründe rekabetin ko-

⁹⁷ İlgili ürün ve hizmet piyasasının tespitiyle ilgili kriterler için bkz. Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.375 vd.; Aslan, İ.Y., RKHK, s.96 vd.

⁹⁸ Bkz. 20 Aralık 1996 tarihli AXA/UAP kararı, IV/M. 862.

⁹⁹ Bkz. 27/76 sayılı United Brands Company/Komisyon kararı, ECR 1978, s.207; Tekinalp, Ü., Tekinalp/Tekinalp, AB Hukuku, s.380

¹⁰⁰ Esteve, C., p.42

¹⁰¹ a.g.e., p.43

¹⁰² Kürklü, K., "Dünya Reasürans Piyasalarındaki Yeni Gelişmeler ve Trendler (Türk Sigorta Piyasası İçin Bazı Çıkarımlar)", Reasürör, Ocak 1997, S.23, s.15

¹⁰³ a.g.e., s.16

runması açısından denetimi sağlayacaktır.

Sigorta şirketlerinin anlaşarak brüt sigorta primlerini kararlaştırmaları, pazarı paylaşmaları, diğer sigorta şirketlerinin faaliyetlerini zorlaştırmaları, eşit hak, yükümlülük ve edimler için eşit durumdaki kişilere farklı şartlar uygulamaları ve sigorta sözleşmesi yaparken başka sigorta sözleşmelerinin de kendileriyle yapılmasını zorunlu tutmaları, rekabeti sınırlayıcı olduğu için yasaktır. Sigorta teşebbüslerinin hakim durum yaratmaya yönelik birleşmeleri de yasaktır; Rekabet Kurulu'ndan izin alınarak birleşme ve devralmalara hukuki geçerlilik kazandırılabilir. Kanunun kabul edilişi ve Rekabet Kurulu'nun teşekkülü yeni olduğu için, sigorta sektörüyle ilgili yayınlanmış kararı yoktur.

Sigorta Murakabe Kanunu ve Türk Ticaret Kanunu'nun sigorta hukukuna ilişkin hükümleri, sigortalıların haklarını korumanın yanında sigorta sektöründe rekabetin korunmasını da dolaylı olarak sağlar. Özellikle Sigorta Murakabe Kanunu'ndaki şartların ve sigorta murakabe makamlarının, bu konudaki rolü büyüktür. Sigorta şirketlerinin serbest rekabet esaslarına göre çalışması, ancak sigortalıların menfaatlerini koruyucu hükümlerle ve devletin etkili bir denetimi sayesinde olur.¹⁰⁴ Si-

gorta şirketlerinin kuruluşundan sona ermesine kadarki denetim mekanizmaları, bu sektördeki rekabeti de nispeten sağlamış olur. Aynı durum, Avrupa Birliği için de söz konusudur. Avrupa Birliği Komisyonu'nun önüne, diğer sektörlerle nazaran sigorta sektörüyle ilgili az sayıda olay gelmiştir.

21 Aralık 1992 tarihinde Avrupa Birliği Komisyonu, 3932/92 sayılı sigorta sektöründeki anlaşma, karar ve uyumlu eylemlerin bazı kategorilerine ilişkin grup muafiyet tüzüğünü kabul etti. Bu tüzükle, sigorta şirketlerinin anlaşmalarıyla veya sigorta şirketleri birliklerinin kararlarıyla riziko primi tarifelerinin tespiti, genel sigorta şartları için örnekler oluşturulması, belli riziko türlerinin ortaklaşa üstlenilmesi, emniyet tedbirlerinin tetkiki ve kabulü için ortaklaşa kurallar oluşturulması rekabet kurallarıyla bağdaşır kabul edildi ve muafiyet tanındı. Türkiye, Gümrük Birliği Anlaşmasıyla, Avrupa Birliği grup muafiyet tüzüklerine ilişkin düzenlemeler yapmakla ve Avrupa Topluluğu makamlarınca geliştirilen içtihat-hukukunda yer alan ilkelerin Türkiye'de uygulanmasını sağlamakla yükümlüdür. 3932/92 sayılı Tüzüğe uygun düzenleme henüz yapılmamakla birlikte bu konudaki çalışmalar Rekabet Kurulu'nca sürdürül-

mektedir. Bu konuda grup muafiyet tüzüğü henüz kabul edilmemekle birlikte, sigorta şirketleri arasında yapılan ve rekabeti sınırlayan anlaşmalar, sigorta hizmetlerinin sunulmasında iyileşmeler sağlıyorsa veya teknik ya da ekonomik gelişmeye katkıları varsa ve tüketiciler bundan yarar sağlıyorlarsa, bu anlaşmalara ilişkin bireysel muafiyet kararları verilebilir.

Avrupa Birliği'ne girmeye aday olan Türkiye'nin bu Birliğe entegrasyonunu kolaylaştırmak ve rekabet gücünü sağlayabilmek için, Avrupa Birliği hukukuna uyumunu sağlayan sigorta sektörüyle ilgili mevzuat düzenlemelerinin yapılması gerekir. Yüz yılı aşkın süredir faaliyetini sürdüren Türk sigorta sektörünün, ekonomisini geliştirmiş ülkelerdeki düzeye çıkarılabilmesi için gerekli önlemlerin alınması gerekir. Çünkü zamanla dış rekabet de, bu sektörde etkilerini gösterecektir.

Dünyada ve Türkiye'de şirketlerin birleşmelerinin yaşandığı bir ortamda, dünyada sigorta şirketlerinin birleşmeler ile güçlendikleri ve rekabette daha fazla avantaj sağladıkları görülürken, Türk sigorta sektöründe sigorta şirketi ve aracılarının sayısı artmakta ve bu da fiyat rekabetini artırmakta ve sigorta şirketleri ile aracılardan güçlü bir yapıya sahip olmasını engellemektedir.¹⁰⁵ Türk

¹⁰⁴ Andaç, M., "Sigorta Şirketleri Üzerindeki Devlet Müdahalesinin Da-

yanacağı", *Reasürör*, Ekim 1997, S.26, s.14

¹⁰⁵ Yücesan, M., s.35

sigorta şirketleri, birleşmeler ve satın almalar şeklinde değil de, stratejik işbirliği ya da ortaklıklar kurarak, rekabet güçlerini koruyabilirler. Küçük şirketler, mühendislik işleri gibi belirli dallarda stratejik işbirliğine giderek, kapasite problemlerini çözüp, piyasada rekabetçi varlıklar oluşturabilirler. Büyük şirketler ise, bu yolla mevcut rekabetçi yapılarında pazardaki liderliklerini koruyup, oligopol olan sigorta piyasasındaki üstünlüklerini sürdürebilirler.¹⁰⁶

Avrupa sigorta sektöründe yenilikleri, seyreklikleri ve büyüklükleri nedeniyle üstlenilmesi zor olan rizikoları ortaklaşa üstlenmek için, müşterek sigorta birlikleri ve müşterek reasürans birlikleri kurulmaktadır. Bu birlikler, çok sayıda teşebbüsün pazara girmesine izin veriyor ve sonuç olarak rizikoları karşılama kapasitesini artırıyor. Böyle birliklerin kurulması ve yaygınlaşması, Türk sigorta sektörü için de yararlar getirir. Ülkemiz açısından özellikle çevre sorumluluk sigortaları ile afet rizikoları için ve nükleer santallerin kurulmasıyla nükleer rizikolar için birliklerin (pool'ler) kurulması gereklidir.

Sigorta şirketlerinin gelirleri ile ödemeleri arasındaki zaman ve miktar farkı nedeniyle, şirketlerin ellerinde fonlar oluşmakta, bunlar yatırım veya kredi olarak kullanılabilir.

tedir. Sigorta fonlarının oluşumuna en önemli dayanağı teşkil eden hayat sigortaları, hemen hemen tamamen uzun vadeli yatırımlara kanalize edilebilmektedirler ve bu nedenle ülke ekonomisine katkıları büyüktür. Hayat sigortalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gereklidir. Zorunlu sigortaların da geliştirilmesi gereklidir. Sigorta Murakabe Kanunu'nun 29/2. maddesi gereğince, Bakanlar Kurulu'nun kamu yararı açısından gerekli gördüğü sigorta türlerini tespit ederek zorunlu hale getirme yetkisini kullanması gerekir. Zorunlu sigortalar yoluyla, ülke sigortacılığının gelişmesi ve tüketicilerinin korunması yanında, ülke ekonomisine fon sağlanacaktır. Sigortacılık, sosyal yönü ağır basan bir iktisadi faaliyet olduğu için, zorunlu sigortalar ve prim oranları tespit edilirken, ekonomiye sağlayacağı fon katkısından çok; toplumun ihtiyaçları göz önünde tutulmalıdır.

Sigorta sektöründe rekabetin düzenlenmesiyle ilgili en önemli etken, sigorta primlerinin tespitidir. Bazı sigorta türlerinin primleri için, serbest tarife sistemi getirilmiştir. Sigorta Murakabe Kanunu'nun 26. maddesine göre, hayat sigortaları ile süresi bir yılı aşan sağlık sigortaları ile zorunlu sigortalar dışında kalan sigorta sözleşmelerinde uygulanacak tarifeler sigorta şirketi tarafından serbestçe belirlenir. Serbest tarife sistemi, uygulamada

aşırı rekabet nedeniyle fiyat indirimlerine sebep olmuştur. Serbest tarife sistemine ilişkin tecrübelerin elde edilmesi sırasında, sigorta sektörünün ve sigortalıların menfaatlerinin korunması bakımından olumsuz sonuçlara varılacağına anlaşılması halinde, Hazine Müsteşarlığı'nın bağlı olduğu Bakanlığın Sigorta Murakabe Kanunu'nun 26. maddesindeki tarife sistemine ilişkin yetkisini kullanması gerekir. Serbest tarife sistemi, denetimsiz olarak uygulanmamalıdır.

Serbest rekabette kaynaklanan büyük fiyat düşüşlerinden olumsuz etkilenme, bireye yönelik sigortacılığın yaygınlaşmasıyla azalacaktır.¹⁰⁷ Sigortacılığın tanıtılması ve geliştirilmesi olanakları araştırılmalıdır.

Rekabette en etkili araç olan prim oranlarının tespiti için, istatistiksel veriler çok önemlidir. İstatistiksel verilerin noksanlığı nedeniyle yaşanan zorlukların aşılabilmesi için, sigorta verilerine ilişkin bilgi işlem donanımının kurulması ve bundan yararlanılması yönünde çalışmalar yapılarak bir bilgi bankası kurulmalıdır. Şirketler arasında istatistiksel verilerin mübadelesi için düzenlemeler yapılmalıdır.

¹⁰⁷ Demiralp, S., "Devletin Sigorta Sektörüne Bakışı", Hayat Sigortası Semineri, Boğaziçi Üniversitesi Dış İlişkiler Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul, 22-23 Mayıs 1991, s.15

¹⁰⁶ Kürklü, K., s.19

Sonuç olarak, sigorta sektöründe rekabetin düzenlenmesi için, gerekli hukuki düzenlemelerin yapılması, etkin denetimin sağlanması ve sigortacılığın tanıtılarak yaygınlaştırılması gereklidir. Sigortacılık güvene dayanan bir müessese olduğu için, sigorta şirketlerinin işlevlerini yerine getirmeleri için mali bakımdan sağlam bünyeye sahip olmaları gerekir. Bu sektörde rekabetin bozulması, sigorta şirketlerinin ekonomik güçleri açısından dengesizlik yaratır ve bazı şirketlerin mali bünyelerini bozar. Sigorta hizmetlerinin doğru ve dürüst şekilde yürütülmemesi, toplumun sigortacılığa güvenini zedeleyeceği için, devletin bu sektöre yönelik denetimi en iyi şekilde yerine getirerek sigortacılığa güveni her zaman koruması gerekir. Sigorta şirketlerine özgü hukuki düzenlemeler yapmak ve sektörü denetime tâbi tutmak; sektörün gelişmesini sağlamak ve böylece ülke ekonomisine katkısını artırmak ve sigortalıların menfaatlerini korumak içindir.

Esin Gürbüz GÜNGÖR

Araştırma Görevlisi

Ege Üniversitesi

İ.İ.B.F. İşletme Bölümü

Ticaret Hukuku Anabilim Dalı

Kaynaklar

- Andaç, Münevver, "Sigorta Şirketleri Üzerindeki Devlet Müdahalesinin Dayanağı", *Reasürör*, Ekim 1997, S.26, s.4-15
- Arseven, Haydar, "Sigorta Hukuku", 2. Baskı, İstanbul 1991
- Aslan, İ. Yılmaz, "Avrupa Topluluğu Rekabet Hukuku", Ankara 1992 (AT Rekabet Hukuku)
- Aslan, İ. Yılmaz, "Rekabet Hukuku ve Rekabetin Korunması Hakkında Kanun", Bursa 1997 (RKHK)
- Bahtiyar, Mehmet, "Sigorta Poliçesi Genel Koşulları", *BATİDER*, 1997, C. XIX, S.2, s.91-108
- Bellamy, C./Child, G., "Common Market Law of Competition", 4th Edition, London 1993
- Bozer, Ali, "Sigorta Hukuku", Ankara 1981
- Brodgate, Robert/White, Fidelma, "Commercial Law", 4th Edition, Hampshire 1998
- Clarke, Malcolm, A., "The Law of Insurance Contracts", 3rd Edition, London 1997
- Demiralp, Selçuk, "Devletin Sigorta Sektörüne Bakışı", *Hayat Sigortası Semineri*, Boğaziçi Üniversitesi Dış İlişkiler Araştırma ve Uygulama Merkezi, İstanbul 22-23 Mayıs 1991, s.13-16
- Ecer, Hayati/Zaim, Turan, "Sigortacılık Sektörümüzün Sorunları ve Çözüm Önerileri", *Reasürör*, Ekim 1997, S.26, s.16-28
- Esteve, Carles, "The Application of EU Competition Rules to the Insurance Sector, Past Development and Current Priorities", *British Insurance Law Association Journal*, 1.3.1997
- Gökdere, A., "Bankacılar İçin Ekonomi Bilgisi", Ankara 1997
- Günüşur, H., "Avrupa Birliğinin Kurucu Anlaşmaları, Gümrük Birliği ve Tek Pazar", *Avrupa Birliği El Kitabı*, 2. Baskı, Ankara 1995
- Gyselen, Luc, "EU Antitrust Law in the Area of Financial Services", New York 1997
- Kender, Rayegân, "Türkiye'de Hu-

susi Sigorta Hukuku I, Sigorta Müessesesi-Sigorta Mukavelesi", 6. Baskı, İstanbul 1999

- Kürklü, Kemal, "Dünya Reasürans Piyasalarındaki Yeni Gelişmeler ve Trendler (Türk Sigorta Piyasası İçin Bazı Çıkarımlar)", *Reasürör*, Ocak 1997, S.23, s.14-19
- Martinek, Michael, "Moderne Vertragstypen, Band III: Computerverträge, Kreditkartenverträge sowie moderne Vertragstypen", München 1993
- Müftüoğlu, Tamer, "İşletme İktisadi", Ankara 1989
- Poroy/Tekinalp/Çamoğlu, "Ortaklıklar ve Kooperatif Hukuku", 7. Baskı, İstanbul 1995
- Stockenhuber, P., "Die Europäische Fusionskontrolle", Baden-Baden 1995
- Tekinalp, Ünal/Tekinalp, Gülören, "Avrupa Birliği Hukuku", İstanbul 1997
- Ulaş, Işıl, "Uygulamalı Sigorta Hukuku, Mal ve Sorumluluk Sigortaları", 2. Baskı, Ankara 1998
- Vincenz, C., "Law of European Community", 1996
- Whish, R., "Competition Law", 3rd Edition, London 1993
- Yongalıklar, Aynur, "Çevre Sorumluluk Sigortası", Ankara 1998
- Yücesan, Mert, "Dünyada ve Türkiye'de Aracılık Sistemleri ve Öneriler", *Reasürör*, Ocak 1999, S.31, s.34-48

Kısaltmalar

ATM	Avrupa Topluluğu Mahkemesi
BATİDER	Banka ve Ticaret Hukuku Dergisi
Bkz.	Bakınız
EC	European Community
ECR	European Court Reports
EEC	European Economic Community
m.	madde
OJ	Official Journal of the European Communities
p.	paragraf
RKHK	Rekabetin Korunması Hakkında Kanun
s.	sayfa
S.	Sayı
vd.	ve devamı

Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi

Giriş

Bir ülkenin özel sağlık sigortası sektörünün gelişimini, o ülkenin devlet sağlık sisteminin kapsamı, kalitesi, ulaşılabilirliği belirlemektedir. Özel sağlık sigortaları genellikle devletin sağlamış olduğu teminatlara ek güvence vermek, daha kaliteli sağlık kuruluşlarında tedavi görebilmeyi sağlamak ve devlet sisteminin kapsamadığı alanları teminat altına almak amacıyla kullanılmaktadır.

Avrupa'da ülkelerin devlet sağlık sistemleri ve buna bağlı olarak özel sağlık sigortası piyasaları farklı özellikler taşımaktadır. I. Bölüm'de Avrupa Birliği ülkelerinin devlet ve özel sağlık sigortası sistemleri incelenmiştir. II. Bölüm'de Türkiye'deki devlet ve özel sağlık sistemlerine değinilmiş; III. Bölüm'de ise Türkiye'de yapılan sağlık sigortası sistemi reform çalışmaları üzerinde durulmuştur. IV. Bölüm'de Türkiye'de devlet ve özel sağlık sigortası sistemleri ile ilgili öneriler yer almaktadır.

I. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMLERİ

Avrupa Birliği, birçok konuda Avrupa ülkelerinin standart uygulamalar içinde bulunmalarını sağlamayı hedeflemekte ise de bu durum sağlık sistemleri için geçerli olamamaktadır. Her ülkenin kendine özgü devlet sağlık sistemleri gelecekte de standart bir sağlık sistemi uygulamasına imkân vermeyecek gibi görünmektedir. Devlet sağlık sistemi, özel sağlık sigortası sektörünün belirleyicisi konumunda olduğundan, bu durum sektörün gelişimini de etkilemektedir. Bu konuda ortak olan noktalardan biri ve en önemlisi hemen hemen her ülkede özel sektörün bu konuda daha fazla role sahip olmasını sağlayıcı reform tedbirleri alınmıyor olmasıdır. Nüfusun gelişimi, hayat beklentisinin artması, tıbbi bakım maliyetleri ve gelişen tıp teknolojisi, devletlerin sağlık bakım maliyetlerini azaltmalarını ve bu harcamaları özel sağlık sigortası sektörüne devretmeleri-

ni gerektirmektedir. Avrupa ülkelerindeki farklı sistemlere rağmen Avrupa Birliği mevzuatı ile Avrupa sigorta tek pazarı oluşturulması çabaları bulunmaktadır.

Avrupa Birliği İlgili Direktifleri

Avrupa Birliği direktifleri incelendiğinde, Özel Sağlık Sigortasının (PMI - Private Medical Insurance) hayat dışı, Uzun Süreli Bakım (LTC-Long Term Care) ve Ölümcül Hastalık Sigortalarının ise hayat sigortası kapsamında yer aldığı görülmektedir. Avrupa Birliği direktifleri ile; sigortalılar herhangi bir üye ülkeden ruhsat almış bir sigorta şirketinin herhangi bir sigorta poliçesini alma hakkına sahiptirler. Herhangi bir üye devletten ruhsat alan sigorta şirketleri, kuruluş özgürlüğü ve hizmet verme özgürlüğü prensipleri dahilinde, tüm Avrupa Birliği ülkelerinde poliçe satışında bulunabilirler. Sigorta şirketleri fiyat, ürün ve hizmet konularında serbest rekabet hakkına sahiptir.

Rekabeti engelleyici tüm engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Sigorta sektörünü düzenleyici direktiflerin gelişim süreci incelendiğinde: 1. Hayat ve 1. Hayat-dışı Koordinasyon Direktifi, Genel Müdürlükleri Avrupa Birliği ülkelerinde bulunan (ana şirket ya da hissedarları Avrupa Birliği dışındaki ülkelerden olanlar dahil) sigortacılara yönelik olarak hazırlanmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinden biri tarafından ruhsat verilmiş bir sigorta şirketinin Avrupa Birliği'ndeki diğer ülkelerde de faaliyet gösterebilmesi için her bir ülkeden izin almak koşulunu getirmiştir. Bu direktiflere göre, ülkeler piyasaya girişi engellemek gibi sebeplerden dolayı ruhsat veremeyi reddedemezler. Ayrıca, teknik karşılıklar ve yükümlülük karşılama yeterliliği konularında bu direktifler yoluyla sistem oluşturulmuştur. 2. Hayat ve 2. Hayat-dışı Hizmetler Direktifi, başka bir Avrupa Birliği ülkesinde şube açma konusunda oluşturulan sistem ile ilgilidir. Ayrıca, bir ülkede kurulmuş sigortacıya diğer bir ülkedeki riskleri o ülkede resmi bir şekilde kurulmadan üstlenebilme imkânı sağlar. Bu durum sınırlar arası pazarlamaya imkân vermektedir. 3. Hayat ve 3. Hayat-dışı Direktifleri temel direktifler olarak bilinmektedir. Buna göre, bir Avrupa Birliği ülkesinden izin alan bir sigortacı, Avrupa Birliği'nin diğer ülkelerinde şube

açmak, iş yapmak için her ülkeden ayrı bir izne ihtiyaç duymayacaktır. Bu Tek Lisans kavramı ile şirketin merkezinin bulunduğu (home) ülke Avrupa Birliği çapında şirketlerin denetim ve kontrolünden sorumlu olur. Diğer ülkeler bu sigortacıyı denetleme sorumluluğuna sahip değildir. Ancak şirketler her ülkenin tüketici kanunlarına uymak zorundadır. Üye ülkeler prim tarifelerini ve poliçelerdeki ifadeleri kontrol edemeyeceklerdir. Bu temel direktifler 1992 yılında benimsenmiş ve çeşitli ülkelerin kendi kanunlarına da uyarlanmaya başlanmıştır. Temmuz 1994'ten itibaren İspanya ve Portekiz gibi bazı ülkeler dışında uygulamaya konmuştur.

Devlet Sağlık Harcamalarında Artış ve Özel Sektöre Yönelim

Tıbbın ve sağlık koşullarının gelişmesi hayat beklentisinin artmasını sağlamaktadır. Dünya Bankası tarafından yapılan bir araştırma, 1990 yılında OECD ülkeleri toplam nüfusunun %17'sinin 60 yaşın üzerindeki kişilerden oluştuğunu, 2030 yılına kadar da bu oranın %31'e ulaşacağını ortaya koymaktadır (European Health Insurance Markets, Financial Times, Financial Publishing, 1996-S.20). Bazı Avrupa Birliği ülkelerinde doğumda hayat beklentisi gelişimi incelendiğinde oluşan tablo şu şekilde-

dir: Almanya'da 1980 yılında erkekler için 70 yaş iken, 1995 yılında 73'e; kadınlarda 1980 yılındaki 76.6 yaş, 1995 yılında 79.5'e yükselmiştir. Fransa'da erkekler için 1980 yılında 70.2 iken 1996 yılında 74'e; kadınlarda 1980 yılında 78.4 iken 1996 yılında 81.9'a çıkmıştır. İsveç'te de erkekler için 1980 yılında 72.8'den 1996 yılında 76.5'e, kadınlarda ise 1980 yılında 78.8'den 1996 yılında 81.5'e yükselmiştir (OECD Health Data-1997).

Yaşlı nüfus iki sebepten sistemi olumsuz etkileyecektir. Birincisi, yaşlıların gençlere oranla tedaviye daha sık ihtiyaç duyuyor olmasıdır. İkinci sebep ise yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, vergi ödeyenlerin payında bir düşüş anlamına da gelebilecek, bu da gelirlerde bir düşüşe sebep olacaktır. Bunun yanı sıra çocuklar, öğrenciler ve işsizler de dikkate alındığında, kamu harcamaları ve vergi ödeyenler üzerindeki yükün giderek ağırlaşmakta olduğu da açıkça görülmektedir. 20 yaşından küçük ve 65 ve daha büyük yaşta olan nüfusun, 20-64 yaş arası nüfusa oranını gösteren bağımlı ve pasif oranı 1994 yılı rakamlarına göre bazı ülkelerde şu şekildedir: Fransa'da 70.5, İsveç'te 73.1, İngiltere'de 70.3 ve Almanya'da 58.1 (OECD Health Data-1997). Bu rakamlar da yukarıdaki görüşü doğrulamaktadır. Almanya'nın düşük oranının, 20 yaşından küçük nüfusun azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 1:Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Harcamaları

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamaları 1995-mio \$	Kişi Başına Topl. Sağlık Harcaması. 1995 \$	Sağlık Harcaması Kamu Payı % (1995)
Avusturya	18.350	2.281	75.6
Belçika	21.525	2.126	87.8
Danimarka	11.012	2.108	82.7
Finlandiya	9.640	1.888	74.7
Fransa	151.998	2.616	80.6
Almanya	152.066	3.089	78.4
Yunanistan	6.606	632	75.8
İrlanda	4.113	1.160	80.8
İtalya	84.101	1.470	69.6
Lüksemburg	1.212	2.978	92.8
Hollanda	34.559	2.232	77.1
Norveç	11.656	2.691	82.8
Portekiz	8.272	843	60.5
İspanya	42.743	1.079	78.2
İsveç	16.715	1.902	81.6
İngiltere	76.935	1.325	84.3
TOPLAM	651.503		

Kaynak: OECD Health Data-1997

Avrupa Birliği genelinde toplam sağlık harcamalarının 651.5 milyar dolar olduğu ve en büyük oranların sırasıyla Almanya, Fransa, İtalya ve İngiltere'ye ait olduğu görülmektedir. Ayrıca devletin toplam sağlık harcamalarındaki payı da, özel sağlık sigortasının gelişmiş olduğu ülkelerde bile %70'lerin üzerindedir (Portekiz %60.5 ile en düşük orana sahiptir). (Tablo 1)

Tablo 2'de Avrupa Birliği ülkelerinde 15 yıllık dönem içinde toplam sağlık harcamalarındaki artışlar görülmektedir. Uzun süreli bir karşılaştırma olması sebebiyle döviz kuru değişimlerinin etkisi olabileceği düşüncesi ile her ülkenin kendi para biriminin

GSYİH deflatörü ile reel hale getirilmiş değerleri kullanılmıştır. 1990-1995 döneminde Finlandiya ve İsveç'teki düşüş dışında diğer ülkelerde reel artışlar olduğu görülmektedir.

Sağlık harcamalarındaki artışlar incelenirken, bu dönemlerdeki nüfus artışı, sağlık harcamaları fiyat artışları ve genel enflasyon oranı arasındaki nispi artış oranı, sağlık hizmetlerinin kullanım hacmindeki değişim de dikkate alınmalıdır. 1985-1990 ve 1990-1995 dönemleri arasında bu ülkelerdeki nüfus artışları incelendiğinde, kimi ülkelerde düşüşe de rastlanmakla beraber, nüfus artış oranlarının %0-4 arasında değiştiği görülmektedir. 1990-1995 yılları arasında Almanya'da meydana gelen %29'luk artışın ise Doğu Almanya ile birleşimin yarattığı istisnai bir artış olduğu düşünülmektedir. Bu durumda nüfus artışının Almanya dışında büyük bir etken olmadığı söylenebilecektir. Artış oranları genel enflasyon oranından arındırılmış olduğundan, sağlık harcamaları enflasyonu bir faktör olabilecektir. Ayrıca yaşlı nüfusun artması ile sağlık hizmetlerin-

Tablo 2 : Avrupa Birliği ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının gelişimi (her ülkenin ulusal parasının 1990=100 alınarak hazırlanan GSYİH deflatörü ile reel hale getirilmiş - milyon birim)

Ülkeler	1985	1990	1985-90 Değişim %	1995	1990-95 Değişim %
Avusturya	103,415	128,074	23.84	156,515	22.21
Belçika	409,612	490,400	19.72	550,689	12.29
Danimarka	46,741	51,590	10.37	56,139	8.82
Finlandiya	31,811	41,093	29.18	38,357	-6.66
Fransa	474,061	577,042	21.72	678,113	17.52
Almanya	194,046	217,075	11.87	301,031	38.68
Yunanistan	480,887	552,835	14.96	821,609	48.62
İrlanda	1,711	1,810	5.79	2,316	27.96
İtalya	80,022,365	106,471,000	33.05	107,190,361	0.68
Lüksemburg	15,556	22,667	45.71	31,523	39.07
Hollanda	34,902	43,006	23.22	50,253	16.85
Norveç	43,911	56,329	28.28	68,439	21.50
Portekiz	473,979	630,000	32.92	848,618	34.70
İspanya	2,285,555	3,467,825	51.73	4,089,932	17.94
İsveç	109,270	119,281	9.16	100,507	-15.74
İngiltere	27,317	32,998	20.80	40,475	22.66

Kaynak : OECD Health Data - 1997

den yararlanma oranının artması da bir faktör olarak görülebilecektir.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranını incelediğimizde ise, 1995 yılı verilerine göre bu oranın birçok Avrupa Birliği ülkesinde %7-8 arasında değiştiği görülmektedir. Almanya %10.4 ile en yüksek orana sahip iken, Fransa %9.9 ile ikinci sırada yer almaktadır. En düşük oranlar %5.8 ile Yunanistan, %6.4 ile İrlanda'ya aittir.

Mevcut kamu sağlık sistemlerinin bu değişimin altından kalkamayacağı gözlenmekte ve tüm Avrupa çapında sosyal güvenlik sistemlerinde bir yeniliğe gidileceği beklenmektedir. Avrupa Birliği'ne dahil olmanın getirdiği ek maliyetler de sağlık harcamalarının devlet üzerindeki yükünü azaltma eğilimini güçlendirmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde tıbbi bakım maliyetlerinin düşürülmesi kapsamında teminatların indirilmesinin yanı sıra yeni sigorta türleri de ortaya çıkmaktadır. Örneğin Uzun Süreli Bakım teminatı, önceleri devlet tarafından verilirken, yaşlı nüfus oranındaki artış ve bakım evlerinin maliyetlerinin yükselmesi sebebiyle bu teminatın özel sektöre devredilmesi eğilimi oluşmuştur. Bunun en yoğun yaşandığı ülke olan Almanya'da Uzun Süreli Bakım teminatı 1.1.1995'ten itibaren zorunlu hale getirilmiş ve izleyen yıllarda bu teminatın özel sektörde satışında büyük artışlar meydana gelmiştir.

Hollanda ve Fransa'da da benzer uygulamalara rastlanmaktadır. Ancak Yunanistan, İtalya ve İspanya gibi ülkelerde kültürel olarak yaşlılara yakınlarının bakması eğilimi olduğundan, bu teminat için talep düşük olacaktır.

Devlet tarafından alınan çeşitli tedbirlerin, özel sektörün gelişimine imkân hazırlayacak şekilde olacağı tahmin edilmektedir. Bağımsız, kâr amacı gütmeyen mütüel şirketlerin yoğun olduğu ülkelerde ise bu olumlu etkinin daha az yaşanacağı düşünülmektedir. Mütüel şirketlerin yoğun olduğu ülkelerde, sağlık sigortası sektörü gelişmiş bile olsa, özel sektöre yaratılacak potansiyele, piyasanın %10'u civarında olacağı tahmin edilmektedir. Ancak istisnai bir durum olarak özel sağlık sigortalıların nüfus içindeki oranı Hollanda'da %31, Avusturya'da %34 olmuştur (European Health Insurance Markets, Financial Times, Financial Publishing, 1996). Özel sektör için potansiyelin, beklemeden, daha kaliteli bakıma ulaşmak isteyenler ve tamamlayıcı ek teminat almak isteyenlerden oluşacağı beklenmektedir. Ülkenin sistemine bağlı olmakla beraber, sağlık harcamalarındaki artış ve insanların daha iyi hizmet alma isteği, özel sigorta alma eğilimini artırıcı etki yapacaktır. Öte yandan, ödenen tazminatlar açısından düşündüğümüzde, özellikle Danimarka ve Fransa'da hasar/prim oranının

1990-1994 yılları arasında oldukça yüksek seyrettiği gözlenmektedir. Bu yüksek oranların temel sebebi, devletin maliyetlerini düşürmek amacıyla teminatları özel sektöre devretme çabasıdır. Fransa'da, yoğun rekabet sebebiyle grup sigortalarında yapılan prim indirimleri de hasar/prim oranlarını yükseltmiştir.

Yüksek hasar/prim oranlarını düşürmek amacıyla çeşitli tedbirler de alınmaktadır. Örneğin Hollanda'da sağlık kuruluşları ile ücretlerin düşürülmesi, diş hekimleri ile diş tedavi maliyetlerinin sabit hale gelmesi için anlaşmalar yapılmıştır. Bunun dışında yatarak tedavilerde hangi tedavinin ne kadar süreceği konusunda bilgi sahibi olunması da maliyet düşürücü etki yapabilmektedir.

Yüksek hasar/prim oranlarına rağmen pek çok Avrupa ülkesinde teknolojiyi verimli kullanmaları sebebiyle özellikle Hollanda- idari masraflar düşüktür. Fransa'da kullanılmaya başlanan sağlık bilgi kartları da hem bürokratik işlemleri azaltması hem de kişiyle ilgili tüm tıbbi bilgileri içermesi sebebiyle gereksiz tetkiklerin yapılmasını engelleyeceği için maliyetleri düşürücü etki yapacaktır. İspanya'da da bazı şirketler benzer bir uygulamaya başlamıştır. Maliyetlerin düşmesinin de sistemin verimliliğini artırıcı bir unsur olacağı kaçınılmazdır. Bunların dışında, hasta için en uygun tedavinin doğru yerde,

maliyet etkin bir yolla sağlanması prensibine dayanan "managed care" ve "cost containment" yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler, sigortalının sigorta şirketinin sınırladığı belli sağlık kuruluşlarında tedavi olmalarını gerektiren ürünlerin oluşturulması, ayrıca sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri arasındaki bilgi ağı ile maliyet kontrolü yapılmasını sağlamaktadır.

Avrupa Birliği Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortası

Avrupa'da özel sağlık sigortası sektörü dört grupta incelenebilmektedir. Bunlar sağlık harcamaları, malûliyet, hastanede gündelik tazminat ve uzun süreli bakım teminatlarıdır. Çoğu ülkede sektörün en büyük payını sağlık harcamaları teminatları oluşturmaktadır. Uzun süreli bakım teminatı ise Almanya dışında henüz yeterince gelişmemiş olmakla beraber, büyük bir potansiyele sahiptir.

Avrupa ülkeleri içinde sağlık sektörü açısından en büyük paya 1995 yılındaki 27 milyar dolarlık brüt prim üretimi rakamıyla Almanya sahiptir. Almanya'yı Fransa, Hollanda ve İngiltere izlemektedir. Almanya, Fransa ve İngiltere Avrupa Birliği ülkeleri içinde en büyük nüfusa ve ekonomiye sahip ülkeler olduğundan bu sonuç olağan görünmektedir. Hollanda ise diğerlerine göre

daha küçük ölçekli bir ülke iken, özel sağlık sigortası sektörünün serbestleştirilmesi ve gelişimi açısından büyük ilerleme kaydetmiştir. Kaza ve Hastalık branşının brüt prim üretimi, toplam hayat-dışı sektör primlerinin %41.2'si oranındadır.

İskandinav ülkeleri, Yunanistan ve İrlanda'da ise sağlık sigortası sektörü oldukça küçük bir yer tutmaktadır. İskandinav ülkelerinin devlet sağlık sistemlerinin çok kapsamlı ve koruyucu olması, özel sağlık sigortasının gelişimini engellemektedir. Yunanistan'da sağlık sigortası bilinci henüz gelişmemiştir. İrlanda'da da sağlık sigortası kültürünün yerleşmemiş olmasının yanı sıra, devlet tarafından idare edilen sağlık sigortası hizmeti veren kuruluşun (VHI) tekel konumunda olması önemli bir faktördür.

Portekiz, Avusturya ve İspanya'da devlet sistemi temel tıbbi bakım ile sınırlı olduğundan tamamlayıcı özel sağlık sigortası poliçelerinin alınmasını gerekli kılmaktadır. Sektörün en küçük olduğu Yunanistan, İrlanda, Norveç ve Finlandiya'da kaza ve sağlık sigortası toplamı GSYİH'nin %0.2'sini oluşturmaktadır. Hollanda'da ise bu oran %1.8'dir.

1990-1995 yılları arasında, Lüksemburg dışında Avrupa Birliği ülkeleri ve İsviçre'nin dahil olduğu 15 ülke için yıllık ortalama reel büyüme oranı

%5.5 olmuştur. Finlandiya dışında tüm ülkelerdeki artışlar pozitif seyretmiş, İspanya, Norveç, İrlanda, Danimarka ve Almanya'daki artış oranları, ortalamanın üzerinde gerçekleşmiştir (European Health Insurance Markets, Financial Times, Financial Publishing, 1996-S.26).

Avrupa Birliği Ülkelerinde Verilen Sağlık Sigortası Teminatları:

1) Private Medical Insurance (Tıbbi Tedavi Sigortası):

Hastanede yatarak tedavi, ayakta tedavi, ilaç, doktor muayene, ambulans, tedavi sonrası evde bakım, fizyoterapi vb. tedavileri kapsar. Check-up, hamilelik ve doğum, kısıklık tedavisi, rutin diş tedavisi, rutin doktor muayene, kronik hastalıkların tedavileri, yurt dışı seyahatleri, göz testi, psikiyatrik tedaviler, alternatif tıp ilaçları gibi teminatların da dahil edildiğine rastlanmaktadır. Yaşlılıktaki tedaviler, estetik ameliyatlara, AIDS'e bağlı hastalıklar, alkol ve uyuşturucu kullanımına dair tedaviler, tehlikeli sporlar kapsam dışıdır. Özellikle ferdi poliçelerde sigorta şirketleri underwriting için sordukları detaylı sorular ve önceden varolan hastalıkları reddetmeleri sebebiyle tartışmalara sebep olmaktadır. Ancak son zamanlarda "community rating" denen, primin yaş, cinsiyet ve sağlık durumu dikkate alınmaksızın belir-

lendiği bir yöntem de rastlanmaktadır. Poliçelerin kapsadığı teminatlar belli teminat çeşitlerinden çok kapsamlı teminatlara kadar değişebilmektedir. Sigorta şirketinin tedavi masrafının belli bir limitten sonrasına katıldığı, sigortalının da maliyete iştirak ettiği paketler de bulunmaktadır. Bu tip ürünlerin, sigortalıların teminatları kullanmakta daha dikkatli davranmalarını sağladığı belirtilmektedir.

2) Permanent Health Insurance (Uzun Süreli Hastalık ve Malûliyet Sonucu Gelir Kaybı Teminatı): Teminat, kişilerin kendi mesleklerini ya da herhangi bir işi yapamama durumları gibi iki farklı durumda ödenmektedir. Primin belirlenmesinde ele alınan kriterler, teminat tutarı, sigortalının geliri, cinsiyeti (tecrübeler kadınların çalışmama süresinin daha uzun olduğunu gösterdiğinden kadınlardan daha yüksek prim alınması gerektiği savunulmaktadır), meslek dalı, tıbbi geçmiş, bekleme süresi (deferred period: 3, 6, 12 ay vb)dir. Bir kere sigortalandıktan sonra prim ya sabit olarak ya da bir endekse bağlı olarak belirlenmektedir. Sigortalı ayrılmak istemediği sürece sigortacının, prim artırma, teminatı iptal etme ve yenilemeyi reddetme hakkı bulunmaktadır. Ülkemizde hayat sigortasına ek bir teminat olarak verilen malûliyet teminatı, Avrupa'da özel sağlık si-

gortaları ile birlikte de verilmektedir.

3) Critical Illness Benefit (Tehlikeli Hastalık Teminatı): Genellikle birikimli hayat sigortalarına ek olarak, hayat sigorta bedelinin belirli bir yüzdesinin hastalığın ortaya çıkması durumunda ödenmesi şeklinde olan teminat bağımsız ya da sağlık sigortasına ek olarak da verilebilmektedir. Temel tehlikeli hastalıklar, koroner arter damar ameliyatı, böbrek yetmezliği, kanser, kalp krizi, felçtir. Aktüerler, 40 yaşında bir kişinin 60 yaşına gelmeden önce kritik hastalıklardan bir tanesine yakalanma olasılığının 1/10 olduğunu belirtmektedirler. Ürünün amacı, hastalığın kişinin hayatında meydana getireceği finansal kaybın takviye edilmesidir. Alınan teminat, PHI'in aksine, sigortalının çalışamazlık durumunda önceki gelirine endeksli bir tutar olmaktadır.

4) Major Medical Expenses (MME): Bu teminat sigortalının büyük bir ameliyat geçirmesi halinde toplu para ödemeyi öngörmektedir. Bağımsız olarak satılabildiği gibi, Hayat, PHI, Ölümcül Hastalık sigortalarına da eklenebilmektedir. MME yıllık bir kontrattır. Prim ve teminatı yıllık olarak değişmektedir. Teminatın belirlenmesinde dikkate alınan kriterler, yapılan müdahale tedavi edici özellik taşıması, cerrahi müdahalenin gerekli olması, genel ya da lokal aneste-

zi gerektirmesi, danışman cerrahların müdahalenin gerekli olduğu konusunda hemfikir olmaları, ameliyatın nitelikli doktor ve hemşireler ile donatılmış, kabul görmüş bir hastanede yapılmasının gerekliliği şeklinde özetlenebilir. Teminatlar estetik ameliyat, hamilelik ya da doğum, organ bağıışı, cinsiyet değişimi ve deneysel operasyonları kapsamaktadır. AIDS ve ona bağlı operasyonların kabul edilip edilmemesi tartışma konusudur.

5) Long Term Care Insurance (Uzun Süreli Bakım Teminatı): Dünya çapında yaşam süresinin uzaması sebebiyle uzun süreli bakım teminatının büyük bir potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir. LTC basit anlamda bir bakım evinde ya da sigortalının kendi evinde bakımın ve ayrıca asansör, tekerlekli sandalye gibi araçlarının temini için gerekli fonu sağlayan bir poliçe çeşididir. Evde bakımın teminatı evin kişinin rahat edebileceği şekle getirilmesinin getirdiği maliyetlerden ötürü daha yüksektir. Teminat, sigortalının temizlik, giyinme, yeme-içme, yatağa girip çıkma, yürüme gibi günlük hareketlerini yardımsız yapamaz hale geldiğinde ödenmektedir. Yaşlılığın yanı sıra kaza, hastalık, malûliyet gibi sebeplerden aynı yardıma ihtiyacı olanlara da ödenebilmektedir. PMI acil ve kısa süreli tedavileri sağlarken, LTC'de uzun vadeli yardım gereklidir.

Toplu para şeklinde de ödeme yapılabilirse de kişinin ölene kadar parasının yeterli olup olmayacağı endişesini taşıması için fon olarak karşılık ayrılması daha etkin bir yoldur. Toplu para ödenen şeklinde, kapital bakımın gerekmeye başladığı andan itibaren devamlı gelir haline dönüştürülür. Bu kısa ya da uzun vadeli irat, yatırım fonu veya birikim sigortası formunda olabilir. Bunların mevcut yatırım yollarından bir farkı olmamakla beraber, sigortalıya bakıma ihtiyacı olduğunda destek verme özelliği taşır.

6) Evde Hemşire Teminatı: Kadınlar çalışma hayatına daha fazla girdikçe, yalnız yaşayanların sayısı arttıkça ve hayat beklentisi de uzadıkça evde bakım gerektiren durumlarda böyle bir teminat koruyucu olabilecektir. Bu teminatın amacı kronik ve uzun süreli hastalıklarda değil, akut hastalıkların sonrasında bakım sağlamaya yöneliktir. Ancak bu teminat evde bakım konusunda eğitilmiş hemşirelerin yaygınlığı ile de yakından ilgilidir.

7) Dış Teminatı: Dış teminatı bazı devlet sağlık sistemleri ve özel sağlık sigortaları kapsamına alınmaktadır. Örneğin Fransa'da devlet bu konudaki payını azaltma girişimlerinde bulunduğundan, özel sağlık sigortalarında bu teminata yer verilmesi gerekecektir. ABD'de, dış teminatı veren ferdi poliçeler olmakla beraber grup poliçeleri daha yaygındır. Çe-

şitli dış teminatlarını tek bir pakette sunan poliçeler bulunmaktadır. Acil ve düzenli tedaviler, altı aylık düzenli check-up teminat dahilinde olmakta, bazı paketlerde yurt dışında yapılan tedaviler ve ortodonti tedavileri de dahil edilmektedir.

8) Göz Teminatı: İşyerlerinde yoğun olarak bilgisayar ekranlarının kullanılması ile Avrupa Birliği'nde işverenlerin minimum emniyet ve gerekli sağlık koşullarını sağlaması çalışmaları kapsamında düzenli olarak ekran kullanan çalışanların göz testlerinin, gerekirse gözlük ve lenslerinin maliyetlerinin işveren tarafından karşılanması gerekli hale gelebileceğinden; özel sağlık sigortalıların göz teminatı satışlarında artış gözlenebilecektir.

Avrupa Birliği ülkelerinin devlet ve özel sağlık sistemleri aşağıda açıklanmıştır.

ALMANYA

Devlet Sisteminin Kapsamı ve Teminatlar: Almanya'da devlet sağlık sistemi yüksek maliyetlere rağmen kaliteli hizmet sunabilmektedir. Doğu Almanya ile birleşmenin ardından oluşan nüfus artışı sebebiyle geçici zorluklar yaşanmakla beraber uzun vadede istikrara kavuşacağı beklenmektedir. Almanya'da aylık geliri belli bir düzeye kadar olanlar devlet sağlık sistemine dahil olmak zorundadır (GKV

planı). Bu tutar 620-6,300 DM, yeni eyaletlerde 520-5,250 DM olarak belirlenmiştir (Sigma 6/98). Bağımlılar hiçbir ek ücret ödemeksizin bu sisteme dahil olabilmektedir. Bu gelir tutarının üzerinde kazananlar ise devlet sistemini ya da özel sağlık sigortası sistemini seçme hakkına sahiptir. Devlet memurları ve serbest çalışanlar gelirleri yasal limitin altında kalsa bile devlet sağlık sigortası sistemine katılmak zorunda değildirler. Devlet sağlık sistemi, öğrencileri, işsizleri ve emeklileri de kapsamaktadır. Almanya'da tüm toplumun %99,9'u herhangi bir sağlık sistemine dahildir. Nüfusun %88,5'i devlet sistemine dahildir. Devlet sistemine dahil olanların %85'i zorunlu olarak bu sisteme dahilken, %15'lik kesim de gönüllü olarak devlet sistemini tercih etmiştir. Nüfusun yaklaşık %9'unun, tüm tıbbi giderlerin teminat altına alındığı özel sağlık sigorta teminatı, %8'inin de daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılamak üzere ek özel sağlık sigortası teminatı bulunmaktadır. Devlet sağlık sistemi (GKV), çoğu küçük ve yerel fonlardan oluşan 1,150 hastalık fonu tarafından sağlanmaktadır. Bu planlar, pratisyen hekim ya da uzman doktorun özgürce seçilebilmesi olanağını sağlamakta, ücretsiz ve limitsiz hastanede tedavi, dış tedavisi, aile planlaması, doğum, ilaç, koruyucu bakım,

evde hemşire bakımı, rehabilitasyon hizmetleri ve ulaşım gibi teminatları kapsamaktadır. Ancak bazı hastalık fonları hastane giderlerini üç yılda 72 hafta ile sınırlamaktadır. Ayrıca 1.1.1994 tarihinden itibaren sigortalılar yılda en fazla 14 güne kadar olmak üzere, hastanede kaldıkları her gün için 12 DM ödemek, diş ve ilaç giderleri için de ek ödemeler yapmak zorundadırlar.

Devlet Sisteminde Primler: Alman hastalık fonları prime dayalı ve kendi kendini finanse eden fonlardır. Primler her bir sigortalı için, gelirlerinin %11-16'sı kadardır ve işçi ile işveren arasında eşit olarak paylaşılmaktadır. Prim tutarları hastalık fonları arasında farklılık gösterebilmektedir.

Devlet Sisteminde Teminat Ödemeleri: Doktorlar ve sağlık kuruluşları, devletin hizmetlerinden yararlanan kişileri tedavi etmeden önce, hastalık fonlarının yapılacak tedavinin masraflarını ödemeyi kabul edip etmediğini kontrol etmektedirler. Ayrıca, hastalık fonlarına bağlı sigortalılara doktora ya da sağlık kuruluşuna giderken kullanmak üzere, ödemenin direkt olarak yapılmasını sağlayacak belgeler verilmektedir. Ayakta tedavilerde ödemeler, hastalık fonları ile sağlık kuruluşları arasında yapılan sözleşmeler ile belirlenen fiyatlar üzerinden gerçekleştirilmektedir. Yatarak tedavilerde,

devlet ve özel hastanelerde geçerli tek tip hizmet ücreti alınmaktadır. Özel ya da devlet hastane farklılığı gözetmeksizin alınan tek tip hizmet ücreti yatak, hemşire bakımı, tıbbi tedavi ve ameliyatları içermektedir. Buna ek olarak sigortalının kendi tercihi ile özel odalarda kalma ve özel hastanede uzman hekimlerin nezaretinde tedavi görmenin maliyeti ayrı olarak hesaplanmaktadır.

Devlet Sisteminden Özel Sağlık Sigortasına Geçiş: 1980 yılında devlet sağlık sisteminde kalınmasını sağlayan aylık gelir üst limiti 3,150 DM ve kesinti oranı da %11,5 idi. 1994 yılında bu aylık gelir ve kesinti oranı sırasıyla 5,700 DM ve %13,4 olarak gerçekleşmiştir. 1980 yılında kamuya bağlı planlarından özel sigorta planlarına net 108.000 kişi, 1994 yılında ise 92.000 kişi geçmiştir. Son yıllarda özel sigortaya geçişin azalmasının nedeni, devletin özel sisteme geçebilmek için belirlediği aylık gelir limitini yükseltmesidir. Bu nedenle özel sigorta şirketleri istedikleri sigortalı hacmine ulaşamamaktadır. Ancak, bir istatistiğe göre de 5.3 milyon kişi, özel sigortaya geçiş yapabilir durumda olduğu halde kendi istekleri ile kamuya ait planlarda kalmaktadırlar. Yakın bir geçmişe kadar devlet sisteminden ayrılan kişi daha sonra yeniden geri dönebiliyordu; ancak bu durum ortadan kalkmıştır. Özel

sağlık sigortasına geçen kişilerin büyük çoğunluğu, özel sağlık sigortasının daha yüksek olan primlerini karşılamada güçlük çektiklerinden, devlet tüm tıbbi tedavi teminatlarını veren sigorta şirketlerinin devlet sistemi ile aynı fiyatı belirlemesi kuralını koymuştur.

Özel Sağlık Sigortası: Özel sağlık sigortalarının potansiyeli, devlet sistemi tarafından belirlenen gelir grubunun üzerinde kazanan çalışanlar, devlet memurları ve serbest çalışanlar ile sınırlıdır. Özel sağlık sigortası şirketleri prim belirlemelerinde, geleneksel prim hesaplama yöntemini kullanmaktadırlar. Primler, riskin çeşidi, sigortalının sigortaya girişteki yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu ve alınan teminatın içeriğine bağlı olarak hesaplanmakta ve enflasyon ayarlaması dışında sabit kalmaktadır. Prim tutarı yaşlılık ve sağlık bozulması durumları için ayrılan rezervi de kapsamaktadır. Teminatlar, ayakta ve yatarak tedavi, diş tedavisi, gündelik tazminat, hastalık sonucu gider kaybı, uzun süreli bakım, devlet sağlık sisteminin karşılamadığı diğer giderler, yurt dışına seyahatlerde verilen sağlık sigortalarıdır. Sigortalılar, tedavilerinin önceden belirlenen bir tutarı aşan kısmını kendileri karşılamak şartı ile ödedikleri primlerde indirim hakkından yararlanmaktadırlar. Ayrıca tazminat ödemesi

olmadığında yenilemelerde, prim indirimi ya da bonus uygulaması yapılmaktadır.

Uzun Süreli Bakım Teminatı: 1.1.1995 tarihinden itibaren tüm vatandaşlara uzun süreli bakım teminatı almaları zorunluluğu getirilmiştir. Teminat, evde ya da bakım evinde

bakımı kapsamaktadır. Bağlı olunan MEDICPROOF adlı tıbbi hizmet kurumu kişilerin ihtiyacı olan bakımın düzeyini belirlemektedir. Bu teminat için ödenen prim aylık ücretin %1,7'si kadardır. Maksimum kesinti miktarı aylık 107.10 DM'dir (6,300 x 0.017). İşçi ve işveren prime eşit olarak

katılmaktadır.

Aşağıdaki tablolarda evde ve bakım evinde uzun süreli bakımın aylık tahmini maliyetleri ve uzun süreli bakım teminat tutarları ile bu teminatın devlet hastalık fonları ve özel sağlık sigortası şirketleri arasındaki paylaşımı görülmektedir.

Tablo 3: Tahmini Aylık Tedavi Maliyetleri ve Sağlanan Teminatlar (1995/1996)

	Tahmini aylık maliyet (DM)	Verilen Teminat
Evde Bakım		
1. Derece	1,800-3,600	750
2. Derece	3,600-6,000	1,800
3. Derece	6,000 üstü	2,800
Bakım Evinde Bakım	5,400*	2,800
* Oda, yatak ve tedaviyi.		
<i>Kaynak: The Cologne Re Risks Insights- For Life & Health Insurance Executives Nov.98</i>		

Tablo 4: Zorunlu uzun süreli bakım teminatının devlet hastalık fonları ve özel sağlık sigorta şirketleri arasında paylaşımı

	30 Haziran 1997		31 Aralık 1998	
	Kamu hastalık fonlarınca karşılanan Zorunlu uzun süreli bakım teminatı		Özel sağlık sigortalarınca karşılanan Zorunlu uzun süreli bakım teminatı	
	Evde	Bakım Evinde	Evde	Bakım Evinde
1. Derece	% 34	% 8	% 32	% 5
2. Derece	% 31	% 11	% 32	% 11
3. Derece	% 9	% 7	% 13	% 7
<i>Kaynak: The Cologne Re Risks Insights – For Life & Health Insurance Executives Nov. 98</i>				

Bu teminatlar sigortalının giderlerini hiçbir zaman %100 oranında karşılamamaktadır. Prim ise sigortaya giriş yaşındaki yaşa göre belirlenmekte, cinsiyet farkı gözetilmemektedir. Primler artan yaş için rezerv oluşturacak şekilde hesaplanmaktadır.

Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sigortasında Devlet ve Özel Sağlık Sigortasının Payı: Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %8,2 iken, 1996 yılında %10,5'e yükselmiştir (OECD Health Data-1997). Sağlık harcamaları ve GSYİH'nın yıllık

ortalama reel büyüme oranları 1970-1990 yılları arasında sırasıyla %4 ve %2,4 olarak gerçekleşmiştir. 1990 sonrası Tüketici Fiyatları Endeksi değişim ve sağlık fiyat artışlarının da birbirine yakın seyrettiği aşağıdaki tabloda görülmektedir:

Tablo 5: Almanya'da enflasyon oranları ve ürün çeşitlerine göre özel sağlık sigortaları

	<u>1990-95</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>
TÜFE artış %	3.8	1.8	1.5	1.8	1.3	1.9
Sağlık fiyat artışı %	3.6	1.7	2.1	-		
<i>1997 ve 1998 yılları için yüzdeler tahminidir. Swiss Re, Sigma Prospect No.6/98</i>						
	<u>1997</u> <u>DM (milyar)</u>	<u>1990-95</u> <u>reel artış %</u>	<u>1995</u>	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>
Özel sağlık sigortası prim üretimi						
Tıbbi giderler	23.3 (% 64)	7.3	2.3	4.5	1.4	
Uzun süreli bakım	4.1 (% 11)	n.a.	n.a.	33.3	22.7	
Gündelik tazminat	3.3 (% 9)	-1.2	-2.5	-2.3	-1.3	
Diğer	5.5 (% 15)	6.2	9.8	-0.7	-6.1	
Toplam	36.2 (% 100)	7.6	11.5	5.2	3.9	3.7
<i>Swiss Re, Sigma Prospect No. 6/98 (1997 ve 1998 yılları için yüzdeler tahminidir)</i>						

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %78,3 olarak gerçekleşmiştir. Özel Sağlık Sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1994 yılı

rakamlarına göre %5,3'tür. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 3,036 \$, kişi başına kamu sağlık harcamaları ise 2,377 \$ olarak gerçekleşmiştir. 1996 yılında kişi başına özel sağlık si-

gortası primi 136 \$ olmuştur.

1997 yılında özel sağlık sigortası prim üretimi %3,9 reel artışla 36.2 milyar DM olmuştur. 1.1.1995 tarihi itibarıyla uzun süreli bakım teminatının zorunlu hale gelme-

siyle bu teminata ait prim üretiminde 1996 yılında %33,3, 1997 yılında da %22,7'lik bir artış meydana gelmiştir. 1998 yılında reel prim üretimi artışının %3,7 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

HOLLANDA

Hollanda sağlık sistemi iki bölümden oluşmaktadır. Sağlık sigortası (ZFW) ve Standart Dışı Tıbbi Harcamalar (AWBZ). ZFW Temmuz 1996 tarihi itibarıyla 29 sağlık sigortası fonu tarafından yönetilmektedir. Ocak 1992'den itibaren, kişiler zorunlu hastalık tedavisi için istedikleri fonu seçmekte serbesttir. Fonlar, asıl görevi fonlara dağıtılacak olan primlerin tahsil edilmesi olan Sağlık Sigortası Fonları Kurulu tarafından denetlenmektedir.

ZFW yıllık geliri 60,750 NLG'den düşük olanları, 65 yaşın üzerinde ve emeklilik geliri yıllık 38,300 NLG'nin altında olanları ve sosyal güvenlik teminatı ödemesi yapılanları kapsamaktadır. Devlet memurları için, teminatların toplu sözleşme görüşmelerine bağlı olduğu özel bir sağlık sigortası sistemi bulunmaktadır.

Standart Dışı Tıbbi Harcamalar (AWBZ) ülkedeki tüm vatandaşları özel hastalık harcamalarına ve uzun süreli bakıma karşı teminat altına almaktadır. AWBZ tüm nüfusu kapsama alan bir sigorta iken, ZFW, AWBZ tarafından kar-

şılanmayan bakım giderlerini karşılamaktadır. Hollanda nüfusunun %63'ü ZFW kapsamındadır. Diğer zorunlu sağlık sigortası planları nüfusun %5'ini oluşturan çeşitli kategorilerdeki devlet memurlarını kapsamaktadır. Nüfusun %31'i ise özel sektörden sağlık sigortası almak durumundadır.

ZFW'nin sağladığı teminatların birçoğu ücretsizdir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile sağlık sigortası fonları arasında sigortalının teminatlardan yararlanması ve ücretin sağlık kuruluşuna ödeneceğini garanti eden anlaşmalar yapılmaktadır.

Kişinin bulunduğu bölgedeki pratisyen hekime muayene ücretsizdir. Eğer pratisyen hekimin sevk etmesiyle uzman doktora gidilmişse de kişi ücret ödemez. Kişi, kendi bölgesinde bulunan bir hastanede tedavi görürse, tedavi ücretsizdir. Eğer tedavi bir yılı aşarsa, bu kez kişi AWBZ'ye aktarılır ve kendisinin de tedavi masraflarının bir bölümünü ödemesi gerekir. Belirlenmiş listede bulunmak koşuluyla, ilaç alımı da ücretsizdir. 1996 yılı itibarıyla fizyoterapi kapsam dışı hale gelmiştir.

AWBZ, kişinin özel sağlık sigortası olsa bile, tek başına karşılaması mümkün olmayan yüksek miktarlara varan tedavileri (özürlülerin bakımı, zihinsel sağlık problemlerinin giderilmesi) ve uzun süreli bakım teminatlarını içeren devlete ait mecburi bir sigortadır.

ZFW hastalık fonları tarafından kapsananlar ile serbest çalışanlar özel sağlık sigortası kapsamındadır. Ayrıca nüfusun diğer kalanı için de dış bakımı gibi teminatlar veren ek sağlık sigortası poliçeleri bulunmaktadır.

Devlet tarafından malûliyet ve uzun süreli bakım teminatı verilmektedir, bu teminatlar gelire dayalı olarak belirlenen primler yoluyla finanse edilmektedir.

Sağlık harcamalarının finansmanına yönelik reformlar devlet sektörü hastalık fonları ve özel sağlık sigortalarının işbirliği içinde çalışmasına olanak sağlamaktadır. Birçok ZFW hastalık fonu özel sağlık sigortası şirketleri ile birleşmiştir. Bu işbirliği ile işverenlere çalışanları için sosyal ve özel teminatların birleştirildiği paketler oluşturulabilmiştir. Bu paketler hayat sigortası, özel sağlık sigortası, hastalık fonu, malûliyet gibi teminatları kapsayan geniş kapsamlı bir hale gelmiştir. Bu birleşim ayrıca kaynakların daha iyi kullanımını da sağlamış, hastalık fonları piyasa konusunda tecrübe sahibi olurken, sigorta şirketleri de hastalık fonlarının sigortalı portföyünü kullanma fırsatını elde etmişlerdir. Ayrıca, özel sağlık sigortası şirketleri hastalık fonlarını yönetebilmektedirler. Daha önce sigortalanamaz teminat durumunda olan teminatlar da -dış teminatı gibi- sigortalabilir hale gelmiştir.

Gelecekte de ABWZ teminatlarının gelir durumu dikkate alınmaksızın herkesi kapsayacak şekle getirilmesine çalışılacaktır. Ayrıca, tüm nüfusu kapsayacak ve hastanede kısa süreli tedavileri hedefleyen bir plan oluşturulacaktır.

Mevcut sağlık sigortası fonları ve özel sigortacılar genel sağlık sigortacısı konumunda olacaktırlar. Sigortalı istediği sigortacıyı seçebilecek ve sigorta şirketleri de risk ve sağlık durumuna bakılmaksızın bütün başvuruları kapsam altına almak zorunda olacaklardır. Yüksek risk kategorileri için primi artıramayacaklardır. Bu "community rating system" "conventional rating system"e göre politikacılar tarafından daha çok tercih edilmektedir.

Gelire bağlı olmak üzere herkes primini vergi yoluyla ödemekte ve bu ödemeler merkezi bir fonda toplanmaktadır. Aradaki fark ferdi olarak sabit tutarda (flat rate basis), seçilen sigorta şirketine ödenmektedir. Primin riske bağlı olarak hesaplanmasına izin verilmemektedir. Sigorta şirketleri müşterilerinin yaş, cinsiyet ve sağlık durumlarını dikkate alarak merkezi fondan yıllık bütçeler alacaktır. Prensip, idari etkinliğin ve maliyet kontrolünün sağlanmasıdır. Sigorta şirketleri ancak maliyetlerini kontrol edebilirlerse kâr edebileceklerdir. Tüm sağlık kuruluşları ile anlaşma yapmak zorunda değildirler, en etkin olanları seçebilirler. Tüketici-

lere de primi düşürecek risk paylaşımını (co-payment) kabul etmeleri için teşvikler artırılacaktır (The Health Insurance Opportunity, Lafferty Publications). Devlet özel sağlık şirketlerinden tüm sağlık poliçelerine 200 Guldenlik muafiyet koymalarını talep etmiştir.

1990-1994 yılları arasında özel sağlık planlarına dahil kişilerin toplam sigortalı nüfus içindeki adedi yüzde olarak 1990 yılından itibaren %31,4, %31,6, %31,5, %31,6, %31,2 olarak gerçekleşmiştir. Hollanda'da toplam sağlık harcamaları 1996 yılı rakamlarına göre GSYİH'nın %8,6'sını oluşturmaktadır. Aynı yıl rakamları bu harcamaların %77'sinin kamuya ait olduğunu göstermektedir. Kişi başına sağlık harcamaları 1996 yılında 2,150 \$ olmuştur. (OECD Health Data-1997).

FRANSA

Fransız devlet sağlık sistemi nüfusun %99'unu kapsamaktadır. Toplam sağlık harcamalarının 1996 yılı rakamlarına göre %80,7'si bu sistem tarafından karşılanmıştır. Geri kalan kısım da kişilerin kendi ödemeleri ve özel sağlık sigortaları tarafından ödenmiştir. Sağlık fonları tarafından ödenmeyen teminatları içeren özel sağlık sigortası sektörü önemli bir yer tutmaktadır.

Devlet sistemi üç ana gruptan oluşmaktadır. Birinci-

si: ücretli çalışanları ve bağımlılarını kapsamaktadır. Nüfusun %80'i bu gruba dahildir. İkinci grup tarım işçilerini ve bağımlılarını kapsamaktadır. Bu da nüfusun %9'luk bir kesimini içermektedir. Üçüncü grup da serbest çalışanları kapsar. Bunların dışında kalan nüfusa küçük fonlar tarafından sağlık hizmeti sağlanmaktadır.

Kişiler istediği doktor ya da sağlık kuruluşunu seçmekte özgürdür. Ancak, 1997 yılında alınan bir karar ile, önce pratisyen hekime muayene olunması şartı getirilmiştir. Fransa'da devlet hastaneleri özellikle acil durumlar ve kazalar konusunda hizmet vermekle beraber, her konuda bakım sağlayabilecek düzeyde gelişmiş durumdadır. Özel sağlık kuruluşları ise genellikle daha küçük ölçekli ve belli branşlarda uzmanlaşmıştır. Devlet göz ve diş tedavilerinin küçük bir kısmını karşılamaktadır. Devlet sistemi sağlık harcamalarının tamamını ödemediği ve bir bölümünün hastalar tarafından karşılanmasını gerektirdiği için özellikle tamamlayıcı özel sağlık sigortasında artış olmaktadır. Nüfusun %85'inin grup ya da ferdi ek sağlık sigortası teminatı bulunmaktadır. Tüm teminatları ile özel sağlık sigortası alanların oranı ise %14'tür. Bu poliçelerin ¾'ü mütüel şirketlerden alınmıştır. Özel sağlık sigortaları genellikle ayakta tedavi teminatları olan doktor muayene, diş, göz ve ilaç

teminatlarını karşılamaktadır. Özel sağlık sigortalarının 1/3'ü ferdi, kalanı da grup sigortalardan oluşmaktadır. Ödenen prim çalışan ve işveren arasında genellikle yarı yarıya paylaşılmaktadır. Devletin sağladığı malûliyet teminatları oldukça düşük olduğundan özel sağlık sigortaları malûliyet teminatı da vermektedir.

Fransa'da, 1996 yılında sağlık harcamalarının %74'ünü devlet kurumları karşılar-ken, %14'ünü kişiler kendi kaynaklarından karşılamışlardır. Kalan kısım da mütüel şirketler ve özel sigorta şirketleri tarafından verilen tamamlayıcı ve bağımsız sağlık sigortası teminatları tarafından karşılanmıştır. Bununla birlikte, nüfusun büyük denebilecek bir bölümünün sağlık sigortası teminatı bulunmaktadır. 1983-1993 yılları arasında sağlık harcamalarının kişilerin harcanabilir gelirlerinin (disposable income) içindeki oranı %30 artış ile %9,2'ye ulaşmıştır. 1995 yılında, sağlık harcamaları GSYİH'nin %9,9'u olarak gerçekleşmiştir. Bu oranın %8,9'u alınan tıbbi hizmet giderlerinden kaynaklanmaktadır. Bu oranın dağılımı, %49,5 hastanede tedavi, %27,8'i ayakta tedavi, %18,5'i hastane harici eczane giderleri ve %4,2'si diğer gözlük, ortopedik tedavi, seyahat giderlerinden oluşmaktadır. Tüm bu giderler yıllık kişi başı 12.000 Frs. tutarındadır, 1996 yılı değerlerine göre bu rakam 2,550

\$ olarak gerçekleşmiştir. 1980-1995 yılları arasında tıbbi hizmetlere yapılan harcama yıllık ortalama %9 oranında (GDP'den %2 daha fazla artmıştır) artmıştır. Ancak 1992-1995 yılları arasında bu oranda (%4,4) düşüş kaydedilmiştir.

1980 yılında tıbbi tedavi giderlerinin %75,6'sını sosyal güvenlik planları karşılamakta iken 1995 yılında bu oran %73,9 olarak gerçekleşmiştir. Bunun aksine 1980 yılında mütüel şirketlerin tamamlayıcı sağlık planlarındaki finansmanı %5 iken 1995 yılında bu oran %6,8'e çıkmış, özel sigorta şirketlerinin oranı ise %1,4'ten %3,1'e yükselmiştir. 1990-1995 yılları arasında genel enflasyon oranı ile sağlık enflasyonu yakın seyretmiş, ancak 1995 yılında genel TÜFE %1,8 iken sağlık harcamaları enflasyonu %2,6 olarak gerçekleşmiştir. 1990-1995 yılları arasında sağlık sigortası reel artışı %3,6, 1995 yılında ise %2 olmuştur. Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Fransa'da da devletin sağlık harcamalarını düşürmek için önlemler alınması gündemdedir. Ülke çapında oluşturulacak microchip kart sistemi kişilerin tüm sağlık geçmişlerini muhafaza edebilecek ve kâğıt işlerini azaltacağı gibi gereksiz tetkik yapılmasını ve ilaç kullanımını da engelleyecektir.

İSVEÇ

Sağlık sistemi, sosyal konu-

mu ve ekonomik durumuna bakılmaksızın tüm vatandaşların sağlıklı olması ve tıbbi kaynaklardan eşit olarak yararlanması prensibine dayanır. Sağlık hizmetleri ulusal sağlık sigorta sistemi ve diğer sosyal refah sistemleri tarafından desteklenen bir kamu sektörü sorumluluğu olarak görülür. Çalışıp çalışmadığına bakılmaksızın tüm nüfus aynı standartta sağlık hizmetinden yararlanmaktadır. Sosyal güvenlik bütçesinin %80'ini sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Son yıllardaki ekonomik koşullar sebebiyle teminatlarda kısıntıya gidilmiştir.

İsveç'te sağlık sistemi bölgelere ayrılmıştır. Her bölge kendi hastane ve sağlık kuruluşlarını işletmekte ve sağlık personelinin büyük çoğunluğu da bu sağlık kuruluşlarına bağlı olarak çalışmaktadır. Tıbbi bakımın sorumluluğu 23 bölge konseyi ve 3 büyük belediye tarafından üstlenilmektedir. Ayakta ve yatarak tedaviler için her konsey belirli limitler dahilinde ücretlerini belirlemektedir. Doktor ve hastanelerin ücretleri devlet tarafından kontrol edilmektedir. Doktor muayene ücreti vizite başına 100-200 SEK olarak belirlenmiştir. Hastanede tedavi ise hasta günlük olarak standart 80 SEK öder. 6,000 SEK'in altında ücret alanlara hasta olduğu süre boyunca ücretinin %75'i oranında çalışmama teminatı verilmektedir. Mesleki hastalık ve yaralanma

halinde de malûliyet oranına göre malûliyet tazminatı ödenmektedir. Ayrıca uzun süreli bakım teminatı da devlet tarafından verilmektedir. Sistemin finansmanı genel vergilerle ve bölgelerin devletten aldıkları yardımlarla sağlanmaktadır. 1995 yılında çalışanların sağlık ve malûliyet teminatları için sosyal güvenlik sistemine ödediği prim, brüt ücretin %2,95'i oranında idi. Verimli ve kapsamlı bir zorunlu devlet sistemi olduğu için özel sağlık sigortasına az rastlanmaktadır. 1993 yılına kadar sigortalı sayısı 40,000 civarındadır (nüfusun %0,5'i). Çoğunluğunu kaza branşı oluşturmakla birlikte sağlık ve kaza branşlarının toplamı sektör prim üretiminin %18,8'ini oluşturmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı düşen bir trend izlemektedir. 1980'li yıllarda 9,5 olan bu oran, 1990 yılında 8,8'e, 1995 yılında 7,2'ye düşmüştür. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 2,032 \$ olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamalarında devletin payı da düşme eğilimi göstermektedir. Bu oran 1980'lerde %90 civarında iken, 1996'da %80,2 olmuştur. Özel sağlık harcamalarında da bir artış yaşanmaktadır. 1985 yılında 101 \$ olan kişi başına özel sağlık harcaması, 1990 yılında 227 \$'a, 1995 yılında ise 338 \$'a çıkmıştır (OECD Health Data-1997). Son za-

manlarda devlet sağlık harcamalarını düşürme eğilimindedir. Bunu yaparken de sağlık sigortası teminatlarının bir bölümünü özel sağlık sigortası sektörüne devretmeyi planlamaktadır. Özel sağlık harcamalarındaki artış da bu eğilimi doğrulamaktadır. Sağlık sigortası konusunda özel sektörün geliyeceği ve daha fazla paya sahip olacağı beklenmektedir.

İRLANDA

İrlanda sağlık sistemi devlet ve özel sistemin birleşimi şeklindedir. Nüfusun %36'sı tüm sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak ulaşabilmektedir. Nüfusun kalan kısmı ise bazı sağlık hizmetleri ücretsiz olmakla beraber, hastanede tedavi için belli bir ücret ödemek zorundadır. Özel sağlık sigortası, kâr amacı gütmeyen ve tekel konumunda olan İhtiyari Sağlık Sigortası (VHI) yoluyla verilmektedir. Bu oran diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Devlet, özel sağlık sigortasının tercih edilmesi için vergi teşvikleri sağlamakta ve böylece sağlık harcamalarının kendi üzerindeki yükünü azaltmaya çalışmaktadır. İrlanda ulusal sağlık sistemi, temelde genel vergiler ile finanse edilmekte ve hizmetler iki kategoride sunulmaktadır. Birincisi düşük gelir grubuna dahil kişilerden oluşur ve tüm sağlık hizmetleri ücretsizdir. Bu kategori nüfu-

sun %36'sını kapsamaktadır. İkinci kategori ise nüfusun geri kalanını kapsar ve hastane tedavileri günde 20 IP ödenmek koşuluyla ücretsizdir. İlaç ücretleri ayda 32 IP'nin üzerinde ücretsizdir. Ancak doktor muayene ve diğer temel sağlık bakım harcamalarını kendileri karşılamak zorundadır. Devlet sağlık hizmetleri sekiz Bölgesel Sağlık İdaresi ve ihtiyari hastane olarak bilinen devlet tarafından finanse edilen özel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Devlet %27 oranında bir vergi avantajı sağlayarak özel sağlık sigortası sistemini özendirmeye çalışmaktadır. Devlet akut tıbbi bakım, kaza ve acil hizmetler konusunda oldukça kapsamlı bir hizmet sunmakta; ancak uzun bekleme listeleri sebebiyle bakım gecikebilmektedir. Özel sağlık sigortası ile bu bekleme süresi kısaltılabilmekte, ayrıca bakım konusunda çeşitlilik de sağlanabilmekte ve özel sağlık kuruluşlarında daha kaliteli hizmet alınabilmektedir. Ayrıca İrlanda'da özel sağlık sigortası primleri ucuzdur ve vergi avantajı ile de pek çok kesim tarafından karşılanabilir durumdadır. Özel sektörün %78'i grup sigortası kapsamındadır.

İrlanda'da devlet sistemi ve özel sağlık sigortaları pek çok açıdan birbirine bağlıdır. Özel sağlık sigortasının tercih edilmesi devletin lehinedir. Birincisi, özel sağlık sigortası alanlar devlet sisteminden

yararlanmadıkları halde vergilerini ödemeye devam etmektedirler. İkincisi, devlet hastanelerinin bütçeleri yarı özel ve özel yatakların gelirleri ile desteklenmektedir. Özel sektör de devletten destek görmektedir. En önemlisi sigortalılara sağlanan vergi avantajıdır. Ayrıca sigortasız özel sağlık harcamalarında da vergi avantajı bulunmaktadır. Bunun dışında, devlet tarafından idare edilen hastanelerdeki yarı özel ve özel yatakların maliyeti daha düşüktür.

Devlet malûliyet halinde sabit tutarda bir teminat vermektedir. Özel sağlık sigorta şirketlerince de hastanede gündelik tazminat, ölümcül hastalık ve bazı ameliyatlarda belli bir tutar tazminat ödemesi yapan teminatlar sunmaktadır. Uzun süreli bakım teminatı halen devlet tarafından verilmekte, ancak bunun hayat sigortası şirketlerine devredilmesi düşünülmektedir. İrlanda'da 1994'te çıkan bir düzenlemeye göre, sigorta şirketleri yaşa bağlı olmaksızın tüm sigortalılardan aynı primi almak, teminat isteyen herkesi ve tüm yenilemeleri kabul zorundadır.

Temmuz 1994'ten itibaren, Avrupa Tek Pazarı uygulaması yabancı sigortacıların da pazara girmesine imkân sağlayacağından VHI tekel özelliğini kaybedebilecek, piyasa rekabete daha açık bir hale gelecektir. İrlanda hükümeti VHI'nin prim hesap sisteminin

kabul edilmesine ve kurumun korunmasına karar vermiştir. Ancak, alınacak herhangi bir korumacı karar, piyasaya yeni girişlere imkân sağlayan Avrupa Birliği kanunlarına uymayacaktır.

Toplam kamu sağlık harcamalarının %87'si vergiler yoluyla karşılanmaktadır. 1993 yılında toplam sağlık harcamaları GSYİH'nin %7,1'ini oluştururken, bu oran 1995 yılında %6,4'e, 1996 yılında ise %4,9'a düşmüştür. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1995 yılında %80,8 olarak gerçekleşmiştir (OECD Health Data-1997).

BELÇİKA

Belçika'da hemen hemen tüm nüfus zorunlu sigorta kapsamındadır. Özel sağlık sigortası tamamlayıcı rol oynamaktadır ve özellikle ücretli çalışanlar için işverenler tarafından yaptırılan grup sigortaları şeklinde olmaktadır. Belçika sağlık sigorta sistemi devlet sağlık sigortası ve bağımsız sağlık uygulaması adlı iki sistemin birleşiminden meydana gelmiştir. Sağlık sigorta teminatı mütüel fonlarca verilmektedir. Bunlar, özel, kâr gütmeyen hastalık fonları konumundadır ve ilâçların %75'inin, yatarak tedavinin ise %100'ünün karşılandığı masrafların sabit bir ölçüğe göre karşılandığı kurumlardır. Tüm bireyler, ameliyat gibi önemli

tedaviler için teminat almak zorundadır. Tüm çalışanlar ise doktor muayene gibi küçük riskler için teminat almak zorundadır. Serbest çalışanların böyle bir zorunlulukları olmasa da %85'i mütüel fonlardan bu tür bir teminat almıştır. Özel sigortalar ise devlet sisteminin ödemeyip sigortalının bir bölümünü karşıladığı giderleri karşılamak için teminat vermektedir.

Sağlık sektöründe, devlete bağlı komiteler gözetiminde, sigorta kurumları ile sağlık kuruluşları arasında, verilecek hizmetin maliyetini tespit etmek üzere anlaşmalar yapılmaktadır. Bu anlaşmaların dışında kalan kuruluşlar, fiyatlarını kendileri belirlemektedir. Hasta tedavi sonrası ücreti önce kendisi ödemekte, teminatın durumuna göre kendisine daha sonra ödeme yapılmaktadır. Çalışanların bağlı oldukları sağlık planları, çalışanların ve işverenlerin ortak ödedikleri prim kesintileri ile finanse edilmektedir. Bu kesintilerin yüzdeleri, herhangi bir tavan dikkate alınmaksızın brüt ücrete göre belirlenmektedir. Serbest çalışanların kesintileri ise sabit olarak belirlenmektedir. Ayrıca devlet desteği de önemli yer tutmaktadır.

Özel sağlık sigortaları devlet sisteminin karşılamadığı tıbbi giderler, malûliyet gibi teminatları vermektedir. Malûliyet halinde irat ödemesi, fiyat anlaşmasına dahil olmayan sağlık kuruluşlarının

sağlık giderlerinin ödemesi yapılmaktadır. Ayrıca ölümcül hastalık ve çok sınırlı olmak üzere uzun süreli bakım teminatı da özel sağlık sigorta şirketleri tarafından verilmektedir.

Toplam sağlık harcamaları 1996 yılı rakamlarına göre GSYİH'nın %7,9'unu kapsamaktadır. Kişi başına sağlık giderleri zaman içinde artış göstermiş ve 1990 yılında 1,472 \$ iken, 1996 yılında 2,049 \$'a yükselmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1996 yılı rakamlarına göre kişi başına 1,798 \$ ile %87,7'dir. Kişi başına özel sağlık harcamaları ise 1995 yılında 2,009 \$ olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık sigortaları 1993 yılı rakamlarına göre toplam sağlık harcamalarının %1,8'ini finanse etmiştir. Özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki oranı Avrupa genelinde %11'dir.

Belçika sağlık sistemi ve teminatları pahalı bulunması sebebiyle eleştirilmektedir. Devlet maliyetleri düşürmek için teminatları kısıtlayıcı tedbirler almaktadır. Örneğin uzun süre hastanede bakım gerektiren hastalıkların devletin ödeme oranının daha düşük olduğu bakım evlerinde yapılması gibi. Ayrıca devlet kendi üzerindeki yükün bir bölümünü özel sektör ile paylaşmak üzere reform çalışmaları yapmaktadır. Özel sağlık sigortası sektörü 1990'lı yıl-

larda yıllık %10 oranında büyüme kaydetmiştir. Bu büyüme oranının, halen verilmeyen teminatların verilmeye başlamasıyla, refah düzeyi yüksek olan Belçika'da, gelecekte daha da yükseleceği tahmin edilmektedir.

DANİMARKA

Danimarka sağlık sistemi ulusal sağlık sistemi ile temel sağlık hizmetlerine ek teminat ve devlet tarafından karşılanmayan harcamaları da kapsama alan özel sağlık sisteminin birleşimi şeklindedir. Devlet tarafından verilen zorunlu sağlık hizmeti birçok bakım şekli için sınırsızdır. Ülkede yaşayan herkesi ve kalıcı oturma izni alanları da 6 aydan sonra kapsama alır. Bu hizmetlerin finansmanı, vergi yoluyla olmakla birlikte, hastalar bazen tedavi giderlerinin bir bölümünü üstlenmektedirler.

Sistem iki grupta hizmet vermektedir ve kişiler seçme hakkına sahiptir. Nüfusun %97'sinin seçmiş olduğu 1. grupta, kişiler yılda bir kez değiştirebildikleri bir pratisyen doktora kaydolar ve hastalık halinde öncelikle bu doktora gitmek zorundadır. Bağlı buldukları doktorun sevk etmesi halinde bir uzman doktora gidebilirler. 2. gruba tâbi olan %3'lük kesim ise pratisyen ya da uzman doktor arasında seçim yapma hakkına sahiptir; ancak bu durumda masrafın bir bölümünü kendileri ödemek

zorundadırlar. Diş tedavisinin %45'i devlet tarafından karşılanır, ancak pahalı tedaviler kapsam dışıdır. İlâç giderlerinin %49-74'ü devlet tarafından karşılanmaktadır. Yaşlı ve kronik hastalığı olanlar ilâçlarını ücretsiz de alabilmektedir.

Özel sağlık sigortası pek gelişmiş değildir. 2. grup tedaviyi seçenler tarafından tercih edilmektedir. Özel sağlık kuruluşları yeni yeni kurulmaktadır ve hastalar bu hastanelere tedavi giderinin tamamını ödemek zorunda olduğundan, sigorta şirketleri de tüm sağlık bakım hizmetlerini içeren teminatları verme eğilimindedir. Ölümcül hastalık, yurt dışında sağlık hizmeti gibi teminatlar da verilmektedir. Genellikle ferdi sigorta şeklindedir, işveren tarafından alınan poliçe sayısı azdır.

Hastalık sebebiyle gelir kaybını ilk iki hafta işveren karşılamak durumundadır. Bundan sonraki kısmı ise yerel sosyal refah komitesi devralır ve bu tutarın %75'i devlet tarafından ödenir. Serbest çalışanlar ilk iki hafta içindeki gelir kaybının ödenmesi için özel sigorta almaktadırlar. Ancak iki haftadan sonra ücretli çalışanlar için geçerli olan prosedür serbest çalışanlar için de geçerli olmaktadır. Uzun süreli bakım teminatı da devlet tarafından verilmektedir. Ancak özel sektörün de bu pazara girme çalışmaları bulunmaktadır.

1995 yılında özel kaza ve

sağlık sektörünün sektör payı %15,6 olarak gerçekleşmiştir. Ancak bu oranın %84'ü kaza teminatlarından oluşmaktadır. 1990-1994 yılları arasında bu iki branş yıllık %10,9 oranında büyüme kaydetmiştir. Sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre GSYİH'nın %6,4'üdür. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1990 yılında 1,621 \$'dan 1996 yılında 2,130 \$'a yükselmiştir. Bu dönem içinde nüfusu artışı da %2 oranında gerçekleşmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %80'dir (OECD Health Data-1997). Devlet sağlık harcamalarının yarattığı yükü azaltmak amacıyla sistemi yenileme çalışmaları içindedir. Bunu yaparken temel amaç olarak kişilerin de katılımının sağlanması olarak belirlenmiştir. Bu da özel sağlık sigortası açısından potansiyeli artırıcı rol oynayacaktır.

PORTEKİZ

Portekiz'de sağlık sigorta hizmeti, finansmanın toplanan vergi kesintileri ve kişilerin düşük oranlarda katılımları ile sağlanan Ulusal Sağlık Hizmeti (SNS) tarafından verilmektedir. Kanun gereği, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayan bu kurum beş farklı hizmet sektöründen oluşur. Bunlar, bölgesel ya da merkezi hastane ve özerk kurumların devlet hastanelerine bağlı networkleri, her bir bölgedeki

tıbbi malzemelerin idaresinden sorumlu olan ARS olarak tanımlanan bölgesel sağlık otoriteleri, devletin onayladığı devlet hastaneleri ağına paralel olarak çalışan özel tıbbi kurumlar ve hastaneler, INEM olarak tanımlanan ilk yardım ve acil durumlarda ulaşımdan sorumlu birim ve devletin onayladığı özel sektör eczane ağıdır. Devletin sunduğu sigorta planları, farklı iş alanlarındaki (devlet memurları, askeri ya da banka personeli vs), kişilere göre sınıflandırılmıştır. Devlet, özel sağlık sigortalarını desteklemekte, kamu ve özel hastaneler arasında rekabet yaratmaktadır. Devlete ait bazı sağlık kurumlarının idaresi özel yönetime devredilmektedir. Devlet ya da özel sağlık sigortaları, hastalık ya da kaza durumunda (meslek kazaları hariç) tıbbi ve hastane giderlerini karşılamaktadır. 1995 yılı itibariyle sosyal güvenlik kesinti oranları işverenden %23,75 işçiden ise %11'dir.

Son yıllarda SNS'in sağlık giderlerinde büyük bir artış kaydedilmiştir. Bunun nedenleri; tıbbi ve hastane giderlerinin ücretsiz olup sadece teşhise ilişkin muayenelerde kişilerin (yaşlılar, hamile kadınlar hariç) katılımlarının olması, hayat beklentisi (1995 yılı verilerine göre %75,1) ve yaşlı kişilerin sağlık masraflarındaki sürekli artış, manyetik rezonans (MRI ya da NMR), dijital anjiyografi ve bunun gibi kompleks teknikler, diyaliz,

transplantasyonlar gibi kronik ve akut tedavilerde kullanılan tıbbi ameliyat tekniklerinin çok sıklıkla kullanılmasıdır.

İlk olarak 1970 yılında ortaya çıkan özel sağlık sigortasının gelişimi, 1980 yılından itibaren prim gelirinin %90'ı olan grup sigortasının artışı ile olmuştur. Özel sağlık sigortası alan kişiler, devlet sağlık kurumlarından da isteğe bağlı olarak yararlanabilirler. Özel sigortayı çekici kılan, devlet sisteminin dışındaki sağlık kurumlarında doktor seçim serbestisi tanınması, yurt dışında tıbbi ve hastane tedavilerinde büyük esneklik sağlanması, ödenen primlerin bir kısmının vergiden muaf olması ve bireylerin isteklerine göre teminatlarını belirlemesi gibi özelliklerdir.

Teminatlar, gündelik tazminat ödemesi, tıbbi ve hastane giderlerinin bir kısmının karşılanması, doğum, diş, ilaç, protez, pratisyen ve uzman doktor ücreti, anlaşmalı network içinde entegre tedavi sistemidir. Ferdi sağlık sigorta primleri, yaşa ve cinsiyete göre yıllık olarak düzenlenir ve sigortacıların primi her sene genel istatistikler ve tecrübeleri doğrultusunda artıracakları şartı ile yenilenir. Sigortalı ve sigortacının istedikleri zaman anlaşmayı feshetme hakları saklıdır.

1996 yılında, brüt prim geliri 20,636 milyon Esc. olarak gerçekleşmiş ve 1995 yılına göre %17'lik artış kayde-

dilmiştir. Aynı yıl, sağlık sigor-tasının pazar payı hayat ve elementer branşlar içinde %2,2, yeni poliçelerin (14,613) oranı ise %1,8 artmış, hasar/ prim oranı ise %82,3 olmuştur. Özel sağlık sigorta poliçesi olan kişiler, toplam nüfusun %8'ini oluşturmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %6,5 iken, 1996 yılında %8,2'ye yükselmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %59,8'dir. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1990 yılı itibariyle %0,7'dir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 873 \$, kişi başına kamu harcamaları ise 522 \$ olmuştur (OECD Health Data-1997).

Devlet, sosyal güvenlik sisteminin giderlerini azaltma yollarını aramaktadır. Sosyal güvenlik kesintilerini kişilere göre farklı kılmak için girişimler başlatmıştır. Bu değişim, serbest çalışanların kesintilerinde artışa neden olmuştur. 1.1.1994 tarihinde serbest çalışanları içeren iki bölümden oluşan yeni düzenlemenin ilki zorunlu nitelikte olup, doğum, çalışmamazlık, yaşlılık ve ölüm risklerini karşılamakta, diğeri ise isteğe bağlı, hastalık ve yaralanma durumunda teminat vermektedir.

AVUSTURYA

Avusturya sağlık sigorta sistemi, devlete ait zorunlu olan ve isteğe bağlı özel sigortalar olmak üzere iki kategoride toplanmıştır. Zorunlu sigorta gelir düzeyine bakılmaksızın toplumun %99'unu kapsamaktadır. Bireyler devlete ait zorunlu sigorta ve özel sigorta arasında tercih yapma durumunda değildir, bu nedenle özel sağlık sigortası, devlete ait zorunlu sigortayı tamamlayıcı olması gayesi ile satın alınmaktadır.

Zorunlu sigortaya dahil kişiler, istedikleri doktora gitmeyi tercih ederlerse, ödemeyi ilk olarak kendisi yapar ve sadece devletin onayladığı doktor ücret tarifesinde belirtilen tutar kadarını geri alırlar. Bir çalışan, hastanede tedavinin ilk 28 günü bağımlılarının hastane giderlerinin %10'unu karşılamak zorundadır, ancak bu sürenin sonunda bağlı olduğu fon sınırsız süre tüm giderleri üstlenir. Diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak ayakta ve yatarak tedaviler farklı birimlerce yürütülmektedir.

Ayakta tedaviler: Ayakta tedavi hizmetleri özellikle ayakta tedavi teminatının değişik alanlarında da uzmanlaşmış "out-patient surgeries" olarak tanımlanan bir grup doktor tarafından verilmektedir. 1995 yılında toplam adetleri 754 olan bu doktorların 148'i (%19,6) devlete ait sigorta ku-

rumunda çalışmaktadırlar.

Yatarak tedaviler: Avusturya Hastane Kanununa (KAG) göre genel hastaneler ve özerk hastaneler tanımı altında iki tür hastanede verilmektedir. Özel hastalıkları olan kişilerin başvurdukları özerk hastanelerce ve yatarak tedavide kullanılan tıbbi teçhizatın yüksek standartlarda olduğu "sanatoria" olarak tanımlanan kurumlarda yapılmaktadır.

Genel ve özerk hastaneler devletçe ya da özel kurumlarca işletilmektedir. Bir hastane devlet hastanesi olma özelliğini iki şekilde almaktadır. Birincisi, hastane kâr sağlama hedefi gütmeksizin işletilmeli, yerleşim düzeni ve kalite standardının yüksek olması nedeniyle özel kategoride sayılan yatak adedinin hastanedeki toplam yatak adedinin ¼'ünü aşmaması gerekmektedir. Hastanelerin finansmanı, "nursing charge" olarak tanımlanan ve her birey için hastanede yatarak tedavi ile geçirilen her gün için yıllık olarak hesaplanan tek bir fiyat ile yapılmaktadır. Kârlılık gütmeyen hastaneler mali sıkıntıya düşüklerinde devletin fonları ile finanse edilen Hospital Cooperation Fund (KRAZAT) bu kurumlara mali destek sağlar.

1.1.1997 tarihinden itibaren, kârlılık gütmeyen çalışan devlet hastanelerinin gelirleri, katma değer vergisinden muaf tutulmaktadır. Daha açık bir

tanım ile, hastanelerde verilen hizmetlere katma değer vergisi eklenmemektedir. Hastanelere mali kayıplarının kompanse edilmesi için hükümetçe para yardımı da yapılmıştır.

Çalışanlardan yapılan kesinti tutarı sigortalının brüt ücretine dayalıdır. Bu kesinti oranı işçi brüt ücretlerinin %3,7'si, memur ücretlerinin %3,15'idir. Hesaplama baz alınan tavan ise 1997 yılı için aylık 40.800 Şilin'dir. Sigortalının ailesi de aynı sağlık teminatlarından yararlanmakta, bu durum kesinti oranını artırmamaktadır.

Özel sağlık sigortası olan 2.75 milyon kişinin 1.087.474'ü (1995 yılı sonu itibariyle toplam nüfusun %13,5'i) hastane giderleri sigortası ya da 1.661.963'ü (nüfusun %21'i) gündelik tazminat sigortası sahibidir. Hastane giderleri sigortası, yatak maliyetleri, tedavi giderleri gibi harcamaları içerir. Bu teminat (serbest doktor seçimi, odardaki daha az sayıda yataklar, daha rahat olarak döşenmiş odalar, sınırlandırılmayan doktor vizite saatleri gibi esneklikler) zorunlu sağlık sigortasındaki eksiklikleri tamamlayıcı olmaktadır.

Hastanede gündelik tazminat sigortası, hastanede kalınan her gün için alınan günlük harcama tutarının belirli limitlerde tazmin edilmesidir. Ayakta tedavi teminatı, sadece yukarıda belirtilen hastanede gündelik tazminat sigortası ya da

hastane giderleri teminatı ile birlikte alınmaktadır. Teminatların bu bileşimine "tıbbi tedavi masraf sigortası" denilmekte, zorunlu sigorta kapsamına girmeyen sigortalılar tarafından alınmaktadır. Bu teminatlara ek olarak "hastalık sigorta teminatı" da belirli bir bekleme süresinin sona ermesinden sonra kişinin mesleğini icra edemediği her gün için, tedavinin ayakta ya da yatarak alınmasına bakılmaksızın sigortalıya toplu para ödenmesi şeklindedir.

Özel sağlık sigortaları "yaşam boyu süren anlaşma" niteliğini taşıdığı için, sigortalının anlaşmayı feshetme ya da sigortanın geçerliliğini sınırlaması gibi bir yaptırımı yoktur. Yaşlılıkta artacak olan hastalık olasılıklarından ötürü doğacak prim artışlarını önlemek için ileri yaşlar için rezerv ayrılmakta, primler aktüeryal dengeler baz alınarak hesap edilmektedir. Ancak bu durum, grup sigorta sözleşmeleri, hastalık teminatı ve dış teminatları için geçerli değildir. Primde yapılan değişiklikleri etkileyen faktörler tarifedeki sigortalıların ortalama hayat beklentilerindeki artış, üzerinde anlaşma sağlanan genel maliyet endeksi, morbidite oranındaki artış, zorunlu sigortanın maliyet artışı, sağlık sistemindeki değişikliklerdir.

Ürün çeşidi dikkate alınmaksızın, tüm özel sağlık sigorta primleri ve kesintiler özel gider tanımı altında gelir

vergisinden muafır. Ancak bu özel harcamaların yıllık limiti, her vergi yükümlüsü için 40.000 Şilin, çalışmayan eşler ise şayet en az 3 çocuğa sahipse, bu tutara ek alınan 20.000 Şilin ile sınırlanmıştır. Bu üst limite dek özel sağlık harcamalarının %25'i vergi indirim amaçlı olarak gösterilebilir. 1996 yılından itibaren, özel sağlık sigortası primleri yıllık gelirlerinin 700.000 Şilini aşması halinde vergiden muaf değildir. 500.000 Şilin-700.000 Şilin arası yıllık geliri olan kişilerin 1.1.1997 tarihinden itibaren lineer bazda vergi indirim oranları azaltılmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %7,1 iken, 1996 yılında %7,9'a yükselmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %74,9'dur. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1995 yılı itibariyle %8,7'dir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 2,225 \$, kişi başına kamu harcamaları ise 1.667 \$ olmuştur (OECD Health Data-1997). 1995 yılında kişi başına özel sağlık sigorta primi 198 \$'dır. 1996 yılı itibariyle nüfusun %37'sinin özel sağlık sigortası vardır.

İTALYA

İtalya'da sağlık sigorta sektörü gelire endeksli sosyal

güvenlik kesintileri ile finanse edilen ve her türlü işsizlik durumu göz ardı edilerek tüm vatandaşları kapsayan ulusal sağlık sigortası (SNN) tarafından yönlendirilmektedir. Özel sektörün teminatları ve sektör olarak payı çok küçüktür. Bu sigorta her türlü tedaviyi %100 oranında karşılamakta ancak yaşı 10-60 arası olan kişilerden bazı ilaçlar için 1993 yılı itibarıyla 2,500 lira ya da 5,000 lira ücret alınmaktadır. Ulusal sağlık hizmeti ile verilen teminatlar; uzman hekime olan muayeneler ve uzman hekimin gerekli gördüğü başka bir doktora hastanın sevk edilmesi, patoloji ve radyoloji, hastaneye yatış ve tıbbi tedaviler, tedavinin çeşidine bağlı olarak tam ya da kısmi eczane ile ilgili yapılan harcamalar ve kaplıca tedavileri gibi ek teminatlardır. Ulusal sağlık sigortası dolaylı teminat olarak nitelenen, tedavinin devlet sağlık kurumunda mümkün olamadığının tasdik edilmesi şartıyla kişiye ulusal sağlık sigortasının geçerli olmadığı başka bir hastanede tedavi olanağı sağlamaktadır. Bu teminatın limitleri ve şartları bölgesel bazda belirlenmiştir.

İki özel sigorta fonu, FASDAC ve FASI ticaret ve endüstri sektöründe çalışanlara ek teminat sağlamaktadırlar. FASDAC tıbbi masrafların %70'ini karşılamaktadır. Bu kurumlar, işçi ve işverenlerden yapılan kesintilerle finanse edilmekte, bağımlılar için ayrı-

ca kesinti yapılmamaktadır.

Özel sağlık sigortası, mütüel kurumlar ve sadece hayat dışı branşlarda faaliyet gösteren sigorta şirketlerince verilmekteydi. Ancak yakın geçmişte özel sağlık sigortasının ferdi kaza poliçelerine ek olarak verilmesi gelişimi artırmıştır. Son beş yılda, İtalya'da kamu ve özel sağlık harcamaları (95.000 milyar lira) dramatik olarak artmıştır. Bi-reylerin kendilerinin üstlendiği sağlık harcama masrafları, 1989 yılında 11,000 milyar liradan, 1996 yılında 30,000 milyar liraya yükselmiştir. Özel sağlık sigortasının hayat dışı branşlar içinde toplam prim üretimi 1996 yılında %4,7'dir.

Mevcut sağlık sigorta poliçelerinin verdikleri teminatlarda, hastane giderleri (yatarak tedaviler, tıbbi ve ameliyat tedavisi), nekahat devresinde yapılan ödemeler, ayakta tedaviler, gelir kayıplarının temin edilmesi, hastalık sonucu tam ya da kısmi malûliyet gibi teminatlar vardır. Kanunen, sağlık sigorta poliçeleri ilk giriş tarihinden itibaren iki yıl iptal edilemezler, ancak daha sonraki yıllarda yenilenme garantisizdir. Primler, sigortalının sigortaya giriş tarihindeki yaşına göre yıllık olarak belirlenir.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %8,1 iken, 1996 yılında %7,6'ya inmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam

sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %69,9'dur. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1993 yılı itibarıyla %1,1'dir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 1,597 \$, kişi başına kamu harcamaları ise 1,116 \$ olmuştur. 1993 yılında kişi başına özel sağlık sigorta primi 17 \$'dır (OECD Health Data-1997). Sağlık sigorta sektöründeki nominal artış birkaç yıldır %20 oranında seyretmektedir. Yakın gelecekte, yönetiminin profesyonel özel kurumlar ya da sigorta şirketlerinin bünyesinde takip edileceği uzun süreli sağlık fonlarının kurulması, sağlık harcamalarının devlet bütçesine verdiği mali yükü azaltacağı beklenmektedir. Bu fonlar devletin sağladığı teminatları tamamlayıcı olacaktır.

İSPANYA

İspanya'nın sağlık sisteminde sorumlu kurum olan INSALUD 1978 yılında kurulmuştur. Sistem sağlık sigortası için prim ödeyen kişilerin sigortalanmamış bağımlılarını da kapsamaktadır. Onaylanan doktor ya da hastanelerde tıbbi tedavi teminatının tam olarak karşılanması sağlanmakta ancak sadece ayakta tedavilerde ilaç giderlerinin %40'ına iştirak edilmektedir.

1996 yılı itibarıyla bu kurumun bütçe gelirinin %69'u devletin yıllık düzenlenen

bütçesinden, %27'si ise sosyal sigorta kesintilerinden oluşmaktadır. 1996 yılı itibariyle nüfusun %93'ünün kamuya ait, %10'unun ise özel sağlık sigortası vardır. Nüfusun %6,5'ini oluşturan devlet memurları, askeri ve hukuk hizmetlileri kamu ya da özel sigortayı seçme serbestliğine sahiptir. Zorunlu devlet sigorta sisteminden isteğe bağlı ayrılma ayrıcalığının sadece bu kesimine tanınması tartışma konusu olmuştur. Kamu çalışanları ve ailelerinin %85'i bu durumdan yararlanmıştır. Devlete ait sağlık kurumlarının özele kıyasla daha tam teçhizatlı olması ya da iyi eğitilmiş doktorları istihdam etmesine rağmen tedavi yetersizdir ve bu nedenle tamamlayıcı ve daha iyi hizmet almak için kişileri özele yöneltmektedir. Bu sigortanın 1996 yılı itibariyle maliyeti 3,5 milyar Pesetas'dır. Bu tutar vergi yoluyla devlet bütçesinden finanse edilmektedir. İspanya modelinde kişiler hem özel hem de kamu sağlık sigortası için mükerrer ödemede bulunmaktadır. Kamu sağlık sistemi, dış çekimi dahil diğer dış giderleri istisna olmak kaydıyla ilaç ve hastane tedavi hizmetlerini karşılamaktadır. Endüstriyel kazalar ve mesleki hastalıklar sadece "Social Security Industrial Accident Mutuals" tarafından ödenmektedir. Bu teminat özel sigorta şirketince verilmemektedir.

Emeklilik, ölüm, hastalık,

malûliyet ve tıbbi tedavi teminatları veren sosyal güvenlik kurumu kesintileri işverenenden %31,6, işçiden %6,6'dır.

Özel sağlık sigortası olan kişiler her pratisyen doktora gidişlerinde vizite başı 100 Pesetas ödemelidirler. 1990 yılında özel sağlık sigortası olan kişi sayısı 5.4, 1994 yılında ise 5.5 milyondur. Özel sağlık sigortalarında son yıllarda artan sağlık harcama maliyetleri nedeniyle, sabit oranlı prim alınan hastalık ve hastane teminatları ile tüm ilk ve/veya ikinci basamak tıbbi ve ameliyat teminatlarının verildiği sağlık planları arasında farklılaşmaya gidilmesinin gereği doğmuştur. İkinci durumda, tazminat direkt sigortalıya (reimbursement of costs) ya da direkt olarak sağlık kurumuna (medical care insurance-benefits in kind) yapılmaktadır. Özel sağlık sigortası olan kişilerin %90'ı tıbbi tedavi sigortasına dahildir. Hastalık ve ameliyat durumunda verilen teminatlar ile sigortalıya gündelik tazminat ödemesi yapılmaktadır.

30.12.1996 tarihinde vergi, idari ve sosyal önlemler ile beraber hayat dışı primleri üzerinden %4 vergi tahakkuk ettirilmiştir. Devlet memurlarının mütüel şirketlere ödedikleri primler bu vergiden muaftır. Uzun süreli bakım teminatı, kamu hastanelerinde zihinsel ve psikiyatrik tedavi birimlerinde verilmektedir.

1997 yılında toplam özel

sağlık sigorta primi 358.661 milyon Pesetas olmuş, bir önceki yıla kıyasla %10,9 oranında artış gerçekleşmiştir. Hasar/prim oranı ise %82,4'tür. Ülkede 1997 yılı sonunda 6.160.096 kişinin tıbbi giderlerinin karşılandığı sağlık poliçesi vardır. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %6,9 iken, 1995 yılında %7,6'ya yükselmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %76,3'tür. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1990 yılı itibariyle %3,7'dir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 1,134 \$, kişi başına kamu harcamaları ise 865 \$ olmuştur. 1993 yılında kişi başına özel sağlık sigorta primi 32 \$'dır (OECD Health Data-1997).

Sağlık giderleri yılda %6 oranında artmaktadır. Bu oran neredeyse genel enflasyon oranının iki katı dolaylarındadır. Nüfusun daha iyi standartlarda yaşama talebi, toplumdaki yaşlı nüfusun ve teşhis maliyetlerinin hızlı bir şekilde artması bunun nedenleri arasındadır.

YUNANİSTAN

Yunan sağlık sigorta sistemi, çalışanların kesintileri ile finanse edilen katılımın zorunlu olduğu 100'den fazla mesleki sağlık fonundan o-

luşmaktadır. Sosyal güvenlik kurumu olan IKA, bu fonların en önemlisidir. Meslek farkı gözetmeksizin özel sektörde maaşlı olarak çalışan kişiler ve ailelerinin zorunlu olarak katıldığı bu kuruma serbest çalışanlar da dahil olabilir. Bu sistem bedava ve sınırsız süreli olarak tıbbi teminat vermektedir. Tedavi standardının çok düşük olması nedeniyle işverenler çalışanlara özel sigortaya yönelmelerini tavsiye etmektedirler. IKA'nın verdiği teminatlar, kendi doktor network'ünde ilk tıbbi tedavi, eczane ilaç giderleri, tüm kamu hastaneleri ve onların ilişkide olduğu özel kliniklerde hastane giderleri teminatı, uzman doktorların verdiği tıbbi hizmetlerdir. IKA'nın finansmanı, devlet bütçesi, işi-ışveren kesintileri, özellikle ilaç giderlerinde hastaların masraflara iştiraklerinden oluşmaktadır.

1996 yılı itibariyle, sosyal güvenlik ve sağlık hizmet masraflarının %28,6'sı hastane giderleri, %24,7'si ilk tedavi giderleri, %38,5'i ilaç, %8,2'si ise diğer tedavi şekillerinden oluşur.

Tıbbi tedavi sigortasının kapsamı hastalık, mesleki hastalık ve buna benzer teminatlardır. Bu teminata hak kazanmak için geçmiş takvim yılında 50 gün ya da son 15 ay süresince çalışmış olunması gerekir. İlaç ve diş tedavi masraflarında %25 sigortalının paylaşımı vardır. Sigortalıların

istediği doktora ya da prati-yene gitme seçeneği olmamakta, yerel doktorlara gitmesi gerekmektedir.

Devlet sağlık sigorta sektörü, 1995 yılı itibariyle, aylık tavan tutarı olan 417,500 GDR'ye kadar %6,45 tutarında işçi ve işveren kesintileri ile finanse edilmektedir. Bu miktar finansmanı için yeterli olmamakta, devletin tamamlayıcı teşvikleri de gerekmektedir.

1980'li yıllarda sınırsız teminat, hastane giderlerinin %100 oranında karşılanması gibi daha esnek sigorta çeşitleri ortaya çıkmıştır. Sağlık sigortalı hayat sigorta şirketlerince hayat sigorta teminatına ek olarak, nadiren bağımsız olarak verilmektedir. Her şirket kendi tarifelerini ve sigorta şartlarını belirlemede serbesttir. 1996 yılı itibariyle, sağlık sigorta primleri toplam hayat sigorta primlerinin %40-%50'sini oluşturmaktadır. Ferdi poliçeler 65 yaşına dek geçerlidir ve otomatik olarak tüm yaşam boyu sürecek şekilde yenilenebilirler. Sigorta-cı yıllık olan sözleşmeleri yenileme tarihinde feshedebilir. Primlerin hesap edilmesinde sigortalının yaşı dikkate alınır.

Son yıllarda hasarların çok artması nedeniyle, sigorta şirketleri teminatları sınırlama yoluna gitmektedirler. Doğum masraflarının sınırlanması, hastaların muafiyet oranlarının artırılması, özelliği olan poliçelerde yüksek prim artışına gidilmesi gibi tedbirler alın-

maktadır. Özel sigorta şirketleri, özel hastane ve kliniklerle tedavilerde anlaşmalı fiyat uygulamalarına, ameliyat sınıfına göre tüm hastane giderlerinin paket fiyatlarının oluşturulmasını yaygınlaştırmışlardır.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %4,2 iken, 1996 yılında %5,9'a yükselmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %82,9'dur. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1994 yılı itibariyle %3,5'dir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 693 \$, kişi başına kamu harcamaları ise 575 \$ olmuştur. 1994 yılında kişi başına özel sağlık sigorta primi 18 \$'dır (OECD Health Data-1997).

İNGİLTERE

Devlet Sisteminin Kapsamı ve Teminatlar : İngiltere'de sağlık hizmeti 1948 yılında kurulan NHS (National Health Service) tarafından verilmekte ve bu hizmeti almak için yılda 40 milyar GBP ödenmektedir. Bu tutarın %83'ü vergi yoluyla, %13'ü işverenler ve serbest çalışanların kesintileri ile, %4'ü ise hastaların ödemeleri ile karşılanmaktadır. İngiltere'de devlet, sağlık için yapılan tüm harcamaların %84'ünü temin etmektedir. NHS, pratisyen hekim, dişçi, göz doktoru, ambulans, sağlık kontrol-

leri gibi hizmetleri karşılar. Genel sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak karşılanmasının yanı sıra, ilaç, diş, göz teminatları, hamile kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve kronik olarak hastalar istisna edilerek düşük oranda ücrete tâbidir. Ülkede 600,000 kişinin özel diş sigortası bulunmaktadır. İşsizlik, kısa süreli hastalık sonucu gelir kaybı, endüstriyel yaralanma ve malûliyet teminatları finansmanının %88'ini NI (National Insurance)'ın karşıladığı ve geri kalanının devlet teşviki ile sağlandığı ayrı devlet sosyal güvenlik sistemi altında verilmektedir.

NHS'ye bağlı uzman doktorlar maaşla çalışmakta, pratisyen doktorlara ise (GP) hasta başına ödeme yapılmaktadır. Full-time çalışanlar maaşlarının %10'u kadar özel tedavilerden gelir elde edebilirler. Part-time çalışanların maaşlarının daha düşük olmasına rağmen, özel muayenelerden elde edecekleri gelirlerinin üst limiti yoktur. Özel muayenelerin ücretleri üzerinde bir sınırlama yoktur. NHS, her ne kadar mali sıkıntı ve güncel teminatlar oluşturamama gibi problemler yaşıyorsa da kaza, acil durum ve hayatı tehdit eden akut hastalıklarda yüksek standartta hizmet vermektedir. Yaşlı nüfusun acil olmayan ameliyat istekleri bekleme listelerinin kabarmasına neden olmuş, acil olmayan nitelikteki tedavi talepleri özel sağlık sigortasının çıkış noktası olmuştur.

NHS'nin merkezi ve devlet tarafından kontrol edilen bir sistem olmasından ötürü, sağlık harcamalarının hacminin kontrolünü üstlenmiştir. Ancak zamanla, iyi doktorlar yurt dışına gitmiş, sağlık hizmeti bekleyen kişilerin oluşturduğu yığılma engellenememiş, koruyucu hekimliğe önem verilmemiş ve ayakta tedavilerin iyileşmesi için de gayret gösterilmemiş, tedavinin kalitesi bölgelere göre farklılık göstermiş, yeni teknikler göz ardı edilmiştir.

Özel Sigorta Sektörü

Kamu ve özel sektör işbirliği içinde çalışmaktadır. Örneğin en büyük provident association (hiç sermayedarı olmayan kurumlar) olan BUPA, yerel olarak NHS ile yakın bir ilişki içinde çalışmaktadır. BUPA hastanelerinin sağlık yetkilileri ve GP'ler ile anlaşması bulunmaktadır. Pazarda şu teminatlar verilmektedir:

1) PMI (Tıbbi Giderler Sigortası): Nüfusun %11'i tarafından alınan bu ürün, NHS'nin verdiği bazı teminatları tamamlamaktadır. Bu ürünü satan toplam 27 provident association ve sigorta şirketi mevcuttur. Bu kurumların en büyük ilk beşi pazarın %90'ını tutmaktadır. 1993 yılı itibariyle bu kurumların prim gelirleri, GBP olarak BUPA (920 milyon), PPP (330 milyon) Norwich Union

Healthcare (120 milyon), WPA (80 milyon), Prime Health (55 milyon) olarak gerçekleştirilmiştir.

1995 yılı itibariyle, sağlık sigorta sektöründe PMI'a ait yazılan brüt primler, 2,591 milyon GBP'dur. 1990-1994 yılları arasında hasar oranı yaklaşık %80 olarak gerçekleşmiştir. PMI prim gelirleri reel olarak yılda ortalama %4 oranında artmaktadır. Bu teminatı alan kişilerin ulusal sigorta kesintileri devam etmekte, iki farklı birime (devlet ve özel) sağlık primi ödemektedirler. Portföylerinde PMI olan sigortacılar, devletten hiçbir mali destek almamaktadır. Uzmanlarca ayakta ya da yatarak verilen akut tedaviler, alkolizm ve psikiyatrik tedavi teminat dahilinde, doğum, uzun süreli hastalık, rutin diş tedavisi, ayakta tedavi ilaçları ise istisnalar arasındadır. Grup ya da ferdi bazda alınan (bağımlılar da dahil olabilir) bu ürün iki çeşittir. Birincisi sabit limitlerde olan tedavilerin karşılanması (örnek: 600 GBP büyük ameliyat, 500 GBP yılda ayakta tedavi), ikincisi de belirli bir yıllık limite dek tüm masrafların ödenmesidir.

Sigortacı ferdi poliçelerin ve grup sigortalarının genel şartlarını ve yaşa bağlı primlerini, hasar/prim oranını da dikkate alarak her yıl değiştirebilir. Grup sigortaları iki çeşittir. "Voluntary groups" primlerin işverenlerce çalışanlar adına görüşüldüğü ancak prim-

lerin çalışanların maaşlarından kesildiği sigortalardır. "Company paid group schemes" ise işverenin primin tamamını ödediği planlar olup primleri özel olarak hesaplanmaktadır.

2) PHI (Uzun süreli hastalık ve malûliyet sonucu gelir kaybı teminatı): PHI, uzun süreli bir sigorta olma özelliği nedeniyle denetime tâbidir. Bu ürünü satan şirketlerin, primlerin hesaplanması, yeterli rezervlerinin oluşturulması ve yükümlülük karşılama yeterliklerinin sağlanmış olması gibi finansal kriterlere sahip olmaları gerekmektedir. 1996 yılı itibariyle, ülkede 45 şirket bu ürünü satmaktadır. Teminatın ödenmesi için kişinin hastanede yatması gerekmektedir. Ancak hamilelik ve kendi kendini yaralama gibi durumlar istisnadır.

Ödenen maksimum teminat, diğer sosyal güvenlik ve diğer sağlık sigorta planlarından alınan teminatların düşülmesi şartıyla, malûliyetten 12 ay önceki kazancın %50-%80'i tutarındadır. Bu oranın tespiti, sigortalının iyileşip işine geri dönebilme olasılığı dikkate alınmıştır. İngiliz devlet istatistikleri herhangi bir zamanda 1,2 milyon kişinin hastalık ya da kaza sebebiyle bir yıldan fazla çalışmaz durumda olduğunu göstermektedir. Bunların 230,000'i 10 yıl ya da daha uzun süre çalışmayanlardan oluşmaktadır.

Buna rağmen İngiltere'de nüfusun %12'sinin PHI teminatı bulunmaktadır. Bu teminatın farklı ülkelerdeki uygulamaları o ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerine, vergi kurallarına, sigorta ve çalışma uygulamalarına bağlıdır.

sında da artış olmaktadır. Özellikle stresin iş verimliliği üzerindeki negatif etkisi anlaşıldıkça, bu teminat - sorumluluk poliçelerinin dahilinde olmakla beraber çalışanlar için daha etkin hale gelecektir.

Tablo 6: İngiltere'de ürünlere göre prim üretimi dağılımı

Özel sağık sigortası prim üretimi	1997 GBP (milyar)	1990-1995 reel artış %	1995	1996	1997	1998
PMI	1.8 (% 73)	4.3	-3.0	6.8	-	
PHI	0.6 (%27)	7.8	11.4	19.0	6.0	5.0
Toplam	2.4 (%100)	5.1	0.2	9.9		

Swiss Re, Sigma Prospect No.6/98 (1997 ve 1998 yılları için yüzdeler tahminidir)

3) Critical Illness Benefit (Tehlikeli Hastalık Teminatı): İngiltere'de 50-60 hayat şirketinin verdiği bu teminat, ilk olarak 1986'da piyasaya sunulmuştur. 1991 ve 1997 yılları arasında poliçe sayısı 130.000'den 650.000'e yükselmiştir. Son zamanlarda bu ürün büyük tıbbi harcamalar (MME) ya da PHI poliçelerine ek olarak verilmektedir. 1993 yılı itibariyle ortalama sigorta bedeli 44.896 GBP'dur. Satışların %75'i direkt satış grupları ile yapılmaktadır. Kalanı da IFA (Independent Financial Adviser) tarafından satılmaktadır. Bankasurans şirketleri de bu ürünün satışında rol oynamaya başlamıştır. Ferdi poliçeler daha yaygın olarak satılmakta, grup poliçelerin sayı-

4) Major Medical Expenses (MME): MME bağımsız bir poliçe olarak ya da hayat ve malûliyet teminatlarına ek olarak yazılmaktadır. 18-65 yaş arası kişilerin sigortalandığı ve teminatların yılda %5 oranında artırıldığı önceden belirli ameliyatların gerçekleşmesi durumunda teminat ödenmektedir. Teminat miktarı belirlenirken ameliyatların özelliklerine (küçük ameliyat 1,000 GBP, orta ameliyat 3,000 GBP, kompleks büyük ameliyatlar 12,000 GBP) göre sınıflandırılır. Sigortalı farklı oranlarda olan paylaşım yüzdelerini (mide ameliyatı %50, ortopedi ameliyatı %25 paylaşım gibi) seçebilir. Primler "level premium" olarak yani, kişinin sigortaya girişindeki yaşına bağlı olarak

belirlenmekte ve sigortacı artan yaş için rezerv oluşturmaktadır. Primin belirlenmesinde cinsiyet de bir faktör olmaktadır. MME için en uygun hedef kitle, PMI poliçesi olmayan kişiler, düşük geliri olan kişiler, serbest çalışanlar (1993 yılı kadın ve erkek yaklaşık 3,3 milyon) ve PMI'nin pahalı geldiği yaşlı nüfus, çocuğu olan tek yaşayan ebeveynler (1993 yılı 1,2 milyon kişi) ve gönüllü gruplardır (Mercantile & General Reinsurance-Life Lines, Winter 1992).

5) Long Term Care (LTC): İngiltere'de ilk kez 1991 yılında piyasaya sürülmüştür. Ürünün potansiyeline dair gösterge olabilecek rakamlar, 65 yaşın üzerindeki kişilerin %55'inin uzun süreli hastalıkları olduğu ve bu durumun hareketlerini kısıtladığı görülmektedir. Aynı yaş grubundaki kişilerin %10-15'i evlerinden çıkamamaktadır. Tahminler 1994 yılında 4 milyon olan yaşlı sakat/malûllerin 2029 yılında 6 milyonun üzerinde olacağını göstermektedir. Kadınların iş hayatındaki rollerinin artması, boşanma oranının artması, doğum oranındaki düşme ve değişen sosyal yapı sebebiyle İngiltere'de yaşlılara akrabaların bakması trendinde düşüş gözlenmektedir. Devletin ve yerel yönetimlerin de yaşlılara bakım sağlayacak imkânlarında azalma olmuştur.

Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sigortasında Devlet ve Özel Sağlık Sigortasının Payı

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %6 iken, 1996 yılında %6,9'a yükselmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise 1996 yılı rakamlarına göre %84,3'tür. Özel sağlık sigortasının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1994 yılı itibariyle %3,5'tir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları 1996 yılı verilerine göre 1,365 \$, kişi başına kamu harcamaları ise 1,150 \$ olmuştur. 1994 yılında kişi başına özel sağlık sigorta primi 43 \$'dır (OECD Health Data-1997). Sağlık sigortası olan nüfus 1987'de %9 iken, 1994'te %13'e yükselmiştir. 2000 yılında bu oranın %20'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ancak bu %20, ülkenin çeşitli bölgelerine göre farklılık gösterecektir. Güney bölümünde daha yüksek iken kuzeyde daha düşük olacaktır.

II) TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

A) Kamu Sağlık Sistemi

Türkiye'de devlet sağlık sistemi üç temel sosyal güvenlik kuruluşunun yanı sıra konsolide devlet bütçesi içinde yer alan kamu kurumlarının çalışanları için sağladığı sağlık teminatlarından oluşmaktadır.

Kamu Kurumlarınca Sağlanan Teminatlar

En geniş kapsama sahip olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kamu ve özel sektör işverenlerine bağlı olarak çalışanları ve bağımlılarını kapsamakta; sigortalının kendisi ve bağımlıları için yatarak ve ayakta tedavi, protez temini, geçici işgöremezlik günlük ödeneği gibi bakım hizmetleri sunmaktadır. Ayakta tedavilerde ilaç bedellerinin sigortalılar ve bağımlıları için %80'i, emekliler için %90'ı ödenmektedir. Bunun dışında iş kazası ve meslek hastalıkları sigortasının yanı sıra, doğum ile ilgili harcamalar da analık sigortası teminatları altında ayrı olarak değerlendirilmektedir. Hastalık sigortası için prim oranı sigortalının brüt maaşının %11'i oranındadır. Bunun %5'i işçi, %6'sı işveren tarafından ödenmektedir. Analık teminatının primi brüt maaşın %1'i, iş kazası ve meslek hastalığı sigortasının primi de %1,5'i oranındadır ve işveren tarafından ödenmektedir. Bir diğer sosyal güvenlik kurumu, serbest çalışanları kapsayan Bağ-Kur'dur. Bağ-Kur, yaşlılık, ölüm ve malûliyet teminatlarının yanı sıra, sağlık sigortası teminatı da vermektedir. Sigortalı ve bağımlılarının sağlık harcamalarını kapsayan bu teminat için, içinde bulunulan basamak gösterge tutarının %12'si kadar prim ödenmektedir.

Sağlık sigortası hastalık ve iş kazası hallerinde ayakta ve yatarak tedavileri kapsamaktadır. Ayakta tedavi ilaç bedellerinin sigortalı için %80'i, emekliler için %90'ı karşılanmaktadır.

Emekli Sandığı devlet memurlarının emeklilerini, dul ve yetimlerini ve bunların aile fertlerini kapsamakta; sigortalı ve bağımlılarının ayakta ve yatarak tedavi teminatlarını karşılamakta, ayrıca malûliyet teminatı vermektedir. Devlet memurlarından aktif çalışma süreleri içinde veya emekliliklerinde sağlık sigortası için herhangi bir prim alınmamaktadır. Sağlık harcamaları, içinde genel bütçe transferlerinin bulunduğu kurumun genel gelirlerinden karşılanmaktadır. Aktif olarak çalışmakta bulunan devlet memurları ve bağımlılarının sağlık harcamaları ise bağlı buldukları kurum ve kuruluşlarca ödenmektedir. Sağlık harcaması için her kurum ve kuruluş, bütçelerine ödenek koymak suretiyle sağlık harcamalarını karşılamaktadır. Bütçe ödeneklerinin yeterli olmaması durumunda yeni ödenek tahsis edilmektedir. Türk Silahlı Kuvvetleri mensupları ve bağımlılarının sağlık harcamaları Milli Savunma Bakanlığı, Türk Silahlı Kuvvetleri kapsamında değerlendirilmektedir.

Kamu Sağlık Sistemi Kapsamındaki Nüfus

1997 yılı rakamlarına göre 30,4 milyon kişi ile nüfusun %48,4'ü SSK kapsamındadır. Bunların 21,3 milyonunu bağımlılar, 2,7 milyonunu aylık alanlar oluştururken, prim ödeyen aktif sigortalıların sayısı 6,4 milyondur. Sigorta kapsamındaki aylık alanlar ve bağımlıların toplamının aktif sigortalılara oranı %3,76'dır. Bağ-Kur kapsamındaki sigortalılar 12,7 milyon kişi ile nüfusun %20,2'sini oluşturmaktadır. Prim ödeyen aktif sigortalılar 2,8 milyon iken aylık alan ile bağımlılar 9,9 milyon kişiden oluşmaktadır. Pasif/aktif sigortalı oranı %3,52'dir.

T.C. Emekli Sandığı 11,2 milyon kişi ile nüfusun %17,8'ini kapsamaktadır. Yaklaşık 2 milyon sigortalıya karşılık, 9,2 milyon aylık alan ve bağımlı bulunmaktadır. Nüfusun %0,5'i oranındaki 315.000 kişi de 506 sayılı SSK Kanunu geçici 20. madde kapsamındaki özel sandıklara bağlıdır. Nüfusumuzun %88,4'ü sosyal güvenlik kurumları kapsamında yer almakta iken, %11,6'sı hiçbir sosyal güvenlik teminatına sahip değildir (SSK 1997 İstatistik Yıllığı).

Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları kamu ve özel kurumlarda sunulan sağlık hizmetleri olarak iki bölümde incelenmektedir. 1996

yılı rakamlarına göre sağlık harcamalarının %74'ü kamu harcamaları, geri kalan %26 da özel harcamalardır. Kamu harcamalarında en büyük pay, %33,9 ile koruyucu sağlık hizmetleri yanında birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri sunan ve ülkedeki hastane yatak sayısının yarısından fazlasına sahip olan Sağlık Bakanlığı'na aittir. SSK harcamaları kamu harcamalarının %19'u ile ikinci sırada yer almaktadır. Bu harcamaların %75'i SSK'nın sağlık kuruluşlarında yapılan tedavilerin giderlerinden oluşmaktadır. SSK gelir-gider dengesi incelendiğinde 1994 ve 1995 yıllarında prim gelirlerinin sağlık giderlerinin altında kaldığı, 1996 yılında ise yaklaşık %2'lik bir oranla prim gelirlerinin sağlık harcamalarının üzerine çıktığı görülmektedir. 1996 yılı rakamlarına göre, SSK aktif sigortalıların kişi başına sağlık harcamaları 19 milyon lira (229 \$), aylık alanlar ve bağımlılar ile birlikte toplam sigortalıların kişi başına sağlık harcaması da 3,4 milyon lira (41 \$) olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık personeli yetiştiren tüm fakülte ve yüksek okullarda gerçekleştirilen sağlık harcamaları toplam kamu sağlık harcamaları arasında %12,5'lik pay (1996 yılı) ile üçüncü sırayı almaktadır. Aktif olarak çalışan devlet memurları ve bağımlılarını kapsayan Bakanlıklar bölümünün kamu sağlık

harcamalarındaki payı %10,4' tür (1996). Emekli Sandığı harcamalarının oranı %7,7, MSB-TSK'nin oranı %6,1, Bağ-Kur'un %4, KİT'lerin (devlet memuru olmalarına rağmen çalışanlarına devlet memurlarından daha avantajlı imkânlar sağlayabilmektedirler) %3,1 olarak gerçekleşmiştir. Geliştirme ve Destekleme Fonu ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu'ndan oluşan fonların payı %2,6, Belediyelerin payı ise %0,7 olmuştur.

Özel harcamaların da %68,5'i özel hekim giderlerinden oluşmaktadır. (Tablo 7)

1992-1996 yılları arasındaki dönemde 1995 yılı dışındaki yıllarda reel sağlık harcamalarında oldukça yüksek artışlar görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki bu artış, sağlık enflasyonunun genel enflasyon düzeyinden daha yüksek olması ve 1992-1996 döneminde %5,8'lik (OECD Health Data) bir nüfus artışı olması ile açıklanabilir. 1982-1998 yılları arasında ortalama TÜFE ve sağlık harcamaları ortalama TÜFE değişim oranları incelendiğinde, 1984 ve 1992 yılları haricinde sağlık enflasyon oranlarının genel enflasyon oranının üzerinde seyrettiği gözlenmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanma hacminde de bir artış olduğu tahmin edilmektedir. (Tablo 8)

Kişi başına kamu sağlık harcamalarının en yüksek olduğu kurum MSB - TSK ve

Tablo 7: Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı (milyar TL)

Kurum	1992	1993	1994	1995	1996
Sağlık Bakanlığı	12.546	21.534	38.413	74.259	156.607
SSK	7.316	12.062	23.424	44.754	87.937
Bağ-Kur	524	1.061	2.987	8.045	18.412
Emekli Sandığı	1.536	3.046	7.327	17.858	35.355
Bakanlıklar	2.900	4.783	13.808	20.119	47.936
M.Sav.Bk.-TSK	1.960	3.460	6.745	12.926	28.191
Üniversiteler	3.807	6.537	12.866	21.690	57.856
KİT'ler	518	932	2.051	3.850	14.310
Belediyeler	146	248	550	992	3.390
Fon kaynaklı H.	250	1.800	2.508	7.300	12.157
Toplam Kamu H.	31.503	55.463	110.679	211.793	462.151
Özel Hastaneler	637	1.517	3.843	12.582	18.766
Özel Hekim	4.282	8.717	17.434	32.289	110.529
Özel Dış Hekimi	2.657	4.048	6.579	12.780	19.166
Özel İlaç H.	6.087	10.433	16.000	18.231	12.887
Toplam Özel S.H.	13.663	24.715	43.856	75.882	161.348
Toplam Sağlık H.	45.166	80.178	154.535	287.675	623.499

Kaynak: Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 T.C. Sağlık Bakanlığı

Tablo 8: Toplam Sağlık Harcamalarının Reel Gelişimi

Yıllar	Reel Toplam Sağlık Harcaması (milyar TL) *	Değişim Oranı %
1992	45.166	
1993	47.136	4.36
1994	54.696	16.04
1995	49.355	-10.82
1996	55.253	11.95

* TÜFE değişim oranı dikkate alınmıştır. (1992=100)

Tablo 9: Kamu Kuruluşlarında Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$)

Kurum	1992	1993	1994	1995	1996
SSK	52	51	34	40	41
Emekli Sandığı	105	125	109	173	188
Bağ-Kur	19	24	21	36	46
MSB-TSK	181	201	145	180	216
Bakanlıklar	63	65	69	66	86

Kaynak: Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 T.C. Sağlık Bakanlığı

Tablo 10: Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması (%)

Harcama Şekli	1992	1993	1994	1995	1996
Koruyucu Sağlık Hizmet.	2.16	1.60	1.11	0.95	0.88
Ayakta Tedavi	63.19	65.17	65.56	62.90	64.06
Yatarak Tedavi	25.21	25.83	26.85	28.80	28.88
Diğer (Eğt.Md.Sosy. vs.)	9.44	7.40	6.48	7.35	6.18

Kaynak: Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 T.C. Sağlık Bakanlığı

Emekli Sandığı'dır. SSK ve Bağ-Kur'da ise bu rakam oldukça düşüktür. Tablo, kamu kurumları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin dağılımının dengesizliğini göstermektedir. Kişi başına toplam sağlık harcamaları ise 1996 yılı rakamlarına göre 108 \$

olarak gerçekleşmiştir (Tablo 9-Tablo 11).

Yapılan toplam sağlık harcamalarının büyük bir bölümü %64.06 (1996 yılı) ile ayakta tedavilere aittir. Yatarak tedavilerin oranı ise yine 1996 yılında %28.88 olarak gerçekleşmiştir. (Tablo 10)

Tablo 11: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%-1995) ve Kişi Başına Sağlık Harcamaları (\$-1996) Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'nin Karşılaştırılması

Ülke	Sağ.Harc./ GSYİH %	Kişi Başı Sağlık.Harc \$
Avusturya	7.9	2.225
Belçika	8.0	2.049
Danimarka	6.4	2.130
Finlandiya	7.7	1.806
Fransa	9.9	2.550
Almanya	10.4	3.036
Yunanistan	5.8	693
İrlanda	6.4	953
İtalya	7.7	1.597
Lüksemburg	7.0	-
Hollanda	8.8	2.150
Norveç	8.0	2.848
Portekiz	8.2	873
İspanya	7.6	1.134
İsveç	7.2	2.082
İngiltere	6.9	1.365
Ortalama	7.7	1.718
Türkiye	3.3	108

Kaynak: OECD Health Data, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 T.C. Sağlık Bakanlığı

Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı incelendiğinde, Avrupa Birliği ortalaması %7,7 iken, Türkiye'nin oranı %3,3'te kalmaktadır. AB ülkeleri arasında % 5,8 ile oranı en düşük olan Yunanistan'ın oranı da Türkiye'den yüksekte görülmektedir.

Benzer farklılık kişi başına sağlık harcamaları konusunda da göze çarpmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri arasında en düşük kişi başına sağlık harcamalarına sahip olan Yunanistan'ın harcama tutarı Türkiye'nin 6.42 katıdır. Portekiz, Türkiye'nin 8.08, İrlanda da 8.82 katıdır. Kişi başına sağlık harcamalarının en yüksek olduğu Almanya'da ise bu rakam Türkiye'nin 28.11 katıdır.

Tablo 12: Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynaklarının Dağılımı (%)

Finansman Kaynağı	1992	1993	1994	1995	1996
Vergiler	46.08	46.68	46.00	43.08	43.14
Sigorta Primi	22.60	21.92	24.00	27.12	25.22
Cepten Ödeme	31.32	31.40	30.00	29.80	31.64

Kaynak: Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996 T.C. Sağlık Bakanlığı

Yukarıdaki tablodan, toplam sağlık harcamalarının 1996 yılı verilerine göre, ancak %25'inin prim ödeme şekliyle finanse edildiği görülmektedir.

Kamu Sağlık Sisteminin Sorunları

- Kamu (memurlar dışında) ve özel sektörde çalışanların SSK'ya, serbest çalışanların da Bağ-Kur'a dahil olması zorunludur. Ancak bu kurumlar tarafından verilen sağlık hizmetleri yeterli olamamaktadır. Alınan primler bağımlıları kapsayacak düzeyde değildir. Bu sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması özel sağlık sigortalarına talebi artırmaktadır. Bu da hem sosyal güvenlik sistemlerine, hem de özel sağlık sigortasına ayrı ayrı prim ödemeyi gerektirmektedir.

- Bağ-Kur'da kişi başına sağlık prim geliri ve sağlık gideri karşılaştırıldığında, prim geliri 1992 yılında 23 \$ iken, 1996'da 19 \$ düzeyine düşmüş; giderler ise yine aynı yıllarda 8 \$'dan 23 \$'a yükselmiştir. Prim ödeyenler için yapılan karşılaştırmada kişi

başına prim 57 \$'dan 38 \$'a düşerken; sağlık giderleri 19 \$'dan 46 \$'a yükselmiştir (Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T.C. Sağlık Bakanlığı). Gelirlerin giderleri karşılama oranı 1994 yılında %126 iken, 1997 yılında %79'a düşmüştür (Bağ-Kur İstatistik Yıllığı).

- SSK'da da gelir ve giderler birbirine yakın seyretmekle birlikte, son yıllarda giderlerin gelirlerin üzerine çıkma eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Pasif/aktif sigortalı oranının %3.76 olması ve alınan primin içinde bağımlı sayısının dikkate alınmıyor olması da sorunu artırıcı boyut taşımaktadır. SSK İstatistik Yıllığı verilerine göre 1997 yılında yatarak tedavi görenlerin yalnızca %19'u aktif sigortalılardan oluşmaktadır.

- SSK ve Bağ-Kur primlerinin tahsilâtında zorluklar yaşanmaktadır. Ayrıca, kaçak işçi çalıştırmak ya da ücretini düşük göstererek SSK primini düşük ödemek gibi durumlarla da karşılaşmakta, bu da SSK'nın prim gelirinin düşmesine sebep olmaktadır.

- Alınan sağlık sigortası primlerinde aktüeryal prensipler dikkate alınmamakta, yaşlılık rezervi ayrılmamaktadır.

- Emekli Sandığı sağlık teminatlarından yararlanmak için prim ödenmemektedir. Kişi başına yapılan sağlık harcamasının diğer iki kuruma göre daha yüksek olduğu bu kuruma sağlık priminin ödenmesi zamanla kurumun üzerindeki yükü artıracaktır.

- Ülkemizde sevk zinciri gerektiği gibi uygulanmadığından hastaneler, daha çok ayakta tedavi sağlayan klinikler olarak işletilir hale gelmiştir.

- Nüfus, coğrafi ve fonksiyonel dağılım dikkate alındığında sağlık kuruluşları ve sağlık personeli yetersizdir. 1995 yılı verilerine göre (OECD Health Data) yatarak tedavi yapılan sağlık kuruluşlarının %96'sı devlete aittir ve 1000 kişiye düşen yatak sayısı 2.5'tir. Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için uzun kuyruklarda beklemek gerekirken, bazı tedaviler için aylar sonrasına randevu alınabilmektedir. Teknik yetersizlikler ve hasta sayısının çokluğu sebebiyle tedaviler yetersiz kalabilmektedir.

- Sağlık kurumları merkezi olarak yönetilmekte, ayrıca kurumların başında hekimler bulunmaktadır. Profesyonel yönetici eksikliği yaşanmaktadır.

- Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlere ayrılan kaynak yetersizdir. Toplam sağlık

harcamaları içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin oranı 1992 yılında 2.16 iken, 1996 yılında 0.88'e düşmüştür. Bir gösterge olarak kullanılabilir bebek ölüm hızı Türkiye'de hâlâ çok yüksektir (1995 yılı %45).

- Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine ayrılan kaynak yetersizdir. Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ortalama %7,7 iken Türkiye'de bu oran %3,3 olmuştur (1995). Kişi başına sağlık harcamalarında AB ülkelerinin ortalaması Türkiye'dekinin 16 katıdır (1996).

B) Özel Sağlık Sigortaları

Türkiye'de özel sağlık sigortaları 1989-1991 yılları arasında hayat sigorta poliçelerine ek olarak verilen gündelik tazminat sigortaları ile başlamış, daha sonraki yıllarda Avrupa Birliği ülkelerinde "Medical Expenses Insurance" tanımına karşılık gelen ayakta ya da yatarak tıbbi giderlerin karşılanması şeklinde verilen teminatlarla güncelleştirilmiştir.

Sektörde prim belirleme ve teminat çeşitleri

Sağlık sigorta şirketleri portföylerindeki ürün yapılarında her gelir seviyesine hitap edecek seçenekli paketler bulundurmaktadırlar. Yıllık olarak düzenlenmiş poliçelerin primleri yaşa ve cinsiyete göre belirlenmektedir. Teminatlar i-

se özelliklerine göre olay ya da hastalık başına, yıllık limitli, günlük ya da muafiyetli olarak (2000 \$, 3000 \$ vb) olarak verilmektedir. Yurt dışında tedavi, bazı şirketlerde limitler dahilinde verildiği gibi, bazı şirketlerde de tedavinin Türkiye'de yapılamayacağına ispatlanmasını gerektirmektedir.

Çok yaygın kullanımı olan ve sigortalı adayların cazip buldukları "limitsiz" olarak nitelenen ürünlerin aslında birtakım limitleri içerdiği gerçeği vardır. Bunlardan ilki, bu ürünlerin teminatlarının sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu hastanelerde geçerli olması şartıdır. Sadece çok acil durumlarda tedavinin anlaşmalı olmayan bir hastanede veya tıbbi nedenlerle tedavinin yurt içinde başka bir hastanede yapılması gerektiğinde teminatlar geçerli olmaktadır. İkincisi ise yurt dışında Kanada ve ABD için verilen teminatların kısıtlanması ve katılım payının düşürülmesidir. Ayakta tedavi teminatlarında ise, yurt içinde limitsiz teminat veren sağlık sigortası ürünü hemen hemen bulunmamaktadır.

Sağlık enflasyonunun yüksek seyretmesi, sektörde faaliyet gösteren şirketleri, teminatları ve primleri ya ABD dolarına endekslemeye ya da TL üzerinden üçer aylık ya da 6'şar aylık artışlar yapmaya yönlendirmektedir.

Genel olarak teminatlar aşağıdaki şekillerde sınıflandırılabilir:

1) Hastanede Yatarak Tedavi Giderleri: Yatarak tedavi olan kişilerin oda-yemek, refakatçi, doktor takibi, doğum, ilaç, tetkik, ameliyat, operatör, asistan, anestezi, hemşire, yoğun bakım ve sarf edilen her türlü malzeme giderlerini kapsayan teminatlardır. Yapay uzuv ve tıbbi alet giderleri de, eğer sigortalı için kullanılması kaçınılmazsa ve sigorta süresi dahilinde karşılaşılan bir kaza veya hastalık sonucu ortaya çıkmışsa, limit dahilinde karşılanır. Sektörde, hastane tedavi giderlerinin yanı sıra, yerel ambulans, organ nakil teminatı, cenaze nakli gibi teminatlar da, yaygın olmasa da, sınırlı olarak verilmektedir.

2) Ayakta Tedavi Teminatları: Doktor muayene, ilaç, teşhis yöntemleri (hastalığın teşhisi, tedavisi, kontrolü için yapılan tahlil, röntgen, ultrasonografi, MR vb) ve bunun gibi teminatlar verilmektedir. Gözlük, çerçeve ve lens giderleri genellikle rapor ve reçeteye bağlı olmak şartıyla, limit dahilinde karşılanmaktadır. Dış teminatı genellikle kaznen dış şeklindedir; bunun dışındaki dış teminatları da kısıtlı limitler dahilinde verilmektedir. Fizik tedavi, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz tedavileri sigortalıların tercihlerine ve ürün yapısına göre yatarak ya da ayakta tedavi şeklinde verilmektedir.

3) Aile Hekimliği: Özel sağlık sigortaları aile hekimliği hizmeti getirmiştir. Aile bi-

reylerine sağlık hizmeti vermeyi amaçlamaktadır. Aile hekimi, sigortalının isteğine bağlı olarak sigortalıyı evinde de ziyaret edebilmekte, sağlık danışmanı olarak hizmet vermektedir.

4) Evde Bakım: Evde bakım gereken durumlarda ise, hasta taburcu olduğu günden itibaren belirli bir süre içinde hemşirelik hizmetleri ile bakım giderleri belirlenen limit dahilinde ödenir.

Özel Sağlık Sigorta Ürünlerine İlişkin Yaygın Kavramlar

• Underwriting Kriterleri: Ferdi ve grup bazda düzenlenen sözleşmelerde, önceden var olan hastalıkların teminat harici tutulması ilke olarak benimsense de kişiye özel sürprim uygulaması da görülmektedir. Sigortalı adayları sigortaya kabul edilme aşamasında ücretsiz doktor muayenesi ve çeşitli tetkiklerden oluşan sağlık kontrollerinden geçirilebildiği gibi, sadece beyana bakılarak da sigortalı kabulü yapılmaktadır. Boy, kilo, yaş, sağlık durumu gibi faktörler sigortaya kabulde rol oynamaktadır.

• Sigortalı Katılım Payı: Genellikle ayakta tedavilerde sigortalı katılım payı (%20-%30) uygulanırken, yatarak tedavilerde sigortalı katılım payı bulunmamaktadır.

• Prim İndirim Oranları: Aile poliçelerinde sektör ge-

nelinde %5-%15'tir. Primin peşin ödenmesinde dikkate alınan oran ise %15-%25 civarında değişmektedir.

• Yenileme: Yenileme indrimi hasarsızlık oranı dikkate alınarak yapılmakta ya da sürprim uygulanmaktadır. Bazı şirketler ise, poliçenin ikinci yılından itibaren yenileme garantisi vermektedir.

• Bekleme Süreleri: Teminatların niteliğine göre bekleme süreleri bulunmaktadır. Sigortaya ilk giriş yılında 1-3 ay ve doğum teminatı için de 3-10 aylık bekleme süreleri konmaktadır. Belirli ameliyatlar için de (menüsküs, burun deviasyonu, fitık vb) farklı bekleme süreleri konmaktadır.

• İstisnalar: AIDS, alkol ve uyuşturucu bağımlılığından kaynaklanan rahatsızlıklar, kontrol amacıyla yapılan check-up gibi araştırmalar, psikiyatrik ve estetik tedaviler genel istisnalar arasındadır. Ancak özellikle grup sigortalılarında bu teminatlar grubun isteğine göre ya da çoğunlukla pazarlama amaçlı olarak check-up, psikiyatrik tedaviler ve aşular da kapsam dahiline alınabilmektedir.

• Anlaşmalı, Anlaşmasız Kurum Tanımları: Sigorta şirketleri bazı sağlık kurumları ile fiyat indirimlerinin de sözü konusu olduğu direkt ödeme anlaşmaları yapmaktadırlar. Bu kurumlarda tedavi olan sigortalıların giderleri poliçelerinin "teminat limitleri dahilinde" direkt olarak söz konusu

kurumlara ödemektedirler. Çoğu sigorta şirketinde mevcut olan 24 saat provizyon ve danışma hattı ile sigortalıların tedavi giderlerinin poliçelerin teminat limitlerini aşıp aşmadığı kontrol edilmekte, sigortalı sadece aşan kısmı sağlık kuruluşuna ödeyerek taburcu olmaktadır. Anlaşmalı olmayan yerlerde sigortalı tedavi olabilmekte ancak yaptığı harcamaları ilk önce kendisi karşılamakta, bedeli limitler dahilinde daha sonra sigorta şirketinden tahsil edebilmektedir. Ayakta tedavi teminatlarında sigortalılar, sağlık giderlerine katılımda bulunmaktadır.

• **Tarafsız Kurum Yöneticiliği (TPA):** Son yıllarda sektörde sigorta şirketlerine destek veren yabancı kuruluşlara rastlanmaktadır. Bu organizasyonların şu fonksiyonları vardır: Sigortaya kabul (underwriting) işlemlerine, sigorta şirketi adına tazminat ödemesine karar vermede yetkili olmak, sigortalı ve sigortacıya pazarladığı ürün hakkında danışmanlık hizmeti vermek, sağlık sigortalarında katılımları olan sigortalı nüfus, satış gücü, sağlık sigorta hizmeti sunan işletmelerin aralarındaki dengeleri saptamak, dinamik, gelişmiş, yaygın örneklerden uyarlanmış sağlık sigortası ürün programlarını sektöre tanıtmak, sektördeki mevcut ürün hizmeti ve dağıtım kanallarına ilişkin teşvikleri getirmektir. Bunun yanı sıra acil hallerde, sigortalının hastaneye

nakli sırasında kullanılacak kara nakliye araçlarıyla yapılan taşıma hizmetlerini üstlenen bazı kurumlar da vardır.

• **Özel Sağlık Sigorta Sektörünün Gelişimi:** Son yıllarda sağlık sigortaları prim üretiminde hızlı bir gelişme kaydedildiği görülmekte; ancak sektör, var olan potansiyeli henüz tam olarak değerlendirememektedir. 1998 sonu itibariyle özel sağlık sigortalı sayısının 500 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. 1997 yılı sonu itibariyle bu sigorta dalında çalışan şirketlerin adedi 40'tır.

bu tablonun etkenleri arasında sayılabilir. Şirketlerin prim üretimini ne pahasına olursa olsun artırma çabaları da bazı büyük sorunları birlikte getirmektedir. Prim hacmini şirketlerin başarı ölçüsü olarak algılamının bazı eksik yönleri olduğu da bilinen bir gerçektir.

Sağlık sigortası yurt içi direkt prim istihsalinin genel sigorta branşları içindeki payı 1994-1997 yılları arasında %2,96, %4,79, %6,61, %8,65'tir. 1997 yılında prim üretimi sıralamasında ilk 9 şirket toplam sağlık sigortası priminin %76'sını üretmektedirler.

Tablo 13: Ülkemizde özel sağlık sigortası prim üretimi değişimi

Yıl	Yurtiçi direkt prim üretimi (milyon TL)	Nominal Artış %	Dolar* bazında Artış %	Ödenen Tazminat (milyon TL)	Hasar/Prim Oranı %
1994	941.660			556.280	59
1995	3.022.318	221	108	1.727.432	57
1996	8.385.545	178	56	5.068.660	60
1997	24.492.515	192	56	15.295.052	62

Kaynak: 1997 Türkiye'de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor

** Yıllık ortalama kur dikkate alınmıştır.*

Sektörde, özellikle grup sigortalarında yaşanan rekabet sonucu, şirketlerin hasar/prim oranlarının giderek arttığı görülmektedir. Yukarıdaki tablodan şirketlerin kendi bünyelerinde izledikleri kazanılmış gün bazında hasar/risk primi oranlarının daha da yüksek gerçekleştiğini düşünmek yanıltıcı olmayacaktır. Türkiye'de toplam 230 özel hastanenin yer aldığı ancak ödenen tazminatın toplam %70'inin 6 büyük hastaneye yapıldığı bu kuruluşların ücret ortalamasının diğerlerinin üç katı olduğu (Dünya Gazetesi, 30.11.1998) gerçeği

1997 yılında üretilen primin %41'i reasürörlere devredilmiştir. Bu yüksek oran, Türk sigorta şirketlerinin rizikoyu reasürans şirketleri ile paylaşmayı tercih ettiğini göstermektedir.

1997 yılında 15 trilyon 316 milyarı aşan ödenen tazminatın, 3 trilyon 63 milyarı yurt içi, 4 trilyon 681 milyarı yurt dışı reasürörleri tarafından karşılanmıştır. Tazminatın geriye kalan 7 trilyon 571 milyar liralık (%49.03) kısmı da şirketler tarafından ödenmiştir. Aynı yıllar arasında, teknik kârların sağlık sigortasının toplam prim istihsaline oranı ise %14.40, %13.93, %11.07, %10.41'dir.

Tablo 14: Özel Sağlık Sigortalarında şirketlerin konsolide kâr ve zarar hesabı teknik sonuçları (milyon TL)

Yıl	Gelirler	Giderler	Fark
1993	492.190	436.046	56.144
1994	1.370.891	1.235.204	135.687
1995	4.343.685	3.922.272	421.413
1996	12.419.974	11.489.884	930.090
1997	36.580.534	34.028.581	2.551.953

Kaynak: 1997 Türkiye'de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor-Dünya Gazetesi 30.11.1998

1997 yılında 36 trilyon 580 milyarı aşan gelirler içinde en büyük gelir kalemini 24 trilyon 493 milyarı direkt ve 21 milyarı da reasürans olmak üzere "alınan primler" oluşturmaktadır. Primleri, yaklaşık 7.6 trilyonla "ödenen tazminatlar da reasürör payı" ve 1.7 trilyonla "devreden prim karşılığı" izlemektedir. 1997 yılında 34 trilyon 28 milyarı aşan yapılan harcamalarda "ödenen tazminat" en büyük gider kalemini oluşturmuştur. Ödenen tazminat toplamının 15 trilyon 303 milyarı direkt, 12.7 milyarı da reasürans işlerinden oluşmaktadır. İkinci büyük gider kalemi, 10 trilyon 41 milyar lira olan "verilen primler"dir. Bunu 4 trilyon 891 milyarla "net prim karşılığı" ve 1 trilyon 952 milyar ile "verilen komisyonlar" takip etmektedir.

Özel Sağlık Sigorta Sektörüne İlişkin Sorunlar

Sektörde geliştirilen ürün ve verilen sağlık teminatları batı ülkeleri standartlarına henüz ulaşamamıştır. Bunların nedenleri arasında şunlar vardır:

- Şirketlerin ülke genelindeki örgütlenmeleri belli başlı büyük şehirlerle sınırlı kalmıştır.
- Grup sigortalarını seçen işçi ve işveren bir taraftan SSK'ya, bir taraftan da özel şirketlere prim ödemektedir. İşçinin ödediği prim ödeyeceği vergiden düşülebilirken, işverenin katkısı doğrudan gider yazılmamakta, bunun için ödenen sağlık sigortası primlerini ücrete ilâve etmek gibi yollar denmektedir.
- Prim hesaplarının gerçek morbidite risk olasılıkları göz önüne alınarak yapılması gerekmektedir. Ancak, ülkemizdeki istatistiki bilgi yetersizliği prim hesaplarının yapılmasında zorluklara neden olmaktadır. Zamanla, Türk sigorta sektöründeki şirketler, artık kendi sigortalı portföylerinden elde ettikleri istatistiki veri bankasını kullanmaya başlamaktadırlar.
- Özel sigortacılığın temel prensibi gereği gerçekleşmiş risklerin teminat altına alınması mümkün değildir. Bu bağlamda, özel sigorta şirketlerinin, sigortalılarının sağlık durumları ve tıbbi geçmişleri hakkında detaylı ve doğru bil-

gilere ulaşabilmesi gerekmektedir. Kişilerin sağlık durumlarının, tıbbi geçmişlerinin (medical history) yer aldığı dosyaların olmayışı, risk kabulünde sigorta şirketlerinin suistimaller ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Bu durum, özel sağlık sigorta şirketlerinin yaygın pazarlama yapma ve tazminat ödeme konusunda çekingen davranmalarına yol açmaktadır.

- Ülkemizde ilk basamak sağlık hizmetlerinin olmaması, zaten kısıtlı imkâna sahip sayıdaki sağlık kuruluşlarının gereksiz yere kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum kamuya ait sağlık hizmetlerinde karmaşa ve gereksiz yığılmalara neden olmakta, özel sağlık işletmelerinde ise tıbbi enflasyonu artırıcı bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

- Özel hastaneciliğin yeteri kadar gelişmemiş ve ülke genelinde yeterince yaygınlaşmamış olması da, özel sağlık sigortası müşterilerinin poliçeler ile almaları mümkün olan kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşamamalarına neden olmaktadır. 1995 yılı verilerine göre Türkiye'de toplam yatak kapasitesinin %96'sı kamuya aittir.

III) TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ REFORM ÇALIŞMALARI

Dünyadaki pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de sağlık sistemini iyileştirmek

amacıyla çeşitli reform çalışmaları yapılmıştır. Sağlık sistemimizi açıklamakta faydalı olacağı düşüncesiyle halen gündemde olan bu reform çalışmalarından bahsetmenin yerinde olacağı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan reform programları şu şekilde açıklanmıştır: Reformda amaç, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların yararlanabileceği şekle gelmesini sağlamaktır. Reform programı altı ana başlıktan oluşmaktadır: Sağlık Finansmanı Reformu, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu, Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Reformu, Organizasyon ve Yönetim Reformu, İnsan Kaynakları Reformu ve Sağlık Enformasyon Sistemi.

Aile hekimliği ve Birinci Basamak Reformu kapsamında kırsal yörelerde bulunan sağlık eve, sağlık ocağı gibi kurumlar geliştirilecek, ilçelerde kamu sağlığı merkezleri oluşturulacaktır. Ayrıca, kişisel koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından sağlanacaktır. Aile hekimleri, birinci basamak tedavi hizmetlerinden, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin takibinden, kişisel koruyucu bakımdan laboratuvar hizmetlerinden, periyodik kontrollerden, ilk yardımdan ve acil bakımdan sorumlu olacaklardır. Aileler bağlı olacakları aile hekimini serbestçe belirleyebileceklerdir. Aile he-

kimlerine sabit bir ücretin yanı sıra, kişi başına ücret ödemesinde bulunulacaktır. Aile hekimleri gerektiğinde ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri için hastane ya da uzman doktora sevk yapabilecekler; böylece sevk sisteminin uygun olarak çalışması ile hastanelerin yükünde azalma olacaktır. Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu ile hastane hizmetlerinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini artırmak amacıyla hastanelerin özzerleştirilmesi ve bir sağlık işletmesine dönüştürülmesi hedeflenmektedir. Halen hekimler tarafından idare edilen hastanelerin profesyonel idareciler tarafından yönetilmesi mümkün olabilecektir. Böyle bir özzerleştirme hareketi ile ve oluşacak rekabet sayesinde hastaneler daha etkin, verimli ve kaliteli bir biçimde çalışabilecektir. Halen merkeziyetçi bir yönetime sahip olan sağlık sisteminin Organizasyon ve Yönetim Reformu ile değiştirilmesi öngörülmektedir. Yönetim Eğitimi Programları ve Yeniden Yapılandırma çalışmaları ile yeni bir organizasyon yapısının oluşturulmasına çalışılmaktadır. Böylece Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarını belirleyen, uygulanmasını sağlayan ve denetleyen bir kurum haline dönüşecektir. İnsan Kaynakları Reformu ile doğru alanlarda yeterli sağlık personelinin yetiştirilmesi amacı güdülmektedir. Sağlık personelinin coğrafi açıdan da dağı-

lımının yeterli düzeye getirilmesi reformun amaçlarından biridir. Sağlık Enformasyon Sistemi, Sağlık Bakanlığı'nın verimli çalışmasını sağlayacak, etkin bilgi akışını hedefleyen bir projedir.

Reformun en önemli maddesini oluşturan bölüm ise Sağlık Finansmanı Reformudur. Önerilen sistem Genel Sağlık Sigortası sistemidir ve bu sistem Sağlık Finansmanı Kurumu tarafından idare edilecektir. Sistem, öncelikle sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayarak, daha sonra da kamu sübvansiyonunun gelir grupları arasındaki dağılımını gerektiği şekilde regüle ederek hakkaniyet ilkelerini etkili bir şekilde uygulamayı hedeflemektedir. Sağlık Finansman Kurumu ayrı ve özerk bir kamu idaresi olacak, daha sonra tüm sosyal sağlık sigortası kuruluşları bir çatı altına toplanabilecektir. Sağlık Finansman Kurumu üyelerden alınan primleri ve devletten gelen sübvansiyonlar ile özel ya da kamu kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alacaktır. Sağlık giderleri aktüeryal olarak belirlenmiş primler ile karşılanacak, düşük gelirli vatandaşların primi devlet tarafından karşılanacaktır. Bu amaçla hane halkı gelirine göre kişiler beş ayrı basamağa ayrılmıştır ve beşinci basamak hariç (brüt asgari ücretin 2.4 katından fazla geliri olanlar) diğer basamaklara gelirlerine göre çeşitli oranlarda devlet

katılımı olacaktır.

Reform çerçevesinde özel sağlık sigortası şirketlerinin rolü, Sağlık Finansman Kurumunun bu şirketlerden hizmet satın almak üzere anlaşma yapması ile başlamaktadır. Sigortalılar istedikleri bir sigorta şirketini seçerek bu şirkete kaydolabileceklerdir. Bu sistem dahilinde özel sağlık sigortası şirketleri tarafından sağlanacak teminatlar; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık yardımlarını, gerekli protez ve araçların teminini, hastanın yurt içinde başka bir yere nakli için gerekli masrafları kapsayacaktır. Sigortalının seçmiş olduğu aile hekimi kanalı ile yapılacak ayakta tedavi, kişisel koruyucu hizmetler, gerekli klinik ve laboratuvar tetkik ve tedavileri birinci basamak tedavi kapsamındadır. Hastanelerde ayakta ve yatarak tetkik ve tedavi ile doğum, düşük, kürtaj ikinci basamak tedavi kapsamına girmektedir. İleri düzeyde tedaviler de üçüncü basamak tedavi olarak görülmektedir. Tedaviler süresince gerekli ilaç ve tıbbi malzeme temin edilecektir. Kaplıca tedavisi, diş bakımı ve tedavisi de kapsam dahilinde yer alacaktır. Ayakta tedavi ilaç bedellerinden en fazla %50'ye kadar hasta payı alınabilecektir. Bu teminatların dışındaki teminatlar, özel sağlık sigortası şirketlerinden ayrıca alınabilir. Sigortalıların bu haklardan yararlanabilmeleri için en az üç ay prim ödemeleri gerek-

tedir. Alınacak prim 16 yaşından büyüklerin asgari ücretinin %25'ini geçemez. Prim tutarı kişi başına yıllık 50 \$ olarak belirlenmiştir. Primler özel sağlık sigortası şirketleri ve belirlenen diğer kuruluşlar tarafından tahsil edilecektir.

Reform çalışmasının iyi yetli bir çalışma olduğu, özellikle Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Tedaviler, Hastane ve Sağlık İşletmelerinin özzerleştirilmesi, organizasyon ve yönetimde reforma gidilmesi konularının yerinde olduğu düşünülmektedir. Ancak sağlık finansmanı reformu ile ilgili olarak bazı noktaların da gözden kaçırılmaması gerekmektedir:

a) Teminatlar: Sigorta şirketlerinin devlet tarafından sağlanan sistemin tüm teminatlarını vermeleri mümkün görülmektedir. Örneğin, sigorta şirketleri sigorta başlangıcından önce oluşmuş rahatsızlıkları genellikle kapsam dışı tutmakta, ya da sürprim olarak kabul etmektedirler. Ayrıca daha önceden oluşmuş bazı hastalıklardan dolayı sigortalının reddedilmesi de karşılaşılan olaylardandır (kanser, kalp hastalıkları vb). Kaplıcalar, kürtaj gibi teminatlar kapsam dışı olarak değerlendirilir. Aşı ve check-up teminatları da genellikle verilmemektedir. Bu teminatlar ve ayrıca hastanın başka bir yere nakil masrafları için de ek prim alınması gerekmektedir.

b) Prim: Prim olarak belirlenen tutar 50 \$'dır. Yukarıda bahsedilen teminatların bu prim tutarı ile verilmesi mümkün görülmektedir. 1996 yılı rakamlarına göre kişi başına sağlık harcamaları 108 \$ olarak gerçekleşmiştir. SSK ve Bağ-Kur'un kişi başına sağlık harcaması 50 \$'ın altında kalmakla birlikte, sağlanan sağlık hizmetlerinin yetersizliği herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Prim tutarı kişilerin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu ve teminatlar dikkate alınarak belirlenmelidir.

c) Prim tahsilâtı ve diğer idari işlemler: Reform, prim tahsilâtının da özel sağlık sigortası şirketleri tarafından yapılmasını öngörmektedir. Ayrıca tazminat ödemeleri vb işlemler de sigorta şirketlerinin üzerine ek mali yükler getirecektir. Bunlar için de en azından prim tutarına bir yüklem yapılması gerekmektedir. Prim tahsilâtının gerçekleştirilebilmesi başlı başına önem taşıyan, mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarının çözümlemekte büyük zorluklar çektiği bir konudur. Özel sigorta şirketinin primi ödenmeyen sigortalıya sağlık hizmeti verilmesini sağlaması mümkün olamayacaktır.

d) Almanya, Hollanda gibi ülkelerde benzer uygulamalar yapılmakta, belirlenen standart prim tutarı ile devletin vermekte olduğu teminatların özel sigorta şirketlerine devrine çalışılmaktadır. Ancak bu ül-

kelerde sigorta şirketlerinin büyük bir çoğunluğu kâr amacı gütmeyen, devlet tarafından desteklenen, sermayedarı olmayan, mütüel formda şirketlerdir. Bunların dışındaki, kâr amaçlı şirketler bu teminatları üstlenmek konusunda gönülsüz davranmaktadır. Ülkemizdeki özel sigorta şirketleri de kâr amacı ile çalışan, sermayedarları olan şirketlerdir. Bu durumda bu sistemin bu koşullar altında özel sigorta şirketleri tarafından üstlenilmesi mümkün görülmemektedir.

IV) MODEL ÖNERİSİ

Avrupa Birliği ülkelerindeki sağlık sistemleri incelendiğinde genel olarak, farklı özellikler taşımakla birlikte üç sisteme rastlanmaktadır. Bunların ilkinde (Almanya, Hollanda, Fransa vb); sigorta şirketlerinin büyük çoğunluğu kâr amacı gütmeyen, sermayedarı olmayan mütüel şirketlerdir. Devlet, kendi üzerindeki sağlık harcamaları yükünü azaltmak için sağlık sigortası sistemini bu mütüel şirketlere devretmeyi hedeflemekte ve bazı teşviklerde bulunmaktadır. Bu ülkelerde özel sağlık sigortası şirketleri tarafından üstlenilen teminatlar için, yaş, cinsiyet, sağlık durumu dikkate alınmaksızın prim belirlenmesi yapılmaktadır. Bu sistemlerde, sigorta şirketi başvuran sigortalı adayını kabul etmek, poliçesini yenilemek zorundadır. Ayrıca sağlık du-

rumu sebebiyle prim artışı yapamaz (enflasyon hariç), prim yaşlılık rezervini de kapsar.

Diğer sistemde ise, devlet sistemi sağlık hizmeti sunmakta, özel sağlık sigortaları devlet sisteminin vermediği teminatlar ve daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için tamamlayıcı olarak alınmaktadır. Bu ülkelerde prim sigortalının yaşına, cinsiyetine ve sağlık durumuna göre belirlenmektedir (İngiltere, Yunanistan, İspanya vb).

Üçüncü sistem, devlet sisteminin çok kapsamlı ve tatminkâr olduğu ve özel sigortaya nadiren ihtiyaç duyulduğu İskandinav ülkeleridir.

Türkiye, sistemi gereği ikinci kategoride açıklanan ülkelere benzer özellikler taşımaktadır. Ülkemizde kâr amacı gütmeyen, mütüel şirketlerin bulunmayışı, yaş, cinsiyet ve sağlık durumunun dikkate alınmayarak prim hesaplamasını, tüm başvuranların kabul edilmesini, yenileme garantisi verilmesini engellemektedir. Bu durumda özel sağlık sigortasının, devlet sağlık sigortasının tüm teminatları ile alternatif olabildiği mümkün görülmemektedir. Ancak çeşitli gelir gruplarına yönelik olarak farklı teminat paketleri içeren poliçeler sunulurken, yetersiz devlet sisteminin sağlayamadığı teminat, hizmet ve kaliteyi sigortalılara verebilir.

Devlet tarafından öncelikle oluşturulması gereken uygulamalar

- Aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmeti ile sevk mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir. Bu uygulama Avrupa Birliği ülkelerinin pek çoğunda da karşımıza çıkmaktadır. Kişisel koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri (muayene, tetkikler, ilaç vb tedaviler) aile hekimleri tarafından sağlanacaktır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine sevk ve takip de aile hekimleri tarafından gerçekleştirilecektir. Aile hekimlerine sabit bir ücretin yanı sıra, kişi başına ücret ödemesinde bulunulacaktır. Sevk sisteminin uygun olarak çalışması ile hastanelerin yükünde azalma olacaktır. Ayrıca kişilerin sağlık durumlarına ait sağlıklı veri oluşturulmasına da katkıda bulunulacaktır.

Devletin, coğrafi dağılımı da dikkate alarak, aile hekimlerinin eğitimini sağlaması, muayenehanelerinin kurulması için destek sağlaması ve sabit ücretlerinin ödemesini yapması gerekmektedir. Sabit ücretin yanı sıra, hasta başına da ücret alacaklardır. Mevcut pratisyen hekimlerin aile hekimi haline gelebilmeleri için gerekli eğitim altyapısı hazırlanacak ve pratisyen hekimlerin de bu sisteme kanalize edilmeleri sağlanacaktır. Aile hekimleri muayenehanelerde çalışacakları gibi, küçük yerleşim yer-

lerinde, sağlık ocaklarında da görev yapabileceklerdir.

• Halen ülkemizde sağlık kuruluşları gerek adet gerekse nitelik açısından, coğrafi dağılım da dikkate alındığında yetersiz düzeydedir. 1995 yılı verilerine göre bin kişiye düşen yatak sayısı 2.5'tir. Avrupa Birliği ülkelerinde bu rakam 9-10 arasında değişmektedir. Ülkenin her köşesinde, en küçük birime kadar sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği sağlanmalı, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sağlanacağı kuruluşlarının adet ve nitelik açısından yeterli düzeye getirilmesine çalışılmalıdır.

• Hastaneler ve sağlık kuruluşlarının özleştirilmesine çalışılmalıdır. Halen hekimler tarafından yönetilen hastaneler profesyonel yöneticiler tarafından yönetilir hale getirilmelidir. Bu amaçla, hastane yöneticisi yetiştirmek üzere eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

• Sağlık personelinin coğrafi ve fonksiyonel dağılımı etkin hale getirilmelidir. Bu amaçla, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları ve özellikle yüksek okulların yaygınlaştırılması ve düzeyinin yüksek tutulmasına çalışılması gerekmektedir.

• Devletin sağlık harcamaları içinde koruyucu hizmetlere ayrılan pay artırılmalıdır. Doğrum kontrolü, aşılama, salgın hastalıkların önlenmesi gibi temel çalışmalarla toplumun hastalıklardan korunması büyük ölçüde sağlanmış olacaktır.

• Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Avrupa Birliği ülkelerine oranla çok düşük düzeydedir. Yukarıda bahsedilen çalışmaların yanı sıra, toplumun özellikle düşük gelirli kesiminin sağlık harcamalarının karşılanması ile bu oran Avrupa ülkeleri standardına kavuşturulmalıdır.

Model Önerisi

• Ülkemizdeki sosyal güvenlik kurumlarının emeklilik ve sağlık bölümleri ayrılmalı ve tüm kurumların sağlık hizmeti veren birimleri tek bir çatı altında toplanmalıdır.

• Model, hane halkının yıllık gelirlerinin esas alınacağı bir sisteme oturtulacaktır. Baz alınacak gelir, asgari ücretin ya da tavan aylığının belli katları olarak sınıflara ayrılarak belirlenebilecektir. Serbest çalışanlar için de bu belirlenen gelire karşılık, gelen Bağ-Kur basamak tutarı baz alınabilecektir. Gelir durumunun resmi belgelerle kanıtlanması gerekmektedir.

• Belirli bir yıllık gelir tutarının altında gelire sahip kişilerin, yaşlıların (65 yaşın üzerindeki), işsizlerin, özür-lülerin sağlık harcamaları devletin sağlık kurumu tarafından karşılanacaktır. Bu kişiler çeşitli gelir gruplarına ayrılarak, primlerinin bir bölümü gelir gruplarına göre devlet tarafından sübvansede edilecektir.

• Belirlenen yıllık gelir tutarının üzerinde kazancı olanlar, Almanya'daki sisteme benzer şekilde, devlet sistemine ya da özel sağlık sigortasına dahil olmayı seçebilecektir. Özel sağlık sigortasını seçenler diledikleri sağlık sigortası şirketini tercih edebileceklerdir.

• Özel sağlık kuruluşları tarafından belirlenen fiyatların fahiş olması ve bu kuruluşlar tarafından yapılabilecek muhtemel suiistimallerin engellenmesi için bir denetim mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir.

• **Teminatlar:** Gerek devlet sisteminde gerekse özel sağlık sigortasında teminatlar birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin Türk Tabipler Birliği tarifesi dikkate alınarak belirlenen tutarları olacaktır.

Ancak özel sağlık sigortası şirketleri bazı teminatları karşılayamayacaktır ve bu teminatların devlet sağlık kurumu tarafından karşılanması gerekecektir:

- 65 yaşın üzerindeki kişiler özel sağlık sigortasınca kapsanamayacaktır.

- Sigortanın başlangıcından önce var olmuş ya da kalıtsal bazı hastalıklar, sakatlıklar ve bunlara bağlı rahatsızlıklar kapsanamayacaktır (kalp hastalıkları, kanser, sakatlık vb). Önceden var olan bazı hastalıklar için ise sürprim alınması ve belli bekleme süreleri uygulaması yapılabilecektir.

- Sigortaya giriş tarihinden sonra oluşan, uzun süreli

bakım gerektiren ve maliyeti çok yüksek tutarlara varan bazı tedaviler, psikolojik tedaviler, kısırlık tedavisi ve kürtaj, belli bir limitin üzerindeki göz ve diş tedavileri, ulaşım, aşı, check-up kapsamayacak; bu teminatlar ancak ek prim alınması koşuluyla verilebilecektir.

- Yenilenme garantisi verilmesi de ancak yaşlılık ve sonraki hastalıklar için prim üzerinden rezerv ayrılması halinde mümkün olabilecektir.

Türk Tabipler Birliği tarifesi üzerinde teminata ve özel sağlık kuruluşlarında ya da yurt dışında tedavi imkânına sahip olabilmek için özel sağlık sigortası kuruluşlarından ihtiyaca göre ferdi ya da grup olarak çeşitli teminatlara sahip tamamlayıcı (genel sağlık sigortasının üzeri için) paketler alınması, prim ödenmesi koşuluyla mümkün olacaktır. Bu teminatların satın alınabilmesi için kişi ve kurumlara vergi avantajı sağlanacaktır.

• **Primler:** Primler, hem devlet sağlık sistemi hem de özel sağlık sigortası için, sigortalının yaşına, cinsiyetine, sağlık durumuna göre belirlenecektir. Ayrıca, farklı bölgelerde farklı sağlık enflasyonu oranlarının yaşanması sebebiyle, sigortalının yaşadığı yer de prim hesaplamalarında dikkate alınabilecektir. Prim tutarı yıllık olarak döviz üzerinden ya da dönemsel artışlar dikkate alınarak Türk Lirası üzerinden belirlenecektir.

Sigortalının sağlık durumu ve önceden sahip olduğu bazı hastalıkların özel sağlık sigortası sistemi tarafından karşılanabilmesi için sürprim; ayrıca ulaşım, aşı, check-up gibi teminatların verilebilmesi için de ek prim ödenmesi gerekecektir.

Prim tutarları, underwriting esasları, sürprim ve ek prim belirlenmesinde kullanılacak prensipler özel sağlık sigortası şirketleri ve devlet sağlık kurumu temsilcilerinin oluşturacağı bir komite tarafından birlikte belirlenerek standartlaştırılacaktır. Ayrıca hem devlet hem özel sektörde oluşan veriler kullanılarak oluşturulacak bilgi bankası ile ülkemize ait morbidite tablosu oluşturulacaktır.

Prensip olarak sağlık sigortaları bir yıllık kontratlar halinde düzenlenmekte; ayrıca ülkemizde yenileme garantisi verilmemektedir. Böyle bir garantinin verilebilmesi de ancak yaşlanma ve sonraki hastalıklar için ayrı bir prim rezervi oluşturulması ile mümkün olabilir.

Özel sağlık sigortası sistemine dahil olanların primlerinin tahsilâtı ve tazminat ödemeleri için oluşturulacak sistemin finansmanı amacıyla, prime belirlenecek bir oranda yükleme yapılması zorunludur.

Prim tahsilâtı aylık olarak yapılacak; o ayın primi tahsil edilememiş sigortalılara tazminat ödemesi yapılırken bu prim tutarı tazminat tutarından

düşülecektir. Özel sağlık sigortası sistemine bağlı olanların primlerini belli bir süre geciktirmeleri halinde bu kişiler devlet sağlık kurumuna devredilecektir. Özel sağlık sigortası şirketlerinin prim tahsil etmeden sağlık hizmeti veremeleri mümkün olamayacaktır.

Prim tahsilât sistemi, sigortalıların bankalarda açacakları hesaplarından devlet sağlık kurumuna ya da özel sağlık sigortası şirketinin hesabına otomatik talimat vermek ya da kredi kartı ile ödemek şekliyle yapılacaktır. Kırsal kesimlerdeki küçük yerleşim birimlerinde ise posta ile ödeme yolu kabul edilebilecek; ancak yukarıda belirtilen tahsilât süreleri bu kesim için farklılaştırılabilecektir. Devlet, prim tahsilâtı maliyetini düşürmek amacıyla bankalar ile bir anlaşma yapmalıdır.

Bağımlılar için de aynı kriterler dikkate alınarak prim ödemesi yapılacaktır.

• **Sistemin Çalışması:** Tüm nüfusun, yerleşim yerlerine göre bağlı olduğu bir aile hekimi bulunacaktır. Aile hekimlerinin alacağı devlet sağlık kurumu tarafından ödenecek sabit tutarın dışındaki, kendilerine bağlı hastalar için ödenecek ücret, hastanın devlet sistemine bağlı olması halinde devlet sağlık kurumu, özel sağlık sigortasına bağlı olması halinde de özel sağlık sigortası şirketi tarafından ödenecektir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin

sevki aile hekimleri tarafından yapılacaktır. Acil durumlarda kişiler bu sevk zincirine uymak zorunda değildir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, kişinin bağlı olduğu kuruma göre devlet sağlık kurumu ya da özel sağlık sigortası şirketi tarafından ödenecektir. Özel sağlık sigortası tarafından ödenecek tutarlar için Türk Tabipler Birliği rakamları baz alınacaktır. Tamamlayıcı özel sigortaya sahip kişiler için ek teminatlar da dikkate alınacaktır.

Tazminatların ödenmesi için hem devlet sağlık kurumu hem de özel sağlık sigortası şirketleri sağlık kuruluşları ile direkt ödeme anlaşmaları yapılacak, provizyon sistemi oluşturulacaktır. Kişiler, kendilerinin ödemesi gereken bölümleri (ayakta tedavilerde %20 vb) ödeyeceklerdir. Bu sistem öncelikle büyük şehirlerde oluşturulacak, zaman içinde küçük yerleşim yerlerine kadar yaygınlaştırılacaktır.

Sağlık kuruluşları, devlet sağlık kurumu ve özel sağlık sigortası şirketleri arasında veri alışverişinin sağlanabilmesi ve olası sorunların tespiti için sıkı bir enformasyon ağının oluşturulması gerekmektedir. Bu ayrıca, özel sağlık sigortası sistemine bağlı olup, özel sağlık sigortası teminatlarının kapsamı dışında bulunan tedavilerin ödenmesi için de gereklidir.

Sigortalılara ait tüm sağlık bilgilerinin derlenmesi, gele-

cekte sistemin geliştirilmesi, ayrıca, daha önceden uygulanmış tetkik ve tedavilerin tekrarının engellenmesi açısından önemlidir. Bunun en etkin yolu bu bilgilerin bilgi işlem ağı dahilinde takip edilmesidir. Zaman içinde "smart card" ların oluşturulmasına da gidilebilir.

Özel sağlık sigortası şirketlerinin bu hizmetleri yurt dışında uygulayabilmeleri için belli bir zamana gerek olacaktır.

Avrupa Birliği ülkelerinde genellikle sağlık sigortaları gerek devlet gerek özel sektörde malûliyet ve uzun süreli bakım teminatlarını da içermektedir. Bunun dışında özel sağlık sigortasında tehlikeli hastalık teminatlarına da rastlanmaktadır. Ülkemizde malûliyet teminatı sosyal güvenlik sisteminin emeklilik ve ölüm teminatları ile birlikte değerlendirilmektedir. Özel sigortacılıkta da malûliyet teminatı hayat sigortalarına ek olarak verilen bir teminat konumundadır. Yine bu şekilde değerlendirilmeye devam edilebileceği gibi primi ayrı olarak alınmak üzere sağlık sigortasına ek teminat olarak da verilebilecektir. Uzun süreli bakım teminatı Avrupa ülkelerinde nüfusun yaşlanması ile birlikte büyük önem taşımakta, Almanya gibi bazı ülkelerde zorunlu hale getirilmektedir. Ülkemizde kültürel açıdan yaşlıların bakım evlerinde bakılması uygun karşılanmamaktadır. Ancak,

zamanla, kadınların iş hayatında rollerinin artması ile yaşlıların gerek evde gerekse bakım evinde bakımları için gereken masrafların uzun süreli bakım teminatı ile sağlanmasına sıcak bakılabilecektir. Bu sigortanın teknik yapı olarak hayat sigortasına ek olarak verilmesi uygun görülmektedir. Bunun dışında devlet sisteminin de bu teminat için kaynak ayırması zorunlu hale gelecektir. Ülkemizde tehlikeli hastalık sigortası yaygın değildir. Bu teminatın da hayat ya da sağlık sigortalarına ek olarak verilebilmesi mümkündür ve gelecekte önem kazanacağı düşünülmektedir. Bu sigorta, sağlık sigortasının istisna olarak değerlendirildiği hastalıklar için teminat verdiğinden, tamamlayıcı rol üstlenecektir.

Sonuç

Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemleri incelendiğinde, özel sağlık sigortacılığının büyük ölçüde devlet sağlık sistemi tarafından belirlendiği görülmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık sistemleri kendi sosyal, kültürel ve politik özelliklerini yansıtmakla beraber genel olarak üç kategoride incelenebilir. Birincisi, özel sağlık sigortası sektöründe, kâr amacı gütmeyen, sermayedarı olmayan, mütüel şirketlerin çoğunlukta bulunduğu, devletin kendi üzerindeki sağlık yükünü bu şirketlere destek vermek yoluyla

devretmeye çalıştığı, Almanya, Hollanda gibi ülkelerdir. İkinci grupta özel sağlık sigortalarının devletin sağlık sistemine ek olarak, tamamlayıcı teminat verdiği, İngiltere, İspanya gibi ülkeler yer almaktadır. Üçüncü grup ise İskandinav ülkelerinin oluşturduğu devlet sisteminin çok kapsamlı ve tatminkâr olduğu ve özel sigortaya nadiren ihtiyaç duyulduğu ülkelerden oluşmaktadır.

Ülkemizin gerek sosyal gerek ekonomik koşulları dikkate alındığında, bu üç gruba bire

bir dahil olmamakla beraber, ikinci grupla benzerlik taşıdığı görülmektedir. Ülkemizin sağlık sisteminin en önemli sorunları sağlık hizmeti kapsamında olmayan büyük bir kesimin bulunması, kişi başına ve milli gelir içinde sağlık harcamalarının Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırılmaz düzeyde düşük olması, özellikle doğu bölgelerinde sağlık kuruluşları ve sağlık personelinin yetersiz olması, sevk zinciri uygulamasının bulunmaması sebebiyle hastanelerin ayakta

tedavi veren klinikler haline dönüşmesi olarak sayılabilir. Ülkemiz için önerilecek model; devlet ve özel sağlık sigortalarının birlikte yer alacağı ve birbirini tamamlayıcı karma bir sistem olacaktır. Bunların dışında devletin, altyapıyı güçlendirici çalışmalarla sağlık kuruluşlarını ve sağlık personelinin Avrupa ülkeleri düzeyine getirmelidir.

**Esin YILMAZ &
Neyir GÖKŞEN**
Anadolu Hayat Sigorta A.Ş.

Kaynaklar

- *The Health Insurance Opportunity (A Worldwide Study of Private Medical Insurance Markets)*, Ian Youngman 1997
- *European Health Insurance Markets (Opportunity or false dawn?)* Kartik Natarajan-Financial Times Publications
- *Health Insurance in Europe 1997 – Comité Européen des Assurances*
- *Swiss Re, Sigma-Prospect no. 6/98, Economic studies no. 1/93, No. 1/98*
- *Bağ-Kur İstatistik Yıllığı 1995-1996-1997*
- *Sosyal Sigortalar Kurumu – 1997 İstatistik Yıllığı*
- *T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı 1997, Türkiye 'de Sigorta Faaliyeti Hakkında Rapor*
- *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*
- *The Spanish Insurance Market in 1997, Fundacion Mapfre Estudios*
- *The Operative Words: A Guide to Major Medical Expenses, Mercantile & General Reinsurance*
- *Life Lines Issue Number Eighteen, Winter 1992, Mercantile & General Reinsurance*
- *The Cologne Re, Risk Insights for Life & Health Insurance Executives Vol.2, No.5, November 1998*
- *OECD Health Data 1997*
- *Dünya Gazetesi Ekonomi ve Politika Eki, Hayat ve Sağlık Sigortası, 30.11.1998*
- *Third Life Insurance Directives*
- *Devlet Memurları Kanunu, Osman Selim Kocahanoğlu*
- *Private Health Insurance An Introduction, Geoff Baars, BSc (Hons) FFA Mark Prichard, BSc FFA May 1991 (Swiss Re Publication)*
- *Emekli Sandığı Kanunu, Tankut Centel*
- *17.3.1997 Türkiye 'de Sağlık Sigortacılığı Panel Notları*

Risk Yönetimi Bilgi Sistemleri

Giriş

Her ne kadar risk yönetimi bilgi sistemlerinin (risk management information systems) günümüzde önemi gittikçe artmaktaysa da bu kavram, risk yönetimi ve sigortacılık sektörü için yeni değildir. Aslında, bilgi sistemleri yaklaşık 30 senedir risk yöneticilerinin kullanımı için hazırdır. Başlangıcından itibaren risk yönetimi bilgi sistemleri kavramı, basit hak ve taleplere ilişkin otomasyondan, günümüzde risk yönetimi, sigortacılık ve benzeri disiplinlere destek sağlamak amacıyla entegre veri depolayan, raporlayan, analiz eden ve uyarlayan özellikleri ile sofistike finansal yönetim ve karar verme sistemlerine dönüşmüşlerdir.

Risk Yönetimi Bilgi Sistemlerinin Tarihçesi

1960'larda en eski risk yönetimi bilgi sistemleri sigortacılığın arka ofisinde yürütülen tazminat, hak ve taleplere ilişkin işlem ve ödemelerle ilgili muhasebe fonksiyonlarını kapsamaktaydı (Trutner 1996). İl-

gili pek az müşteriye kayıt tutma amacı ile zararlara ilişkin liste ve özetler hazırlanarak basılmış olarak sunulmaktaydı. Risk yönetimi henüz profesyonel bir disiplin olmaktan uzakta, başlangıç dönemindeydi. Risk yönetimi sistemlerinin kullanılmasından öte, sektörde ancak pek az sayıda işletmenin risk yöneticisi bulunmaktaydı.

Dönemin ilk risk yönetimi bilgi sistemi tedarikçisi "Corporate Systems" 1967'de yerel sigorta şirketinin müşterilerine sunduğu hizmeti geliştirmek ve bütün ABD'de riskin maliyetini kontrol etmede yardımcı olmak amacıyla hizmetlerine başlamıştır. Şirketin çalışanları o zamanların en büyük sorununun ilgili müşteri bulmaktan çok, her şeyin manuel yani elle tutulması ve kaydedilmesi ile veri işleme konusunda olduğunu belirtmektedirler.

1970'lerde riskin maliyetinin önemi anlaşıldıkça risk yönetimi bilgi sistemleri de önem kazanmaya başlamıştır. Buna rağmen 1970'lerde ve 1980'lerin ortalarına kadar, pek çok firma periyodik bilgi dağıtımı için çok fazla miktarlarda kağıt kullanmayı (ka-

ğıda basılı broşür, dergi vb. ile bilgi dağıtımı) tercih etmişlerdir (günümüzde hala pek çok işletme bu yolu benimsemektedirler). O günlerde bu yöntem genellikle verimli ve etkin bir mekanizma olarak çalışmaktaydı. Pek çok firma nispeten küçük bir riske sahip olduğundan, bilgi ulaştırmada kaybedilen zaman, bilgi dağıtımında aciliyet ve bilginin doğrudan uyarlanabilmesi konusundaki esneklik ile riskin büyük bir kısmının transfer edilebilmesi konularına ilgisiz kalmaktaydı. 1970'lerde raporlar sigortacılar tarafından 1960'lara nazaran daha iyi ve sık düzenlenmekteydi, fakat sistemlerin çoğu yığın modunda dizayn edilmekte, veri girişi ise delikli kartlara işlenmekte ve raporlar değişmesi zor, sabit çizelgelere göre tutulmaktaydı.

Ne var ki 1970 sonlarında ve 1980'lerin başında hızla yükselen faiz oranları ve gerçekleşen durgunluk dönemleri bu uygulamaları değiştirmiştir. Bu dönemde bilgi kayıpları, ulaştırmada zaman kayıpları ve bilginin ulaştırılmasının acil olması kritik konular arasında girmiştir. Dolayısıyla risk yönetiminin önemi de artmıştır.

Bilgi ihtiyacındaki değişiklikler sonucunda, risk yöneticileri daha karmaşık ihtiyaçlara cevap verebilmek zorunda kalmışlar, güvenilir ve iyi yönetilen bilgi sistemlerine ek olarak güçlü ve esnek analitik yeteneklere de sahip olmaları zorunluluğu çıkmıştır. 1980'li yıllarda risk yönetimi bilgi sistemlerinin üreticileri çoğunlukla sigortacılar ve sistemlerde kapasite artışına yönelik hızla gelişen talebi karşılamakta zorluk çekiyorlardı.

1980'lerin sonunda ve 1990'lı yıllarda, kişisel bilgisayar pazarının hızla yaygınlaşması ile birlikte risk yönetimi bilgi sistemlerinde de büyük bir artış olmuştur. Bu sistemler kendilerini sektörde benimsetmiş ve şirketler risk yönetimi stratejilerine oldukça değer vermeye başlamışlardır. Buna rağmen, risk yönetimi bilgi sistemlerinin uygulamasında fazla bir değişiklik yaşanmamıştır: bu sistemler sadece zarar / kayıp / tazminat ilk aşama bilgilerinin yaratılması, analiz edilmesi ve raporlanmasında kullanılmıştır. Bu konudaki en büyük yenilikler maliyet düşüklüğü (hem sistemlerin kendilerinde, hem de onların işletilmesinde kullanılan bilgisayarlarda) ve kullanım kolaylığı açılarından gelmiştir. Daha önce ancak büyük ve güçlü ana (terminal) bilgisayarlarda (mainframe) işleyen sistemler, ucuz kişisel bilgisayarlarda ve yerel bölge

ağlarında (networklerde) işlem yapma fırsatına sahip olmuşlardır. Yine aynı şekilde sistemler, gelişme süreçlerinde karmaşık emir cümlelerinden, daha anlaşılır ve kullanımı kolay grafik kullanımına geçmişlerdir. Risk yönetimi bilgi sistemleri pazarında altyapı maliyetindeki düşüş ve kullanım oranındaki artış birleşerek ticari bilgi sistemi üreticilerinin sayısının hızla artmasına neden olmuştur. Hızla artan alternatifler rekabetin çoğalmasına ve yoğun fiyat rekabetinin yaşanmasına neden olmuştur.

Özetle, risk yönetimi bilgi sistemleri 30 yıldır fonksiyonda bulunmakla birlikte, her geçen yıl daha da gelişmişlerdir. İlk ortaya çıktıkları dönem sadece basit kayıp / zarar / tazminat bilgilerine ilişkin operasyon gerçekleştirebilen bu sistemler büyük ana bilgisayarlarla işleyebilmekteydiler. Yaklaşık 15 yıl önce risk yönetimi bilgi sistemleri portatif bilgisayarların sayısının ve kullanım oranının artması ile gelişmelerinin ikinci dönemine girmişlerdir. İlk döneme ait ana bilgisayarların güçlerine sahip olmamalarına rağmen, bu bilgisayarlarda daha fazla özellik ve fonksiyon bulunmaktaydı.

Günümüzde risk yönetimi bilgi sistemleri sektörü üçüncü dönemindedir ve müşteriye hizmet teknolojisinden faydalanmaktadır. Bu sistemler ana bilgisayarların güçlerine

sahiptir, ama veri kontrolü ana bilgisayar sahibinin değil kullanıcının elinde bulunmaktadır. Yeni bir dönem de çok yakındadır. Artık Windows 98 veya Windows NT işletim sistemlerinde ileri düzeyde yazılım uygulamalarını kullanmaya olanak veren 32-bit teknoloji risk yöneticilerinin hizmetindedir.

Genel Olarak İşletme Bilgi Sistemleri

Bilgi sistemleri; veri ve bilgilerin kişiden kişiye veya bölümden bölüme akışını sağlayan sistemlere verilen genel addır (Tavmergen 1998: 38-46). Bilgi teknolojisi tanımı; bilgi toplamak, derlemek, saklamak, tekrar çağırmak ve transfer etmek için kullanılan elektronik mekanizmaların bütünü kapsamaktadır (Langewoort 1985). İşletme bilgi sistemleri terimi ile ifade edilmek istenen; genellikle işletme yönetimi ve faaliyetlerinde kullanılan bilgi teknolojisi uygulamalarıdır. En yaygın olarak kullanılan yönetim bilgi sistemlerini firmaların fonksiyonlarına yönelik olarak ve işletme konularına göre; işlem gelişme sistemleri, yönetim raporlama sistemleri, karar verme destek sistemleri, grup destek sistemleri, yönetim destek sistemleri ve uzman destek sistemleri olarak çeşitlendirmek mümkündür (Senn 1995).

Yönetim bilgi sistemlerinin,

bilgi teknolojisinin ve bilgisayarların iş hayatında yaygınlaşmasının sonucu olarak yapay zeka sistemleri iş dünyasında önem kazanmaya başlamıştır. Yapay zeka sistemleri veri ve haber ile ilgilenen klasik bilgisayar sistemlerinden, bilim ve bilgi ile uğraşması yönü ile ayrılmaktadır. Yapay zeka sistemleri günümüzde çok güncel bir konu olmasına rağmen geçmişi yaklaşık otuz sene öncesine uzanmaktadır. Yapay zeka gelişme aşamalarına bakıldığında; 1955-1969 yılları arasında kavram analizi ve küçük sistemlerin, 1970-1980 arası prototip sistemlerin ve 1981 sonrası ticari uygulamaların yer aldığını görebiliriz. Yapay zeka sistemlerinin günümüzde yaygınlaşmasının asıl nedeni, elde edilen yeniliklerin yanı sıra kullanım koşullarının değişmesi, yani bilgisayar kullanımının azalan maliyetidir. Yapay zekanın ürettiklerine gelince, bunları da; dil ve programlama çevreleri, genel metot, kavram ve teknik araçlar, temel problemlerle ilgili araştırmalar, karmaşık, sayısal olmayan bilgiyi tanımlayan ve simgeleyen araçlar ve işletim sistemleri olarak sıralayabiliriz. Bilgi tanımlamasında kullandığı araçlar arasında; mantık temeline dayanan formüller, kural temeline dayalı üretim sistemleri, şema ve grafikler, prosedür temsilleri bulunmaktadır (Reitman 1984).

Günümüzde iş ve finans

dünyasında dikkatler işletme bilgi sistemlerine, daha akıllı donanım ve yazılım sistemlerine ve sağlayacakları faydalara yönelmiştir. Bilhassa 1960'lı yıllardan itibaren, bilgisayarlar iş dünyasında gerek maliyetli ve verimsiz işçiliğin yerini alacak şekilde üretim prosedürlerinde, gerek finans ve pazarlama faaliyetlerinde gittikçe artan bir yoğunlukta kullanılmaya başlamıştır. Artık işletmeler yapay zeka ve ilgili teknoloji konularıyla hem eski problemlerine yeni çözümler üretmek, hem de daha önce yapılamayanları başarmak amacı ile ilgilenmektedirler. İşletmeler; programlama uzmanlığı, sınırlı dil entegrasyon otomasyonu, üretim ve montaj otomasyonu, karar verme ve senaryo gelişimi, robot kullanımı alanlarında olmak üzere yapay zeka konusunda esas olarak uzman sistemler konusunda çalışmaktadırlar. Uzman sistemler insan uzmanların problem çözme davranışı ile rekabet ederek problem çözen yapay zeka bilgisayar yazılım programlarıdır. Bu sistemler günümüzde hızla yaygınlaşmakta ve konu ile ilgili profesyonel personel sıkıntısı ve teknoloji transferindeki problemlere rağmen hızla gelişmektedirler. Uzman sistemlerin işletme alanında değişik fonksiyonlarda kullanımı da gelişmektedir. Kullanıcıları uygun kararlar almaya yönlendiren, pratik ve kullanışlı yönetsel kılavuzluk sağlayan ve

başarılı uluslararası ve ulusal pazarlama stratejilerinin hazırlanmasında yardımcı olan CORE II ve NEGOTEX ve benzeri sistemler bilhassa, ihracat faaliyetlerinde firmalara uluslararası pazarlama işlemlerinde faydalı olmaktadır (Çavuşgil 1990).

Üretim teknolojisinde 1950'lerin ortalarına doğru, yöneylem teknikleri geliştirilmeye, bilgisayarlar ekonomik hale gelmeye ve endüstri otomasyon çağına girmeye başlamıştır. Günümüzde, bilgisayar kontrollü makinelerin gruplandırılması ve endüstriyel robotların geliştirilmesi ile üretim sistemleri, anında etkileşim ile bilgiyi alma, problemi anlama ve cevaplama esnekliğine sahiptir. Robotlarının kullanımını ile esnek üretim sistemleri yaygınlaşmıştır. Esnek üretim sistemleri bilgisayar tarafından organize edilmiş ve fiziksel olarak merkezi bir taşıma sistemi ile birbirine bağlanmış üretim ekipmanının bir araya toplanması ile oluşmaktadır ve bu sistemler yardımı ile sipariş usulü üretimler bile bir zamanlar ancak kitle üretiminde sağlanabilen hız ve miktarda üretilebilmektedir (Pınar 1994). Pazarlama faaliyetlerinin uluslararası boyutlara varması ile doğan ihtiyaçlara esnek üretim sistemleri hızla cevap verebilmektedirler.

Daha kısa sürede ve daha az elemanla daha fazla sayıda tasarımı yapılması, tasarım

hatalarının azaltılması, üretimin esnekliğinin artırılması, maliyetlerin azaltılması ve tasarımın kullanılabilirliğinin artırılması faydalarını sağlayan bilgisayar destekli üretim ve bilgisayar destekli tasarım sistemlerinin kullanımı da yine iş dünyasında zamanla artmaktadır.

Teknolojik yeniliklerden görsel sistemler robotlara veya diğer süreç teknolojilerine eklendiğinde, bu teknolojilere görüntüleri algılama ve tanıma konusunda insan beyninin ve gözünün kapasitesine yakın olanaklar tanımaktadır. Maliyetinin yüksek olması, geliştirme standartlarının eksikliği, kullanıcı eğitiminin eksikliği, kullanıcıların isteksizliği ve görsel sistem teknolojisinin bizzat kendisinin yarattığı problemler veya gerekli çözüm için yeterli olmadığı şeklindeki sınırlamalara rağmen görsel sistemler, kaliteyi ve performansını artırıcı özellikleri nedeni ile imalatta gittikçe daha yaygın olarak kullanılmaya

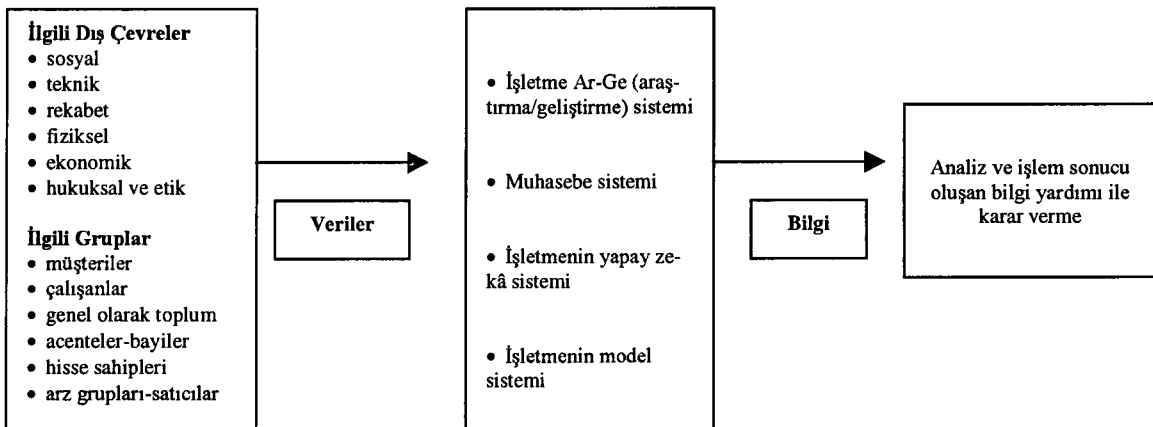
başlanmıştır (Hormozi 1992).

İşletme bilgi sistemleri ile ilgili bir başka konu; veri ile çalışma aşamasının bölümleri olması hakkındadır. Bu parçacıklar arasında; bilgi toplama, işlem, veri bankası, ölçme, istatistik bankası ve model bankası bulunmaktadır. King'e göre, bu parçalar bilgi kaynakları olan girdilerden, dahili faaliyet ile ilgili alt sistemlerden ve bilgi şeklindeki çıktılardan oluşmaktadır (King 1997). Literatürde bu konu ile ilgili bir başka sonuç işletme bilgi sistemleri aracının aynen işletme araştırmasında olduğu gibi işletmenin karar verme sürecini geliştirdiği yönündedir. Olumlu faydalarının yanı sıra, işletme bilgi sistemlerinin sınırlamalarından da söz edilmekte ve örneğin, sistem kurucuları ve sistem kullanıcıları arasındaki ilişki ile ilgili olarak işletme bilgi sistemlerinin uygulanmasında sorunlar ortaya çıktığı anlaşılmaktadır; kurucuların teknik temelli, kullanıcıların ise uygulama bazlı ol-

maları bu çeşit problemler yaratabilmektedir. Sistem ile ilgili başka problemler arasında; sistemin karmaşık yapısı, yüksek maliyeti, kurulması ve uygulanması için uzun bir süre gerektirmesi sıralanmaktadır (Schewe 290- 298). Yine literatür çalışmalarında, işletme bilgi sistemlerinin dış çevre bilgilerinin değişik şekillerde tamamlaması gerektiği ve bu yüzden organizasyonun dış çevresindeki değişiklikleri gözleyebilen stratejik yapay zeka sistemlerini kullanması önerilmektedir.

İşletme bilgi sistemi bir firmanın genel performansını etkileyebilecek veya halihazırda etkilemiş olan geçmiş, şimdiki zamana veya geleceğe ait gelişmelerle ilgili verinin sürekli ve periyodik olarak toplanması, saklanması, analizi ve rapor haline dönüştürülmesi işlemlerini içermektedir. Şematik olarak işletme bilgi sistemi uyarlanarak aşağıdaki şekilde çizilebilir (Lusch ve Lusch 1987: 110-114):

ŞEKİL 1 - İşletme Bilgi Sistemleri



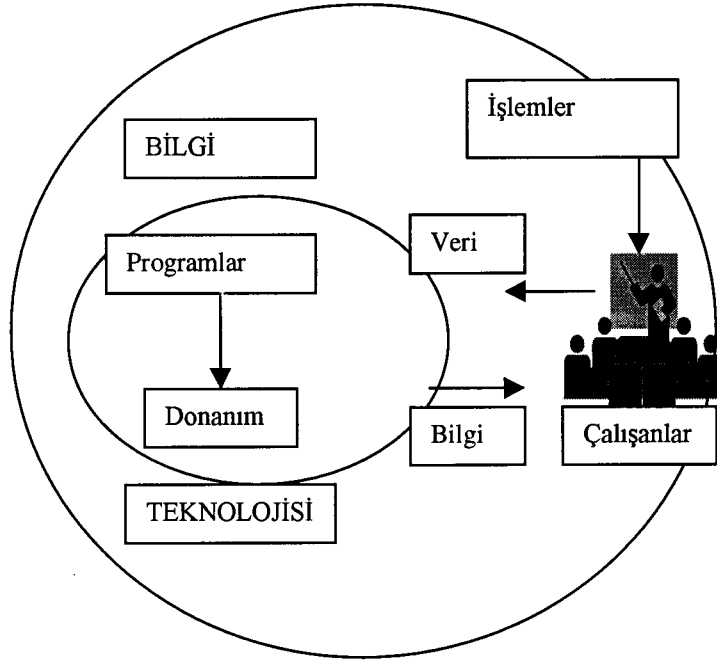
Şekil 1'de gösterildiği gibi işletme bilgi sisteminde; tüm dış etmenlerden ve çevreden sistematik olarak veriler toplanmakta ve bunlar işletme bilgi sistemi ile ilgili dört alt sistemde işlenerek karar sonucuna ulaşılmaktadır. Bu alt sistemlerden biri işletme araştırması sistemidir ve genellikle problem çözmeye yöneliktir. Buna karşılık muhasebe sistemi ve işletme yapay zeka sistemi potansiyel problemleri

tanımlamaya ve sektörde / pazarda / ilgili çalışmada neler olduğunun raporlanmasına yöneliktir. Muhasebe sistemi işletme yöneticilerine değerli bilgiler sağlayan finansal işlemlerin raporlanma sistemidir ve genellikle tarihi verilerle ve gelecek tahminlerle çalışmaktadır. İşletme yapay zeka sistemi ise bilgisayarlar ve benzeri ekipmanın kullanılarak sürekli olarak organizasyonun içinde bulunduğu çevreden veri

toplanması ve ilgili verinin gelecek performansın tahminlemesinde kullanılması ile ilgilidir. Dördüncü alt sistem olan işletme model sistemi ise karar ağacı modeli, matematiksel fonksiyon modeli, kullanımda bulunan teori modeli gibi değişik modelleri kullanarak karar vermeye referans olabilen bir sistemdir.

Genel olarak bilgi sistemleri Şekil 2'de gösterilmektedir (Simon 1996: 30).

ŞEKİL 2 – Bilgi Sisteminin İçeriği



Bilhassa kitle iletişim ve ulaşım teknolojilerinin yenilenmesi ve gelişmesi ile günümüzde her sektör küreselleşme faaliyetinden etkilenmektedir. Dolayısıyla, global

rekabet ve teknolojik yeniliklerin artması ile birlikte global bilgi sistemleri gündeme gelmektedir. Global bilgi sistemleri; dünya çapında işletme faaliyetleri ile ilgili bilgiyi anın-

da gösteren, analiz eden, uyumlaştıran, güncelleştiren, saklayan ve bünyesinde tutan tele-iletişim ekipmanı, bilgisayar yazılım ve donanımı, veri ve personelin organize bütünü

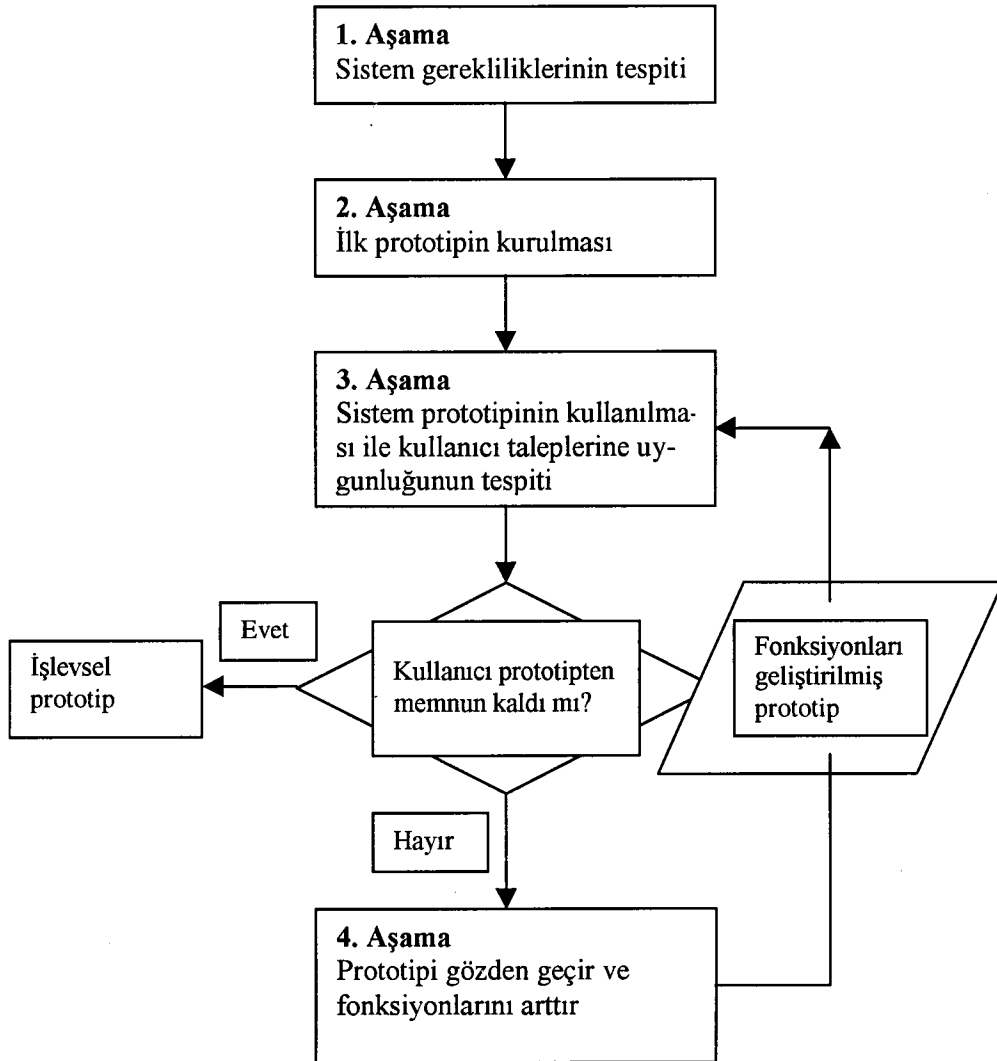
olarak tanımlanmaktadır (Zikmund ve D'amico 1996: 142-147). Global bilgi sistemleri; araç telefonları, cep telefonları, faks makineleri, hızlı çalışan kişisel bilgisayarlar ve Internet şeklinde etkileşimli iletişimleri, karşılıklı aktif video, elektronik veri transfer sistemleri, fiber optik ve ben-

zeri etkileşimli medyada gelişen teknolojik yeniliklerden oluşmaktadır (Margrath 1992: 79-96).

Risk yönetimi bilgi sistemlerinin hazırlanmasında önemli bir sistem yaklaşımı hızlı uygulama geliştirme yöntemi (rapid application development - RAD) veya

başka bir tanımla prototip sistem metodolojisi (Gupta 1996). Bu metodoloji Şekil 3'te görülen 4 aşamadan oluşmaktadır ve her aşama sistemden tam başarı sağlanıncaya kadar tekrarlanır. Prototip son kullanıcıların taleplerini karşılayıncaya kadar sürekli gözden geçirilerek uyarlanmaktadır.

ŞEKİL 3 – Sistem Geliştirmede Prototip Uygulaması



Risk Yönetimi Bilgi Sistemlerinin Seçiminde ve Kullanımında Önemli Hususlar

Risk yönetimi bilgi sistemlerinin günümüzde pek çok çeşidi bulunmaktadır. Bilhassa son iki yıl içerisinde kişisel bilgisayarların ve Internet'in yaygın kullanımı ve "Windows" ve McIntosh grafik temelli bilgisayar ortamlarının başarısı ile piyasada bulunan risk yönetimi bilgi sistemlerinin de sayısı ve çeşidi artmıştır. Sigorta ve benzeri faaliyetlere yönelik işletmelerin risk yönetimi bilgi sistemlerini kullanmaya geçmeden önce, seçim için aşağıda sıralanan faktörlere dikkat göstermeleri, bu sistemlerin etkin ve verimli olarak kullanılması için faydalı olmaktadır (Monroe 1995).

- Risk bilgi sistemleri; sigorta poliçesi yönetimi, varlıkların yönetimi, kaza tazminatları, şimdiki ve geçmiş işletme hak ve talepleri, risk analizi, güvenlik ve zarar kontrol, finansal raporlama, zarar belirleme, zarar tahminleme, acente performansını saptamaya ilişkin risk verisinin birleştirilmesi şeklinde değişik konulara ilişkin olabilmektedir. Kullanım için adapte edilecek bilgi sistemi içeriğinin sigorta ve risk yönetimi işletmesinin faaliyet alanlarını kapsamaması ve gerekli analiz yöntemlerini içermesi gereklidir.

- İhtiyaçların tespiti: seçimin ilk aşaması risk bilgi sistemi

ihtiyaçlarının belirlenmesini gerektirmektedir. İhtiyaçlar doğrultusunda ve işletmeye uygun sistemin alınması seçim için en önemli husustur. Fakat, ihtiyaçların tam olarak tespit edilmesi için, kaynakların ve kullanılan verilerin akış çizelgelerinin çıkarılarak analiz edilmesi ve işletme için veya başkaları için hazırlanan raporların bütünüyle gözden geçirilmesi lazımdır ve bu da çok zaman alan, enerji gerektiren ve bazen de bir sistem analistinin yardımına ihtiyaç gösteren bir durumdur.

İhtiyaç listesinin hazırlanmasında öncelikle en önemli gerekliliklerin ve sistemin olası kullanıcılarının tespit edilmesi önemlidir. Daha sonra, bu liste diğer istekler olarak değiştirilebilir. Bunu takiben, ihtiyaç duyulan bilginin temel kaynakları ile üretilen analizi kullanacak insanlar belirlenmelidir. Ayrıca, bu faaliyetleri gerçekleştirmek için halen kullanılan sistemlerde tanımlanmalıdır (örneğin zarar ve tazminatların akış çizelgeleri ve kullanılan bilgi-işlem, grafik ve benzeri bilgisayar paket programları). Bunu takiben son beş yıla ait kapsam dahilinde yıllık sigorta poliçeleri üzerinden ödenecek miktarların ve belirli sigorta şirketlerinin, sigorta hizmeti sunanların, kıyaslamalı uygulamaların ve sonuçların belirlenmesi gerekmektedir.

- Önemli seçim kriterleri:

Sistem kullanıcısı için seçim amacı ile önem gösterilmesi gereken kriterler şöyledir:

1. Endüstri standartlarına uygun sistem mimarisi,
2. İşletmenin standartlarına uygun donanım gereklilikleri,
3. Minimum eğitim gerektiren kolay kullanım olanakları,
4. Raporların ve veri kuyruklarının dizaynında esneklik,
5. Erişim açısından güvenlik (sisteme dışarıdan ve yetkisi olmayanların erişememesi),
6. Kullanılan yazılım ve diğer işletme sistemleri ile entegrasyonda uyum,
7. Sistem ile birlikte hazırlanmış iyi bir entegre ve anında çalışma (on-line) olanağı,
8. Veri geçerliliği kontrol programı,
9. Destek yeterliliği,
10. Verilerin başka bir yazılıma, örneğin bir grafik veya kelime işlem yazılımına transfer edilebilmesi olanağı,
11. Sistem satıcısının finansal kuvveti,
12. Sistem satıcısının endüstrinin önde gelenlerinden olabilmeyi sürdürme kapasitesi,
13. Sistem satıcısının sunduğu bilgi sistemini işletmenin özel gereksinimlerine ve taleplerine uyumlaştırabilme olanağı ve isteği,
14. Sistem satıcısının gerektiğinde işletmenin kullandığı diğer yazılım araçlarında da gerekli uyumlaştırmayı yapma olanağına ve isteğine sahip olması.

Risk yönetimi bilgi sistemlerinde satın alma kararını verirken seçim konusunda önem gösterilmesi gereken konuları başlıca dört ana başlık altında toplamak mümkündür (Netherton 1997). Bu konular şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Güç: Sistemin kullanıcı sayısı, veri toplama ve işleme hızı ve kapasitesi, bellek gücü gibi gereksinimleri belirlenerek hangi güçte bir sisteme gerek olduğunun belirlenmesi lâzımdır.

2. Hizmet gereklilikleri: eski sistemden yeni sisteme geçişte kayıtlı verinin transferi, yeni sistemi kullanacak elemanın eğitimi gibi konularda yeni sistem satıcılarının hizmet sunması önemlidir.

3. Sistemin özellikleri: Bazı risk yöneticilerinin bilgi sisteminden doküman görüntüleme olanakları şeklinde özel beklentileri olabilmektedir. Risk yöneticisinin satın alma kararı verirken sistemin özelliklerinin istenen kapasite ve ihtiyaçlara cevap verebilir olanaklara sahip olduğunu belirlemesi önemli bir husustur.

4. Maliyet: Satın alınan risk yönetimi bilgi sistemi için maliyet hesaplama sadece satın alma maliyetini kapsamakta, ayrıca, uzun dönemli eğitim giderleri, veri çevirim ve güncelleştirme maliyetlerini de içermektedir.

• Maliyet / fayda değerlendirilmesi: sistemin gerçekten etkili olması ve genel kabul görmesi için, sistemin maliye-

tinin sistemin kullanılması ile elde edilecek etkinlik ve verimlilik sonucunda elde edilecek finansal faydadan az olması gerekmektedir. Bu maliyetlerin hesap edilmesinde sadece ilk satın alma ve yerleştirme/kurma maliyetleri değil, süregelen donanım bakım ve yazılım destek maliyetleri de incelenmelidir. Genellikle, uygulamada donanım ve yazılım paket maliyetleri birkaç yılda kendini amorti etmektedir ve her yıl için kullanım-bakım ve benzeri maliyetler satın alma maliyetinin 1/5'ini pek geçmemektedir.

Genellikle bir kullanıcı tam kapsamlı bir sistem 25.000 Amerikan Doları (\$) artı veri çevirim ve ulaşım masraflarına mal olmaktadır. Çok kullanıcı sistemler ortalama 75.000- 150.000 \$ arasında bir maliyete sahiptir.

• Sistemin uygulanması: uygulama için planlama sürecinin belirlenmesi, yazılımın seçimi aşamaları kadar önemli bir husustur. Bir başka önemli konu da eğitimidir. Sistem satıcısının, sistemi kullanacaklara ilgili eğitimi sağlaması lazımdır.

• Kullanılacak sistemin sigorta işletmesi için değer yaratması: sigorta ve risk yönetimi faaliyetlerinin verimini ve etkinliğini arttırmak için risk yönetimi bilgi sistemlerinin kullanılmasında maliyet-etkin, yüksek kaliteli hizmetin sunulabilmesi yatmaktadır (Kirby 1998). Bu kapsamda pek çok

uygulama sektöründeki diğer işletmelerle kendilerini dört alanda kıyaslayabilir. Bu alanlar: rekabet gücü, kullanılan teknoloji düzeyi, işletme kültürü ve müşteriye sunulan hizmetin seviyesidir.

Risk Yönetimi Bilgi Sistemleri ile Gerçekleştirilen Faaliyetler, Sistemlerin Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Günümüzde risk yönetimi bilgi sistemleri hızla yaygınlaşmaktadır. Philips Business Information Inc.'in yaptığı bir araştırmaya göre 1998 yılında sağlık ve sigorta sektörleri bilgiyi Internet'ten sunmak için 11.5 milyon \$ harcayacaklardır (Dorn 1998). Bu miktarın 3 yılda katlanması beklenmektedir. Etkili sigortacılık işlemlerinde otomasyon kullanımını artık teknoloji bazlı çözümler içerisinde tek değildir. Sigorta ve risk yönetiminde yeni kuşak veri yönetim teknikleri çok daha özenli, detaylı, doğru ve etkili çözümler sunmaktadır (Weinstein 1998). Günümüzde risk ve sigorta profesyonelleri için teknoloji kullanımı rekabette üstün olabilmek ve bilhassa poliçe ödemeleri yönetiminde başarılı olabilmek için bir şart olmuştur. Poliçeler ve hak / tazminat taleplerinin pek çok nedeni olabilmektedir. İddianın ve talebin orijini ne olursa olsun -sakatlık, kaza, mülk, vasıta vb.- en etkili ve maliyet etkin bir biçimde işlemi gerçekleştirecek bir sistem

bulunmaktadır. Değişik konularda verileri hızla toplayarak analiz eden, eski senaryolar üzerinde çalışarak yeni yaklaşımlar geliştiren uzman sistemler, hemen her konuda sigortacılık ve risk yönetiminde hizmet vermektedirler. Bu sistemler hızlı elektronik veri transferi gerçekleştirmekte ve tahminlerde bulunarak beklenti modelleri geliştirebilmektedir. Bu teknolojileri kullanan risk yöneticileri artık daha hızlı ve verimli çalışmaya başlamışlardır, işlemlerin etkinlikleri artarken ve performansları gelişirken, işlemler aynı zamanda işletme faaliyetleri ile entegre de olabilmektedir. Çoklu medya kapasiteli sistemler risk yöneticileri arasında anında bağlantı yaparak kritik verilerin güncelleştirilmesini ve anında dünyaya yayılmasını sağlamaktadır. Veri ve bilgileri anında güncelleştirebilme olanağı ve bilginin kısa sürede işletmede çalışan her elemana ulaştırılabilmesi, bilgi sistemlerinin kullanımı ile sağlanan faydalar arasındadır. Araştırmalar bu çeşit bilginin çalışanlara ulaştırılması sonucunda risk yönetimi departmanlarına iletilen soruların oranında %80 azalma olduğu sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Prince 1997).

Internet, etkileşimli bilgisayar sistemleri ve benzeri ekipman kullanılarak risk yönetimi bilgi sistemleri ile gerçekleştirilmesi olanaklı faaliyetler şunlardır (Dorn 1998);

1. Tazminatlar dahil kaza ve diğer poliçelerin işlenmesi, takip edilmesi, muamelesinin gerçekleştirilmesi,

2. Güvenlik olaylarına ilişkin verinin işlenmesi,

3. Yargılama hakkına yönelik veya bölge-özellikli verinin işlenmesi,

4. Mülk ve araç kaza raporlarının hazırlanması,

5. Ayarlamalara / düzenlemelere ilişkin kayıtların tutulması,

6. Güncelleştirilen verilerin dağıtımı,

7. Ekleri ile birlikte fiili dosyaların hazırlanması,

8. Sigorta senetlerine ve poliçelere ait verilerin işlenmesi, yönetilmesi, ve analiz edilmesi,

9. Doğal afet / kaza tazminat ve risk yönetimi poliçe verilerinin dağıtımı,

10. Sigortacılık ve genel risk yönetimi mevzuatına ait veri ve bilginin toplanması ve dağıtılması.

Bu sistemlerin olumsuz hususlarına ve şikayet konularına bakıldığında ise, en yaygın olanlar arasında kullanım güçlüğü, destek ve esneklik eksikliği ve eski sistemlerden kolay kullanımı olan yeni sistemlere geçişin her zaman çok kolay veya uygun olmayışının gelmesi bulunmaktadır (Souter 1996). Bunların yanı sıra bazı risk yöneticileri sistemlerin tam kapasiteli olarak kullanılmalarının güçlüğünden bahsetmekte ve eğitimi yetersiz olan elemanların bu sistemleri

kapasitelerinin çok altında kullandıklarını belirtmektedirler. Yine veri transferi ve güncelleştirme sorunları da risk yöneticilerinin karşılaştığı sorunlar arasındadır.

Bu sorunlara çözüm olarak satın alma ve seçim sürecinde, risk yöneticilerinin bir önceki bölümde bahsedilen seçim sürecinde dikkat gösterilmesi gereken -faktörlere önem vermeleri, esnek sistemler seçmeleri ve müşterinin ihtiyaçlarına cevap verebilecek yapıda müşteriye özel sistemler dizayn etmek konusunda yeterli ve istekli satıcılarla iş yapmaları önerilmektedir.

Risk Yönetimi Bilgi Sistemlerinde Yeni Eğilimler

Risk yönetimi bilgi sistemleri alanı her geçen gün hızlı bir değişim yaşamaktadır. Artık pazarda daha çok sayıda satıcı, daha fazla sayıda paket program ve yazılım, daha fazla sayıda destek operasyon sistemi ve daha fazla miktarda bilgi sistemine ilişkin hizmet üretimi bulunmaktadır. Pek çok bilgi sistemi satıcısına göre risk yöneticisi ister bilgi sistemini ilk olarak işletmesine kurmayı planlasın, isterse işletmede faaliyette bulunan sistemi güncelleştirmek istesin, kullanılacak risk yönetimi bilgi sistemlerinin iki amacı bulunmalıdır. Bunlar: 1. risk yönetimi sürecinin hızlandırılarak etkinleştirilmesi, 2. işletmenin yapısına, faaliyet-

lerine ve kültürüne uygun olmasıdır. Risk yönetimi bilgi sistemleri pazarında görülen yeni eğilimler, risk yöneticilerinin bu amaçları eskiye kıyasla çok daha kolay gerçekleştirebileceklerini göstermektedir.

Risk yönetimi bilgi sistemlerinde ve sektörde gerçekleşen yeni eğilimler şöyledir:

- *Sistem pazarına gittikçe artan sayıda aracı, komisyoncu ve sigortacının girmesi:* Günümüzde risk yönetimi bilgi sistemleri pazarına asil mesleği sigortacılık ve aracılık olan işletmelerde üretici / satıcı olarak girmektedirler. Bunlara örnek olarak; Johnson & Higgins, Liberty Mutual, CIGNA / ESIS ve The Travelers'ı vermek mümkündür (Padilla 1996). Bu işletmelerin pazara girmesi ile birlikte sigortacılık bilgi sektöründe teknik arzın yanı sıra, sektörde yeni olan hizmet konusu da gündeme gelmektedir. Sonuç olarak yönetim raporlarında bekleme süreleri kısaltmakta, zarar bilgilerinin takibi kolaylaşmakta ve müşterinin veri ve benzeri bilgiyi sürekli takip edebilme olanağı sayesinde kalite kontrolü etkili olarak uygulanmaktadır.

- *Sektör her geçen gün daha çok sayıda müşteriye özel ürün/hizmet hazırlamakta ve sunmaktadır:* Kitle pazarlamasının (bir ürün / hizmetle bütün pazara hitap etmek) tam tersi bir uygulama olan ve niş pazarlama adı da verilen müşteri-

rinin ihtiyaçlarına yönelik özel ürün ve hizmet hazırlayarak sunmak kavramı, sigortacılık bilgi sistemleri pazarında yaygınlaşan bir uygulama olarak ortaya çıkmaktadır. Bu uygulama sonucunda sistemler daha etkin çalışmakta ve sistem kullanıcıları da bu hizmetten tam kapasitede yararlanabilmektedirler. Böylece tıp hizmetlerine ilişkin bir risk yönetimi bilgi sistemi, otomotiv veya turizm sektöründe işlem yapan bir risk yönetimi bilgi sisteminden farklı içeriğe sahip olarak daha detaylı ve daha uzman bir şekilde analiz ve benzeri işlemi gerçekleştirebilmektedir.

- *Artan ortak çalışmalar, işbirliği ve birleşmeler:* Sektörde profesyonelliğin ve uzmanlığın arttığı bu dönemde kaçınılmaz olarak işletmeler arası birleşmeler ile belirli projelerde ortak çalışmalar da artmaktadır. Risk yöneticilerin teknik beceri ve bilgi düzeylerinin artması ve sistem hizmetinden beklentilerinin yükselmesi de bilgi sistemleri satıcılarının işbirliği yapmasına yol açmıştır.

- *Yapısal değişimlere daha kolay uyum sağlayan sistemlerin bulunması:* Yeniden yapılanma ve değişim mühendisliği bugünlerde sigortacılık sektörünün önemli yönetim uygulamaları arasında girmiştir. Bunun karşılığında yararlanılan bilgi sistemleri de esnek bir yapı taşıyarak hareket

kabiliyetine sahip olmak zorunda kalmaktadır.

- *Müşteriye bilgi sağlama olanağının tanınması:* Geçmişte sigorta şirketleri müşterilerine ait kaza tazminat / zarar ve benzeri bilgiyi sadece kendilerine saklardı ve sigortalının / müşterinin bu tür bir bilgiyi inceleme talebi kesinlikle kabul görmezdi. Halen bazı şirketler için uygulama bu şekilde olsa bile, pek çok sigortacı, sigortalı ve risk yönetimi bilgi sistemi satıcısı için bu yaklaşım değişmektedir. Yeni yaklaşımda zararlara ilişkin veriler sigorta şirketinin bilgi sisteminde düzenli olarak toplanmakta ve sigorta şirketinin toplam risk paketi yönetimini kolaylaştırmaktadır. Hatta, bazı sigorta şirketleri bu yeni eğilim doğrultusunda, müşterilerinin de veri bankasına Internet ve benzeri kanallar yardımı ile doğrudan ulaşmasını olanaklı kılmaktadırlar.

- *Internet üzerinden verilen hizmet miktarının ve derecesinin artması:* Risk yönetimi bilgi sistemleri satıcıları her geçen gün hizmet kalitesini arttırmak için uğraşmaktadırlar. Bu eğilim sonunda yeni müşterilere destek sağlamak ve gittikçe karmaşıklaşan uygulamalarla ilgili müşterilerine yardımcı olmak amacı ile pek çok satıcı, Internet üzerinde yardım ve destek birimlerini oluşturmuşlardır (Monroe 1996). Yine aynı yaklaşımla bu işletmelerin elektronik posta kullanımları da ço-

ğalmıştır. Aynı şekilde sigorta şirketleri de müşterilerine doğrudan ve zaman / yer sınırlaması olmadan ulaşmanın en iyi yolu olan Internet'i git-tikçe artan bir şekilde kullan-maktadırlar. Yapılan bir araş-tırmada iki sene öncesine ka-dar pek kullanılmayan Internet'in dağıtım ve ticari u-laştırma stratejilerinde yaşanan büyük değişiklik sonucunda yaygınlaştığı, 1998 yılında en büyük 50 şirketin %14'ünün Internet üzerinden önemli miktarlarda satış yaptığı ortaya çıkmıştır (Myshko 1998).

Yrd.Doç.Dr. İge Pınar
TAVMERGEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
İşletme Fakültesi
Turizm İşletmeciliği Bölümü

Kaynakça

- Çavuşgil S.T. (1990), "Expert Systems in International Marketing", *AMA Educators' Proceedings, Enhancing Knowledge Development in Marketing*, s.336.
- Dorn Mark (1998), "The Anytime, Anywhere Connection", *Risk and Insurance*, March 1998.
- Gupta Uma G., (1996), *Management Information Systems*, West Publishing Co., St. Paul, s.229.
- Hormozi Amir M., Jacobs Sheila M., ve Wharton T. J. (1992), "Manufacturing Process Improvement: The Role of Vision Systems", *Production and Inventory Management Journal*, First Quarter.
- King W.R. (1977), *Marketing Management Information Systems*, New York.
- Kirby Anne E. (1998), "Best Practice Partnering", *Risk and Insurance*, January 1998.
- Langewoort D.C. (1985), "Information Technnology and the Structure of Securities Regulation", *Harvard Law Review*, Cilt:98.
- Lusch ve Lusch (1987), *Principles of Marketing*, Kent, s.110-114.
- Margrath Allan J. (1992), *1990-2000 Yıllarında Satış Yönetimi*, Amacom, Rota, s.79-96.
- Monroe Allen (1995), "Selecting Your Risk Information System" *Risk and Insurance*.
- Monroe Allen (1996), "New Directions in risk Information Technology" *Risk and Insurance*, March 1996.
- Myshko Denise (1998), "Changing Channels", *Risk and Insurance* April 1, 1998.
- Netherton G. (1997), "Society of Risk Management Consultants: Asset Needs Before "Buying RMIS", *Business Insurance*, October 27, 1997.
- Padilla Henry (1996), "Latest Trends in RMIS", *Public Risk Magazine*, November - December 1996.
- Pınar İge (1994), "Üretim Yönetiminde Kullanılan Başlıca Teknik ve Politikalar", *Hazine ve Dış Ticaret Dergisi*, Mart 1994/1, Sayı: 20, s.57 - 60.
- Prince Michael (1997), "Bringing Risk Management to the Desktop", *Risk Management & Online Resources*, *Business Insurance*, Spotlight Report, December 1, 1997.
- Reitman Walter (1984), *Artificial Intelligence Applications For Business*, Ablex Publishing, s. 1-9, 22.
- Schewe C.D., "Marketing Information Systems the Problem of System Usage" *Journal of the Academy of Marketing Science*, Cilt:2, sayı:1, s:290-298.
- Senn James A. (1995), *Information Technology In Business*, Prentice-Hall, s:482.
- Simon Judith (1996), *Understanding and Using Information Technology*, West, St. Paul, s.30.
- Souter Gavin (1996), "RMIS Complaints, Compliments", *Business Insurance*.
- Tavmergen Pınar İge (1998), "Pazarlama Bilgi Sistemleri", *İşletme ve Finans Dergisi*, Ankara, s.38-46.
- Trutner Glenn (1996), "It seems Like Only Yesterday"... *History of RMIS Part I*", *RISQ Newsletter - Marsh & McLennan*, Haziran 1996.
- Weinstein Mindy (1998), "Winning Connections in Claims", *Risk and Insurance*, January 1998.
- Zikmund William ve D'amico Michael (1996), *Marketing*, West Publishing, s.142-147

Yabancı Basından HABERLER

20 senede kendini kanıtlayan Fransızların Doğal Afet Sistemi bir dönüm noktasında ...

12-13 Kasım 1999'da Fransa'nın güneyini etkileyen sel ve su baskınları doğal bir afet oluşturmuş ve bu afetin neden olduğu zarar, ziyan birçok Avrupa ülkesine örnek teşkil eden Fransızların özel bir uygulaması olan Doğal Afet Sistemi (CAT NAT) kapsamında ödenmiştir.

Çok sayıda hasarla ve önceden tahmin edilmeyen risklerle karşılaşan sistem, kendi başarısından bunalmış bir halde bugün bazı sorunlarla karşı karşıyadır. 20 senelik yoğun bir deneyim sonunda, sistemi yaratanlar bu kötüye gidişe bir dur deme zamanının geldiğine inanarak, sistemi uygun bir tabana oturtmak suretiyle üstlendiği rolü kuvvetlendirmek konusunda başarılı bir reform önermektedirler.

13 Temmuz 1982 tarihinde kurulmuş bulunan, "CAT NAT" olarak anılan, istisnai ve genellikle sigortalanamayan riskler konusunda ulusal dayanışma ilkesini baz alan, doğal afetten zarar görenlerin tazminine yönelik sistem, Nîmes (1988), Vaison-la Romaine (1992) ve Carcassone (1999) afetlerinde olduğu gibi yer sarsıntısı, yer kayması, çığ düşmesi ve seylâpın neden olduğu büyük afetlerin oluşturduğu zarar ziyanı tazmin konusundaki geçerliliğini kanıtlamıştır.

Bu son üçüncü seylâp olayları, bizlere 1990'lı yıllarda Fransa'yı etkileyen iki kuraklık dalgasını unutturmuş ve bazen olayın meydana gelmesinden birkaç sene sonra ortaya çıkan, toprağın tekrar suya kavuşması (rehydration)'nın sebep olduğu yer hareketlerini takiben binalarda meydana gelen çatlaklar gibi çok sayıda toprak çökmesi hasarlarına neden olmuştur.

Son olarak 13 milyar FF olarak tahmin edilen ancak 15 milyar FF'ini aşabilecek olan bu son beklenmedik hasarlar "CAT NAT" toplam tazminat miktarının üçte birini aşmaktadır. Bu öyle bir miktardır ki Caisse Centrale de Reassurance (CCR)'i rezervlerinden (equalization reserve) oldukça yüklü bir miktarı çekmek zorunda bırakmıştır.

Bu temayülle alarına geçen sigortacılar, temsilcileri ve hükümet destekli bir reasürans şirketi olan CCR vasıtasıyla ortak bir reform önerisi hazırlayarak kamu otoritelerinin onayına sunmuşlardır. Bunun neticesi olarak önümüzdeki aylarda, poliçe sahipleri

arasında dayanışma, sigortacılar arasında karşılıklı riziko paylaşımı ve risk analizi ile önlemler konusunda daha güçlü yaklaşımları içeren yeni projenin teknik ve finansal açıdan uygulanabilirliğini sağlamak üzere hazırlanacak bir dizi yasa, yönetmelik ve teknik gündeme gelecektir.

Proje'nin Ana Hatları

Bölgeler ve temin edilen riskler itibarıyla maruz kalınan durumların oldukça değişkenlik arzemesine karşılık, ulusal dayanışma ilkesi, sistemin itiraz kabul etmeyen esası olarak bir kez daha teyit edilmiştir. Fransa'da tüm bölgeler, geçmiş 10 senelik süredeki ortalama hasar oranlarına bakılmaksızın, sistemi eşit olarak fonlandırırlar ve herhangi bir ayırım gözetilmeyecektir. Bundan böyle, Fransa'nın deniz aşırı bölümlerinde büyük zarar meydana getiren, rüzgar hızı saatte 170 km.yi geçen 3 ila 5 gücündeki tropikal kasırgalar, etkiledikleri nüfusun mali kapasitesini aşan istisnai olaylar olarak kabul edilecek ve bu nedenle tamamen "CAT NAT" sistemi içine alınacaklardır.

1999 Eylül'ünden itibaren motorlu araç sigortaları dışında kalan mal sigortalarından kesilen katılım payları %9'dan %12'ye, muafiyetler ise bireyler için 1.500 FF'den 2.500 FF'e, iş yerleri için 4.500 FF'den 7.500 FF'e çıkartılmak suretiyle giderler kısıtlanarak, ekstra mali kaynak elde edilecektir. Ayrıca, hasar sıklığına göre ayarlanabilen bir muafiyet yoluyla yerel belediye başkanlarının gerekli önlemleri alma konusunda özendirilmesi düşünülmektedir. Son olarak da, kuraklık hasarları için henüz miktarı belirlenmemiş özel bir muafiyet ihdası söz konusudur.

Poliçe sahipleri arasındaki dayanışma ilkesi, sigortacı portföylerinin maruz kaldığı duruma bakılmaksızın, tüm sigortacılar tarafından hepsinin CCR'ın standart reasürans şartlarından aynı şekilde yararlanmalarını sağlayacaktır. Bunun karşılığında sigortacılar ise, geleneksel olarak kotpar sesyonlar için aldıkları komisyonları artık almayacaklar ve hasar yönetimi, kıymet takdiri ve analiz metodlarının geliştirilmesi konularını önceden belirleyen bir poliçe uygulamasını üstleneceklerdir.

Şartların bu yeni durumu sayesinde CCR da şimdilerde 1.5 milyar FF olarak tahmin edilen ve istenilen seviyenin oldukça altında olan rezervi (equalization) kademe olarak oluşturabilecektir. Halihazırda bu rezerv "CAT NAT" sisteminin bir yıllık gelirinin sadece %75'ine eşittir; halbuki her bir yıl itibarıyla brans prim gelirinin 2 veya 3 katı olması gerekir.

Yetkililere sunulmuş bulunan projede, ayrıca, vergiden muaf tutulmak suretiyle bu rezerve ayrılacak gelir miktarında bir artış ve süre açısından bir genişleme sağlayan daha esnek bir muhasebe ve vergilendirme sistemi öngörülmüştür.

Bu önlemlerin uygulanması sistemdeki tüm taraflara yarar sağlayacak ve devlet güvencesinin devreye girişini geriye çekecektir.

Öncelikli amaç: Önlem alma

Bu reform, herşeyden önce, ayarlanabilir bir muafiyet koymak, yüksek hasar olasılığına maruz bölgelerde "risk önleme planları"ni teşvik etmek ve teknik izleme (technical watchdog) olanaklarını güçlendirmek suretiyle riskleri önlemek için alınan tedbirleri yoğunlaştırmayı amaçlamaktadır.

Sistemin dengeleşmesinin en büyük nedenlerinden biri olan kuraklık (drought) riskleri konusunda özel gayret gösterilecektir. Bu özel gayretler arasında, daha katı teknik ölçüler kullanmak suretiyle riskin yeniden tanımlanması, hasar ile rapor edilen olay arasındaki nedensel bağın doğrulanması, kıymet takdiri ve hasar yönetimi konusundaki prosedürlerin için doğasında var olan kusurlar konusundaki uygulamalar ile uyumlarının sağlanması sayılabilir. Sigorta endüstrisi gelişmeleri izlemek üzere daimi bir istatistik birimi oluşturacaktır.

Bu geniş proje, Fransız piyasasının, ulusal dayanışma çerçevesi içinde, doğal riskleri en geniş anlamda temin etmek ve birey olsun, kuruluş olsun poliçe sahiplerinin değişken taleplerine tatmin edici, yenilikçi yanıtlar getirmek konusundaki istekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Liane GALANTI
SCOR Items
Kasım 1999