

Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları – Dün, Bugün ve Yarın...

Ülke genelinde büyük çoğunluğa hitap eden özellikle özel sağlık sigortasına ulaşamayan orta ve alt gelir grubunu hedefleyen Tamamlayıcı Sağlık Sigorta ürünü (TSS) işleyiş, sistem, ödeme kolaylığı gibi olanaklarla çoğunluğa ulaşma amacıyla yola çıkmıştır.

İlgili poliçenin özelliği anlaşmalı sağlık kurumlarında SGK' nın ödemediği tedavinin farkını ödüyor olması.

Sistemsel kural olarak Medula SUT kuralları işletilmektedir. Medula' da paket olan paket olarak; açık yani hizmet başı faturalanan da yine hizmet başı olarak oradaki çarpan kadar sigorta şirketince ödenir.

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği – SGK'lıların sağlık giderlerinin ödeme şartları ve fiyatlandırması

Medula: SUT fiyat ve şartlarını içeren provizyon sistemi

Hedeflenen kurumlarla anlaşmaların yapılarak, bu kurumların hastalardan tahsil edemedikleri fark kısmı için kayba uğratılmaması, gelirin garanti altına alınarak sağlık kurumu açısından alt gelir grubuyla parasal ilişkinin ortadan kalkıp sağlıkla ilgili doğru ve akılcı tedaviye odaklanmasına olanak sağlanmıştır.

Asıl amaç:

- ✓ Hastanelerin uzun vadede şu anda almakta oldukları farkı sürekli alabilir kılmak
- ✓ Hastanelerin ceza risklerini azaltmak
- ✓ Hastayla parasal pazarlık yerine tedaviye; sağlık hizmetlerine odaklanılmasını sağlamak
- ✓ Hasta doktor ilişkisinde moral motivasyonu yitirmeden iş yapabilmek
- ✓ Türkiye geneline TSS' yi yaygınlaştırarak hastaların fark kısmını garanti altına alarak tedavilerinde kendini güvende ve mutlu hissetmesini sağlamak
- ✓ Sigortacılığın büyümesini ve ucuz poliçelerle hemen tüm farkları garanti kapsamına alabilmesini sağlayacak; mevcut farkların çok üzerinde olmayacak doğru anlaşmalar yapmak
- ✓ Ve sürdürülebilirlik

İlk başladığında ayakta provizyon sistemi kurulumunda ve yönetiminde aynı zamanda ilgili hastanelerde ekiplerin eğitiminde de bulunmuş ve süreci yakından takip edebilmişim.

Bu sigortanın temel özelliği SGK' nın ödemediği tutardan sonra özel sağlık kurumlarında fark olarak alınan kısmı, poliçe şartları dahilinde ödemesidir. SGK' nın ayakta ya da yatarak teminat limit yapısı olmadığından ayakta hizmetler muayene adedine bağlı olarak sınırlandırılmış yatarak tedaviler ise yine poliçe şartları dahilinde SGK' nın da ödediklerine limitsiz olarak öder.

Hizmet başı tüm işlemler için "fark alınabilirlik" üzerine anlaşmalar sağlanmış; o dönemde farkların yasal sınırlar dışında alınamayacağı, hastane ve sigorta şirketlerinin bu farkın dışında bir anlaşma da yapamayacağı yönünde bazı itirazlar olsa da, resmi makamlar bu konuda olumsuz bir bilgi vermemiş ve TSS piyasada tutunmaya başlamıştı.

Öngörülen bir iki yıl içerisinde milyon adetlere ulaşacağı idi. Ancak ilk birkaç yılda 50 binleri zor bulmuştu. Daha sonra diğer şirketler de birer ikişer sisteme dahil olup artmaya başladı.

2015 yılı sonu ve 2016 başında anlaşma, altyapı ve poliçe yapılarında destek verdiğim bazı büyük sağlık sigorta şirketleri özellikle de paket anlaşmalar yaparak poliçelerini buna göre çıkardı ve yaygınlaştırmalara başladı.

Ancak aradan 5 yıla yakın zaman geçse de bazı sorunlar vardı:

1. Sağlık Kurumlarında

- ✓ Normalde alınan farkların üzerinde anlaşma talepleri
- ✓ Provizyon sisteminde yaşanan gecikmeler ve diğer sorunlar
- ✓ Ödeme gecikmeleri ve iadelerin olması
- ✓ Sağlık Kurum sorumlularının konuya yeterince eğilmemesi / iş yükü görmesi
- ✓ Ön yargılar
- ✓ Bölgede tek kurum olma özelliği ile anlaşmaya yanaşmayanlar
- ✓ Sigorta şirketlerinin bazılarında önceki deneyimler dolayısıyla tepkiler
- ✓ Özel sağlık sigortalılarının (ÖSS) TSS' ye geçme ve gelirin düşme kaygısı
- ✓ Sistemlerin ilk başlarda tam olgunlaşmamış olması
- ✓ Yıllık fiyat artış oranları için güvence talepleri
- ✓ Kendi bölgelerinde satış olmayacağı düşüncesi

2. Sigortalanacak kitle tarafında

- ✓ Yeni ürün, olup ilk sigortalananlarda yaşanan sorunlar olumsuz tepkiler
- ✓ Ekonomik ve Sosyal sorunlar
- ✓ Güvensizlik

3. Acenteler tarafında

- ✓ İlk zamanlarda ürün tam anlaşılama sorunu
- ✓ Satış tutarının dolayısıyla komisyonların ÖSS' den düşük olması

4. Sigorta şirketlerinde

- ✓ Başlarda yapı oturmadığından satış ve pazarlama strateji eksiklikleri
- ✓ Kamusal düzenlemelere olan güvensizlik
- ✓ Konsantrasyon sorunları
- ✓ Sistemsel sorunlar
- ✓ Anlaşmaların doğru yapılmaması sonucunda riskin büyümesi
- ✓ Şirketlerin satış fiyatlarının düşük olması ve zorlayıcı rekabet

5. Devlet, SGK tarafı

- ✓ Toplumun büyük bir kısmı yaşlanarak taşınamaz yük oluşturacağından 2023 vizyonunda *"Yaşlanan nüfusun milli gelirden aldığı payın adaleti, emeklilik, sosyal sigorta, **sağlık sigortası** sağlık ve bakım hizmetleri, bakım, koruma ve yaşlılık hastalıklarının tedavisi yanı sıra finans ve bankacılık sisteminin yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına göre de yapılması, çağdaş toplum olmanın bir gereğidir."* Diye belirtmektedir.
- ✓ SGK, Mevcut giderleri karşılayamaz halde, sürdürülebilir değil ayrıca bazı hastaneler dilediği farkı alırken sadece şikayet halinde ceza uygulanması

Başlarda var olan bu sorunların bir kısmı zaman içerisinde çözülmüş, poliçe ve sistem alt yapısı ile anlaşma şekilleri olgunlaşmış; acenteler gelir konusunda gerekli uzlaşıyla satışı artırma yönünde davranmıştır. Ayrıca hastane ve sigorta şirketlerine yurt içinden ve dışından ciddi yatırımlar yapılmış durumda.

Tabii buna pandemi etkisini ve insanların sağlığa verdiği önemin artması ile sigortanın da bir farkındalık oluşturmasını eklemek gerekir.

Sağlık Kurumları ile sigorta şirketleri arasında özellikle son dönemlerdeki artışlar nedeniyle revizyon talepleri ve sürekli bu konuda pazarlık süreçleri yorucu olarak devam etmekte.

Özel sağlık sigortalılarının TSS anlaşmalı hastanelerde yoğunluğunun azalması ve daha çok TSS ya da Hibrit poliçe yapısı nedeniyle ÖSS yerine TSS olarak işlemlerin çoğaldığı; TSS anlaşmalı kurumların bu durumdan pek hoşnut olmadığı bilgisi veriliyor.

Sağlık kurumları mevcut hekim kadrolarının çoğunda bu anlaşmalar dolayısıyla sorunlar yaşamaya bu nedenle bazı hekimleri anlaşma dışı tutmaya, hizmet sürekliliği ve randevularda sorunlar yaşanmaya hatta bazı kurumların tamamen bu anlaşmalardan cayma yönünde tepkiler oluşmaya başladı.

Son olarak, SGK' nın kısmi anlaşmalı kurumlara, tüm branşlarda anlaşma konusunda zorunluluk ya da sistemden çıkış yolunu göstermesiyle bu kurumları kullanan özellikle de ağır hasta olan sigortalıların mağduriyetine yol açtı.

Sigorta şirketlerinin yıllık sattığı poliçelerde taahhüt ettiği kısmi anlaşmalı kurumlardaki hizmetlerin devamı açısından kaotik bir durum yaşanırken; bu mağduriyet, devam eden sigortalıların poliçe dönemi sonuna dek aynı kurumda tedavi görebileceği bir uzlaşa ile bir nebze giderilmiş oldu.

A plus tabir edilen kısmi anlaşmalı bu kurumlarda anlaşmaların bitmesiyle sigorta şirketlerinin nasıl bir aksiyon alacağı da merak konusu.

Türkiye Sigorta Birliği'nin açıkladığı rakamlara göre branşın reel büyümesini son yıllarda TSS sağlıyor. Hemen her sigorta şirketi çeşitli ek olanaklarla TSS poliçesi veriyor. Sigortalı sayısı açısından bakıldığında yılın ilk çeyreğinde büyüme ÖSS' de yüzde 8 iken, TSS' de yüzde 47 görünüyor. 11 yıl önce bir sigorta şirketi ve bir hastane grubunun girişimiyle başlayan tamamlayıcı sağlık sigortaları (TSS), adet olarak bugün iki milyona yaklaşmış durumda.

TSS ve uygulamaları hakkında 2022 Temmuz başında, sigorta şirketleri, hastaneler ve acentelerle yaptığımız araştırmaya,

- hastanelerden 18 (%18,8),
- sigorta şirketlerinden 19 (%19,8) ve
- acentelerden 59 (%61,5)

toplam 97 kişi katılım sağladı.

Katılımcılar genel olarak şirket (acente) sahibi ve hastane ve sigorta şirketlerinde üst orta düzey yönetici ayrıca uzmanlardan oluşuyor.

TSS' den en çok sorun arz eden grup olarak hastanelerden katılımın azlığı dikkat çekicidir.

Katılımcılar % 61,5 oranında TSS'nin mevcut yapısı ve işleyişiyle devam edemeyeceğini; % 55,2'si **işleyişi doğru bulmadığını** belirtmiştir. Buna karşın **işleyişi doğru** bulanların oranıysa % 41,7.

TSS genel anlamda **değişmeli** diyenler % 77,1 olup; özellikle % 80,2 katılımcı, TSS poliçe yapısının değişmesi yönünde tercih kullanmışlardır.

Bu yüksek oranla, poliçe yapısında alınacak önemli tedbirler olduğu ve ihtiyaçların saptanarak çalışmaların yapılması gerektiği sonucu çıkarılabilir.

TSS' nin **bütçedeki payı** % 73,9 oranında % 1-20 aralığında olup, **kurumların % 94,6' sında TSS' den gelen payın % 30 ve altında** olduğu belirtilmiştir. Çeşitli sorunlar nedeniyle gelirdeki payın % 5' in altında kalması durumunda belki TSS anlaşmaları gözden çıkarılabilir bir oran olabilirdi. Ancak pandemiden çıkan ve gündemdeki ekonomik diğer sorunlarla da baş etmeye çalışan tüm taraflar için en düşük oranların dahi vazgeçilemeyecek olduğu akla gelmektedir.

Tamamlayıcı Sigortanın kârlı bir sigorta olmadığını düşünen katılımcı oranı % 51. Bu yüksek bir oran gibi görünüyor.

TSS poliçe fiyatlarının artmasına % 45,9 oranında **olumlu % 45,9** ise **olumsuz** yanıt verilmiş. Burada ilginç bir eşitlik söz konusu. Belki detay araştırmalarla acente, sigorta ve hastane özelinde ayrı ayrı incelenmesi gereklidir.

Katılımcıların % 46,8'i anlaşma biçiminin paket olması gerektiğini beyan ederken % 39'u **açık** yani **hizmet başı** olması gerektiğini düşünüyor.

% 85,4 gibi yüksek oranda katılımcı **devletin katkısının** olması gerektiğine inanıyor.

Özellikli bazı hizmetler için **sağlık kurumlarında ek bir katılım** alınmasına % 52,9 **katılımcı olumsuz** yanıt verirken % 41,2' si bu katılımın gerektiğini düşünüyor. Böyle bir uygulamaya sigortalı gözüyle bakan acentelerin olumsuz; ancak hastanelerin olumlu baktığını düşünebiliriz.

% 55,2 **katılımcı** TSS kullanmış veya kullanmaya devam etmekte ve genel olarak TSS' den memnun olanların oranı % 56,2 iken memnun olmayanların oranı % 40,7. Yine de katılımcılar % 65,6 yani 2/3 oranında **TSS alınmasını tavsiye ediyorlar**. Bu da TSS için olumlu bir algı olup bazı tedbirlerin alınmasıyla bu oranın artacağı öngörülebilir.

Bunun dışında ek olarak, en çok anlaşmalı kurum ağının genişlemesi, TSS ile ÖSS arasındaki teminat ve anlaşmalı kurum farklarının giderilmesi ve devletin ödediği işlemlerin TSS tarafından da ödenmesi gerektiği yönünde bazı öneriler de iletilmiştir.

Sonuç olarak en önemli tarafı SGK olan ve kuralların, fiyatların, sistem ve işleyişin her an değişebildiği tamamlayıcı sağlık sigortalarında etkilenen taraf olan sigortalı, sigorta şirketi, acente ve sağlık hizmet sunucuları açısından önemli ve zor bir denklem karşımıza çıkmaktadır.

Sigorta şirketleri, bir poliçeyi çıkarırken öncelikle sağlık hizmet sunucularıyla uygun şartlarda anlaşma yapmaya çalışır. Poliçe çıkarırken bir yıllık tahmini risk hesaplaması ile primleri ve teminatları oluşturur. Sonra acentelere belli bir pay ayırır ve sigortalanacak kitleye poliçedeki teminatları bir yıl sürecek şekilde tüm belirlenen anlaşmalı kurumlarda geçerli bir hak olarak tanımlayarak hizmete sunar. Tabii tüm bunlar için 5 – 10 yıllık planları vardır.

Acenteler, sigortalanacak bireylere bu poliçeyi sattıktan sonra sigortalıyla ilişkilerini sürdürür; destek olmaya devam eder ve sigorta şirketi gibi bir sonraki dönemi planlar.

Sağlık hizmet sunucuları, normal şartlarda cari fiyatlarını günlük hatta anlık değiştirebilme yeteneğine sahiptir; normal SGK' lılarda bu avantajla fiyatları indirim ya da farkın arttırılması yönünde değiştirebilir. Ancak tamamlayıcı sağlık sigortası anlaşmaları diğer sigorta anlaşmaları gibi olup ancak dönem sonunda sigorta şirketleriyle mutabakat sağlanabilirse revize edilebilmektedir.

Ekonomide sorunların giderek büyüdüğü, dövizin arttığı, tüm girdi maliyetleri yanında kalifiye insan kaynağının maliyetinin de arttığı durum, çıkmaz bir hal aldığına, sağlık kurumları zarar edebilecek noktada hizmetin devamını nasıl sağlayacağı, sigorta şirketlerinin taahhütlerini nasıl yerine getirebileceği ve sigortalının nasıl mağdur edilmeyeceği çok önemli ve zor bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Her zaman birlikte karar alınarak ortak ihtiyacı da göz önünde bulundurmak ve her bir tarafın diğerini karşı taraf değil işinin ortağı gibi görerek uyum içerisinde çalışması; sürece resmi makamların da desteğini alarak ilerlemesi mantıklı ve doğru yol olarak düşünülmeli ve ortak akıl ile hareket edilerek sorunlar aşılmalıdır.

Dr. Ender GÜNAY

Opinmed Medikal Danışmanlık Hizmetleri

12.07.2022