hospital manager®
Nisan 2026 • Yıl: 19 • Sayı: 72
sağlık profesyonellerinin dergisi

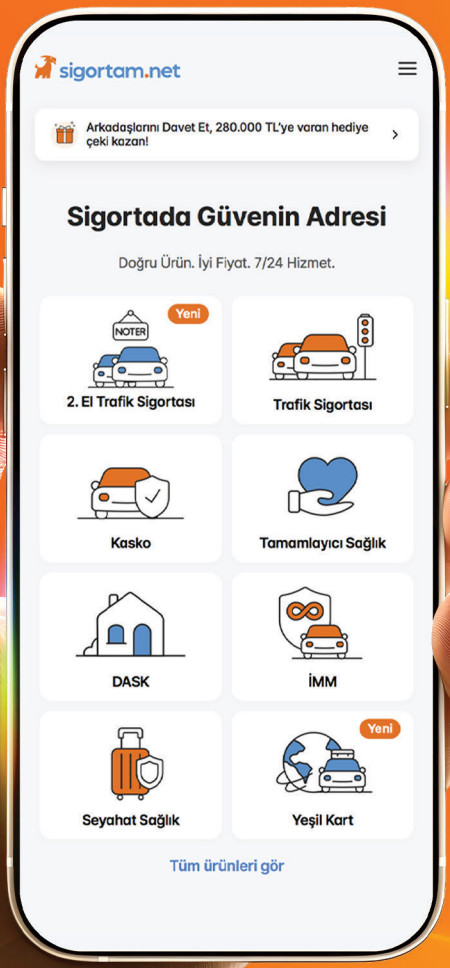
Özel Sağlık Sigortacılığının Geleceği

Siemens Healthineers ile
Akciğer kanserinde

bütüncül yaklaşım

SIEMENS Healthineers

Sağlık Sigortası Denince İlk Akla Gelen Web Sitesi: **Sigortam.net**



*İpsos 2025 marka sağlığı araştırma raporu sonuçlarına göre ilk akla gelen sigorta sitesi

sigortam.net

sigortam.net bir iLab grup şirketidir.

444 24 00

10 YILDIR GÜVENİN ve İŞ BİRLİKLERİNİN ADRESİYİZ



Sigorta sektöründe güven, yalnızca teminatla değil; onu destekleyen **güçlü sağlık iş birlikleriyle** inşa edilir. **Akademik gücümüz** ve **gelişmiş teknolojimiz** ile sigorta şirketleri için sürdürülebilir **çözüm ortağıyız.**

BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | 10 YIL



6 UĞUR GÜLEN
Türkiye Sigorta Birliği Başkanı

"2026, teknolojik yeniliklerin ve koruyucu sağlık yaklaşımının ön planda olduğu bir yıl olacak"



8 Dr. REŞAT BAHAT
Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı

"2026, finansman modelinin cesurca tartışıldığı bir yıl olmalı"



10 Dr. ÖMER KARAHAN
Acıbadem Sağlık Grubu İcra Kurulu Üyesi

"Küçük şirketlere de büyük oyuncular gibi fırsatlar yaratmalıyız"



14 Dr. ÖMER YAVUZ NAMLI
Özel Hastaneler Platformu Yönetim Kurulu Başkanı

"Çatışma dili yerine iş birliği kültürünü güçlendirmeliyiz"



28 Dr. MURAT FIRAT
Marsh Sigorta Brokerliği Sağlık Sigortaları Tazminat Yöneticisi

Özel Sağlık Sigortacılığı Alanındaki Gelişmeler



32 TUBA BULDU
Türkiye Sigorta Sağlık Genel Müdür Yardımcısı

"Temel yaklaşımımız sektörden pay almak değil, sektörü büyütmek"



36 ASLIHAN DUYMAZ
Bupa Acıbadem Sigorta Genel Müdürü

"Sigortayı finansal bir güvence olmanın ötesine taşıyıp, sağlığı koruyan bütünsel bir ekosistem olarak konumlandırıyoruz"



42 Z. MEHMET TUĞTAN
Anadolu Sigorta Genel Müdürü

"2026, sağlık sigortacılığında yapısal dönüşümün yılı olacak"

İÇİNDEKİLER



58 442 Milyar TL'lik Soru: Hastalığın Finansmanı mı, Sağlığın Güvencesi mi?
ELVAN ATALAY
Quick Sigorta Sağlık Genel Müdür Yardımcısı



60 Longevity Çağında Sağlık Sigortacılığı: Yeni Sağlık Ekosisteminin Mimarı
PINAR ORUÇ LEMBET
LaraHealth Kurucu Ortak - Genel Müdür



64 Sağlıkta Yeni Yol: Dijital Çözümler Kırsal Eşitsizliği Nasıl Azaltabilir?
HAKAN TÜRKOĞLU
DoktorTakvimi Ülke Müdürü



68 Kaliteli Sağlık Hizmeti için Küresel Bir Referans: AACI
ÖMER PEŞİNCİ
AACI Global Başkan Yardımcısı ve Türkiye CEO'su





18 **ÇAĞATAY ÇINAR**
SASDER Yönetim Kurulu Başkanı

"Sağlık sigortacılığı artık yalnızca finansal güvence sağlamakla sınırlı bir sistem değil"



20 **OĞUZ ENGİZ**
Ankara Sağlık Kuruluşları Derneği (ASKD) Yönetim Kurulu Başkanı

Hastanelerin ve Sigorta Şirketlerinin Ortak Sorunu: Sürdürülebilirlik



24 **NOYAN DOĞAN**
Hürriyet Gazetesi Yazarı

Tamamlayıcı Sağlık Modeli Kurgulanmalı



26 **HÜSEYİN ÇELİK**
Sağlık Politikaları ve Yönetimi Uzmanı

Hastalık Sigortacılığından Sağlık Sigortacılığına Geçiş ve Sağlıklı Yaşam Sigortası Önerisi



44 **MAHMUT EMRE BAYRAM**
Mapfre Sigorta Bireysel Sigortalar Teknik Genel Müdür Yardımcısı

"2026'da odağımız güven, dijital deneyim ve kişiselleştirilmiş çözümler"



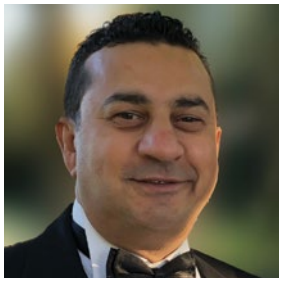
48 **DENİZ CANBULAT**
Tur Medical Genel Müdürü

"TSS'nin sağlıklı gelişimi için dijitalleşme ve toplumsal farkındalık şart"



50 **ATAMAN KALKAN**
Sigortam.net CEO'su

"Sağlık sigortasında standart poliçe değil, kişiye özel yapı sağlıklı sonuç verir"



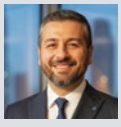
54 **MEHMET BÜYÜKHATİPOĞLU**
BS KURUMSAL Sigorta Yönetim Kurulu Başkanı

"Sürdürülebilir bir sistemi ancak tüm paydaşların iş birliğiyle inşa edebiliriz"





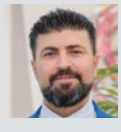
70 **Hisar Hospital Intercontinental: Sağlıkta Entegre Yaklaşım, Yenilikçi Teknolojiler ve Robotik Cerrahi**
A. EMİR KAVAK
Hisar Hospital Intercontinental Genel Müdürü



74 **"Özel sağlık sigortacılığında sürdürülebilirlik, paydaşların etik dengesine bağlı"**
SERDAR KÜPLÜ
BURTOM Sağlık Grubu Genel Müdürü



76 **Akciğer Kanseri Teşhisi ve Tedavisinde Siemens Healthineers ile Bütüncül Yaklaşım**



78 **"Üniversite hastaneleri sistemde doğru konumlandırılmalı"**
ESER ŞAHİN FOTO
Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Müdür Yardımcısı



İMTİYAZ SAHİBİ VE SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
UHS Eğitim, Danışmanlık, Yayıncılık ve Ticaret Limited Şirketi Adına
M. Yavuz Engiz
yavuzengiz@hospitalmanager.com.tr

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Barış Diren
Prof. Dr. Melih Bulut
Prof. Dr. Metin Çakmakçı
Prof. Dr. Mithat Kıyak
Prof. Dr. Haluk Özsarı
Hüseyin Çelik
Meri İstiroti
Dr. Semra Baysan
Yelda Ulu Colin
Asuman Uğur
Pınar Lembet
Oğuz Engiz

GÖRSEL YÖNETMEN
Aykut Koçoğlu
info@hospitalmanager.com.tr

YÖNETİM ADRESİ
Kuleli Sokak
No: 57/1 G.O.P. Ankara
T. 0312 446 91 14
F. 0312 446 91 17
www.hospitalmanager.com.tr

REKLAM REZERVASYON
info@hospitalmanager.com.tr
0 312 446 91 14

HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ
Av. Deniz Bektaş

MALİ MÜŞAVİRLİK
Gözde Aydan

YAYIN TÜRÜ
Yerel Süreli

BASIM YERİ
Dakik Baskı
Balgat, Ceyhun Atuf Kansu Cd. 8/C,
06520 Çankaya/Ankara

BASKI TARİHİ
Nisan 2026

hospitalmanager
UHS Yayıncılık Ltd. Şti. tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Derginin isim ve yayın hakkı M.Yavuz Engiz'e aittir. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İmzalı yazılarda ileri sürülen görüşlerin sorumluluğu yazarlarına, reklam sayfalarındaki içerik ve marka sorumluluğu ise reklamverene aittir.

İşbu yayın içeriği, sadece sağlık meslek mensupları ve sağlık profesyonelleri için hazırlanmış olup halka açık değildir.

Değerli hospitalmanager Okurları,

Özel sağlık sigortacılığına odaklandığımız bu sayımızda, sektörün 2025 yılındaki performansını mercek altına alırken, 2026 yılının getireceği yapısal dönüşümlere ve yeni paradigmalar ışığında şekillenen gelecek vizyonuna dair kapsamlı bir dosya sunuyoruz. Sektör paydaşlarının ortak görüşü; 2026'nın sadece büyüme değil, teknolojik yeniliklerin ve koruyucu sağlık yaklaşımının ön planda olduğu bir "dengelenme" yılı olacağı yönünde.

Türkiye Sigorta Birliği Başkanı Uğur Gülen, 2026'nın yapay zekâ destekli süreçler ve kamu ile entegre veri ağları sayesinde daha sürdürülebilir bir yapıya kavuşacağını vurgularken, Anadolu Sigorta Genel Müdürü Z. Mehmet Tuğtan, 1 Ocak 2026 itibarıyla yürürlüğe giren yeni düzenlemelerin sigortalıların sisteme uzun vadeli katılımını sağlayacak bir güven ortamı oluşturduğunu belirtiyor. Bu güven ortamının inşasında MAPFRE Sigorta'dan Mahmut Emre Bayram, şeffaflık ve dijital deneyimin müşteri bağlılığındaki kritik rolüne dikkat çekiyor.

Sektörün sürdürülebilirliği, kuşkusuz tüm paydaşların etik bir denge içinde hareket etmesine bağlı. OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat, sağlık finansmanındaki makasın ancak gerçek maliyetleri yansıtan bir geri ödeme sistemi ve ortak akılla kapanabileceğini savunurken, Özel Hastaneler Platformu Başkanı Dr. Ömer Yavuz Namlı, "çatışma dili" yerine iş birliği kültürünün güçlendirilmesi gerektiğini hatırlatıyor. BURTOM Sağlık Grubu Genel Müdürü Serdar Küplü ise sürdürülebilirliğin paydaşlar arasındaki "etik dengeye" bağlı olduğunu ve hastane anlaşmalarında objektif kriterlerin şart olduğunu vurguluyor. Bu noktada Biruni Üniversitesi'nden Eser Şahin Foto, üniversite hastanelerinin akademik ve bilimsel gücünün sistem içinde doğru konumlandırılmasının değer odaklı bir model için elzem olduğunu ifade ediyor.

Özel sağlık sigortacılığının tabana yayılması ve erişilebilirliği bu sayımızın bir diğer ana gündem maddesi. Dr. Ömer Karahan, sektördeki tekelleşme riskine karşı küçük şirketlerin de desteklenmesi gerektiğini ve sigortacılıkta "cömertlik ve hakkaniyetin" yeniden tesis edilmesinin önemini paylaşıyor. Sigortam.net CEO'su Ataman Kalkan, standart poliçeler yerine kişiye özel yapıların sağlıklı sonuç vereceğini belirtirken, BS KURUMSAL Sigorta CEO'su Mehmet Büyükhatipoğlu, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının (TSS) özel hizmetlere erişimi demokratikleştiren stratejik rolüne vurgu yapıyor. Noyan Doğan ise TSS'nin kamunun üzerindeki yükü azaltmadaki potansiyeline dikkat çekerek, devlet destekli yeni modellerin kurgulanması gerektiğine değiniyor.

Geleceğin sağlık vizyonu, artık sadece hastalığı tedavi etmekle sınırlı değil. LaraHealth Genel Müdürü Pınar Lembet, "Longevity" çağında sigortacılığın gerçek değerinin sağlığın sürdürülebilirliğini mümkün kılmakta yattığını ifade ediyor. Bu vizyonu destekleyen Hüseyin Çelik, "hastalık sigortacılığından sağlık sigortacılığına" geçiş için koruyucu hizmetlerin sisteme entegre edilmesi gerektiğini savunurken, Quick Sigorta'dan Elvan Atalay, cepten yapılan yüksek harcamaların önleyici sağlık sigortaları için büyük bir fırsat barındırdığını belirtiyor. Bupa Acıbadem Sigorta Genel Müdürü Aslıhan Duymaz da sigortayı finansal bir güvencenin ötesine taşıyıp sağlığı koruyan bütünsel bir ekosistem olarak konumlandırdıklarını paylaşıyor.

Dijitalleşme ve yapay zekâ, bu ekosistemin operasyonel motoru konumunda. Türkiye Sigorta'dan Tuba Buldu, 5 saniyede tamamlanan otomatik provizyon süreçleriyle müşteri deneyimini nasıl dönüştürdüklerini aktarırken, Tur Medical Genel Müdürü Deniz Canbulat, yapay zekânın risk analizleri ve operasyonel verimlilikteki vazgeçilmez yerini vurguluyor. Bu karmaşık ekosistemin yönetimi hakkında SASDER Başkanı Çağatay Çınar, sağlık ve sigortayı 360 derece kapsayıcı bir bakış açısıyla ele almanın toplumsal fayda için anahtar olduğunun altını çiziyor.

Son olarak, ASKD Başkanı Oğuz Engiz, sistemin felsefi ve etik boyutuna inilmesi gerektiğini, tarafların uyum içinde çalışmasının milyarlarca dolarlık yatırımı güvence altına alacağını hatırlatırken, Marsh'tan Dr. Murat Fırat, 2025'teki durağanlığın aşılması için paydaşların 2026 ve sonrası için stratejik bir plan etrafında toplanması çağrısında bulunuyor.

Sektörün tüm renklerini ve görüşlerini bulacağınız bu sayımızın, Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının geleceğine ışık tutmasını diliyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla,
hospitalmanager

Hekimler ve uzmanlar için geliştirilen yeni akıllı sanal asistan: **Noa Notes ile tanıştınız mı?**

Yanınızda birinin oturduğunu, görüşme sırasında konuşulanları not aldığını ve sonunda size bir rapor sunduğunu hayal edin... Yalnızca transkripsiyonlar değil, ihtiyaçlarınıza göre kişiselleştirilmiş bir özet!

Bugün 7.400'ün üzerinde sağlık profesyoneli, klinik notlarını hızlı, düzenli ve eksiksiz oluşturmak için Noa'yı kullanıyor.

Her gün 10.000'den fazla görüşme Noa Notes ile kayıt altına alınıyor.

Siz de Noa Notes'u deneyin demo talep etmek için **QR kodu taratın!**



Noa
by DoktorTakvimi

Türkiye Sigorta Birliği Başkanı Uğur Gülen: "2026, teknolojik yeniliklerin ve koruyucu sağlık yaklaşımının ön planda olduğu bir yıl olacak"

UĞUR GÜLEN - Türkiye Sigorta Birliği Başkanı

Sigortacılık dünyası, geleneksel sınırlarını aşarak teknoloji ve önleyici sağlık hizmetlerinin kesişim noktasında yeni bir döneme giriyor. 2025'te yakalanan büyüme ivmesi, 2026'da yapay zekâ destekli süreçler ve kamu ile entegre veri ağları sayesinde daha sürdürülebilir bir yapıya kavuşmayı vaat ediyor. Türkiye Sigorta Birliği Başkanı Uğur Gülen; 2025 yılının finansal karnesini masaya yatırırken, teletıp uygulamalarından veri paylaşım altyapılarına kadar 2026 yılını şekillendirecek stratejik yol haritasını hospitalmanager ile paylaştı.



H.M: Özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair öngörüleriniz nelerdir?

U.G: Hastalık-sağlık branşı prim gelirlerinin 2025 yılı Aralık ayı verilerine göre sektör toplam üretimi içerisindeki payı %20,3 oranındadır. Sağlık branşı içinde geçmişten beri en yüksek paya sahip özel (geleneksel) sağlık branşının sektör toplam üretimindeki payı ise %11,7'dir. 2025 üçüncü çeyrek verilerine göre, dönem içinde gerçekleşen hasar 93 milyar TL'dir.

Kişilerde sağlık bilincinin yükselmesi ve konuya ilişkin bilinirliğin artması sayesinde sağlık sigortaları 2025 yılında da önemini korumaya devam etmiştir. Son yıllarda özellikle tamamlayıcı sigortalılarının sayısında artış yaşanmakta olup Özel Sağlık Sigortası poliçelerine de talep devam etmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortalılarının sayısı 2025 Aralık ayı itibarıyla 5,2 milyon iken, özel sağlık sigortalılarının sayısı da 2,7 milyon olmuştur.

2026 yılında; kamu ile veri paylaşım süreçlerinin iyileştirilmesi ile dijital sağlık ve teletıp çözümlerini odağına alan ürünlerin, sektördeki büyüme trendini destekleyeceği öngörülmektedir. Bu gelişmelerin 2026'da sigortalı deneyimini hem hız hem erişilebilirlik anlamında geliştireceği, sigortalı odaklı uygulamaların çeşitleneceği değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, "wellness" ve önleyici sağlık hizmetlerini kapsayan yeni sigorta ürünlerinin geliştirilmesi, bireylerin sağlığını koruma odaklı yaklaşımlarını destekleyecek önemli bir yenilik alanı olarak görülmektedir. Bu gelişmeler doğrultusunda 2026 yılının; teknolojik yeniliklerin ve koruyucu sağlık yaklaşımının ön planda olduğu, daha sürdürülebilir bir büyüme yılı olacağı öngörülmektedir.

2026 yılında, artan risk farkındalığı ile genç nüfusun taleplerinin; sektörün yakaladığı güçlü ivmeyi daha da yukarı taşıyacağı öngörülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, 2026 yılında sağlık sigortacılığı branşında büyümenin devam etmesi, tamamlayıcı sağlık ürününde de yükselen ivmenin korunması beklenmektedir.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

U.G: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, son dönemlerde sağlık sigortacılığında büyümeyi destekleyen en önemli ürünlerden olup uygun primleri ve SGK'yı tamamlayan yapısı sayesinde geniş kitlelerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortalarının daha da yaygınlaşabilmesi için; veri paylaşımının şeffaf bir zemine oturtularak MEDULA erişiminin genişletilmesi, anlaşmalı kurumlarla istikrarlı iş birliklerinin hayata geçirilmesi ve SUT kapsamında öngörülebilir bir fiyatlama yapısının oluşturulması kritik bir gerekliliktir.

H.M: Sigorta şirketlerinin ve sağlık hizmet sunucularının karşılıklı beklentileri nelerdir?

U.G: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından en temel beklentisi sürdürülebilir anlaşma koşullarının sağlanmasıdır. Bu kapsamda her iki paydaşı da kapsayacak stratejik bir yaklaşım belirlenmelidir.

Bununla birlikte, veri paylaşımı altyapılarının geliştirilmesi ile zaman zaman karşılaşılabilen operasyonel sorunlara çözümler getirilmesi öncelikli konulardır.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

U.G: Sağlık enflasyonunda belirleyici olan referans listelerdeki artış oranlarının belirsizliği ve kriterlerdeki beklenmedik güncellemeler; sigorta şirketlerini, yürürlükteki poliçeler kapsamında tahmin edilemeyen maliyetlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu doğrultuda sektör olarak önerimiz; hesaplamaların tutarlı bir prensibe ve bilimsel temellere dayandırıldığı, şeffaf ve öngörülebilir bir yapının tesis edilmesidir.

Özel sağlık sigortacılığı, sigortalıların sağlıklı kalmasını odağa alan koruyucu hizmetleri de kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Bu doğrultuda; sağlık sunucularının sadece tedavi değil, hastalık riskini yönetme ve önleyici tıp rollerini de üstlendiği bütüncül bir model için tüm paydaşlar birlikte çalışmalıdır. Bununla birlikte, tüm paydaşların, dijitalleşme ve veri analitiğine yatırım yapması gerekmektedir. Sigortalıların da koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermeleri ve poliçelerini bilinçli kullanarak gereksiz başvurulardan kaçınmaları; sistemin dengede kalmasına kritik katkı sağlayacaktır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile kamunun üstlendiği mali riskler, sigorta kurumlarıyla paylaştırılmaktadır. Bu doğrultuda şirketler; başvuruların teminat kapsamını ve ödenecek tazminatı belirlemek adına, işlemin SGK onay durumunu ve Kurum tarafından karşılanan tutarı anlık olarak kontrol etme ihtiyacı duymaktadır. TSS hizmet sunumunda en kritik veri, sonuçlanmış olan SGK tazminat bilgisidir; zira sigortalıdan talep edilen ücretler bu veri ışığında tazminat sürecine dâhil edilmektedir. Bu gereklilik doğrultusunda; MEDULA sisteminin sigorta şirketlerine kontrollü erişime açılması, SGK ile eş zamanlı provizyon alınması ve sürecin etkin denetiminin sağlanması sektör adına temel önerimizdir. ■

OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat: "2026, finansman modelinin cesurca tartışıldığı bir yıl olmalı"

Dr. REŞAT BAHAT - Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı

Sağlık finansmanında makas açılıyor: Bir yanda artan personel ve teknoloji maliyetleri, diğer yanda güncelliğini yitiren geri ödeme mekanizmaları... OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat; özel sağlık sigortacılığının ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının geleceğine dair stratejik analizlerini, sektördeki fiyatlama yapılarına yönelik çözüm önerilerini ve 2026 yılına dair finansman öngörülerini hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Özel hastane-özel sağlık sigortası ilişkileri bakımından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026'ya ilişkin öngörüleriniz nelerdir?

R.B: 2025 yılı, sağlık sektörü açısından maliyet baskısının çok net hissedildiği, aynı zamanda özel sağlık hizmet sunucuları ile özel sağlık sigortası sektörü arasındaki ilişkinin hem büyüdüğü hem de ciddi bir sınavdan geçtiği bir yıl oldu. Özellikle medikal enflasyonun yükselmesi, personel ve teknoloji maliyetlerinin artması, buna karşılık geri ödeme mekanizmalarının aynı hızda güncellenmemesi, özel hastaneler ile sigorta şirketleri arasındaki dengeyi zorladı.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) tarafında poliçe sayıları artarken, sürdürülebilir fiyatlama konusu daha görünür hale geldi. Sigorta şirketleri maliyet kontrolü ve hasar-prim oranını dengelemeye çalışırken; hastaneler de gerçek maliyetleri yansıtan bir ödeme sistemi talep ediyor. Bu makasın açılması, 2025'in en kritik başlığı oldu.

2026 yılına ilişkin öngörümüz; daha fazla diyalog, daha fazla veri paylaşımı ve finansal gerçekliğe dayalı düzenlemelerin gündeme gelmesidir. Eğer SGK fiyat güncellemeleri ile özel sigorta ürün yapıları sürdürülebilirlik perspektifiyle ele alınırsa, sektör daha dengeli bir yapıya kavuşabilir. Aksi takdirde mali baskılar artmaya devam eder.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

R.B: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, son yıllarda özel sağlık sigortacılığının en hızlı büyüyen alanı oldu ve vatandaş açısından erişilebilirliği artıran önemli bir araç haline geldi. Ancak hızlı büyüme beraberinde yapısal sorunları da getirdi.

Öncelikle ürün standardizasyonu konusu önemli. Poliçe kapsamları, limitler ve istisnalar şirketten şirkete ciddi farklılıklar gösteriyor. Bu durum hem hasta memnuniyetinde hem de hastane operasyonlarında karmaşıklık yaratabiliyor.

İkinci olarak risk havuzunun dengelenmesi gerekiyor. Hasar oranları yükseldikçe primler artıyor; primler arttıkça erişilebilirlik azalıyor. Bu döngünün kırılması lazım.

Bizim görüşümüz; TSS'nin daha sürdürülebilir hale gelmesi için ürünlerde temel standartların belirlenmesi, risk paylaşım mekanizmalarının güçlendirilmesi ve

SGK fiyatlarının gerçek maliyetlere yakın bir seviyede düzenli güncellenmesi gerektiğidir. Gerekirse belirli segmentlerde teşvik modelleri de değerlendirilebilir.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

R.B: Sigorta şirketlerinin temel beklentisi maliyet kontrolü, öngörülebilirlik ve hasar-prim dengesidir. Ayrıca gereksiz tetkik ve işlem riskinin azaltılması, veri şeffaflığı gibi konular da gündemdedir.

Sağlık hizmet sunucularının beklentisi ise gerçek maliyetleri karşılayan fiyatlandırma, öngörülebilir anlaşma yapıları ve ödeme süreçlerinde hızdır. Medikal enflasyonun dikkate alınmadığı bir sistem uzun vadede sürdürülebilir değildir.

Sigorta şirketleri sınırlı sayıdaki hastaneye yüksek fiyat verirken, diğer hastanelere düşük teklifler sunuyor. Bu da sektörde adaletsiz bir yapı oluşturuyor.

Burada asıl mesele şu: Sağlığı nasıl finanse edeceğiz?

Vergilerle mi? Primlerle mi? Maliye katkısıyla mı? Bunların yanına tamamlayıcı ve özel sigortayı mı koyacağız? Cepten harcamaları hangi düzeyde tutacağız?

Tek bir ödeyici kurum olan SGK'nın, yalnızca Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü aracılığıyla tüm ödeme planını sürdürülebilir şekilde yürütmesi mümkün görünmüyor. Ek ödeme birimleri, alternatif finansman kaynakları ve karma modeller mutlaka düşünülmeli.

Burada çözüm, tarafların ortak veri üzerinden konuştuğu bir zeminin oluşturulmasıdır. Dijital entegrasyon güçlendirilmeli. Değer temelli ödeme modelleri ve kalite göstergelerine dayalı uygulamalar gündeme alınmalıdır.

Sürdürülebilirlik ancak ortak akılla sağlanabilir.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

R.B: Öncelikle bu konuda tüm paydaşların rolü olması gerektiğini düşünüyorum. Sağlık sistemi yalnızca hasta olunduğunda konuşulmamalı. Vatandaş sağlıklıyken nasıl ödeme yapacağını, hastayken nasıl hizmet alacağını bilmeli. Bunun için siyasetin daha fazla tartışılması, kamuoyunun bilinçli talepte bulunması gerekir.

Kamu otoritesinin görevi; SUT fiyatlarını maliyet bazlı ve düzenli şekilde güncellemek, regülasyonları öngörülebilir hale getirmek, ek kaynak ve ödeme modellerini gündeme almak ve sektörle istişare kültürünü güçlendirmektir.

Sigorta şirketleri; ürün şeffaflığını artırmalı, anlaşma ağlarını daha dengeli kurmalı, sürdürülebilir prim politikaları geliştirmeli ve sigortalı sayısını tabana yaymaya odaklanarak risk paylaşımını daha dengeli kurgulamalıdır.

Özel hastaneler ise kalite göstergelerini şeffaf biçimde paylaşmalı, maliyet yönetiminde verimlilik artırıcı uygulamalara yönelmeli ve hasta güvenliği standartlarını sürekli güçlendirmelidir.

Biz OHSAD olarak şuna inanıyoruz: Sağlık sistemi yalnızca kamu kaynağıyla değil; tamamlayıcı ve özel sigortaların daha güçlü yer aldığı, riskin daha geniş tabana yayıldığı bir finansman modeliyle sürdürülebilir olabilir.

2026 yılı, finansman modelinin cesurca tartışıldığı ve yapısal kararların alındığı bir yıl olmalıdır. ■



Acıbadem Sağlık Grubu İcra Kurulu Üyesi Dr. Ömer Karahan:

"Küçük şirketlere de büyük oyuncular gibi fırsatlar yaratmalıyız"

Dr. ÖMER KARAHAN - Acıbadem Sağlık Grubu İcra Kurulu Üyesi

Sağlık sigortacılığında "hasar" kavramını "tazminat" ile değiştiren, sektörün dönüşüm mimarlarından Acıbadem Sağlık Grubu İcra Kurulu Üyesi Dr. Ömer Karahan, 2025 yılında grubuna önemli bir geri dönüş yaptı. MedNet ve Acıbadem Sigorta dönemlerindeki hakkaniyetli sigortacılık vizyonunu bugünün pazar dinamikleriyle harmanlayan Karahan; sektörün mevcut durumuna dair analizlerini ve tekelleşme riskinden yeni ürün modellerine kadar pek çok kritik konudaki değerlendirmelerini hospitalmanager ile paylaştı.



H.M: 2025 yılında sağlık sektörüne ve yıllarınızı verdiğiniz grubunuza önemli bir geri dönüş yaptınız. Sektöre yeniden adım attığınızda nasıl bir pazar yapısıyla karşılaştınız?

Ö.K: 2025 yılında uzun bir aradan sonra sağlık sektörüne eski patronum Sayın Mehmet Ali Aydınlar'ın ricası ile döndüm. Önce bir danışman şirket ile birkaç ay süren sigorta sektörünün durum değerlendirmesi projesi ile başladık, sonra yapılacak çok şeyin olduğunu görmemizle senelerce emek verdiğim sevgili grubuma yeniden İcra Kurulu üyesi olarak katıldım.

2025'te gördüğüm kadarıyla ilk 3-4 şirket pazarı domine ediyor ve diğer şirketler istese de oyuna giremiyor. Bu, benim Amerikan Hastanesi yöneticiliğini bırakıp yabancı ortaklarla MedNet'i kurduğum 90'lı yılların başındaki döneme çok benziyor.

O zaman da pazarın çok büyük bir kısmı ilk birkaç şirketin elindeydi ve diğerlerinin pek var olma şansı yoktu. Hem ürünler birbirlerinin neredeyse aynı ve çok kısıtlı, zarar etmekten aşırı çekindiği için fazla kontrolcü ve hatta korkak, biraz da sigortalıyı "sigortalanan herhangi bir meta" gibi gören ürünlerdi. Sağlıkla ilgisi olmayan elementer sigortacılar tarafından "hasar" yönetimi yapılır; akşam mesai bitiminde ne hastane ne de sigortalı, şirketine ulaşamazdı. Az sigortalısı olan şirketler hastanelerden indirim alamaz, dolayısıyla fiyat rekabetine giremediği için poliçe satamaz, fasit dairenin içinden bir türlü çıkamazlardı.

H.M: Hem MedNet hem de Acıbadem Sigorta döneminde sektörde pek çok ilke imza attınız. Bu deneyimleriniz kurumsal başarıya nasıl dönüştü?

Ö.K: Biz MedNet'le birlikte öncelikle tazminat yönetimini, fatura değerlendirmesini, provizyon verme hizmetini 7 gün 24 saat hemşire ve doktorlarla yapmaya başladık ve "hasar" lafını şirkette yasakladık, yerine "tazminat" kullanarak önce dilimizi düzelttik. Limitsiz, adil, insancıl, çok seçenekli ürünlerimizi geliştirip %80 reasürans desteği ile tüm sigorta şirketlerine "white label" yani markasız olarak verdik. Ürünün satış kanalı eğitimlerini de biz yaptık, aktüeryal raporlarını da biz hazırladık, hastane, doktor, eczane anlaşmalarını tek başına bir şirketin ulaşamayacağı indirimlerle yaptık ve hatta poliçeleri de biz basıp onlara ulaştırdık. Yeni doğan bebeğin ilk günden sigortalı olması, iki yıl sigortayı suistimal etmeyen ve önemli riski olmayan herkese "*Ömür Boyu Yenileme Garantisi*" verilmesi kuralını ilk kez biz koyduk. Sigortaya cömertlik, adalet, hakkaniyet, güven ve şeffaflık getiren bu yenilikler sayesinde her şirket az sayıda sağlık uzmanı ile en büyük sigorta şirketinin operasyonel gücüne sahip oldu ve MedNet 2 yılda sigortalı sayısında lider oldu. Daha sonra küçük ortakların hisselerini toplayan Munich Re, bizi devre dışı bırakarak kuralları sigortalılar aleyhine değiştirince şirket parladığı hızla söndü ve birkaç yıl içinde kapandı.

Bu acı deneyimden sonra Mehmet Ali Bey'in aldığı Bayındır Sigorta'nın Acıbadem Sigorta haline getirilmesinde de benzer bir şekilde hakkaniyetli, adil ve sigortalı lehine kuralları tekrar uygulama fırsatımız oldu. Tüm sigorta şirketlerinin korktuğu kurumsal sigortalarda yarattığımız çözümlerle kurumsalda zarar edilmeyeceğini de kanıtladık ve kapanmanın eşiğindeki şirket kurtulmakla kalmadı, 16'ncı sıradan 4'üncü (4-5-6 arasında çok az fark vardı) sıraya kadar yükseldi. 2010'da ben kendi işlerimi yapmak üzere gruptan ayrıldıktan sonra Acıbadem Sigorta, benden sonraki başarılı yönetimle sektörde kalıcı olarak 2. sıraya yerleşti.

H.M: Bugünün pazarında Özel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası dengesini nasıl görüyorsunuz? Özellikle Ömür Boyu Yenileme Garantisi gibi kritik hakların bugünkü uygulanış biçimine dair düşünceleriniz nedir?

Ö.K: Bugüne baktığımızda bireysel fiyatların gerekenden fazla arttığını, prim artışı ile sigortalı sayısı artışı arasındaki dengesizlikten anlayabiliyoruz. 2024'te TSS %28 büyürken, 2025 yılında hâlâ uygun fiyatlı olmasına rağmen %1 oranında küçülmüştür. Bunun nedeni TSS kabul eden hastanelerde uzayan kuyruklar, hizmet kalitesinin düşmesi olabilir.

Ancak TSS cazip fiyatlara satılırken ÖSS fiyatlarının astronomik olarak artmasının ardında gerçekten yaşlanan nüfus ve A Grubu hastanelerde artan sağlık giderleri mi var yoksa sektörü domine eden şirketlerin rekabetsiz bir ortamda giderek artan kâr iştahı mı, onu iyi incelemek gerekir.

Üzülerek gördüm ki sektöre getirmiş olduğumuz ÖBYG kurallarını birkaç şirket dışında hakkaniyetle uygulayan kalmamış ve kural sadece "Yeniden Teklif Alma Garantisi – YTAG" olmuş. Yani şirket kaç yıllık ÖBYG'li olursa olsun, başına bir iş gelen sigortalısına istediği fiyatı teklif edebiliyor. Böylece yıllarca para ödemiş kişi en ufak bir bahane ile birkaç kat prim ödeme ya da sigortadan vazgeçme riski ile karşılaşıyor. Bu yıl çıkan yeni yönetmelik de bunu tamamen engellemiyor.

H.M: Nasıl bir çözüm modeli öneriyorsunuz ve sigorta şir-



ketlerine bu noktada çağrınız nedir?

Ö.K: Sigortalı bu garantiyi hangi şirketten aldığına ve aslında ne demek olduğuna çok dikkat etmeli. Normalde garanti alındıktan sonra sigortalı tazminat prim oranı ne olursa olsun sadece o yaş grubunun primini öder. Sadece yaş bandı arttıkça o yaş grubunun primi ile fiyatı artar. Sigortalının güvenini kazanabilmek ve ileride sektörün kötü anılmasını önlemek için acilen tekrar bu uygulamaya dönülmesi ve hatta devlet denetimi ile zorunlu hale getirilmesi gerekir.

Bireysel sigortalı eğer TSS'nin geçtiği hastaneler yerine ÖSS'si varken ulaşabildiği hastanelere gitmeye devam etmek istiyorsa sadece yatarak tedavi planı alıyor. Ayakta tedavisini bir şekilde sağlık ocağı, özel laboratuvar, çok gerekirse de alıştığı hastanenin doktoruna (varsa sigorta indirimi ile) giderek cepten ödemeyi seçiyor. TSS'liler ise iki grup. Birincisi ÖSS'ye o kadar para vermek istemeyenler, ikincisi de daha önce hiç sigortası olmayıp TSS'nin çok cazip fiyatlarla özel hastanelerde geçerli olması nedeni ile ilk kez sigortalanan kitle. Bu ikinci grup aslında büyük bir potansiyel. ÖSS'li sayısı yıllardır 3 milyonu bile (nüfusun yaklaşık %3'ü) bulamamışken, TSS ile toplam sigortalı sayısı 8 milyona ulaştı. Demek ki 5 milyona yakın kişi özel sigorta ile tanışmış oldu.

Bu durumda TSS ile ÖSS arasında öyle bir ürün yaratmak gerekiyor ki TSS'ye alışan kitle yavaş yavaş bir üst seviyeye çıksın. Burada büyük bir fırsat görünüyor. Bizim yapmaya çalıştığımız tam da bu. Kendi sağlık grubumuzda geçerli olabilecek; sigortalının çok seveceği; limitsiz, bürokrasisiz, sürtüşmesiz ve sigorta şirketini de zarara uğratmayacak ürünleri, sigorta şirketleri ile iş birliği halinde çok makul fiyatlara ortak hizmet modeli olarak sunmak. Yıllar önceki gibi, sağlık sigortası satabilen şirket sayısını artırmak; pazar payı küçük ama satış ağı ve müşteri kitlesi büyük şirketlere de büyük pazar paylı şirketler gibi fırsatlar yaratmak.

Sağlık sektörünün büyümesi ancak cömert, şeffaf, adil, makul fiyatlı ve sürdürülebilir ürünlerin varlığı ile artar. Birkaç şirketin pazarın çoğunluğunu elinde tutması fiyatların sağlıksız yükselmesine neden olur. O nedenle, tüm şirketlerin bu tür projelerle makul fiyatlı ürünler sunmasına destek olmak gerekir.

Sigorta şirketleri, sigortacılıkla yeni tanışan 5 milyon kişiye uzun vadeli bakmalı; her sene herkesten kâr etmeye çalışmamalı, zarar yazılan bir yılda hemen paniğe kapılmamalıdır. Dürüstlükten ve hakkaniyetten hiçbir zaman ayrılmayarak; prensipli ve cömert kurumlar olarak tanınmayı, önce güven sonra para kazanmayı hedeflemelidirler. ■

MAGNETOM Flow.

Akışı değiştir. Geleceği başlat.

siemens-healthineers.com/flow



MAGNETOM Flow.- yapay zekâ destekli, yalnızca 0.7 L helyum içeren ve çevre dostu özellikleriyle öne çıkan yeni nesil MR platformu ile tanışın. Yüksek hızda, yüksek çözünürlüklü görüntüleri elde etmenizi sağlayan yapay zekâ destekli görüntüleme teknolojisi, sadeleştirilmiş iş akışı ve gelişmiş hasta konforu ile yüksek kaliteli sonuçları bir araya getirerek sağlık hizmetlerinde yeni bir dönemin kapılarını aralıyor.

MAGNETOM Flow.– Alışılmışın ötesinde! Akışı değiştir. Geleceği başlat.

SIEMENS Healthineers

Özel Hastaneler Platformu Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Ömer Yavuz Namlı: "Çatışma dili yerine iş birliği kültürünü güçlendirmeliyiz"

Dr. ÖMER YAVUZ NAMLI - Özel Hastaneler Platformu Yönetim Kurulu Başkanı

Özel sağlık sigortacılığı, 2025 yılını hem yapısal bir dönüşümün hem de rekor büyüme rakamlarının ekseninde geride bıraktı. 1 Ocak 2026 itibarıyla yürürlüğe giren yeni yönetmelik, sektörün finansal dengelerini ve operasyonel süreçlerini yeniden tanımlarken; sürdürülebilirlik kavramı tüm paydaşlar için ajandanın ilk sırasına yerleşti. Özel Hastaneler Platformu Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Ömer Yavuz Namlı, 2026 yılının getireceği disiplinli yapıyı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasındaki kritik eşikleri ve "eşit ödeme" sistemine olan ihtiyacı hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılı hakkındaki değerlendirmeleriniz ve 2026 yılına ilişkin öngörüleriniz nelerdir?

Ö.Y.N: 2025 yılı, özel sağlık sigortacılığı açısından hem büyümenin hem de yapısal dönüşüm tartışmalarının yoğunlaştığı bir yıl olarak kayda geçmiştir. Artan sağlık maliyetleri, yüksek enflasyonun etkileri, sağlık hizmetine erişim talebindeki artış ve özel sağlık kuruluşlarının artan işletme giderleri; sigorta şirketleri ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişkinin yeniden tanımlanmasını zorunlu kılmıştır.

20 Ekim 2025 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan ve 1 Ocak 2026 tarihinde yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği değişikliği ise sektör açısından yeni bir dönemin başlangıcını ifade etmektedir. Bu düzenleme; şeffaflık, sürdürülebilirlik, teminat kapsamlarının netleştirilmesi, prim hesaplamalarında aktüeryal disiplinin güçlendirilmesi ve sigortalı haklarının korunması bakımından önemli hükümler içermektedir. Ancak düzenlemenin sahadaki uygulamalarının, özel hastaneler ile sigorta şirketleri arasındaki finansal dengeyi gözeten bir anlayışla yürütülmesi kritik önem taşımaktadır.

2025 yılı itibarıyla özel sağlık sigortalı ve tamamlayıcı sağlık sigortalı (TSS) hasta sayılarında önemli artışlar yaşanmıştır. Sağlık sigortalarının tüm sigorta pazarındaki payı %20'ye yükselirken üretilen prim ise bir önceki yıla göre %55'lik artış göstermiştir. Farklı sektör raporlarına göre Özel Sağlık Sigortası poliçe sayıları 5 milyonun üzerine çıkarken, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçe sayılarının 7-8 milyon bandına ulaştığı görülmektedir. Özel hastanelerde gerçekleştirilen toplam muayenelerin yaklaşık üçte birinin özel veya tamamlayıcı sigorta kapsamında yapıldığı ifade edilmektedir. Bazı büyük şehirlerde bu oran %40'lara yaklaşmıştır.

Özellikle Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının özel hastaneler için hasta erişimini artırdığı, ancak artan hasta sayısına karşın birim hizmet gelirlerinin aynı oranda artmaması nedeniyle mali sürdürülebilirlik konusunda ciddi baskılar oluştuğu görülmektedir. Bu noktada, sürdürülebilir bir ekosistem için SGK'nın tüm özel hastanelere standart bir baz ödeme yapması modeline benzer şekilde, tamamlayıcı sigorta şirketlerinin de hastaneler arasında haksız bir rekabete yol açmayacak,

hizmetin gerçek maliyetini karşılayan "eşit ve dengeli ödeme" sistemine geçmesi elzemdir.

2026 yılında, yönetmelik değişikliği ile birlikte daha kurallı, veri temelli ve disiplinli bir sigortacılık yapısının oluşması beklenmektedir. Ancak prim artışlarının sigortalı sayısını baskılamaması; sağlık hizmet sunucularının da maliyetlerini karşılayabilecek adil bir geri ödeme sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Aksi takdirde büyüme rakamları sürdürülebilir olmayacaktır.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

Ö.Y.N: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası son yıllarda sektörün lokomotifi haline gelmiştir. SGK ile anlaşmalı özel hastanelerde fark ücretlerini karşılayan bu model, orta gelir grubunun özel sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmış ancak hızlı büyüme, bazı yapısal sorunları da beraberinde getirmiştir:

- Paket fiyat uygulamaları ile gerçek maliyetler arasındaki makasın açılması,
- Branş bazlı geri ödeme dengesizlikleri,
- Provizyon ve ödeme süreçlerinde yaşanan gecikmeler,
- Sözleşme koşullarında tek taraflı değişiklik algısı.

2026 itibarıyla TSS alanında daha net teminat tanımları, branş hatta işlem bazlı risk analizleri ve gerçekçi fiyatlandırma mekanizmaları geliştirilmelidir. Özellikle sigorta şirketlerinin sunduğu "ekonomik/dar kapsamlı" paketlerin, özel hastanelere yapılan ödemeleri sembolik düzeylere indirmesinin önüne geçilmelidir. Bu paketler hem sigorta şirketinin riskini yöneten hem de özel hastanenin tıbbi standartlarını koruyan bir denge ile yeniden dizayn edilmelidir. Aksi





halde hem sigorta şirketleri zarar baskısı altında kalacak hem de özel hastaneler hizmet kalitesini korumakta zorlanacaktır.

H.M: Sigorta şirketlerinin ve sağlık hizmet sunucularının karşılıklı beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

Ö.Y.N: Sigorta şirketleri; maliyet kontrolü, suistimalin önlenmesi, öngörülebilir fiyatlandırma ve veri paylaşımı talep ederken sağlık hizmet sunucuları ise;

- Gerçek maliyetleri yansıtan fiyat politikası,
- Zamanında ve eksiksiz ödeme,
- Sözleşme süreçlerinde eşit müzakere zemini,
- Tıbbi karar süreçlerine idari müdahalenin sınırlandırılması beklentisi içindedir.

Mali yükün sadece sigortalı ve hastane arasında kalmaması için kamunun bu sürece finansal bir kaldıraç olarak dahil olması gerekmektedir. Vatandaşların ödediği SGK primlerinden tamamlayıcı sigorta havuzuna benzer bir fon aktarımı yapılması veya kamunun doğrudan sübvansiyon sağladığı bir modelin kurgulanması, sistemin tıkanmasını önleyecek stratejik bir adım olacaktır. Ayrıca sigortalının katkı payının, sınırsız kullanımı engelleyecek yönde yeniden yapılandırılması, tüm hizmetlerin tamamen katkısız olmasının önüne geçecek adımlar atılması gerekmektedir.

Çözüm; çatışma dili yerine iş birliği kültürünün güçlendirilmesidir. Ortak veri havuzları oluşturulmalı, maliyet analizleri şeffaf yapılmalı ve branş bazlı sürdürülebilir geri ödeme modelleri geliştirilmelidir.

Sigorta şirketlerinin ürünlerini pazarlarken "tüm özel hastanelerden ücretsiz faydalanın" sloganı, yukarıda bahsedilen nedenlerle, daha somut ve gerçekçi, amaçlanan ile karşılığının birbirini dengelediği bir sisteme kavuşturulmalıdır.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

Ö.Y.N: Özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için: Kamu otoritesine, düzenleyici çerçeveyi öngörülebilir, dengeli ve piyasa gerçekleriyle uyumlu şekilde uygulama sorumluluğu; Sigorta şirketlerine, kısa vadeli fiyat rekabeti yerine sürdürülebilirlik odaklı strateji geliştirme ve sağlık hizmet sunucularıyla daha şeffaf ilişki kurma; Özel hastanelere, hizmet kalitesini artırırken maliyet verimliliğini sağlama, klinik kalite göstergelerini güçlendirme ve kurumsal şeffaflığı artırma sorumluluğu; Sigortalılara ise, sigorta bilincinin artırılması ve poliçe kapsamlarının doğru anlaşılması önem taşımaktadır.

1 Ocak 2026'da yürürlüğe giren düzenleme ile özel sağlık sigortacılığı daha kurumsal ve disiplinli bir yapıya evrilecektir. Ancak sürdürülebilirlik yalnızca mevzuatla sağlanamaz; sektörün tüm paydaşlarının ortak akıl ve güven temelinde hareket etmesi gerekmektedir.

Özel sağlık kuruluşları ile sigorta şirketleri birbirinin alternatifi değil, tamamlayıcısıdır. Amaç; erişilebilir, kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti ekosistemi oluşturmaktır. 2026 yılı, bu dönüşümün sağlıklı şekilde yönetilebildiği takdirde sektörümüz açısından dengelenme ve güçlenme yılı olacaktır. ■



Yeni bir dönem başlıyor.

Mapfre Sigorta olarak, daha sade, daha modern ve daha güçlü bir anlayışla yeni bir döneme giriyoruz.

Yeni dönemde, değişen dünyaya uyumlanırken değerlerimizden ve güven anlayışımızdan vazgeçmeden, her adımda yanınızda olmaya devam ediyoruz.

Değer verdiklerinizi önemsiyoruz.

mapfre Sigorta

SASDER Yönetim Kurulu Başkanı Çağatay Çınar:

"Sağlık sigortacılığı artık yalnızca finansal güvence sağlamakla sınırlı bir sistem değil"

ÇAĞATAY ÇINAR - SASDER Yönetim Kurulu Başkanı

Özel sağlık sigortacılığı, 2025 yılını 211 milyar TL'yi aşan bir prim büyüklüğü ve 5,2 milyona ulaşan tamamlayıcı sağlık sigortalısı sayısı ile kapatarak tarihi bir eşiği geride bıraktı. Peki, bu büyüme ivmesi 2026'da nasıl bir seyir izleyecek? Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği (SASDER) Yönetim Kurulu Başkanı Çağatay Çınar; pazarın yeni dinamiklerini, sağlık finansmanındaki dönüşümü ve ekosistemin sürdürülebilirliği için atılması gereken stratejik adımları hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair öngörüleriniz nelerdir?

Ç.Ç: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının özellikle son yıllarda istikrarlı bir şekilde büyüdüğünü ve hâlihazırda 46 sigorta şirketinin sağlık branşında aktif olarak prim ürettiğini görüyoruz. Toplam prim büyüklüğü 2025 yılı sonu itibarıyla 211,8 milyar TL'ye erişmiş durumda.



Pazarın bu büyüklüğünde en önemli pay 121 milyar TL ile klasik özel sağlık olurken, özellikle son 5 yılda hızlı büyüme gösteren tamamlayıcı sağlık ise 83 milyar TL'lik bir pazar büyüklüğüne ulaşmış görünüyor. Sigortalı sayısı bireysel ve grup sigortaları toplamında klasik özel sağlıkta 2,7 milyon seviyelerinde iken farkındalığın artması ve prim seviyeleri açısından daha erişilebilir olmasının etkisi ile tamamlayıcı sağlık sigortalarının (TSS) 5,2 milyon eşiğini geçtiği görülüyor.

Ayrıca hayat dışı prim üretiminde sağlık branşının payı 10 yıl önce %12,5 düzeyindeyken, 2025 sonu itibarıyla %20 düzeyine erişmiş bulunuyor. Önümüzdeki dönemde de bu büyümenin; genel ekonomi ve sağlık hizmeti sunumundaki değişimlere paralel olarak devam edeceğini öngörüyoruz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

Ç.Ç: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; son yıllarda sağlık sigortacılığının büyümesi ve gelişimi için en önemli dinamiklerden biri olarak karşımıza çıktı. Son 10 yılda klasik sağlık sigortalı sayısı 2,1 milyondan 2,7 milyon kişiye çıkarken; TSS'de sigortalı sayısı ise 134 binden 5,2 milyon seviyelerine ulaştı. Bu anlamda, sigorta şirketlerinin, dağıtım kanallarının ve paydaşlarının; ürün çeşitliliği, hizmet ve penetrasyon açısından oldukça başarılı olduğunu söylemek mümkün.

Önümüzdeki dönemde; kamu sosyal güvenlik ve sağlık hizmet sunum sisteminde tamamlayıcı unsurlara daha fazla alan açılması durumunda, sağlık hizmetleri finansmanının sigorta güvencesiyle çok daha sağlıklı bir zemine kavuşması mümkün olacaktır. Finansal ve operasyonel olgunluğa sahip bir sektör olmamızı da en önemli kazanımlarımızdan biri olarak değerlendiriyoruz.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

Ç.Ç: Sağlık sigortacılığı, artık yalnızca finansal güvence sağlamakla sınırlı bir sistem değil; toplumun yaşam kalitesini artıran, sağlık hizmetlerine erişimi güçlendiren ve sürdürülebilir sağlık ekosisteminin temelini oluşturan bir yapı haline geldi. Sağlık ve sigortayı birlikte ele almak, sağlığın son derece geniş ve çok paydaşlı bir ekosistem olmasından kaynaklanıyor.

Bu ekosistemde sağlık; hastanelerden doktorlara, ilaç firmalarından kamu otoritelerine, ilgili bakanlıklardan teknoloji firmalarına ve sigortalıya kadar uzanan kapsamlı bir yapıyı içeriyor. Sigorta tarafında ise sigorta şirketleri, acenteler, brokerler, aracılar, asistans firmaları ve teknoloji sağlayıcılarından oluşan ayrı ama yine kendi içinde güçlü bir ekosistem bulunuyor.

Bu iki yapı bir araya geldiğinde, sağlık ve sigortayı kapsayan daha büyük ve bütünleşik bir sistem ortaya çıkıyor. Bu sistemin sağlıklı işlemesi, 360 derece kapsayıcı bir bakış açısıyla, tarafların birbirini tamamlayan, destekleyen, itibarını koruyan ve karşılıklı değer üreten bir anlayışla hareket etmesine bağlı. Tüm paydaşların bu vizyonla hareket etmesini, toplumsal fayda ve kamu yararı odağında değer yaratmanın en temel anahtarı olarak nitelendiriyoruz.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

Ç.Ç: Sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri, hizmet sunumu ve finansmanı açısından sağlıkta değer zincirinin iki önemli aktörü. Birbirlerinin gelişimine önemli katkılar sağlıyorlar. Temelde bu iş birlikleri arttıkça, sağlık kuruluşları için hasta ve gelir kaynağı çeşitliliğinin artması kritik bir kazanım olurken; sigorta şirketleri açısından ise müşterilerine sağlık alanında güvence sunmak, bağlılığı artıran önemli bir katma değer olarak öne çıkıyor. Sektörde bilindik anlaşmaların yanında sigorta şirketleri ile sağlık kurumları arasında ürün ve proje bazlı farklı iş birliği örnekleri görüyoruz ve bunları memnuniyetle izliyoruz.

SASDER olarak, bu iş birliği süreçlerine en önemli katkımız, her iki sektörün paydaşları arasındaki iletişimi artırmak. Bu noktada süreçlerin, politikaların, gelişim alanlarının değerlendirilmesine önemli katkılar sağlayan geniş katılımlı ulusal kongreler, paneller, "sektör konuşuyor" temalı toplantılar organize ettik, etmeye devam edeceğiz.

Ayrıca son dönemde, sadece teşhis ve tedavi eden bir sağlık anlayışından bireyin ve toplumun sağlığını koruyan bir anlayışa adım adım yöneldiğimizi memnuniyetle görüyoruz. Gerek sağlık hizmet sunucularının gerekse sağlık hizmetlerinin finansmanında kritik önem taşıyan sigorta sektörünün bu gelişmeleri doğru analiz etmeleri ve bu dinamikleri göz önünde bulundurarak gelecek planlarını şekillendirmeleri gerektiği kanaatindeyiz.

Bu dinamiklerin yanında, yaşlanan nüfusun gelecekteki bakım ihtiyacı, ülkemiz için önemli bir konuya dönüşüyor. Bu nedenle bugün atılacak koruyucu adımların ve sağlanacak tasarrufların ilerleyen yıllarda sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kritik önem taşıdığına inanıyoruz. ■

Hastanelerin ve Sigorta Şirketlerinin Ortak Sorunu: Sürdürülebilirlik

OĞUZ ENGİZ - Ankara Sağlık Kuruluşları Derneği (ASKD) Yönetim Kurulu Başkanı



Türkiye'de 1990'lı yılların başından itibaren özel hastaneler ile özel sağlık sigortası şirketleri arasında güçlü bir ilişki oluşmuştur. İlk yıllarda özel hastane sayısı "bir elin parmakları" kadar az olduğu için özel sağlık sigortası poliçesi sayısı da oldukça sınırlıydı. Ancak zaman içinde özel hastane sayısındaki önemli artışa bağlı olarak özel sağlık sigortacılığı da gelişti. Bugün, 40'a yakın sigorta şirketi; 500'ün üzerindeki özel hastane ile 8,5 milyona yakın sigortalısı için anlaşma yapmış durumdadır. Bu anlaşmalar kapsamında sigorta şirketleri, tüm anlaşmalı özel sağlık hizmet sunucularına yılda yaklaşık 160 milyar TL ödeme yapmaktadır.

Özel hastaneler ile sigorta şirketleri arasındaki ilişkileri geliştirmek ve güven ortamı yaratmak amacıyla 2012 yılında SASDER (Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği) kurulmuş, böylece taraflar arasındaki diyalog önemli ölçüde geliştirilmiştir. Özel hastane tarafında sunulan hizmetlerin fatura ve diğer evrak süreçleri medikal muhasebe departmanlarında tamamlanıp sigorta şirketlerine iletilirken; sigorta şirketlerindeki sağlık tazminat bölümleri de bu fatura ve eklerini inceleyerek süreci sonuçlandırmaktadır.

Hastanelerin medikal muhasebe

departmanları ile sigorta şirketlerinin hasar departmanları; iş süreçlerini, yürürlükteki sözleşmelere uygun olarak bilgi teknolojileri altyapısı üzerinden yürütmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası için de benzer bir durum söz konusuyken, burada ek olarak SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) MEDULA sistemi de devreye girmekte ve SGK sözleşme kuralları dikkate alınmaktadır. Son yıllarda yapay zekânın faturalandırma süreçlerine dâhil edilmesiyle bu işlemler çok daha hızlı ele alınabilmektedir.

Bazı sigorta şirketleri, özel sağlık hizmet sunucularından gelen fatura ve eklerini incelemeleri için Üçüncü Taraf İnceleyici Kuruluşlar (TPA) ile anlaşma yapabilmekte ve süreç yönetimini onlara devretmektedir. Bu kuruluşlar da yine yürürlükteki sözleşmelere uygun olarak dijital ortamda bu iş süreçlerini sigorta şirketi adına yürütmektedir. Yapay zekâ kullanımı TPA'lar için de geçerlilik kazanmış durumdadır; ancak yine de bu konuda ihtiyatlı davranıldığı bilinmektedir.

Aslında bakıldığında, özel sağlık hizmet sunucuları ile özel sağlık sigortası şirketleri arasında sözleşmeye dayalı ve bilgi teknolojilerinin etkili kullanıldığı medeni bir fatura değerlendirme süreci söz konusudur. Peki, bu gelişmiş işleyişe karşılık neden hâlâ özel sigorta şirketleri ile özel hastaneler arasında fatura iptalleri, itirazlar, dava süreçleri ve hatta sözleşme fesihleri yaşanmaktadır?

Bunun sebepleri birkaç farklı noktadan bakılarak anlaşılabilir. Birinci konu, yukarıda sözünü ettiğimiz sistematik iş süreçlerinin dışında değerlendirilmesi gereken "hekim alışkanlıklarıdır". Diğer bir konu ise hastanelerin kârlılık hedefleridir. Hastanelerin kârlılık hedefleriyle şekillenen hekim davranışları, sigorta şirketlerinin önyargı oluşturduğu bir vaka olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri, pazardaki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak tüketicinin kendisi tarafından talep edilmez; sağlık hizmetini hasta (tüketici) adına hizmeti sunan (hekim) talep eder. Bu durum, hastaların sigorta poliçe limitlerini kullanma kontrolünü onlardan alıp hekime devretmesi demektir. Hekimler ise hastaları için tedavi öngörürken bu limitlerin kullanımını ya da bu kullanıma bağlı olarak hastaların bir sonraki yıl karşılaşacakları artan prim maliyetlerini çoğu zaman dikkate almazlar.

Özel hastaneler ise bir yandan kârlılıklarını yüksek tutup yatırım ihtiyaçlarını ve tahmin edilemeyen maliyet artışlarını göğüslemek durumunda olduklarından, hekimleri ile "performansa dayalı prim ödemeli" anlaşmalar yapmaktadır. Bu anlaşmalar, hekimlerin performans kriterlerini ister istemez sundukları tıbbi hizmetin kalitesinden ziyade, ay sonunda gerçekleştirdikleri toplam cironun büyüklüğüne kaydırmaktadır. Bu durum aslında hem hekim hem de hasta açısından birçok endişeyi beraberinde getirmektedir: Bir tarafta sigorta poliçesini satın alma gücünü kaybeden hastalar ve performans stresi altındaki hekimler; diğer tarafta ise kârlılıklarını korumaya çalışan hastaneler ve sigorta şirketleri...

Bu ikilemin mevcut ekonomik modeller içinde kolayca çözümlenemeyeceği açıktır. Ülke nüfusunun sadece %10'unun özel sağlık sigortasına sahip olması ve kalan nüfusun SGK/GSS kapsamında olması aslında bir miktar nefes almamızı sağlasa da problemi temelden çözmemektedir.

Bu sorunun çözümü için tarafların gayret göstermediklerini söylemek haksızlık olur. Ancak "Sistem henüz çok genç, 15-20 yıllık bir geçmişi var, henüz olgunlaşma aşamasında" demek de sorunu ortadan kaldırmıyor. Sorunun davranışsal ve finansal boyutu kadar; felsefi, etik ve sürdürülebilirlik boyutuna da inmemiz gerekiyor.

Temel olarak arzu edilen durum şu şekildedir: Nüfusun tamamının sağlığının devlet güvencesinde olması (bu durum mevcut), dileyen vatandaşların (muayene süreleri, randevu kolaylığı, hasta memnuniyeti vb. nedenlerle) tamamlayıcı sağlık sigortasına ulaşabilmesi (bu da büyük oranda mevcut) ve imkânı olan vatandaşların ise özel sağlık sigortasından faydalanabilmesidir. Peki, henüz sağlayamadığımız konular nelerdir?

1. Özel sağlık sigortası poliçe primlerinin çok yüksek olması nedeniyle yaşanan sigortalı kayıpları.
2. Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçe sayısının istenen düzeye ulaşmaması ve dolayısıyla yeterli büyüklükte bir risk havuzunun oluşturulamaması.
3. Sistemin sürdürülebilirliği ile ilgili endişelerin henüz ortadan kalkmamış olması.

Bugün ülkemizde yaklaşık 8,5 milyonu bulan toplam poliçe sayısı aslında rahatlıkla 20 milyona ulaşabilirdi; ancak ulaşılamadı. Özel sağlık sigortalı sayısının 20 milyona çıkmasıyla arzu edilen risk havuzu büyüklüğü sağlanmış olacaktır. Yeterli büyüklükteki bir havuz, sigorta şirketlerinin poliçe fiyatlamalarını rahatlatacak ve tüketiciler daha uygun koşullarda poliçe sahibi olabilecektir. Sigortalı sayısının artmasıyla özel hastaneler de yüksek kapasite kullanımına ve dolayısıyla yüksek cirolara ulaşacak; böylece hekimlerin performans endişeleri de ortadan kalkacaktır.

Bu durum, ülkemizdeki sağlık altyapısının verimli ve etkili kullanımını da destekleyecektir. Gerek özel sektördeki gerekse kamudaki hastaneler ne kadar verimli kul-



lanılırsa, o kadar az yeni hastane yatırımına ihtiyaç duyulacaktır. Günümüzde hastane yatırımları astronomik rakamlara ulaşmış olup mevcut ekonomik yapı içinde kolay finanse edilebilir olmaktan çıkmıştır.

Büyük resmi incelediğimiz bu satırlardan sonra, hastaneler ve sigorta şirketleri arasındaki "sessiz çatışmaların" çözümüne yönelik önerilerimizi şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Sigortalı sayısında arzu edilen büyüklüğe ulaşılmasını beklemeden, sigorta şirketleri ve özel hastaneler, poliçe maliyetlerinin düşürülmesinin sistemin sürdürülebilirliği için bir zorunluluk olduğu konusunda mutabakata varmalıdır.
2. Bu mutabakat, özellikle sağlık hizmet sunucularına sorumluluk yükleyecektir. Nitekim sağlık sigortaları, temel olarak özel hastanelere gelir oluşturan kuruluşlar konumundadır. Bu nedenle hastanelerin sigorta şirketleri ile tam bir uyum içinde çalışması gerekir.
3. Özel hastaneler; sigortalıların poliçe limitlerini ve gelecek yıl oluşabilecek prim maliyetlerini dikkate alan bir denetim sistemi oluşturmalıdır.
4. Bu denetim sistemine tüm sağlık hizmet sunucularının uyması ve sistem içindeki tüm hekimlerin bu yapının bir parçası haline getirilmesi en kritik konudur.
5. Kurulacak bu sistem tam anlamıyla çalışmaya başladığında; hekimlerin mesleklerini sorunsuz icra edebildikleri, provizyon sorunlarının ortadan kalktığı ve fatura anlaşmazlıklarının asgariye indirildiği görülecektir.
6. Bu ortak denetim mekanizması; Türkiye Sigorta Birliği, OHSAD ve SASDER'in aktif katılımlarıyla oluşturulmalı ve düzenli olarak izlenmelidir.
7. Tüm bunlara ek olarak; Sağlık Bakanlığı'nın belirleyeceği çerçevede, sigortalıların sürekli yüksek maliyetli "tedavi edici" hizmetlere yönlendirilmesi yerine, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere yönlendirilmesi, sistemin sürdürülebilirliği için en güçlü argümanlardan biri olacaktır.

Sonuç olarak; özel sağlık sigortalarının sigortalı sayısını ve prim üretimini artırmaları, özel sağlık kuruluşlarının da sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Bu nedenle tarafların gerçeklerin farkında olarak uyum içinde çalışması, ülkemizdeki milyarlarca dolarlık özel sağlık yatırımlarını da güvence altına alacaktır. Bir tarafta makul fiyatlandırma ile çok sayıda sigortalıya sahip mutlu sigorta şirketleri; diğer tarafta ise yüksek kapasiteyle çalışan, gelirini koruyan hastaneler ve performans kaygısı olmayan hekimler... Bu iş kolunda ulaşılması arzu edilen tabloyu bu şekilde özetlemek mümkün. ■

ANADOLU SİGORTA

YENİ YÜZYILIMIZDA

DÜNYAMIZI



Sosyal sorumluluk projeleri ve sigortacılık ürünlerimizin yanı sıra yenilenebilir enerji yatırımlarımız, ağaçlandırma çalışmalarımız ve geri dönüşüm uygulamalarımızla yeni yüzyılımızda da yaşanılabilir bir dünya için çalışmaya devam ediyoruz.

Detaylı bilgi için

anadolusigorta.com.tr/surdurulebilirlik

Türkiye İş Bankası kuruluşudur.

TÜRKİYE İŞ BANKASI

TAMAMLAYICI SAĞLIK MODELİ KURGULANMALI

NOYAN DOĞAN - Hürriyet Gazetesi Yazarı



Özel sağlık sigortası pazarına baktığımızda 9 milyon sigortalı bulunuyor. Bunun 6 milyonuna yakını Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) kapsamında, 3 milyon kadarı da özel sağlık sigortası kapsamında. Bu da 86 milyonluk nüfus ile mukayese edildiğinde %10'unu biraz geçiyor.

Son 5 yıllık periyoda baktığımızda özel sağlık sigortacılığında en hızlı gelişen taraf tamamlayıcı sağlık sigortası. Bunun da nedeni daha ekonomik olması ve özel sağlık sigortasına göre %50-60 daha ucuz olması. Bu nedenle de her yıl tamamlayıcı sağlık sigortalı sayısı %20'lerin üzerinde artıyor. Son 5 yılla mukayese edildiğinde tamamlayıcı sağlık sigortalı sayısında %80'e yakın bir artış görülüyor. Ama yine de nüfusla mukayese edildiğinde oran çok az.

Diğer taraftan sağlık harcamalarına bakıldığında, toplam sağlık harcamasının %76,1'inin genel devlet bütçesinden karşılandığı gözüküyor. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2024 yılında %76,1, özel sektör sağlık harcamasının oranı ise %23,9 olarak gerçekleşti. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında, 2024 yılında SGK, %39,5, merkezi devlet %36, hane halkları %18,8, sigorta şirketleri %2,8 oranına sahipti. Bu da gösteriyor ki, sigorta şirketlerinin toplam sağlık harcaması içindeki payı, vatandaşın cebinden ödediğinden bile düşük. Bu bir taraftan sorunu işaret ederken, diğer taraftan sigorta sektörü açısından ciddi bir fırsat. Gidilecek daha çok yol olduğunu gösteriyor.

Hastaneler talebe cevap verebilecek mi?

Son açıklanan sağlık verilerine bakıldığında (2024 yılı), 1 milyardan fazla doktora muayene olmuşuz. Her bir kişi, bir yılda, 5,4 kere kamu hastanesine giderken, özel hastaneye başvuru ise 0,8 olmuş. Yani hastane başvurularının %80'i kamu hastanelerinde gerçekleşmiştir. MR, ultrason gibi tetkiklerin sayısı 116,6 milyon olmuş. Bunun %75'i

kamu hastanelerinde, %14'ü özel hastanelerde yapılmış. Hastane sayısında, doktora muayenede, görüntülemede, hastaneye yatışlarda, ameliyatlarda kamunun payı ciddi artarken, özelin payı azalıyor ve devletin sağlık harcaması katlanarak artıyor. Bu durum bize şunu da gösteriyor, uzun yıllar olduğu gibi son yıllarda da sağlık turizmini dışarıda bıraktığımızda, özel sağlığı, özel sağlık sigortası besliyor gibi gözüküyor. Bu da sürdürülebilir bir durum değil. Kafalarda şöyle bir soru işareti doğuruyor; özel ve tamamlayıcı sağlık sigortalısı daha da artarsa, özel hastane tarafında bir arz-talep sorunu yaratır mı? Yani, artan sağlık sigortalı sayısına hastaneler yeterli düzeyde hizmet sunabilir mi? Bu konuyu, aklımızın bir yerinde tutalım.

Sigortada değişiklik neler getirecek?

Bunu neden gündeme getirdim? Sene başında özel sağlık sigortalarında yeni dönem başladı ve sağlık sigortalarının yasal sınırları çizildi. Neydi bunlar? Özetle, 60 yaşını geçmemiş olanlar ömür boyu yenileme garantili özel veya tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilecek. Sigorta şirketinden ömür boyu yenileme garantisini alabilmek için 3 yıl kesintisiz sigortalı olunması şart. Üç yılın sonunda sağlık sigortasına ödenen prim ile sigorta şirketinin bu süreçte sigortalıya ödediği sağlık tazminatı oranının %80'i geçmemesi de gerekiyor. Geçilmemesi durumunda, 3 yılın sonunda artık ömür boyu yenileme garantili sigortaya sahip olunacak. Üç yılın sonunda bu hak kazanıldıktan sonra sigorta şirketi, ortaya çıkan sağlık sorunları nedeniyle sigortayı iptal edemeyecek, sigortanın teminat kapsamını daraltamayacak, belli rahatsızlıkları devre dışı bırakamayacak, sigortanın şartlarında değişiklik yapamayacak, ek prim veya yüksek primler uygulayamayacak. Tüm bu değişiklikler, önümüzdeki dönemde özel sağlık sigortalısında ciddi artış yaşanacağına işaret ediyor.

Peki, buna hem özel sağlık sektörü hem de sigorta şirketleri hazır mı? Bunu zaman gösterecek.

Kim haklı?

Bir de işin vatandaş boyutuna bakalım. Maalesef, yıllarca ve bugün de özel sağlık sigortası sürekli olarak fahiş fiyat artışları ile gündeme geldi. Ve özel sağlık sigortalı sayısının artmamasının temel nedeni de yüksek fiyat algısı. Ben bu durumu, Nasreddin Hoca fıkrasına benzetiyorum. Nasreddin Hoca, kadılık yaparken, bir ahbabı gelmiş, hasmı için söylemediğini bırakmamış, "Hocam söyle, haklı değil miyim?" diye de sormuş. Hoca, "Haklısın" demiş. Ahbabı yatışmış, gitmiş. Hemen ardından hasmı gelmiş, bu defa o başlamış söylenmeye ve sormuş; "Hocam haklı değil miyim?" Hoca, ona da "Haklısın" demiş. Adam sakinleşerek gitmiş. Bunlara tanık olan Hoca'nın karısı şaşkınlıkla, "Senin kadılığın da bir garip Hoca Efendi, ikisine de haklısın dedin, öyle şey olur mu hiç?" diye sormuş. Nasreddin Hoca, karısına dönmüş, "Vallahi hatun sen de haklısın" demiş.

İşte, özel sağlık sigortasında yaşanan tam da bu. Sigorta şirketleri, "sağlık enflasyonu yüksek, hastaneler fahiş fiyat artışları yapıyor, biz de mecburen sigortalıya yansıtıyoruz" diye yakınıyor; vatandaş, "bu kadar yüksek fiyat artışları olur mu, enflasyonun katbekat üstünde primler artıyor" diye dert yanıyor. Sigorta şirketleri de haklı, vatandaş da haklı. Çözüm ne? Sigortalı sayısının artması, özel sağlık sigortasının tabana yayılması ve sigortalı havuzunun büyümesiyle fiyatların makul seviyelere gelmesi. Kısa zamanda mümkün mü? Bence değil.

Yeni bir model gerekiyor

Peki, sigortalı sayısını nasıl artırırız? Açıkça ifade edeyim, bu ne sigorta şirketlerinin elinde ne de özel sağlık kuruluşlarının. Mutlaka devletin destekleyici müdahalesi gerekiyor. Nasıl mı? Anlatayım:

Devletin sağlık harcamaları her geçen yıl katlanarak artıyor. Vatandaşın daha iyi sağlık hizmeti alabilmesi için SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği adı altında hastanelere ödediği tutar arttıkça devletin sağlık gideri yükseliyor, vatandaşın cebinden ödediği fark ücreti de artıyor. Diğer taraftan özel sağlık sigorta sistemi bu yapıya yeterli düzeyde destek olamıyor. Yani, devletin üzerindeki sağlık yükünü hafifletemiyor.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sistemi'ne ihtiyaç var ki, 2025 yılında Cumhurbaşkanlığı Programı'nda tamamlayıcı sağlık modeli yer alıyordu.

Dünyada da böyle; tamamlayıcı sağlık, kamunun sunduğu genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliğine katkı sağlayan ikinci bir sağlık sigortası olarak görülüyor. Fransa'da, özel sektör çalışanları işverenleri tarafından tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alınıyor. Almanya'da da durum benzer. Hollanda'da, nüfusun %80'e yakını tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında. Mesela, çalışanın ödeyeceği tamamlayıcı sağlık primine devlet destek olabilir; tıpkı BES'teki gibi. İkincisi devletin, işverenin, çalışanın katkıda bulunacağı bir tamamlayıcı sağlık sigortası modeli kurgulanabilir. Bu modeller arasında işveren ve çalışanlardan yapılan sağlık prim kesintisinin bir kısmının tamamlayıcı sağlık sistemine aktarılması da sağlanabilir.

Diyeceğim o ki; Sağlık Bakanlığı, sigorta sektörü, özel hastaneler bir araya gelip, özel sağlık sigortalarını sisteme entegre edip, hem sağlıkta sürdürülebilirliği sağlamak hem kamunun üzerindeki yükü azaltmak hem de özel sağlık kurumlarının yatırımlarını artırma konusunda yol haritası belirlemeli. Ayrıca önce üniversite hastanelerinin özel sağlık sigortasına yani tamamlayıcı sağlık sigortasına, ardından da şehir hastanelerinin yine tamamlayıcı sağlık sigortasına açılması gerekiyor. Yoksa bugünkü sağlık ekosistemi bir yerlerde tıkanacak. ■

Hastalık Sigortacılığından Sağlık Sigortacılığına Geçiş ve Sağlıklı Yaşam Sigortası Önerisi

HÜSEYİN ÇELİK - Sağlık Politikaları ve Yönetimi Uzmanı

Dünyada ve ülkemizde sağlık sistemleri, hizmet sunumu ve finansmanı açısından sağlıklı yaşamdan çok hastalığa odaklı sürdürülebilir politikalar geliştirmeye yönelmiştir. Bu yapı; artan sağlık harcamaları, yaşlanma, kronik hastalıklar ve pandemi riskleri nedenleriyle sürdürülebilirliğin önündeki en büyük engeldir. Mevcut paradigma içerisinde üretilen çözümlerin, toplumların hastalık yükünü azaltma konusunda yetersiz kaldığı görülmektedir. Tam bu noktada, yeni bir paradigmanın sağlık finansmanında ve hizmet sunumunda gündeme gelmesi için çözüm önerimi gündeme getirmek istiyorum.

Ülkemizde ve dünyada mevcut hâkim olan sağlık sistemlerinde; hizmet sunucuların tanı ve tedavi hizmetlerinde oluşan harcamaların, cepten ödemeler dışında finansman kurumlarının geri ödeme/provizyon kuralları içerisinde hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra ödemelerin gerçekleştiği görülmektedir. Hastalık riskinin tüm maliyeti, finansman kurumları (kamu ya da özel) tarafından üstlenilirken, sağlık hizmet sunucuları yaptıkları tanı ve tedavi işlemleri karşılığında hastalık riskinin yönetiminde sorumluluk almaksızın gelir elde etmektedirler. Bu durum başlangıçta sayılan gerekçeler ile sürdürülemez olduğu açıktır.

Bireyin hastalıktan kaynaklanan tanı ve tedavi sonucu oluşacak giderlerin, sağlık hizmet sunucuları tarafından da üstlenilmesi ya da paylaşılması önerimizin temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları, bu risk üstlenmesi karşısında kendilerinin sorumlu olduğu bireylerin sağlıklı kalması durumunda sağlanacak tasarruftan da payını alması ise kritik öneme sahiptir. Bu tür modellerde sağlık hizmet sunucularının tanı ve tedaviden kaçınmalarını engelleyecek klinik protokollerin devreye alınması ise bir diğer önemli hususdur.

Bu sistemin işleyebilmesi için önerinin kamusal ve özel sağlık sigortaları mevzuatı açısından ayrı ayrı ele alınmasında yarar bulunmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası Mevzuatı Bakımından

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu; sadece hastalık belirtisi oluşması halinde tanı ve tedavi giderlerini değil, hastalık oluşmadan önce bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri giderlerini de ödemekle yükümlü bulunmaktadır. Nitekim Kanunun 63'üncü maddesinin 1'inci fıkrasının (a) bendi *"Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri"* hükmünü getirmiştir. Bu hüküm çerçevesinde, bireyin sağlık riskinin yönetiminde sadece birinci basamak sağlık hizmet sunucuları değil, kamu ya da özel 2'nci ve 3'üncü basamak sağlık hizmet sunucuları da Sosyal Güvenlik Kurumu ile 73'üncü madde kapsamında yapacakları sözleşmelerde sağlıklı yaşam ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsama alınmak suretiyle yürütülmesi mümkün bulunmaktadır.

Kamu sağlık hizmet sunumu bakımından, Sağlık Bakanlığı yönetimindeki hastaneler ile devlet üniversite hastanelerinin yönetim yapıları birleştirilmeden entegrasyon içinde hizmet sunmalarını sağlayacak bir yapıda yer almaları uygulamanın başarısını arttıracaktır. Bu kapsamda aile hekimliği, birinci basamak kamu sağlık hizmet sunucuları ile 2'nci ve 3'üncü basamak sağlık



hizmet sunucuları arasında entegrasyon sağlanması uygulamanın başarısı için kritik öneme sahiptir.

Özel Sağlık Sigortası Mevzuatı Bakımından

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu ve buna istinaden çıkarılan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği hükümlerinde, sağlıklı yaşam ve koruyucu sağlık hizmetlerinin özel ya da tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerine dahil edilmesine bir engel bulunmamaktadır. Düzenlenecek poliçe hükümlerinde sağlıklı yaşama ve koruyucu sağlığa yönelik sağlık hizmetlerinin ve ürünlerinin kapsama alınması uygulamanın sigortacılık boyutu açısından yeterli olacaktır. Ancak önerdiğimiz modelde, hastalık riskinin sigorta şirketlerinden, sağlık hizmet sunucularına devri ya da sigorta şirketleri ile birlikte paylaşılması konusunda Sigortacılık Kanununda düzenleme yapılması gerekliliği bulunmaktadır.

Sonuç

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu kapsamda yer alan Genel Sağlık Sigortası reformu ile vatandaşın sağlık hizmetine erişimin önündeki engeller kaldırılmış sağlık hizmeti talebinde çok önemli artış meydana gelmiştir. Artan talebin oluşturduğu mali yük; ilaç, tanı ve tedavi hizmetlerindeki birim fiyatların düşük tutulması yoluyla dengelenmiştir.

Artık sağlıklı yaşam sigortası ile koruyucu sağlık hizmetlerinin 2'nci ve 3'üncü basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi yoluyla başvuru frekansı düşürülmelidir. Buradan elde edilen kazanımın, sağlık hizmeti ve ürünlerinin birim ücretlerinde yapılacak artış ile hizmet sunucuları mağdur edilmeden sisteme yansıtılması ise kritik önem arz etmektedir. ■

Özel Sağlık Sigortacılığı Alanındaki Gelişmeler

Dr. MURAT FIRAT - Marsh Sigorta Brokerliği Sağlık Sigortaları Tazminat Yöneticisi

Ülkemizde Özel Sağlık Sigortaları (ÖSS) uzun süredir önemli bir gelişme kaydedemeden yaklaşık olarak aynı sayıdaki sigortalı ile sürecini devam ettirmektedir. Türkiye Sigorta Birliği (TSB) verilerine göre 2016 yılı sonunda özel sağlık sigortalı sayısı iki milyonun biraz üstündeyken küçük iniş-çıkışlar göstererek 2025 yılı sonunda 2.740.000 sayısına ancak ulaşılabilmiştir. 10 yıllık bu süreçte toplamda %27'lik bir büyümeye erişilebilmiştir.

Bu süreçte sektör için en önemli gelişme, 2014 yılında ilk ürünlerini veren Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) olmuştur. Bu ürünün başlangıcından beri güzel bir artış trendi yakalanmış ve 2025 yılı sonunda beş milyonun üzerine çıkmış olan TSS sigortalı sayısı ÖSS kapsamındaki sigortalı sayısının iki katına yaklaşmıştır.



Ancak dikkat çekici nokta, 2025 yılında TSS sigortalı sayısında bir artış olmadığı gibi küçük de olsa bir azalmanın görülmüş olmasıdır. Bu süreç sektör açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu duraklama ülkemizde yaşanan ekonomik belirsizlikler ve diğer sektörlerdeki daralmanın bir yansıması mıdır yoksa ÖSS yanında TSS prim fiyatlarında yaşanan artışlara bağlı bir durağanlık mıdır? Bu iki etkenin yanı sıra, söz konusu alanda doygunluğa ulaşılmış olması da bir diğer ihtimaldir. Sayılan etkenlerden hangisi olursa olsun eğer 2026 yılında yeniden bir büyüme trendi yakalanamaz ise özel sağlık sigorta sektörü için yeniden bir kısır döngü ve travmatize edici bir rekabet süreci ortaya çıkabilir. Hatırlanacağı gibi TSS devreye girmeden önce özel sağlık sigortası alanında büyüme sınırlılığı nedeniyle



sigorta şirketleri her yenileme sürecinde bir başka sigorta şirketinin sigortalılarına daha uygun fiyat vererek grup kazanma eğilimindeydi. Bu rekabet süreci öyle bir boyuta varmıştı ki düzenleyici kurum (o dönem için Hazine Müsteşarlığı) sürece müdahale etmek zorunda kalmıştı. Hazine Müsteşarlığı'nın 7 Ocak 2010 tarihinde yayımladığı konuyla ilgili Genelge; grup sigortaları için bir önceki dönemde grubun tazminatından daha düşük oranda prim teklifi verilmesini kısıtlamış ve bu şekilde teklif verilebilmesi için sigorta şirketlerine açıklama yapma yükümlülüğü tanımlamıştı.

Rekabetin getirdikleri

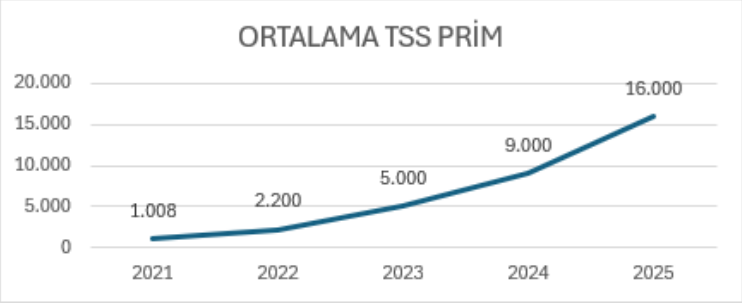
Rekabetin şiddetli olması sigortalayan gruplar açısından ilk yıl için bir avantaj yaratıyor gibi gözükse de bir sonraki yıl Tazminat/Prim oranı yüksekliği nedeniyle uygun fiyat bulunması zor olduğu için sigortalayan gruplar tarafından planlanan bütçenin çok üzerinde prim fiyatları ile karşılaşılıyor ve yenileme süreçleri oldukça sıkıntılı geçiyordu. Özellikle yabancı şirketle-

rin bu fiyat artışını yurt dışı şirket merkezlerine anlatabilmesi oldukça güç oluyordu.

Yeni bir pazarın açılması ve sigorta şirketlerinin büyüme için başka sigorta şirketinin grubunu almaktan çok yeni müşteriye odaklanması önemli bir dengeleyici unsur olarak sektörü rahatlatmıştı. Oluşacak yeni bir durağanlık bu rahatlatıcı unsuru ortadan kaldırıp yeniden agresif rekabet ve fiyatlama sürecini yaratabilecektir. Sigorta şirketlerinin sadece prim miktarı artışına bağlı finansal büyüme ile yetinmeyip sigortalı havuzuna katılan sigortalı sayılarını göz ardı etmeden süreç değerlendirmesi yapmaları önemlidir. Sektörün büyümesi esas olarak sigortalı havuzunun yaygınlığı ile ölçülmelidir.

Poliçe fiyatları

ÖSS ve TSS ürünlerinin yaygınlaşabilmesi açısından irdelenmesi gereken bir nokta da bu ürünlerin prim miktarıdır. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde yaşanan fiyat artışlarına da bağlı olarak sağlık sigorta prim miktarlarındaki yükselmenin bu ürünlere rahat erişebilmenin önüne bir engel oluşturduğu söylenebilir. ÖSS yaptırmak isteyen dört kişilik bir ailenin sağlık sigorta maliyeti 1 milyon TL civarlarına kadar yükselebilmiştir. Poliçe fiyatının belirlenmesinde sık kullanılan hastaneler, kişinin aldığı poliçe içeriği ve teminat miktarı, yaş gibi faktörler rol oynamaktadır. Uç örnekleri bir yana bıraksak dahi ayakta tanı-tedavi kapsamı da olan bir ÖSS poliçesi priminin yaklaşık olarak 125.000 TL civarında seyrettiği görülüyor. Bu çerçevede dört kişilik bir ailenin ÖSS yaptırması durumunda poliçe fiyatları 500 bin TL ile 1 milyon TL arasında değişen rakamlara ulaşabilmektedir. Ülkemiz insanının ortalama gelir düzeyi ve ekonomik koşulları dikkate alındığında böyle bir rakamı sağlık sigortası için ayırabilecek



nüfus oranımızın yüksek olduğu söylenemez. Bu nedenle kendi cebinden ödeyerek ÖSS yaptıran sayısında anlamlı bir artış olmadığı gibi bu üründe daraltma yaparak (ayakta tanı-tedavi işlemini dışarıda bırakarak sadece yatarak tedavi poliçesi edinme veya ayakta tanı-tedavi limitini küçültme veya yüksek maliyetli hastaneleri kapsam dışı olarak belirleme) daha ekonomik fiyatlara yönelme eğilimi ile de karşılaşılmaktadır. Üstelik son yıllarda sağlık sigorta şirketleri ÖSS kapsamındaki ürünlerini de kısmen karma poliçeye çevirerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı hastanelerde kurum olanaklarından yararlanarak giderlerini kontrol altına almaya çalışmalarına karşın poliçe fiyatları bu düzeylerdedir.

Sağlık sigorta poliçe fiyatlarındaki artış sadece ÖSS poliçeleri için konuşulacak bir konu da değildir. TSS poliçe fiyatları da bu ürünün başlangıcında belirlenen fiyatlara göre önemli oranda artmış ve ulaşılabilirliği zorlaşmıştır. Türkiye Sigorta Birliği verileri analiz edildiğinde ayakta tanı-tedavi içeriği de bulunan TSS poliçe fiyatları grup poliçeleri için kişi başı ortalama 12.000-16.000 TL civarına ulaşmış ve bireysel poliçeler için de bu rakamın 30.000-35.000 TL seviyesine kadar yükselmiş olduğu görülmektedir. Dört kişilik bir aile için TSS yapılması durumunda ödenebilecek poliçe fiyatı 100.000-120.000 TL civarına kadar ulaşabilmektedir. Ortalama gelir düzeylerine bakıldığında, bu rakamlar kolay ulaşılabilir olmadığından ülkemiz insanı açısından özel sağlık sigortasının artık "yeniden" lüks bir ürüne dönüştüğü söylenebilir.

Sağlık sigortası poliçe fiyatlarına etki eden faktörler

Sağlık sigorta poliçe fiyatlarında oluşan bu yükseliş sadece sigorta şirketleri tarafından belirlenen/kontrol edilebilen bir durum değildir. Bu alanda en önemli gider kalemi sigortalılar için yapılan sağlık kurumu ödemeleridir. Sağlık giderlerindeki artışın genel olarak enflasyon rakamlarından daha yüksek seyrettiği görülmektedir. Şüphesiz ki sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, robotik cerrahi gibi yeni teknolojiler ile sağlık hizmeti sunumu, yeni geliştirilen tanı yöntemleri ile ilaçlar, aşılarda kapsam genişlemesi gibi pek çok faktör sağlık giderlerinin artmasında rol oynamaktadır. Ayrıca ÖSS ve TSS olanağı ile sağlık hizmetine ulaşabilmenin kolaylaşması da bu süreç için bir faktör olarak sayılabilir. Sağlık hizmet maliyetlerinde oluşan bu artışlar sigorta şirketleri tarafından prime yansıtılıyor ve sonrasında da prim fiyatlarında alımı zorlaştırabilecek düzeyde yükselmeler ortaya çıkabiliyor.

ÖSS ve TSS fiyatlarında oluşan artışlar ürüne ulaşmanın önüne engel olarak çıkarsa kısmen de olsa yeniden TSS öncesi döneme dönülmüş olabilir. Hatırlanacağı



Enflasyon Verisi				
Dönem	Türkiye Genel *	Türkiye Sağlık*	TTB**	Özel Hastane***
2020	14.60%	16.67%	17.0%	17.5%
2021	36.08%	20.52%	36.08%	40.25%
2022	64.27%	66.60%	94.37%	105.75%
2023	64.77%	79.59%	84.82%	90.5%
2024	44.38%	47.63%	50%	63.55%
2025	34.88%	30.87%	44%	

* TUİK verileri, Aralık sonu rakamlarıdır
** TTB yıl sonu artış oranıdır
***ÖSS sigortalılarının yoğun kullandıkları 4 hastane grubunun cari muayene fiyatlarında değişim

gibi bu dönemde daha çok cepten ödemeler şeklinde seyreden fark ücret uygulamaları ile sağlık kurumları ile hastalar arasında yoğun pazarlıklar yaşanmaktaydı. Ayrıca kayıt dışı ödemeler ülke ekonomisi açısından da önemli bir sorun olarak sayılmaktaydı.

TSS ürünü başlangıcında bu ürünün toplumun yaklaşık %10'luk kısmına erişmesi hedef olarak konulmuştu. Günümüzde toplumun yaklaşık olarak %6'lık kısmına kadar ulaştığı görülüyor. Başlangıçtaki hedefe ulaşılabilmesi ve artış ivmesinin yeniden kazanılması için sigorta şirketleri, sağlık kurumları, kamu kesimi ve konuya taraf olacak tüm kesimler bir araya gelerek konuyu yeniden masaya yatırmalıdırlar. Ürün fiyatına destek olabilecek vergi avantajları, işveren desteği gibi konular üzerinde çalışılmış ve bu çalışmalar kamu yetkililerine de sunulmuştu. Bu çalışmaların güncellenerek uygulamaya konulması yarar sağlayacaktır.

Marsh olarak neler yapıyoruz?

Marsh olarak özel sağlık sigortacılığı alanındaki çalışmalarımızı iki ana noktada yürütmekte olduğumuzu söyleyebiliriz:

- Bu noktalardan ilki, mevcut sağlık sigortalılarının memnuniyetini artırıcı, sigortadan yarar sağlayabilmelerini kolaylaştırıcı çalışmalar ile sigortaya daha çok güven duymalarını sağlamaktır. Bunun için sigorta şirketleri tarafından uygulanan muafiyetlerden ödenmeyen sağlık giderlerine kadar her alanda sigortalı adına sigorta şirketleri ile görüşerek sigortalılara destek olma çalışmaları yürütmekteyiz.
- İkinci nokta olarak da, sektöre yeni sigortalılar katabilmek için yeni gruplar bulmak, grupların istemine uygun poliçe dizayn etmek, uygun koşullarda poliçe bulabilmek için sektör taraması yapmak ve bu konuda sürekli olarak potansiyel grupları ziyaret ederek sağlık sigortası alabilmeleri için saha çalışmaları yürütmekteyiz.

Amacımız, sigorta sektörünün büyümesi, gelişmesi ve sigorta bilincinin yaygınlaşması ile birlikte toplumda risk bilincinin artması ve riske karşı önlem alabilme yaklaşımının yerleşmesidir.

Gelişmelere göre bir öneride bulunmak gerekirse:

2025 yılı sonunda oluşan duraganlığı kendi haline bırakmadan, taraflar bir araya gelerek stratejik bir plan oluşturmalıdır. 2026 ve sonrası için bu plan doğrultusunda paydaşların birbirini anlayarak, destekleyerek ve sinerji yaratarak bir çalışma yürütmeleri gereklidir. Durumun kendi haline bırakılacak ve bekleyip sonuçları izlenecek kadar rahat olmadığı düşüncesi ile taraflara çağrı yapmak isterim. Özel sağlık sigortacılığının sağlık sektörü paydaşı olan OHSAD'ın (Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği) Nisan ayında yapılması planlanan kongresinde bu konuda bir çalıştay düzenlenmesi yarar sağlayabilir. ■

Her Time

Women's Longevity



Zaman değişir.
Kadın dönüşür.
Hayat akar.
Işık yayılır.
Sağlık her
adımda eşlik eder.

her sense
her flow
her wisdom
her tune
her echo

www.larahealth.com

LaraHealth

Türkiye Sigorta

Sağlık Genel Müdür Yardımcısı Tuba Buldu: "Temel yaklaşımımız sektörden pay almak değil, sektörü büyütmek"

TUBA BULDU - Türkiye Sigorta Sağlık Genel Müdür Yardımcısı



Yapay zekâ tabanlı dinamik fiyatlama modellerinden, sadece 5 saniyede tamamlanan otomatik provizyon süreçlerine... Sağlık sigortacılığı artık sadece bir poliçe satışı değil; ileri teknolojiyle örülmüş devasa bir ekosistem yönetimi haline geldi. Geleceğin özel sağlık sigortacılığı modelini "hasta merkezli ve kişiselleştirilmiş" bir yapıda kurgulayan Türkiye Sigorta'nın dijital dönüşüm hamlelerini ve yeni dönem projelerini, Sağlık Genel Müdür Yardımcısı Tuba Buldu hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Türkiye Sigorta olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

T.B: Türkiye Sigorta açısından 2025 yılı sağlık sigortacılığında güçlü bir büyümenin ötesinde, **doğru büyümenin** hayata geçirildiği bir yıl oldu. Sektörde sigortalı sayısının daraldığı bir dönemde, %33'lük sigortalı artışı yakalamamız; fiyat odaklı değil, tabana yayılan bir strateji izlediğimizin net bir göstergesidir. Enflasyonun %30'larda seyrettiği 2025 yılında, şirketimizin elde ettiği %115 reel büyüme oranıyla teknik açıdan oldukça başarılı bir dönem geçirdiğini söyleyebilirim.

Sağlık sigortacılığı, son yıllarda yalnızca sigorta sektörünün değil, aynı zamanda sağlık sisteminin tamamlayıcı ve stratejik bir unsuru haline geldi. Enflasyonist ortam, artan medikal maliyetler, değişen müşteri beklentileri ve regülasyonlar; bu alanı klasik büyüme yaklaşımlarının ötesine taşıdı. Bugün artık başarı; yalnızca prim üretmekle değil, **erişilebilirlik, verimlilik ve uzun vadeli dengeyi eş güdümlü yönetebilmekle** tanımlanıyor. Doğru segmentasyon, ihtiyaca ve bütçeye uygun ürün tasarımı, güçlü hizmet ağı ve dijital ekosistem; 2025 yılındaki stratejimizin kilit unsurları oldu. Geçtiğimiz yıl enflasyonun altında kalan prim artışlarıyla erişilebilirliği artırırken; yenilikçi yapay zekâ ve veri analitiği destekli süreçlerle maliyetleri kaynağında yöneterek başarımızı taçlandırdık.

Başarıyı sadece satış adetleriyle değil, ekosistemin tüm paydaşlarıyla proaktif, öngörülebilir ve sürdürülebilir bir büyüme yakalamakla tanımlıyoruz. Temel yaklaşımımız; sektörden pay almak yerine, önce sektörü büyütmek oldu. Cazip fiyatlamanın yanı sıra doğru segmentasyon, ihtiyaca ve bütçeye uygun ürün tasarımı, güçlü hizmet ağı ve dijitalleşme; bu başarının ana unsurlarını oluşturdu. Şirketimizin satış kanallarına baktığımızda, banka sigortacılığının yanında broker ve acente kanallarımızda da paydaşlarımızla beraber büyüdüğümüz bir yıl geçirdik.

Türkiye Sigorta olarak **sağlıkta 1 milyonu aşan sigortalıya ulaşarak yılı sektör üçüncüsü** olarak kapattık. Bunu başarırken sağlık sigortası pazarına yeni sigortalılar kazandırarak ve sektörün büyümesine, bilinirliğine ve bireylerin ayrıcalıklı sağlık hizmet erişimine ulaşmasına önemli katkı sağladık. Hizmet kalitemizi ve ürünlerimizi zenginleştirerek sigortalılık oranını artırmak adına özellikle sağlık ürünlerimizi derinleştirdik. Hem teminat kapsamını genişletme hem de teminat yapısına uygun olarak ürün fiyatlaması konusunda çok önemli aksiyonlar aldık.

Türkiye Sigorta olarak adımızdan aldığımız güç ve güvenle; "Herkes için her yaşta sağlıklı yaşamların sağlanması ve refahın teşvik edilmesi" sürdürülebilir kalkınma hedefi doğrultusunda çalışmalarımızı titizlikle yürütüyoruz. Müşteri beklentilerindeki dönüşüme paralel olarak; odağına hastayı alan, kişiselleştirilmiş bir sağlık ekosistemi inşa ediyoruz. Bu stratejimizin merkezinde yer alan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, bizim için büyük bir önceliğe sahip. Bu alanda ihtiyaca yönelik pek çok farklı paket geliştirirken, mikro ürünlerle ürün yelpazemizi zenginleştiriyoruz. Üyelerimize, müşteri platformumuz üzerinden uzaktan sağlık hizmeti ve bütünsel esenlik çözümleri sunuyoruz. Sürdürülebilirlik vizyonumuzla yeşil bir dünya için kâğıtsız ofis yapısını kurgularken; dijitalleşme, yapay zekâ ve robotik süreç otomasyonunu odağımıza alarak verimliliği artırıyoruz. Bu süreçte paydaşlarımızla iş geliştiriyor, tedarikçilerimize finansal kolaylıklar sağlıyoruz.

İş ortaklarımız ve müşterilerimizden aldığımız geri bildirimler yol göstericimiz oldu. Hem acente ağımızın hem de müşterilerimizin ihtiyaçlarına daha hızlı ve etkin bir şekilde yanıt vermek, teknik konularda destek olmak, iş süreçlerini kolaylaştırmak ve ulaşılabilirlik hedefiyle Sağlık Destek Hattı'nı kurduk ve burada sürekli ölçtüğümüz memnuniyet oranı bizi oldukça mutlu ediyor.

2026 yılı, geçtiğimiz yıl yapılan ürün, kanal ve müşteri yatırımlarının mevcut ve görünür sonuçlarını alacağımız yıl olacak. Artık kanal ve müşteri yatırımlarının sonuçlarını almaya başladığımız; teknik kârlılığın daha görünür hale geldiği bir döneme giriyoruz. Ölçek ekonomisinden aldığımız gücü; gelişmiş risk yönetimi ve müşteri odaklı fiyatlama modelleriyle pekiştirerek, sağlık branşındaki sürdürülebilir kârlılığımızı güçlendirmeyi hedefliyoruz.

Türkiye Sigorta'nın sağlık sigortalarındaki pazar payını artırırken temel önceliklerimiz: toplumda sigorta farkındalığını yükseltmek ve ülkemizdeki sağlık hizmet kalitesine paralel olarak sigorta güvencesini tabana yaymak oldu. Bireylerdeki sağlık bilincinin artması ve risk algısının yükselmesiyle birlikte; tamamlayıcı sağlık branşındaki büyümenin ivme kazanacağını ve yeni sigortalı kazanımının süreceğini öngörüyorum. Ayrıca bu sektörün lider ve en güçlü oyuncularından biri olarak sigortalılarımızın sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve kaliteli sağlık hizmetlerinden daha geniş kitlelerin faydalanmasını sağlamak adına ürünlerimizi sürekli geliştirmeye devam edeceğiz.

Hedefimiz; gelecek yıl itibarıyla



risk havuzunun sürdürülebilirliğini sağlayacak yapay zekâ tabanlı dinamik fiyatlama sistemlerini ve kişiselleştirilmiş fiyatlama modellerini devreye alarak; müşteri memnuniyeti ile kârlılığı eş zamanlı gözetmek, vizyonumuzu genişletmek ve ürün çeşitliliği ihtiyacını karşılamak olacak.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

T.B: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; özel sağlık sigortacılığının penetrasyonunu artıran en stratejik lokomotif konumundadır. Türkiye'de yaklaşık 88 milyonluk nüfusun yalnızca 8 milyonunun özel sağlık sigortası güvencesinde olması, hâlâ büyük bir büyüme potansiyeline işaret ediyor. Bugün sağlık branşında 2,7 milyon özel sağlık sigortalısı ile 5,3 milyon tamamlayıcı sağlık sigortalısı yer alıyor. Sürdürülebilirlik için odaklandığımız başlıklar:

- Teminatların net ve anlaşılır olması
- Hizmet sunucularıyla fiyat dengesinin sağlanması
- Katılım paylı, esnek ürünlerin yaygınlaşması

Yeni Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği; ömür boyu yenileme garantisi ve kazanılmış hakların korunmasıyla, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın yalnızca büyüyen değil, sağlıklı ve öngörülebilir şekilde gelişen bir ürün olmasına önemli katkı sağlayacak. Bu düzenlemelerle; sigortalıların şirketler arası geçişlerde hak kaybına uğramamasını, bekleme sürelerinin tekrarlanmamasını ve yenileme garantisi isimlerinin standardize edilmesini hedefliyoruz. En önemlisi de bu yapının, şirketlere risk ve maliyet yönetiminde kolaylaştırıcı çözümler sunacağını söyleyebiliriz.

Türkiye Sigorta olarak Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını stratejik bir konuma yerleştirdiğimizi ve portföyümüze kattığımız 500 bin yeni sigortalıyla sektörün büyümesine ivme kazandırdığımızı vurgulamak isterim. Sigorta sektörünün; tüm hedef kitlelere hitap edecek ürünlerle sağlık sigortacılığını tabana yaymaya ve sigorta penetrasyonunu artırmaya yönelik stratejik iş birliklerine ihtiyacı olduğunu düşünüyorum.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişebilmesi için öngörülebilir medikal enflasyon ölçütü ve sağlık hizmet sunumunun kapsayıcılığı öne çıkmaktadır. Bireylerin ihtiyacı ve bütçesine göre satın aldığı poliçede anlaşmalı sağlık kurumları ağının tercihi son dönemlerdeki ürün kurgularında öne çıkmaya başladı.

Değişen ekonomik koşullar çerçevesinde sağlık hizmet sunumunda yaşanan daralma nedeniyle sigortalıların hem anlaşmalı kurum hem de anlaşmalı hekim arayışına girmesi; sektörün büyümesini engelleyeceği, memnuniyetsizlik yaratacağı ve güveni sarsacağı için çözülmesi gereken sorunların başında geliyor.

Geçen yılın portföy analizini yaptığımızda; Limitsiz Yatarak Tedavi ile yılda 4 adet Ayakta Tedavi teminatı içeren bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin yıllık priminin yaklaşık 12 bin TL olduğunu ve bu primi vade farkı almadan 12 taksitle sunduğumuzu görüyoruz. Buna rağmen sigortalılık oranında hâlâ istenilen seviyede tabana yayılamadığımızın ve sigortalı havuzunu

büyütemediğimizin nedenlerini hep birlikte sorgulamamız gerektiğini düşünüyorum.

Hastane ağına göre seçim yapabilme, sadece yatarak tedavi poliçesi tercih edebilme veya ihtiyaca göre ayakta tedavi hakkı ekleme gibi esnek çözümlerin yanı sıra; %15 vergi avantajı, aile indirimi ve çeşitli kampanyalarla sürdürülebilir bir primle poliçe sahibi olmak mümkündür. Ancak sektör olarak bu olanakları vatandaşlarımıza çok daha etkin bir şekilde anlatmamız büyük önem taşıyor.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

T.B: Sağlık sigortacılığı, fiyat odaklı ilişkilerin ötesine geçti. Artık verimlilik, kalite ve müşteri deneyimi ön planda.

Tüm süreçlerimizi müşterilerimizin ihtiyaçlarıyla paralel olarak geliştirmeye devam ederken; sağlık hizmet sunucularımıza otomatik provizyon sistemleriyle operasyonel kolaylık sunmak ve teknolojiyi en iyi şekilde konumlandırarak süreçlerine verimlilik katmak, temel bakış açımızı oluşturuyor. Türkiye Sigorta olarak ***provizyon taleplerinin %90'ını yapay zekâ desteğiyle 5 saniye içinde değerlendiriyoruz.***

Sağlık sigortacılığında başarı, sigorta şirketleri ile sağlık hizmet sunucuları arasında kurulan ilişkinin niteliğiyle doğrudan bağlantılıdır. Bugün bu ilişki yalnızca fiyat odaklı değil; **verimlilik, kalite ve müşteri deneyimi** ekseninde yeniden şekillenmektedir.

Sigorta şirketleri açısından temel beklentiler; şeffaf ve sürdürülebilir fiyatlama, gereksiz işlemlerin yapılmaması, hızlı ve dijital provizyon süreçleri, standartlaşmış faturalama ve veri paylaşımına açık bir yapı olarak öne çıkmaktadır. Kısa vadeli maliyet baskıları yerine, uzun vadeli ve karşılıklı değer üreten iş birliklerinin hem sistemin dengesini hem de sigortalı memnuniyetini artıracağına inanıyoruz.

Bu noktada; kurum segmentasyonuna dayalı anlaşma modelleri, yapay zekâ destekli maliyet analizleri ve uzun vadeli sözleşmelerin daha kalıcı çözümler sunacağı kanaatindeyiz. Kamu tarafından tarafımıza sağlanacak e-Nabız erişimi ise sigortacılar ile hizmet sunucularının hizmetin verimliliği ve hakediş değerlendirmesi için önemli unsurların başında geliyor.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

T.B: Sağlık sigortası sadece hastane masraflarını karşılayan bir teminat değil; aksine iş sürekliliğini sağlayan, kurumların ve bireylerin ekiplerini koruma altına alarak iş gücü kaybı ile operasyonel aksaklıkların önüne geçen stratejik bir kalkandır.

Sağlık, evrensel bir ihtiyaç. Bizim görevimiz, bu ihtiyacı değişen dünyaya uygun şekilde güvence altına almak.

Özel sağlık sigortacılığı, tek bir aktörün değil; **tüm paydaşların birlikte sorumluluk aldığı** bir ekosistemdir. Kamu otoritelerinin öngörülebilir ve dengeleyici regülasyonları, sigorta şirketlerinin teknik disiplin ve müşteri odaklı yaklaşımı, sağlık hizmet sunucularının kalite ve maliyet bilinci bu yapının temel taşlarını oluşturmaktadır.

Sigortalıların bilinçli kullanım alışkanlıkları ve önleyici sağlık yaklaşımının yaygınlaşması da sistemin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşıyor. Sağlık sigortacılığının, yalnızca hastalık anında devreye giren bir finansal araç değil; sağlıklı yaşamı destekleyen bir yapı haline gelmesi gerektiğine inanıyoruz.

Türkiye Sigorta olarak hedefimiz; ölçeğimizi, dijital gücümüzü ve yaygın dağıtım ağımızı kullanarak sağlık sigortacılığını dar bir gelir grubunun ürünü olmaktan çıkarıp, **erişilebilir ve toplumsal fayda üreten bir yapıya dönüştürmektir**.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası'nın gelişimi için kamu tarafından sağlanacak finansal teşvikleri; hem sigortalı sayısının artması hem de kamu üzerindeki sağlık harcaması yükünün hafifletilmesi açısından stratejik bir adım olarak görüyorum. Bu aynı zamanda genel sağlık sigortasının mali riskinin/yükünün paylaşılması, kayıt dışı sağlık harcamalarının azaltılması ve vergilendirme teşviğinin artırılmasında da önemli bir etken olacaktır. Firmaların kurumsal sağlık poliçesi satın alması durumunda kamu tarafından sağlanacak ek yasal avantajlardan ve indirimlerden faydalanması sektörün büyümesi için önemli bir gelişme olacaktır.

Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nin (SBM) artan rolünü, sektör açısından bir dönüm noktası olarak değerlendiriyorum. SBM üzerinden veri paylaşımının gelişmesinin; sağlık sigortacılığında risk yönetiminin doğruluğunu ve fiyatlama adaletini artıracağına; bu yapının sigortalı davranışlarının analiz edilmesinin yanı sıra kurumlar arası bilgi eşleşmesinin de güvenli biçimde yapılmasına olanak sağlayacağına inanıyorum. SBM merkezli yeni sistemle birlikte, sigortalılık bilgilerinin dijital ortamda daha hızlı tamamlanması; şeffaflığı artıracak, kötü niyetli risk transferlerini azaltacak ve daha adil bir prim yapısı oluşturacaktır. Bunun uzun vadede teknik kârlılığı ve müşteri deneyimini iyileştireceğine inancım tam. ■

Bupa Acıbadem Sigorta Genel Müdürü Aslıhan Duymaz:

"Sigortayı finansal bir güvence olmanın ötesine taşıyıp, sağlığı koruyan bütünsel bir ekosistem olarak konumlandırıyoruz"

ASLIHAN DUYMAZ - Bupa Acıbadem Sigorta Genel Müdürü

Sağlık sigortacılığı, yalnızca risk gerçekleştiğinde devreye giren bir finansal güvence olmanın ötesine geçerek bireyin tüm sağlık yolculuğuna eşlik eden dinamik bir ekosisteme dönüşüyor. 2025 yılını bu büyük dönüşümün ve dijitalleşmenin ivme kazandığı bir dönem olarak geride bırakan Bupa Acıbadem Sigorta, 2026 yılı stratejilerini "bütünsel sağlık yönetimi" vizyonuyla şekillendiriyor. Bupa Acıbadem Sigorta Genel Müdürü Aslıhan Duymaz; özel sağlık sigortacılığının geleceğine dair öngörülerini, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasındaki sürdürülebilirlik kriterlerini ve sağlık sisteminin tüm paydaşlarını kapsayan yeni nesil ortak sorumluluk modellerini hospitalmanager ile paylaştı.



H.M: Bupa Acıbadem Sigorta olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

A.D: 2025 yılı sigorta sektörü açısından hem büyümenin hem de dönüşümün hız kazandığı bir dönem oldu. Sağlık hizmetlerine erişim ihtiyacının artması, bireylerin sağlıklarını daha bilinçli şekilde korumak istemeleri ve ekonomik koşulların etkisiyle sigortaya olan ilgi giderek artıyor. Sektörde, sağlık sigortasının yalnızca bir güvence değil, bireylerin kendi sağlıklarını proaktif biçimde yönetmelerini sağlayan bir araç olarak görülmesini hedefleyen yeni yaklaşımlar öne çıkıyor.

Sağlık sigortası ürünlerindeki esneklik ve çeşitlilik sektörün daha geniş kesimlere ulaşma potansiyelini ortaya koyuyor. Bupa Acıbadem Sigorta olarak biz de bu dönüşüm döneminde odağımıza yalnızca tedaviyi değil, önleyici ve bütünsel sağlık yaklaşımını aldık. Check-up ve tetkik sigortaları gibi erken teşhis ve koruyucu sağlık çözümlerinin yanı sıra ONS Online Sağlık Sigortası ile müşterilerimizin dijital ortamda uzmanlara kolayca ulaşabilecekleri erişilebilir sağlık güvenceleri geliştirdik. Bununla birlikte, sınırları ortadan kaldıran Global Sağlık Sigortası ürünümüzle, müşterilerimizin dünyanın neresinde olurlarsa olsunlar sağlıklarını ayrıcalıklı teminatlarla güvence altına alabilecekleri çözümler sunduk. Kişiye özel ürünler ve müşteri deneyimini kolaylaştıran dijital uygulamalar bu süreçte önceliklerimiz arasında yer aldı.

2026 yılında en önemli hedefimiz, sigortayı yalnızca finansal bir güvence olarak değil; sağlığı koruyan, yaşam kalitesini artıran bütünsel bir ekosistem olarak konumlandırmak. Bu doğrultuda dijital çözümlerimizi genişletmeye, önleyici sağlık uygulamalarını daha geniş kitlelere erişilebilir hale getirmeye ve müşteri odaklı ürün geliştirmeye devam edeceğiz. Aynı zamanda sürdürülebilir büyüme ve güçlü iş birlikleriyle sektörde değer yaratmayı sürdüreceğiz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

A.D: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), son yıllarda sağlık ekosisteminin en hızlı büyüyen alanlarından biri haline geldi, bu da sektörde önemli bir dönüşümün kapısını araladı. Bu büyümenin arkasında özel sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırması, maliyetleri öngörülebilir hale getirmesi ve geniş kitleler için daha ulaşılabilir bir alternatif sunması gibi güçlü dinamikler bulunuyor. TSS'nin SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında fark ücretlerini karşılaması vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine çok daha hızlı ve ekonomik şekilde ulaşmasını sağlarken aynı zamanda sigorta bilincini toplum genelinde yaygınlaştıran etkili bir mekanizma olarak öne çıkıyor.

SGK altyapısını özel sektörün çevikliği, hız ve hizmet kalitesiyle bir araya getiren bu hibrit model; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırma potansiyeliyle ekosistemde stratejik bir rol üstleniyor. Bugün milyonlarca kişi tarafından tercih edilen TSS'nin hem özel sağlık sigortacılığının geleceğini şekillendiren hem de toplum sağlığını destekleyen güçlü bir araç haline geldiğini görüyoruz. Artan talep, bu ürünün yalnızca ekonomik bir seçenek değil aynı zamanda daha güvenli, daha kapsamlı ve daha sürdürülebilir bir sağlık hizmeti deneyimi sunma kapasitesine sahip olduğunu açık şekilde gösteriyor.

Bu hızlı büyüme ile birlikte, ürünün uzun vadeli sürdürülebilirliğini güvence altına almanın en kritik ihtiyaç haline geldiğini söyleyebiliriz. Sağlık hizmetlerinde maliyet artışları, hizmet sunumundaki fiyat dengelerinin korunması, doğru kullanım davranışlarının teşviki, şeffaflığın artırılması ve poliçe kapsamlarının müşteriler tarafından daha net anlaşılması gibi konu başlıklarının, sektörün tüm paydaşları tarafından ortak bir perspektifle ele alınması gerekiyor. Bu noktada sigorta şirketleri, sağlık hizmet sunucuları, kamu otoriteleri ve tüketicilerin oluşturduğu çok paydaşlı yapı içinde uyum ve iş birliği her zamankinden daha büyük bir önem taşıyor.

Biz, sağlık sigortasını yalnızca risk gerçekleştiğinde devreye giren bir güvence olarak değil bireylerin sağlıklarını proaktif, bilinçli ve dengeli bir şekilde yönetebilmelerini sağlayan bir yaşam çözümü olarak görüyoruz. Bizim için temel başarı kriteri; hastane veya sigorta şirketi ayrımı gözetmeksizin, bireyin daha sağlıklı bir hayata erişimini olabildiğince kolaylaştırmaktır. Bu nedenle tüm ekosistemin odağında hizmet kalitesini korumak, maliyet etkin modeller geliştirmek ve sağlık sigortacılığının toplumsal faydasını en üst seviyeye taşımak olmalı.

TSS'nin sunduğu fırsatları doğru yönettiğimiz takdirde hem sektörün sürdürülebilir biçimde büyümesini destekleyecek hem de milyonlarca vatandaşın daha kaliteli sağlık hizmetine erişimini güçlendirecek bir yapıyı hep birlikte inşa edebiliriz.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

A.D: Bu ekosisteme hem sigorta hem sağlık hizmeti tarafı açısından baktığımızda, aslında hepimizin aynı amaca hizmet ettiğini görüyoruz, bu da insanların daha sağlıklı bir yaşam sürmesine katkı sunmak. Farklı roller üstleniyor olsak da sigorta şirketleri ve sağlık kuruluşları sağlık sisteminin ayrılmaz parçaları ve müşterinin gözünde tek bir bütünün farklı temsilcileri. Dolayısıyla güçlü bir sağlık sigortası yapısının ancak taraflar arasında güven, şeffaflık ve uyum üzerine kurulu bir iş birliği modeliyle mümkün olabileceğine inanıyoruz.

Sağlık hizmeti sunumundaki mekanizmaların herkes tarafından anlaşılır olması hem maliyet etkinliği hem de müşteri deneyimi açısından kritik önem taşıyor. Aynı



şekilde dijitalleşme ve operasyonel uyum da artık bir tercih değil, sağlık hizmetinin kaçınılmaz bir parçası. Süreçlerimizde ne kadar yüksek bir entegrasyon sağlayabilirsek; hastanelerin ve sigorta şirketlerinin operasyonel yükü o oranda azalır, sigortalılarımızın aldığı hizmet kalitesi de bir o kadar artar. Hastanelerle birlikte oluşturulacak tedavi yol haritaları, dijital entegrasyonların güçlendirilmesi ve iletişim kanallarının daha etkin çalıştırılması sektörün sürdürülebilirliğine önemli katkılar sağlayacaktır.

Veri konusu ise özellikle hassasiyet gerektiren bir başlık. Ortak veri platformları, gerçekten doğru kurgulandığında hem tekrarlayan tetkikleri azaltan hem de tedavi kalitesini artıran yapılar oluşturabilir. Bu nedenle yaklaşımımız sigortalının tercihlerine saygı duyan, ihtiyaç olduğu kadar veriyi işleyen güvenli çözümler geliştirmek yönünde. Hedefimiz, kişisel mahremiyeti gözetirken aynı zamanda sistemin verimli çalışmasını desteklemek.

Bizim için nihai hedef çok net; sigortalılarımızın kaliteli sağlık hizmetine hızlı, güvenilir ve kesintisiz şekilde ulaşmasını sağlamak. Bunu gerçekleştirmek için de ekosistemin tüm paydaşlarıyla uyum içinde hareket etmeyi, açık iletişimi ve ortak faydayı her şeyin üzerinde tutuyoruz.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

A.D: Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının geleceğine baktığımızda, aslında çok güçlü bir potansiyel görüyoruz. Hem teknolojik dönüşümün yarattığı fırsatlar hem de toplumun sağlık bilincindeki artış bu alanın sistematik bir biçimde büyümesi için önemli bir zemin oluşturuyor. Ancak sürdürülebilir bir gelişim, yalnızca sigorta şirketlerinin çabasıyla değil sağlık hizmet sunucuları, kamu, sigortalılar ve sektörün tüm oyuncuları arasında kurulan ortak sorumluluk anlayışıyla mümkün olabilir.

Sigorta şirketleri açısından baktığımızda üstlendiğimiz en önemli sorumluluğun ise şeffaflık olduğunu söyleyebiliriz. Müşterilerimizin satın aldıkları poliçenin kapsamını, hangi haklara sahip olduklarını ve hangi sınırlar içinde güvence altında olduklarını net bir şekilde anlamaları gerekiyor. Çünkü sigortacılık ilişkisi temelde güven üzerine kurulu bir ilişki. Bu güveni korumanın yolu da açık, sade, anlaşılması kolay ürünler sunmaktan geçiyor. Aynı zamanda müşteri ihtiyaçlarını doğru okuyabilen, onlara değer katan ve dijitalleşmenin sunduğu tüm kolaylıkları sürece yansıtan bir yaklaşım benimsemek de bizim temel sorumluluğumuz. Sigortacılığın geleceğini şekillendiren bir diğer önemli adım ise yalnızca tedavi anında değil, bireyi sağlıklı yaşam döngüsü boyunca destekleyen önleyici sağlık hizmetlerine yapılan yatırımdır. Sigortalıların da hem koruyucu sağlık hizmetlerini hem de dijital kanalları etkin kullanabilmelerini sağlamayı hedeflemeliyiz.

Hastaneler ve sağlık hizmet sunucuları ise sistemin en görünür yüzü. Bu nedenle onların rolü hem hizmet kalitesi hem de süreç yönetimi açısından oldukça kritik. Hastanelerin şeffaf, öngörülebilir ve standart bir hizmet anlayışıyla hareket etmesi; gereksiz tetkik ve uygulamaların önüne geçen, tıbbi uygunluğu temel alan bir yaklaşım benimsemesi müşteri deneyimini ve maliyet dengesini olumlu yönde etkiliyor.

Kamu otoriteleri ise sigortacılık ekosisteminin dengeleyici gücü olarak kritik bir rol oynuyor. Sektörün uzun vadeli büyümesini teşvik eden politikaların hayata geçirilmesi özel sağlık sigortacılığının gelişimi açısından temel bir unsur. Kamu, hem tüketici haklarının korunmasını sağlayan hem de sektör oyuncuları arasındaki iş birliğini destekleyen bir ortam oluşturduğunda tüm paydaşların daha sürdürülebilir bir zeminde hareket etmeleri de kolaylaşıyor.

Sonuç olarak, özel sağlık sigortacılığının Türkiye'de daha güçlü bir yapıya kavuşması tüm paydaşların aynı vizyon doğrultusunda hareket etmesiyle mümkün. Şeffaflık, dayanışma, dijitalleşme, müşteri odaklılık ve sürdürülebilirlik ortak paydada buluştuğunda özel sağlık sigortacılığının yalnızca sektör için değil, toplumun geneli için daha yüksek bir değer üreteceğinden hiç şüphemiz yok. ■


Üst üste 4. kez
Yılın En İtibarlı Markası
ORZAX
The ONE Awards
Marketing Türkiye
ORZAX
YILIN EN İTİBARLI MARKASI
Gıda Takviyesi Kategorisi
The ONE Awards
Marketing Türkiye
GIDA TAKVİYELERİ KATEGORİSİNDE
YILIN EN İTİBARLI MARKASI
2023
2024
2025
2026
ORZAX

Robotik Cerrahide

Da Vinci 5, Da Vinci Single



CORDAMED
BIOMEDICAL ENGINEERING

Seçme Özgürlüğü

Port Da Vinci Xi, Da Vinci X



DAVINCI

Anadolu Sigorta Genel Müdürü Z. Mehmet Tuğtan:

"2026, sağlık sigortacılığında yapısal dönüşümün yılı olacak"

Z. MEHMET TUĞTAN - Anadolu Sigorta Genel Müdürü

Sağlık sigortacılığı, teknolojik dönüşümün ve değişen maliyet dinamiklerinin etkisiyle kritik bir eşikten geçiyor. 2025 yılını artan talep ve operasyonel verimlilik odaklı geçiren sektör, 2026 itibarıyla yürürlüğe giren yeni düzenlemelerle birlikte daha şeffaf ve sürdürülebilir bir yapıya evriliyor. Anadolu Sigorta Genel Müdürü Z. Mehmet Tuğtan; medikal enflasyonun yönetiminden dijitalleşme vizyonuna, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın geleceğinden sektördeki yapısal dönüşüme kadar geniş bir yelpazeyi kapsayan stratejik değerlendirmelerini hospitalmanager ile paylaştı.



H.M: Anadolu Sigorta olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

M.T: 2025 yılı, özel sağlık sigortacılığı açısından hem talebin hem de sorumluluğun belirgin şekilde arttığı bir yıl oldu. Sağlık hizmet maliyetlerindeki yükseliş, bireylerin sağlık harcamalarına karşı daha öngörülebilir ve sürdürülebilir çözümler aramalarına neden olurken; özel sağlık sigortaları bu ihtiyacın en önemli yanıtlarından biri haline geldi. Anadolu Sigorta olarak, 2025'te özel sağlık ve tamamlayıcı sağlık sigortalarına olan talebin güçlü seyretti-



ğini, özellikle erişilebilir ürünlere yönelimin arttığını gözlemledik.

Bu dönemde ana odağımız, artan medikal enflasyona rağmen sigortalılarımıza sürdürülebilir teminat yapıları sunabilmek oldu. Veri temelli fiyatlama, risk analitiği ve hasar yönetiminde otomasyon yatırımları sayesinde sağlık branşında dengeli bir büyüme sağladık. Sağlık sigortasının kısa vadeli bir ürün değil, uzun vadeli bir güvence olduğu anlayışını güçlendirmeye yönelik çalışmalarımızı artırdık.

2026 yılına baktığımızda ise sağlık sigortacılığında çok önemli bir yapısal dönüşümün eşiğinde olduğumuzu söyleyebiliriz. 1 Ocak 2026 itibarıyla yürürlüğe giren Özel Sağlık Sigortası Yenileme Garantisi düzenlemesiyle birlikte, sigortalıların sisteme uzun vadeli dahil olmalarını sağlayacak daha güvenli ve öngörülebilir bir yapı oluşacak. Bu düzenlemenin hem sağlık sigortası penetrasyonunu artıracağını hem de daha geniş ve dengeli bir risk havuzu yaratacağını öngörüyoruz. Anadolu Sigorta olarak 2026'da dijitalleşme, kişiselleştirilmiş ürün yapıları ve müşteri deneyimini odağa alan çözümlerle sağlık branşındaki güçlü konumumuzu pekiştirmeyi hedefliyoruz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

M.T: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), son yıllarda sağlık sigortacılığının en hızlı büyüyen ve en kapsayıcı alanlarından biri haline geldi. SGK ile entegre yapısı sayesinde geniş kitlelere ulaşabilen bu ürün, artan özel hastane maliyetleri karşısında bireyler için erişilebilir bir güvence modeli sundu. 2025 yılında tamamlayıcı sağlık sigortasının artık "isteğe bağlı" bir ürün olmaktan çıkarak, birçok hane için temel bir ihtiyaç olarak konumlandığını görüyoruz.

Bu hızlı büyüme, beraberinde bazı yapısal ihtiyaçları da gündeme getiriyor. Özellikle teminat standartlarının netleştirilmesi ve hizmet kalitesinin sürdürülebilirliğinin sağlanması önem taşıyor. Ayrıca medikal enflasyonun etkilerini, hem sigorta şirketleri hem de sağlık hizmet sunucuları açısından daha dengeli yönetmeyi hedeflememiz gerektiğine inanıyoruz.

Önümüzdeki dönemde yenileme garantisi düzenlemesiyle birlikte tamamlayıcı sağlık sigortasının çok daha uzun vadeli bir bakış açısıyla ele alınacağını düşünüyoruz. Bu düzenlemeler, sigortalı güvenini artırırken sektörün de daha sağlıklı bir büyüme zemini kazanmasına katkı sağlayacaktır.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

M.T: Sigorta şirketleri ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişki, sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliği açısından kritik bir öneme sahip. Bu iş birliğinin temelinde; şeffaflık, öngörülebilirlik ve hizmet kalitesi yer alıyor. Sigorta şirketleri olarak en önemli beklentimiz, sunulan hizmetlerin standartlarının net olması, maliyet yapılarının öngörülebilir şekilde yönetilmesi ve hizmet kalitesinin tüm sigortalılar için eşit şekilde sağlanmasıdır.

Medikal enflasyonun yüksek seyrettiği bir ortamda, maliyet artışlarının yalnızca fiyatlara yansıtılması yerine, verimlilik odaklı çözümlerin geliştirilmesi büyük önem taşıyor. Dijitalleşme, doğru hasta yönlendirme sistemleri, gereksiz tetkiklerin azaltılması ve veri paylaşımının güçlendirilmesi, bu alandaki temel çözüm başlıkları arasında yer alıyor.

Sektör olarak sağlık hizmet sunucuları ile daha güçlü bir diyalog zemini oluşturmanın, uzun vadede hem sigortalı memnuniyetini artıracağına hem de sistemin sürdürülebilirliğine katkı sağlayacağına inanıyoruz. Ortak hedefimiz; kaliteli sağlık hizmetine erişimi korurken, maliyetleri dengeli bir şekilde yönetebilen bir yapı oluşturmak olmalı.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

M.T: Özel sağlık sigortacılığının sağlıklı ve sürdürülebilir biçimde gelişebilmesi için tüm paydaşların ortak bir sorumluluk üstlenmesi gerekiyor. Sigorta şirketleri, erişilebilir ve anlaşılır ürünler sunarken; sağlık hizmet sunucuları kaliteli ve şeffaf hizmet anlayışını güçlendirmeli. Kamu tarafında ise düzenleyici çerçevenin uzun vadeli, öngörülebilir ve sektörü destekleyici şekilde kurgulanması büyük önem taşıyor.

Sigortalı tarafında da sağlık sigortasının yalnızca kısa vadeli bir maliyet unsuru değil, uzun vadeli bir güvence olduğu bilincinin güçlendirilmesi gerekiyor. Yenileme garantisi gibi düzenlemeler bu bilincin oluşmasına önemli katkı sağlayacak. Dijitalleşme, veri analitiği ve yapay zekâ destekli çözümler ise sistemin daha verimli işlemesini sağlayarak tüm paydaşlara değer yaratacak.

Sonuç olarak, özel sağlık sigortacılığının gelişimi; kamu, sigorta şirketleri, özel sektör, sağlık hizmet sunucuları ve sigortalıların ortak bir vizyon etrafında buluşmasıyla mümkün. Bu iş birliği sağlandığında, sağlık sigortasının toplum genelinde daha geniş bir güvence alanı oluşturacağına inanıyoruz. ■



Mapfre Sigorta Bireysel Sigortalar Teknik Genel Müdür Yardımcısı Mahmut Emre Bayram:

"2026'da odağımız güven, dijital deneyim ve kişiselleştirilmiş çözümler"

MAHMUT EMRE BAYRAM - Mapfre Sigorta Bireysel Sigortalar Teknik Genel Müdür Yardımcısı

Sağlık enflasyonu ve maliyet yönetiminde teknik disiplinin her zamankinden daha kritik hale geldiği bir dönemde; sağlık branşını portföyünün merkezine konumlandırarak %36'lık bir paya ulaştıran Mapfre Sigorta, sürdürülebilir büyümenin formülünü "şeffaflık ve dijitalleşme" olarak tanımlıyor. Mapfre Sigorta Bireysel Sigortalar Teknik Genel Müdür Yardımcısı Mahmut Emre Bayram; 2025 yılı değerlendirmelerini, şirketin yenilikçi projelerini ve 2026 vizyonunu hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Mapfre Sigorta olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

M.E.B: 2025 yılı, özel sağlık sigortacılığında talebin belirgin şekilde arttığı; aynı zamanda sağlık enflasyonu ve maliyet dinamiklerinin sektör genelinde teknik disiplini daha kritik hale getirdiği bir yıl oldu. Pandemi sonrası dönemde başlayan sağlık farkındalığının artışı ivme kaybetmeden devam etti. Bireylerin sağlıklarına olan duyarlılığı yükseldi; sağlık hizmetlerinde hız, konfor ve alternatif arayışı da bu artışı destekledi.

Pazara baktığımızda sağlık branşının 2025'te güçlü bir büyüme sergilediğini görüyoruz. Bu tablo içinde biz de; dijitalleşme, kişiselleştirilmiş hizmetler ve önleyici sağlık uygulamalarıyla sürdürülebilir sigortacılık modelimizi daha belirgin şekilde büyüttük. Sağlık branşı dengeli portföy yaklaşımımızın merkezinde konumlandı; bugün portföyümüzde sağlığın payı %36 seviyesinde. Sigortalılarımızın sağlık hizmetlerine kesintisiz ve kaliteli bir şekilde erişimini korurken, anlaşmalı kurumlarımızda güçlü iş birliklerini ön planda tuttuk.

Müşteri beklentileri değişiyor, sağlık sektörü dönüşüyor ve biz de bu değişime öncülük etmeye devam ediyoruz. Bu kapsamda "Hepsi Birlikte Sağlık Sigortası" gibi hibrit ürünlerle ihtiyaçları tek poliçe altında birleştiren, daha pratik ve erişilebilir çözümleri yaygınlaştırdık; ürünün yapısı itibarıyla ÖSS yatarak tedavi ile TSS ayakta tedavi teminatını bir araya getirerek farklı beklentilere tek çatı altında yanıt veren bir model kurguladık. Dijital tarafta ise mobil platformumuz Mapfre GO'yu poliçe yönetiminden hasar takibine ve sağlık hizmetlerine erişime uzanan bir ekosistem haline getirirken, "Bi' Doktora Sor" gibi hizmetlerle 7/24 doktor erişimini güçlendirdik; böylece sağlık sigortasını daha proaktif bir destek mekanizmasına dönüştürdük. Alanında uzman hekimlerden oluşan dijital networkümüzü genişlettik ve görüşme sürelerini sigortalılarımızın tıbbi danışma ve tedavi ihtiyaçlarına kapsamlı yanıt verebilecek hale getirdik.

Bir diğer projemiz olan MEDİGO, sağlık kuruluşlarıyla olan sözleşme ve iş birliği süreçlerimizi uçtan uca

dijital olarak yönettiğimiz bir platform olarak hayata geçirildi. Kurumlarla yapılan sözleşme süreçlerinin dijitalleştirilmesi sayesinde; teklif, onay, revizyon ve sözleşme adımlarını daha hızlı, şeffaf ve izlenebilir hale getirirken süreçleri veriyle destekleyen bir yönetim modeline taşıyoruz. Dijital altyapı sayesinde manuel iş yükünü azaltıyor, hataları minimize ediyor ve sağlık hizmeti sunumunda karar alma süreçlerini veriye dayalı olarak destekliyoruz. Hastaneler; hekim kadrosu, cihaz altyapısı ve hizmet kapsamı gibi kritik bilgilerini tek bir dijital platform üzerinden giriş yaparak güncelleyebiliyorlar.

2026'da yeni yönetmeliğin yürürlüğe girmesiyle birlikte bekleme süreleri, bilgilendirme esasları ve ömür boyu yenileme garantisine ilişkin kriterler daha net bir çerçeveye kavuştu. Bu standartlaşmayı hem sigortalılar açısından öngörülebilirliği güçlendiren hem de sektörün uzun vadeli sağlıklı büyümesini destekleyen önemli bir adım olarak görüyoruz. Bu dönemde odağımız; daha şeffaf ve anlaşılır ürün iletişimiyle güveni pekiştirmek, dijital kanallarda deneyimi güçlendirmek ve müşteri ihtiyaçlarına göre daha kişiselleştirilmiş çözümler sunmak. Özellikle dijital sağlık hizmetlerinin ve online danışmanlık gibi uygulamaların entegrasyonuyla, sigortalılarımızın sağlık yolculuğunda daha erişilebilir ve proaktif bir destek modeli kurmayı hedefliyoruz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

M.E.B: Ülkemizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını 2012 yılında ilk kez hayata geçiren sigorta şirketiyiz. O günden bu yana, tüm paydaşların katkısıyla ürünün gelişimini ve yaygınlaşmasını son derece değerli ve olumlu buluyoruz. Kamu sağlık sistemine erişimi destekleyen ve özel hastanelerde hizmet alma imkanını daha geniş kitlelere sunan bu ürün, hem sigortalılar hem de sağlık kuruluşları açısından önemli.

Büyümenin arkasındaki en belirleyici faktörlerden birinin ekonomik gerçeklikler olduğunu görüyoruz. Özel Sağlık Sigortasına kıyasla primlerin daha erişilebilir seviyelerde konumlanması ve ürün yapısının tüketici tarafından daha kolay anlaşılması, TSS'yi geniş kitleler açısından güçlü bir seçenek haline getiriyor. Tüketicinin gözünde "hem ekonomik hem anlaşılır" bir çözüm olarak konumlanıyor. Bu bağlamda, Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının yaygınlaşması ve sürdürülebilirliği adına; fiyatlama, provizyon ve hizmet kullanım dinamiklerinin gerçekçi veriler ışığında ele alınmasının önemli olduğuna inanıyoruz. Bununla birlikte, sağlık hizmet maliyetlerindeki artışların dengeli ve kontrollü olması, ani dalgalanmaların engellenmesi de son derece önemlidir.

Yeniden düzenleme ihtiyacı tarafında ise yeni yönetmeliğin devreye alınması ile önemli bir adım atılmış oldu. Yeni yönetmelik; özellikle bekleme süreleri, ömür boyu yenileme garantisi kriterleri ve bilgilendirme esaslarının standartlaşması, sigortalı açısından daha öngörülebilir, karşılaştırılabilir ve şeffaf bir yapı oluşturuyor. Bu standardizasyonu hem tüketici güvenini pekiştiren hem de sektörün sürdürülebilir büyümesini destekleyen kritik bir adım olarak görüyoruz. Mapfre Sigorta olarak, sigortalılarımızın ihtiyaçlarını merkeze alırken, sağlık kuruluşları ile güçlü ve uzun soluklu iş birlikleri kurarak, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının daha sağlam bir zeminde gelişmesine katkı sağlamayı hedeflemekteyiz.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

M.E.B: Sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilir ve sağlıklı bir şekilde büyümesi için iş birliğine büyük önem veriyoruz. Bu doğrultuda ortaklaşa fikir alışverişi yaparak; süreçleri optimize edecek, hizmet kalitesini artıracak ve sigortalılarımızın deneyimini iyileştirecek çözümler üzerinde birlikte çalışıyoruz. Amacımız, sadece bireysel ya da kurumsal sigortalılarımıza en iyi hizmeti sunmak değil, aynı zamanda sektörde güvenilir ve şeffaf bir ekosistem yaratmak.

Sigorta şirketleri olarak sağlık hizmet sunucularından temel beklentimiz; şeffaf, hasta odaklı ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışının benimsenmesidir. Hizmet kapsamı, fiyatlama ve uygulama standartlarında ortak bir yaklaşım geliştirilmesinin, sistemin sağlıklı işlemesi açısından kritik olduğuna inanıyoruz.

Aynı zamanda etkin iletişim, hızlı geri bildirim ve karşılıklı güvene dayalı iş birliklerinin güçlenmesini önemsiyoruz. Amacımız, tüm paydaşlarla birlikte hareket ederek sigortalı deneyimini iyileştiren, uzun vadeli ve dengeli bir sağlık sigortacılığı ekosistemi oluşturmaktır.

Belirttiğim gibi; sağlık sigortalarının sürdürülebilirliği için sağlık kuruluşlarıyla sunduğumuz hizmet kalitesine ve maliyetlerin iyileştirilmesine hep birlikte odaklanmalıyız. Özellikle teknolojinin imkanlarını kullanarak verimliliği ve kapasiteyi artırmak, gerek hizmete gerekse maliyete olumlu etki edecek en önemli unsurların başında yer almaktadır. ■

10 YAŞINDAYIZ



“Sağlıkta mükemmellik ve bilimde öncülük” yolunda geçen **10 yılın** gururunu yaşıyoruz.

BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ



Tur Medical Genel Müdürü Deniz Canbulat: "TSS'nin sağlıklı gelişimi için dijitalleşme ve toplumsal farkındalık şart"

DENİZ CANBULAT - Tur Medical Genel Müdürü

Özel sağlık sigortacılığı, yapay zekâ ve dijitalleşmenin etkisiyle tarihindeki en köklü dönüşümlerden birini yaşıyor. Bu dönüşümün merkezinde yer alan ve Tur Assist bünyesindeki İMECE Destek'i devralarak yeni bir döneme giren Tur Medical, 2026 yılına iddialı projelerle hazırlanıyor. Tur Medical Genel Müdürü Deniz Canbulat; yapay zekâ destekli provizyon sistemlerinden operasyonel verimlilik hedeflerine, sektörün geleceğine uzanan stratejik öngörülerini hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Tur Medical olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

D.C: Tur Assist bünyesine İMECE Destek'i katarak Tur Medical markası altında başlattığımız yolculukta, 2025 yılını temel bir "entegrasyon ve operasyonel kapasite güçlendirme" dönemi olarak geride bıraktık. Bu süreçte özellikle dijitalleşme hamlelerimize ağırlık vererek, yapay zekâ destekli provizyon sistemlerimizi devreye aldık; bu sayede hem hizmet kalitemizde hem de operasyonel verimliliğimizde gözle görülür bir artış sağladık.

2026 yılına dair vizyonumuz ise bu teknolojik altyapıyı bir üst seviyeye taşımaktır. Yeni dönemde yapay zekâ ve makine öğrenimi algoritmalarını süreçlerimize daha derinlemesine entegre ederek risk analizlerimizi güçlendirmeyi, provizyon sürelerini minimize etmeyi ve hizmet ağımızı genişleterek sigortalılarımıza çok daha kişiselleştirilmiş sağlık çözümleri sunmayı hedefliyoruz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

D.C: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), günümüzde sağlık hizmetlerine erişimi demokratikleştiren ve kolaylaştıran en kritik ürünlerden biri haline gelmiştir. Toplumdaki sağlık bilincinin artması ve kamu sağlık hizmetlerindeki yoğunluk, TSS'ye olan talebi ivmelendirse de bu büyümenin sağlıklı ve sürdürülebilir olması için belirli alanlarda düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Öncelikle, provizyon süreçlerinin hızlanması adına dijital platformların ve yapay zekâ kullanımının tüm sektör genelinde yaygınlaştırılması büyük önem arz etmektedir. Bununla birlikte, TSS'nin sunduğu avantajlar konusunda toplumsal farkındalığın artırılması ve satış kanallarının bu doğrultuda daha donanımlı hale getirilmesi gerekmektedir. Son olarak, sağlık enflasyonu ve demografik değişimler gibi makro etkenler göz önünde bulundurularak, sistemin aktüeryal dengesini koruyacak ve uzun vadeli sürdürülebilirliği sağlayacak yapısal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

D.C: Sigorta şirketleri olarak sağlık hizmet sunucularından en temel beklentimiz; sigortalılarımıza yüksek kalitede, erişilebilir ve tam anlamıyla şeffaf bir hizmet sunulmasıdır. Bu şeffaflık hem tıbbi süreçleri hem de faturalandırma doğruluğunu kapsamaktadır. Operasyonel boyutta ise dijital platformlar üzerinden yürütülen hızlı ve etkin bir provizyon süreci ile kesintisiz veri entegrasyonu, süreçlerin tıkanmaması adına kritiktir. Ayrıca, maliyet yönetiminin etkin bir şekilde yapılması, sektörün genel dengesi için vazgeçilmez bir unsurdur.

Bu süreçlerde karşılaşılan aksaklıkların giderilmesi için yapay zekâ destekli ortak dijital platformların kullanımını öneriyoruz. Sağlık hizmet sunucularının sistem işleyişi hakkında düzenli olarak bilgilendirilmesi, iş birliklerinin sadece işlem hacmine değil hizmet kalitesi ve maliyet etkinliğine dayalı performans modelleriyle kurgulanması sorunları büyük ölçüde çözecektir. Düzenli ve açık iletişim kanallarının tesisi, olası pürüzlerin hızla giderilmesini sağlayarak sigortalı deneyimini iyileştirecektir.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

D.C: Özel sağlık sigortacılığının ülkemizde sağlıklı ve sürdürülebilir bir gelişim eğrisi yakalaması; sigorta şirketlerinden sağlık hizmet sunucularına, düzenleyici kurumlardan sigortalılara ve asistans şirketlerine kadar ekosistemin tüm aktörlerinin ortak bir vizyon ve güçlü bir iş birliği içerisinde hareket etmesine bağlıdır.

Bu kolektif yapıda sigorta şirketlerinin yenilikçi ürünler geliştirmesi, teknolojik yatırımlara odaklanması ve toplumsal farkındalığı artıracak eğitim faaliyetlerini üstlenmesi büyük bir lokomotif görevi görmektedir. Sistemin operasyonel ayağını oluşturan sağlık hizmet sunucularının ise sundukları hizmette kalite ve şeffaflığı ön plana çıkarması, dijital entegrasyon süreçlerini tamamlaması ve etkin bir maliyet yönetimi sergilemesi sistemin sürdürülebilirliğini pekiştirecektir.

Düzenleyici kurumların şeffaf bir yasal çerçeve çizerek standartları belirlemesi, denetim ve teşvik mekanizmalarını dinamik tutması; sektörün güven zeminini inşa edecektir. Sürecin merkezinde yer alan sigortalıların ise hak ve sorumlulukları konusunda doğru bilgi edinmeleri ve hizmetleri sorumlu bir yaklaşımla kullanmaları, aktüeryal dengenin korunması adına hayati bir önem taşımaktadır. Son olarak, tüm bu paydaşlar arasında teknolojik çözümleriyle stratejik bir köprü kuran asistans şirketleri; müşteri deneyimini iyileştirerek ve veri analizi destekli danışmanlık hizmetleri sunarak yapının verimliliğini artıracaktır.

İnanıyoruz ki bu topyekûn iş birliği ruhu, özel sağlık sigortacılığını çok daha güçlü ve geleceğe hazır bir yapıya kavuşturacaktır. ■

Sigortam.net CEO'su Ataman Kalkan: "Sağlık sigortasında standart poliçe değil, kişiye özel yapı sağlıklı sonuç verir"

ATAMAN KALKAN - Sigortam.net CEO'su

Sağlık sigortacılığı, 2026 yılı itibarıyla köklü bir dönüşümün eşiğinden geçiyor. Artan maliyetler ve bilinçlenen kullanıcı beklentileriyle şekillenen 2025 yılının ardından, sektör artık sadece bir güvence değil, kişiselleştirilmiş bir deneyim sunma peşinde. Sigortam.net CEO'su Ataman Kalkan; özel sağlık sigortasındaki bu büyük dönüşümü, erişilebilirlik vizyonlarını ve teknolojiyi insan odaklı bir rehberliğe nasıl dönüştürdüklerini hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Sigortam.net olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

A.K: 2025 yılı, özel sağlık sigortacılığı açısından talebin arttığı, kullanıcıların sağlık güvencesine bakışının daha bilinçli hale geldiği bir dönem oldu. Artan sağlık maliyetleri, bireylerin kaliteli hizmete daha hızlı ulaşma isteği, Özel Sağlık Sigortasına olan ilgiyi artırdı. Özellikle genç profesyoneller ve çekirdek aileler arasında erken yaşta güvence yak-

laşımının yaygınlaştığını gözlemledik. Bununla birlikte kullanıcılar artık yalnızca fiyat odaklı değil; teminat kapsamı, anlaşmalı kurum ağı ve hizmet deneyimi gibi kriterleri de daha fazla sorguluyor.

2026 yılına baktığımızda bu ivmenin devam edeceğini öngörüyoruz. Özel Sağlık Sigortasının daha geniş kitleler için erişilebilir hale gelmesi, esnek ve ihtiyaca göre şekillenen ürünlerin öne çıkması en önemli gündem başlıkları arasında yer alıyor. Sigortam.net olarak biz de bu doğrultuda kullanıcıların doğru poliçeye daha hızlı ve kolay ulaşmasını sağlayacak dijital deneyim iyileştirmelerine, kişiselleştirilmiş teklif modellerine ve karar destek mekanizmalarına odaklanıyoruz.

Bu yaklaşımın bir parçası olarak sağlık sigortasını daha erişilebilir kılmayı önceliklendiriyoruz. Bu kapsamda farklı bütçe ve ihtiyaçlara hitap eden esnek ödeme seçenekleri, kampanya kurguları ve kullanıcıların alternatifleri karşılaştırarak kendilerine uygun poliçeyi seçmesine olanak sunan çözümler geliştiriyoruz. Örneğin, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında sunduğumuz taksitli ödeme imkanları ve "daha ucuzunu bulursan farkı bizden" gibi kampanyalarımız bu erişilebilirlik vizyonumuzu destekleyen uygulamalar arasında yer alıyor. Aynı zamanda, sağlık sigortasını daha anlaşılır kılacak içerik ve danışmanlık yaklaşımımızı güçlendirerek müşterilerimizin yanında olmayı hedefliyoruz.

Sağlık sigortası hâlâ gelişmeye açık bir alan. 1 Ocak 2026 itibarıyla Özel Sağlık ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında kapsamlı bir dönüşüm başladı. Bu düzenlemelerin, vatandaşların sigortalı olma motivasyonunu artıracağını ve sigortayı daha erişilebilir kılacağını düşünüyoruz. Elbette uygulamanın nasıl şekilleneceğini zaman gösterecek, ancak atılan adımlar umut verici. Sigortam.net olarak biz de bu süreçte kullanıcıların ihtiyaçlarına uygun çözümleri bulmalarına destek olmaya devam edeceğiz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

A.K: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, son yıllarda Türkiye'de sağlık sigortacılığının yaygınlaşmasında çok önemli bir rol oynadı. Daha erişilebilir fiyatlarla özel sağlık hizmetlerine ulaşım imkanı sunması, bu ürünün geniş kitleler tarafından benimsenmesini sağladı. Bugün geldiğimiz noktada, sağlık sigortasının artık bir "ekstra" değil, giderek daha fazla temel bir ihtiyaç olarak konumlandığını görüyoruz.

Bununla birlikte sektörün hâlâ gelişim alanları olduğuna inanıyoruz. Özellikle ürün kapsamlarının daha sade ve anlaşılır hale gelmesi; kullanıcıların teminatları çok daha net şekilde kavrayabilmesi önemli bir ihtiyaç. Aynı zamanda hizmet deneyiminin uçtan uca iyileştirilmesi, kullanım ve provizyon süreçlerinin daha hızlı ve şeffaf ilerlemesi de kullanıcı memnuniyetini doğrudan etkileyen başlıklar arasında yer alıyor.

Dijitalleşmenin bu alana daha fazla entegre olması, kullanıcıların poliçelerini kolayca yönetebildiği ve ihtiyaç anında hızlı destek alabildiği bir yapının güçlenmesi gerektiğini düşünüyoruz. Biz Sigortam.net olarak bu noktada müşterinin doğru ürüne bilinçli şekilde ulaşmasını sağlayan bir rehber olmayı önemsiyoruz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak isteyenler için bütçeyi zorlamadan doğru poliçeyi seçmek mümkün mü? Bu noktada nelere dikkat edilmesini önerirsiniz?

A.K: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında doğru seçim yapıldığında hem ihtiyaçlara uygun bir güvence edinmek hem de bütçeyi korumak mümkün oluyor. Burada en kritik konu, poliçeyi kişisel ihtiyaçlara göre şekillendirmek.

Örneğin, herkes için en geniş hastane ağına sahip poliçe en doğru seçenek olmayabilir. Kişinin yaşadığı bölgeye ve sık tercih ettiği hastanelere göre daha dar ama ihtiyaca uygun bir ağ seçmesi, primleri ciddi ölçüde düşürebiliyor. Benzer şekilde, ayakta tedavi haklarının ihtiyaca göre belirlenmesi ya da sadece yatarak tedaviyi kapsayan poliçelerin tercih edilmesi de maliyet açısından avantaj sağlıyor.

Bunun yanında vergi avantajları, aile poliçeleri veya farklı sigorta ürünleriyle birlikte sunulan kampanyalar da önemli tasarruf fırsatları sunuyor. Biz Sigortam.net olarak kullanıcılarımızın bu seçenekleri doğru değerlendirebilmesi için uzman danışman desteğini çok önemsiyoruz. Çünkü doğru yönlendirme ile herkes kendi bütçesine ve ihtiyacına uygun bir sağlık güvencesine ulaşabilir.

H.M: Sağlık sigortası seçerken fiyat kadar poliçenin kapsamı ve kişiye uygunluğu da önemli. Kullanıcıların doğru poliçeyi seçebilmesi için nelere dikkat etmesi gerekir?

A.K: Sağlık sigortasında doğru seçim; fiyattan ziyade poliçenin kapsamı, sunduğu teminatlar ve kişinin ihtiyaçlarıyla ne kadar örtüştüğü üzerinden yapılmalı. Çünkü herkesin yaşı, yaşam tarzı, sağlık geçmişi ve beklentileri farklı. Bu nedenle standart bir poliçe yerine, kişiye özel ihtiyaçlara cevap veren bir yapı çok daha sağlıklı sonuç veriyor.

Bu noktada kullanıcıların poliçenin kapsamını iyi anlaması büyük önem taşıyor. Hangi hizmetlerin dahil olduğu, limitler, anlaşmalı



kurum ağı, ayakta ve yatarak tedavi kapsamı gibi detaylar karar sürecinde belirleyici oluyor. Aynı zamanda farklı alternatifleri karşılaştırmak ve sadece bugünü değil, olası ihtiyaçları da düşünerek seçim yapmak gerekiyor.

Biz Sigortam.net olarak bu süreci kullanıcılar için daha anlaşılır ve yönetilebilir hale getirmeye odaklanıyoruz. Teknolojinin sunduğu hız ve kolaylığı, uzman danışmanlarımızın kişiye özel yönlendirmesiyle birleştiriyoruz. Kullanıcılarımız telefon ya da dijital kanallar üzerinden bize kolayca ulaşarak farklı poliçeleri karşılaştırabiliyor, kapsam detaylarını net şekilde öğrenebiliyor ve ihtiyaçlarına uygun seçeneği belirleyebiliyor.

Ayrıca 7/24 ulaşılabilen danışmanlık desteğimiz sayesinde, kullanıcılar sadece poliçe satın alırken değil, karar sürecinin her aşamasında destek alabiliyor. Bu da sigortayı daha anlaşılır ve güvenilir bir deneyime dönüştürüyor.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

A.K: Sigorta şirketlerinin daha şeffaf, anlaşılır ve müşteri odaklı ürünler geliştirmesi; sağlık kurumlarının hizmet kalitesini sürdürülebilir şekilde artırması ve kamu otoritelerinin sektörü dengeleyen, güven veren bir çerçeve sunması bu ekosistemin temel yapı taşlarını oluşturuyor.

Bununla birlikte en kritik konulardan biri de toplumsal bilinç. Türkiye'de sağlık sigortacılığına olan farkındalığın her geçen gün arttığını memnuniyetle görüyoruz ancak hâlâ önemli bir potansiyel bulunuyor. Kullanıcıların ihtiyaçlarını doğru analiz ederek, onları doğru ürünlerle buluşturmak ve sigortayı daha anlaşılır hale getirmek bu noktada büyük önem taşıyor.

Sigortam.net olarak biz de teknolojiyi insan odaklı bir yaklaşımla birleştirerek; hem sigortacılığı daha erişilebilir ve anlaşılır kılmayı hem de kullanıcıların karar süreçlerinde yanlarında olmayı önceliklendiriyoruz. Önümüzdeki dönemde de bu bilinçlenme sürecine katkı sağlamaya ve sağlık sigortacılığının daha geniş kitlelere ulaşmasına destek olmaya devam edeceğiz. ■

Sağlık ve Estetiğin Kusursuz Buluşması

Uzman hekim kadromuz ve modern tıbbi donanımımızla,
plastik cerrahi ve medikal estetik alanında yanınızdayız.



Kaş Kaldırma Operasyonu
Göz Kapağı Estetiği
Alın/Şakak Germe Operasyonu
Dolgu Botoks
Yüz ve Boyun Germe Operasyonu
Meme Onarımı Estetiği
Jinekomasti Operasyonu
Meme Büyültme/Küçültme Estetiği
Kepçe Kulak Operasyonu
Abdominoplasti (Karın Germe)
Cilt Kanserleri ve Ben Tedavisi
Mezoterapi
Yağ Grefti Uygulamaları

burtom.com

BURTOM
SAĞLIK GRUBU

444 4 224

BS KURUMSAL

Sigorta Yönetim Kurulu Başkanı Mehmet Büyükhatipoğlu:

"Sürdürülebilir bir sistemi ancak tüm paydaşların iş birliğiyle inşa edebiliriz"

MEHMET BÜYÜKHATİPOĞLU - BS KURUMSAL Sigorta Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlık ekosisteminde özel hizmetlere erişimi demokratikleştiren Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), bugün hem hastaneler hem de sigorta dünyası için stratejik bir büyüme alanı. BS KURUMSAL Sigorta Yönetim Kurulu Başkanı Mehmet Büyükhatipoğlu ile TSS'nin gelecekteki konumunu, hastane-sigorta ilişkilerinde yükselen şeffaflık beklentisini ve sektörün sürdürülebilirliğini sağlamak için atılması gereken somut adımları hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: BS KURUMSAL Sigorta olarak, özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve gündeminizdeki projeler nelerdir?

M.B: BS KURUMSAL Sigorta olarak, 2025 yılı Türkiye özel sağlık sigortacılığı alanı için görüşlerimiz diğer yıllarda olduğu gibi olumlu ve umut verici. Yıl sonu itibarıyla tüm sağlık sigortaları üretim toplamı 211 milyar TL'ye ulaşmış ve enflasyondan arındırılmış bakışla %18'lik bir reel büyüme söz konusu. Bu haliyle de sigortacılık sektörünün %20'sini oluşturmakta. Sektörde 2025 yılında bu oranda büyüyen başka bir ana branş bulunmuyor. Bunlar bizler için çok önemli rakamlar.

Sektörün %16'sını oluşturan yangın ve %14'ünü oluşturan kasko prim üretimleri dikkate alındığında; sağlık sigortalarının zorunlu bir ürün olan trafik sigortası hacmine yaklaşması, branşın önemini daha da belirginleştirmektedir.

Bu rekor sayılabilecek büyüme rakamlarının görüldüğü ortamda, maliyet baskılarının stratejik dönüşümleri zorunlu kıldığı da bir gerçek.

Henüz yıl sonu verileri kesinleşmediği için somut rakamlar paylaşamasak da artan maliyetlerin primleri yukarı çektiği bir gerçek. Bu bağlamda büyümenin; özellikle Özel Sağlık Sigortası tarafında yeni girişlerden ziyade, poliçe fiyat artışlarından kaynaklandığını değerlendiriyoruz. Öte yandan yeni sigortalı girişleri, umut verici bir biçimde daha çok TSS tarafında yoğunlaşıyor.

2025 bizim açımızdan oldukça öğretici bir yıl oldu diyebilirim. Bir tarafta artan sağlık maliyetleri ve değişen hasta beklentileri vardı, diğer tarafta ise bu zorluklara rağmen büyüyen bir Özel Sağlık Sigortası talebi. Açıkçası zaman zaman zorlandık ama bu süreç bizi daha çevik ve çözüm odaklı olmaya da itti. Müşterilerimizin ihtiyaçlarını daha yakından dinlemeyi, sigorta şirketleri ve hastanelerle daha sıkı bir iletişim kurmayı ve süreçlerimizi sadeleştirmeyi öğrendik.

2026'ya daha umutlu bakıyoruz. Amacımız sadece daha fazla poliçe satmak değil; insanların gerçekten fayda gördüğü, ihtiyaç anında yanında olduğumuz bir sigortacılık yapmak. Dijital süreçleri güçlendirmek, hasar süreçlerini hızlandırmak ve özellikle kurumsal müşterilerimiz için daha kişiye özel çözümler üretmek istiyoruz. Kısacası, büyürken kaliteyi kaybetmemeyi hedefliyoruz.

BS KURUMSAL olarak 2026 yılı hedeflerimizde daha çok kurumsal TSS projelerine yer vermiş bulunmaktayız. Portföyümüzde yer alan ve maliyet kaygıları nedeniyle çalışanlarına TSS yaptıramamış çok sayıda sanayi ve ticaret kuruluşu var. 2026'da bu firmaları cesaretlendirerek TSS poliçelerine yönlendirmeyi hedefliyoruz.

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimini nasıl değerlendiriyorsunuz, bu alanda yeniden düzenlenmesini gerekli gördüğünüz konular var mıdır?

M.B: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası gerçekten çok değerli bir ürün oldu. İnsanların özel hastanelere daha rahat erişebilmesini sağladı ve kamu-özel sağlık sistemi arasında önemli bir köprü kurdu. Bunu çok kıymetli buluyoruz.

Ülkemiz sağlık sistemi düşünüldüğünde; devletin mevcut yapısı ve özel hastanelerle olan iş birliği sayesinde TSS, hem sistemin yükünü hafifletmiş hem de yüksek primler nedeniyle sigorta alamayan vatandaşlar için önemli bir alternatif haline gelmiştir. Bir anlamda imdada yetiştiğini söyleyebiliriz.

Bu sayede Tamamlayıcı Sağlık Sigortası son yıllarda en hızlı büyüyen sigorta türlerinden biri durumuna gelmiştir. Özel hastanelerdeki fark ücretlerini teminat altına alması, bu maliyetlerin sürekli yükseldiği günümüzde poliçenin önemini her geçen gün daha da artırıyor.

Ancak dürüst olmak gerekirse, sistemin bazı noktalarında hâlâ gri alanlar var. Özellikle fark ücretleri, kapsam sınırları ve hastanelerle yapılan anlaşmalar konusunda daha net kurallara ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz. İnsanlar poliçeyi alırken "neye sahip olduklarını" çok daha net anlayabilmeli. Bu nedenle hem mevzuatın hem de bilgilendirme süreçlerinin daha sade ve şeffaf hale gelmesi gerektiğine inanıyoruz. Bu alanda tespit ettiğimiz en önemli eksiklik, ayakta tedavide kullanımı sınırlı olmayan poliçelerin bulunmamasıdır. Bu olmadan tam bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından bahsedemeyiz.

Bu gerçekleştiği takdirde, doğru konumda ve standart çerçeve ile sektörün ana büyüme ve dengeleme unsurlarından biri hâline geleceğini değerlendiriyoruz.

Ayakta tedavi limitlerinin dışında; ilaç kapsamı, medikal enflasyon ve prim dengesi, provizyon işlem hızı gibi başlıca konular üzerine çalışmalar yapılması gerektiğini düşünüyor ve temsilciliğini yaptığımız sigorta şirketlerine de bu yönde tavsiyelerde bulunuyoruz.

H.M: Sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucularından temel beklentileri nelerdir? Mevcut zorlukların aşılmasına yönelik önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

M.B: Bizim için en önemli şey güven. Hastanelerin hastayı gerçekten ihtiyaç duyduğu şekilde tedavi etmesi, gereksiz işlemlerden kaçınması ve faturalama süreçlerinde şeffaf olması bizim temel beklentimiz.

Sorunların çoğu aslında iletişim eksikliğinden kaynaklanıyor. Bu nedenle hastanelerle daha düzenli diyalog kurmanın, ortak toplantılar yapmanın ve veri paylaşımını artırmanın çok faydalı olacağını



düşünüyoruz. Ayrıca, tedavi süreçlerinde standardizasyonun sağlanması, hem hasta güvenliğini artıracak hem de sigorta sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sunacaktır. Uzun vadede ise önleyici sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması gerektiğine inanıyorum; çünkü hastalanmadan önce korumak her zaman en ideal çözüm.

Sigorta kuruluşları; artan maliyetler, risk faktörleri ve gereksiz tetkiklerin yol açtığı yüksek faturalardan dolayı endişe duymakta. Sigorta kuruluşları ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişkilerde şeffaflık, öngörülebilir fiyatlama ve hizmet kalitesi odaklı yeni iş modellerinin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Sigorta kuruluşlarının sağlık hizmet sunucularından en temel beklentisi; vatandaşların birer "müşteri" olarak değil, her şeyden önce tedaviye ihtiyaç duyan birer "hasta" olarak görülmesidir.

H.M: Ülkemizde özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi için ilgili tüm paydaşlara ne gibi görevler düşüyor?

M.B: Özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi, yalnızca sigorta şirketlerinin değil, tüm ekosistemin ortak sorumluluğudur.

- **Kamu otoritelerine** düşen görev, sektörün sürdürülebilirliğini destekleyen düzenleyici bir çerçeve oluşturmak ve denetimleri etkin bir şekilde yürütmektir.
- **Sağlık hizmet sunucuları**, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu öncelemeli, maliyet şeffaflığını artırmalıdır.
- **Sigorta şirketleri/acenteleri** olarak bizler, daha anlaşılır ürünler geliştirmeli, müşteri memnuniyetini artırmalı ve teknolojiyi etkin kullanmalıyız.
- **Sigortalılar**, koruyucu sağlık hizmetlerini birer lüks değil, yaşam kalitesini koruyan temel unsurlar olarak görmeli ve poliçe kapsamlarını bilinçli bir şekilde yönetmelidir.

Özel sağlık sigortacılığının sağlıklı gelişimi adına tüm paydaşların daha net sorumluluklar üstlenmesi ve ortak bir vizyon etrafında hareket etmesi gerektiğine inanıyoruz; bununla birlikte ülkedeki enflasyonun düşürülerek istikrarın sağlanması, vergi avantajlarının artırılması, çalışanlarına sağlık poliçesi yapan işverenlere prim desteği sunulması ve gereksiz tetkik ile işlemlerden titizlikle kaçınılması gerektiğini düşünüyoruz.

Ancak tüm paydaşların iş birliği içinde hareket etmesiyle, hem vatandaşlarımızın erişebileceği hem de finansal olarak sürdürülebilir bir özel sağlık sigortacılığı sistemi inşa edilebilir. ■

“2026 YILI DÜNYANIN EN İYİ HASTANELERİ“ LİSTESİ AÇIKLANDI!

Newsweek Dergisi’nin
“2026 Dünyanın En İyi Hastaneleri” Listesi’nde,
Koç Üniversitesi Hastanesi olarak
Türkiye'de 1. ve dünya genelinde 213. sırada
yer almanın gururunu yaşıyoruz.



KOÇ ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

442 Milyar TL'lik Soru: Hastalığın Finansmanı mı, Sağlığın Güvencesi mi?

ELVAN ATALAY - Quick Sigorta Sağlık Genel Müdür Yardımcısı

Öncelikle ülkemizde sağlıklı kalma bilinci ve hastalanınca izlenen yol haritası nedir; halkımızın davranış biçimleri ve yönelimleri ne yöndedir, bu tabloyu "sigortacı" pencerem-den değerlendirmek isterim.

Günümüzde sosyal medya; sözlü, yazılı ve görsel basın aracılığıyla her konuda olduğu gibi "sağlıklı kalmak ve hastalanınca nasıl bir yol izleneceği" hususlarında da yoğun bir bilgi akışına maruz kalıyoruz. Toplumda, doğru ve yanlış bilgileri ayırt edebilecek düzeyde bir sağlık okuryazarlığının oluştuğunu ve her geçen gün arttığını söyleyebiliriz. Ancak, hala doğruyu yanlıştan ayırt edebilecek tam yetkinlik seviyesinde olmadığımızı da bilmek gerekir. Bu durumu olumlu yönleriyle göz önüne alırsak (olumsuz yönleri olduğunu da unutmamak gerekir), kişilerin sağlık yönetimi ile hastalıklarının tedavisi konusundaki beklentileri de aynı doğrultuda artmış durumdadır.

"Her şeyin başı sağlık!" söylemini destekler nitelikte bir sonuç olarak; TÜİK'in 2024 yılında gerçekleştirdiği "Yaşam Memnuniyeti Anketi'nde" bireylerin mutluluk kaynağı olarak gösterdiği ilk konu %68,3 oran ile "Sağlık" olmuştur. Aynı ankette para %6,4, iş sahibi olmak ise %1,8 oranında kalarak mutluluk ölçütü olarak belirtilmiştir.

Öte yandan, son altmış yılda ortalama yaşam süresi 24,98 yıl artış göstermiştir. 60'lı yılların başında ortalama yaşam süresi 53,12 iken, 2023 yılında 78,1'e yükselmiştir. Buna karşın doğurganlık hızı azalmaktadır. 2000 yılının başında ortalama çocuk sayısı 2,38 iken, 2022 yılı ortalaması 1,62 çocuk sayısına gerilemiştir. Elbette bu tabloyu birçok nedene bağlayarak yorumlamak gerekir. Örneğin; 2000 yılı başında anne olma yaş ortalaması 26,7 iken, 2022 yılı sonunda 29,2'ye yükselmiştir. Belki de en başta ekonomik nedenler zikredilmelidir; zira belli bir gelir seviyesine ulaşmadan evlenmek ya da çocuk sahibi olmak tercih edilmiyor. Dolayısıyla ikinci ve üçüncü çocuk için geç kalınabiliyor. Ayrıca kadınların çalışma hayatında aktif olarak daha fazla yer alması, hatta çalışma hayatında kalma süresinin aynı dönem içerisinde kadınlar açısından da artmış olması (2013 yılında 16,7 yıldan 2023 yılında 20,2 yıla yükselmesi), çocuk sayısının düşüşünde bir etken olabilir diye düşünüyorum.

Yaşlanan toplum, azalan doğurganlık ve aktif iş yaşamında kalış süresi artmış olsa da çalışan sayısının bakmak zorunda kaldığı emekli sayısı da artmaya devam etmektedir. Kamunun yapacağı aktüeryal çalışmalar kadar özel sigorta sektörü de uzun süreli hayat ve sağlık sigortalarında, aktüeryal projeksiyonlarında bu konulara dikkat etmek durumundadır. Artık hastalığı tedavi eden sigortalardan; koruyan, kontrol ederek yönlendiren sağlık sigortalarına evrilmek gerekecektir. Poliçelerimizde son yıllarda koruyuculuğa destek olacak teminatlar eklenmeye başlanmış; hastalık yönetimi konusunda sağlık sigortalarında uzmanlaşmış sigorta şirketleri bu alanda oldukça iyi yol almıştır.

Kamunun planında var olan yaşlı bakım sigortaları hazır olduğunda; sektörümüzün de hayat ve sağlık sigortalarının tamamlayıcısı niteliğindeki yaşlı bakım sigortalarına (hayat ve/veya sağlık branşı üzerinden) aksiyon alabilecek durumda olması gerekecektir. Ülkenin sağlık politikaları, sağlık sigorta branşını doğrudan ilgilendiriyor. Yeni sağlık sigortaları yönetmeliği, şirketler arasında hizalanmayı sağlayacak nitelikte olup sigortalıların fiyat veya özel şartları karşılaştırırken uygulamaların da benzer olacağını bilmesi açısından kritik bir adımdı. Sağlık turizmi yapan sağlık kurumlarının zorunlu olarak komplikasyon sigortası yaptırmasını gerektiren mevzuatlar da sektör açısından "yeni ürün" anlamına geliyor. Önceki yıllarda yabancıların oturma izni alabilmek için zorunlu olarak yaptırması gereken

ürünler gibi, bunlar da sektörümüzü direkt etkileyen mevzuat ve yönetmelikler oldu.

Sağlık politikalarındaki "Koruyan, Geliştiren ve Üreten Sağlık" bilinci, sigortacıları da bu vizyon ile tedavi odaklı yaklaşımdan önleyici sağlık sigortalarına evrilme konusunda motive ediyor. 2024 yılı verilerine göre cepten ödenen sağlık giderlerinin, bir önceki yıla göre %100,2 artarak 442 milyar 356 milyon TL'ye ulaştığı ve toplam sağlık harcamasına oranının %18,8 olarak gerçekleştiği görülüyor. Özel sağlık sigortasının ciddi bir ihtiyaç olduğu, sağlık harcamalarının sadece %3'e yakın bir bölümünü karşılayan sektörün, daha fazla yaygınlaşarak payını artırması gerektiğini düşünüyorum.

Cepten ödemelerin bu denli yüksek olması, sağlık sigortacılığı açısından bir fırsat olarak görülmelidir. Sağlıklı olunan günlerde ödenen primleri gereksiz görmek yerine; ciddi rahatsızlıklarda hazırlıksız yakalanıldığında cepten yapılmak zorunda kalınan ödemeler karşılaştırıldığında, sigorta priminin çok daha koruyucu olacağı söylenebilir. Zira hastalığın finansmanını sağlama çabası nedeniyle tedavi sürecine odaklanmakta zorluk çekilmektedir.

İçinde bulunduğumuz toplumun sosyolojik, psikolojik ve ekonomik durumunu doğru yorumlayarak yol haritamızı belirlemeye çalışıyoruz. Quick Sigorta olarak; önümüzdeki dönemde en güçlü kaslarımızdan biri olan yaygın acente ağımız ve marka bilinirliğimizle, sağlık branşındaki enerjimizi mevcut her ürünle yaygınlaşmak üzere kullanacağız. Üç sigorta şirketinden oluşan grubumuzun yanı sıra, Maher Holding bünyesindeki diğer şirketlerimizle birlikte bütünleşik bir finansal iklim yaratmak istiyoruz. Can ve mal sigortalarına ek olarak; finansal sigortalarla birlikte primini ödemekte zorlanan sigortalılar için prim koruma poliçeleri, bina tamamlama poliçeleri gibi sağlık dışındaki hayati ihtiyaçlara da teminat veriyoruz. Her anlamda koruyan, yerine koyan, tazmin eden ve sigortalılarımızın koruma eksiklerini tamamlayan bir şirket olmayı hedefliyoruz. ■



Longevity Çağında Sağlık Sigortacılığı: Yeni Sağlık Ekosisteminin Mimarı

PINAR ORUÇ LEMBET - LaraHealth Kurucu Ortak - Genel Müdür

"Longevity çağında sağlık sigortacılığının gerçek değeri, hastalığın maliyetini karşılamakta değil sağlığın sürdürülebilirliğini mümkün kılabilmesinde yatacaktır."

Longevity: Nedir ve Neden Şimdi?

Longevity, yani sağlıklı uzun ömür, son yıllarda tıp dünyasının en çok konuşulan kavramlarından biri haline geldi. Kamuoyunda tartışmalar çoğu zaman tek bir soruya indirgeniyor: *"İnsanlar 130 yıl yaşayabilir mi?"* Oysa bilimsel çalışmaların hedefi bundan çok daha geniş. Amaç, yaşam süresini uzatmanın ötesinde; sağlıklı geçirilen yılları artırmak ve hastalıklı dönemleri mümkün olduğunca yaşamın sonuna sıkıştırmak.

Bu dönüşümün arkasında biyolojik araştırma kapasitesinde yaşanan önemli bir sıçrama bulunuyor. 1986'da *genomik* teriminin ortaya çıkması ve İnsan Genomu Projesi'nin 2003'te tamamlanmasıyla hız kazanan bu süreç, gen ve protein analizinden metabolizma takibine kadar uzanan yeni bilim dallarının gelişmesiyle bambaşka bir boyut kazandı. Bugün bu teknolojiler sayesinde biyolojik riskleri hastalık belirtisi ortaya çıkmadan çok önce, hücre düzeyinde izlemek mümkün. Tek bir kan örneğinden binlerce protein analiz edilebilmekte; yapay zekâ bu verileri kişiye özgü risk profillerine dönüştürebilmektedir.

Yaşlanma artık yalnızca tanımlanan değil; oluşumundaki biyolojik mekanizmaları ölçülebilen ve yönetilebilen bir süreç haline geliyor.

Yaşlanma biyolojisine ilişkin kavramsal çerçeve ise 2013 yılında bilim insanı Carlos López-Otín'in ortaya koyduğu *Hallmarks of Aging* modeliyle önemli ölçüde netleşti. Bu çalışma yaşlanmayı ilk kez birbirleriyle ilişkili ve müdahale edilebilir biyolojik mekanizmalar bütünü olarak tanımladı; konu bugün on iki temel biyolojik mekanizma üzerinden tartışılıyor. Harvard Üniversitesi'nden David Sinclair ise yaşlanmayı hücrelerdeki genetik bilginin kademeli kaybı olarak tanımlayarak, birçok kronik hastalığın bu temel süreçten beslendiğini ileri sürdü.

Bu bulguların en önemli sonucu şu oldu: Yaşlanma ile kronik hastalıklar aynı biyolojik zemini paylaşıyor. Hücresel hasar birikimi ve kronik iltihap gibi yaşlanma süreçlerinin; kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser ve bunama gibi en yaygın kronik hastalıkların ortak kaynağını oluşturduğu giderek daha açık biçimde ortaya konuyor.

Uzayan Ömrün Gölgesi: Kronik Hastalıklar

TÜİK 2024 verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları ölümlerin %36'sını oluşturarak ilk sırada yer alıyor; bunu %16 ile kanser, %15 ile solunum sistemi hastalıkları takip ediyor.

Sağlık Bakanlığı'nın 2023 yılında yürüttüğü Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'na göre ise 15 yaş ve üzeri nüfusun üçte birinde en az bir kronik hastalık bulunuyor; birden fazla kronik hastalık yükü özellikle 65 yaş üstü grupta belirgin biçimde yükseliyor.

Uluslararası tahminlere göre toplam sağlık harcama-





larının yaklaşık %70-75'i kronik hastalıkların tanı, tedavi ve komplikasyon yönetimine ayrılıyor. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte önümüzdeki yıllarda bu yükün daha da artması bekleniyor.

Çoğu kronik hastalık, yaşlanmanın kaçınılmaz sonu değil; yaşlanma biyolojisinin erken dönemde yönetilememesinin zaman içinde biriken sonucudur.

Kronik hastalıkların kritik bir boyutu ise kadın ve erkek bedenlerinde farklı ritimlerle ilerlemeleri. Erkekler kardiyovasküler hastalıklar gibi erken ölüme yol açan tablolarla daha sık karşılaşırken, kadınlar kas-iskelet hastalıkları, depresyon, anksiyete ve kronik ağrı gibi yaşam kalitesini uzun süre bozan durumlarla daha sık yüzleşiyor.

TÜİK'in 2022-2024 dönemi verilerine göre Türkiye'de kadınlar erkeklerden ortalama 5,2 yıl uzun yaşıyor (80,7 yıla karşın 75,5 yıl). Ancak sağlıklı yaşam beklentisi (HALE) bakımından tablo tersine dönüyor: 2021-2023 verilerine göre erkeklerin sağlıklı yaşam beklentisi 59,0 yıl iken, kadınlarda bu rakam 56,3 yıla düşüyor.

Yani kadınlar daha uzun yaşıyor; ancak bu uzun yaşamın daha büyük bir bölümünü kronik hastalıkla geçiriyor. Yaşam süresindeki 5,2 yıllık kadın üstünlüğü, sağlıklı yaşam süresi açısından 2,7 yıllık bir erkek üstünlüğüne dönüşüyor.

Bu farka somut bir örnek olarak diyabeti alabiliriz. 37 prospektif kohort çalışmasının meta-analizine dayanan BMJ 2006 verilerine göre diyabet, erkeklerde ölümcül koroner kalp hastalığı riskini 2,06 kat artırırken kadınlarda bu oran 3,5'e çıkıyor. Diğer bir ifadeyle, diyabetin kalp hastalığı üzerindeki göreli riski kadınlarda erkeklere kıyasla %70 daha yüksek.

Buna karşın farkındalık ciddi ölçüde yetersiz kalmaya devam ediyor.

Biyolojik Farkın Anatomisi: Östrojen ve Ötesi

Kadın ve erkek bu ortak zeminde neden farklı yollar izler sorusunun cevabı büyük ölçüde yumurtalıklarda gizli.

Yumurtalıklar yalnızca üreme organı değil, kadın sağlığının bütününü etkileyen bir biyolojik kontrol merkezi. Ürettikleri östrojen; kalp, beyin, kemik, kas ve metabolizma dahil olmak üzere pek çok sistemi etkiler ve vücudu çeşitli hastalıklara karşı korur. Damarların esnekliğini destekler, kötü kolesterolü düşürür, iyi kolesterolü yükseltir. Menopozla birlikte östrojen üretimi durur ve bu koruyucu kalkan zayıflar; kardiyovasküler hastalık riski bu dönemin ardından belirgin biçimde artar.

Hücre düzeyinde de çarpıcı bir asimetri söz konusu. Hücrelerin enerji üretiminden sorumlu olan mitokondrileri, östrojenin hücre düzeyindeki aktif formundan destek alır; bu destek hem enerji üretimini hem de hücresel dayanıklılığı artırır. Bağışıklık sisteminde de benzer bir tablo görülür. Östrojen bağışıklık yanıtını güçlendirdiği için kadınlar enfeksiyonlarla çoğu zaman daha etkili mücadele eder. Ancak bu güçlü yanıt, romatoid artrit ve lupus gibi otoimmün hastalıkların kadınlarda daha sık görülmesine de zemin hazırlayabilir.

Kadın ve erkek bedeni aynı biyolojik süreçleri paylaşsa da bu süreçlerin farklı ritimlerle ve farklı sonuçlarla ilerlemesi, tanıdan tedaviye ve koruyucu sağlık stratejilerine kadar tüm alanlarda *cinsiyete duyarlı bir yaklaşımı* zorunlu kılıyor.

Buna rağmen modern tıbbın önemli bir bölümü uzun yıllar boyunca bu farkı yeterince dikkate almadı. Klinik araştırmaların büyük kısmı erkek katılımcılarla yürütüldüğü için *birçok hastalık erkek fizyolojisi üzerinden tanımlandı* ve tedavi protokolleri de bu çerçevede şekillendi.

Women's Longevity: Kadın Biyolojisini Merkeze Almak

Prof. Dr. Arda Lembet'in klinik pratiğinde uyguladığı ve ülkemizde 2025 yılında LaraHealth tarafından kavramsallaştırılan ***Women's Longevity*** (kadına özgü sağlıklı uzun ömür) yaklaşımı, sağlık yönetimindeki bu boşluğu kapatmayı hedefliyor.

Bu yaklaşım kadın sağlığını yalnızca belirli dönemlerde ortaya çıkan semptomların tedavisi olarak değil, ergenlikten ileri yaşa kadar uzanan ***yaşam boyu bir biyolojik süreç*** olarak ele alıyor. Sağlık riskleri tekil klinik olaylar üzerinden değil; adet döngüsü, gebelik, metabolik değişimler ve menopoz gibi yaşam evrelerinde ortaya çıkan biyolojik ipuçlarının birlikte değerlendirilmesiyle anlaşılıyor.

Women's Longevity; kadın bedeninin yaşam boyu ürettiği biyolojik sinyalleri, semptom ortaya çıkmadan önce yorumlayan ve sağlık riskini reaktif kriz yönetiminden proaktif yönetime dönüştüren bir tıbbi mimaridir.

Adet döngüsündeki düzensizlikler ileriki yıllarda kardiyovasküler hastalık ve metabolik bozukluk riskine ilişkin erken sinyaller taşıyabilir. Polikistik Over Sendromu yalnızca bir üreme sağlığı sorunu değil, aynı zamanda uzun vadeli metabolik ve kardiyovasküler risklerin göstergesi olabilir. Benzer şekilde gebelikte ortaya çıkan gestasyonel diyabet, ilerleyen yıllarda kronik hastalık risklerinin habercisi olabilir.

Diğer bir deyişle kadın biyolojisi çoğu zaman ileride ortaya çıkabilecek sağlık riskleri için *doğal bir erken uyarı sistemi* gibi çalışır. Women's Longevity yaklaşımı tam olarak bu biyolojik sinyalleri erken dönemde yorumlayarak sağlık risklerini yönetmeye odaklanıyor.

Bu yaklaşım yalnızca bireysel sağlık yönetimi açısından değil, sağlık sistemleri açısından da önemli bir potansiyel taşır. Çünkü kronik hastalıkların yıllar önce başlayan biyolojik işaretlerini görünür kılmak, *riskin erken dönemde yönetildiği yeni bir sağlık modelinin* kapısını aralar.

Sigortacılık: Yeni Sağlık Ekosisteminin Bağlayıcı Halkası

Longevity tıbbı olarak tanımlayabileceğimiz bu yeni sağlık modeli, hastalığı bekleyip tedavi eden bir modelden, hastalık oluşmadan riski yönetmeye geçişi ifade ediyor. Bu dönüşüm yalnızca tıbbi bir ilerleme değil, sağlık sisteminin bütününü yeniden şekillendiren bir paradigma değişimi.

Longevity ekosisteminin merkezinde birey vardır; henüz hasta olmamış ama biyolojik riski sessizce birikmekte olan birey. Bu merkez etrafında yeni bir sağlık mimarisi şekilleniyor. Araştırma kurumları ve biyoteknoloji şirketleri yaşlanma ve hastalık mekanizmalarını çözerken; longevity klinikleri ve tanı platformları hastalık öncesi sinyalleri yakalıyor. Teknoloji şirketleri bu verileri sürekli ve kişiselleştirilmiş izleme sistemlerine dönüştürüyor, düzenleyici kurumlar da bu yeni tıbbi paradigmanın sınırlarını belirliyor.

Bu ekosistemde sağlık sigortası kritik bir konuma sahip; çünkü bireyle en uzun süreli ilişkiyi kuran, geniş popülasyon verisine sahip olan ve hastalığın hem insani hem ekonomik maliyetini en yakından izleyen aktör sigorta sistemidir. Biyolojik riskin erken dönemde ölçülebildiği bir dünyada sigortacılığın rolü de köklü biçimde değişebilir.

Hastalık Ekonomisinden Sağlık Ekonomisine

Tıp, yaşlanmanın kodlarını çözüyor. Teknoloji, biyolojik riski bireysel düzeyde görünür kılıyor. Klinik pratik ise, müdahale araçlarını geliştiriyor. Ancak bu bilginin toplum ölçeğinde etkili olabilmesi için sağlık sisteminin finansman yapısının da değişmesi gerekiyor.

Sağlık sigortacılığı bu dönüşümün hem en büyük fayda sağlayanlarından hem de en kritik taşıyıcılarından biri olabilir. Hastalık oluşmadan yapılan müdahaleler tazminat maliyetlerini düşürür. Biyolojik risk verisine dayanan fiyatlandırma, sigorta primlerinin daha adil ve doğru hesaplanmasını sağlar. Kadın biyolojisini dikkate alan ürün tasarımları ve yaşam evresine göre şekillenen sigorta çözümleri yeni pazar alanları yaratabilir. Erken risk tespiti, sigortalı grupların daha doğru sınıflandırılmasına olanak tanır.

Longevity çağında sağlık sigortacılığının gerçek değeri, hastalığın maliyetini karşılamakta değil, ***sağlığın sürdürülebilirliğini mümkün kılabilmesinde*** yatmaktadır. ■

Sağlıkta Yeni Yol: Dijital Çözümler Kırsal Eşitsizliği Nasıl Azaltabilir?

HAKAN TÜRKOĞLU - DoktorTakvimi Ülke Müdürü



Sağlık sistemlerinin geleceği konuşulurken, çoğu zaman büyük şehirlerdeki ileri teknolojiler, yeni hastaneler ve yüksek bütçeli yatırımlar gündeme geliyor. Oysa asıl kritik soru şu: *Bu dönüşüm, sağlık hizmetlerine en zor ulaşan insanlar için ne ifade ediyor?* Kırsal bölgelerde yaşayan milyonlarca insan için dijital sağlık, bir "yenilik"ten çok daha fazlasını, gerçek bir umut kapısını temsil ediyor.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri, kırsal bölgelerdeki sağlık eşitsizliğinin boyutunu çarpıcı biçimde ortaya koyuyor. Bugün kırsal ve uzak bölgelerdeki 2 milyar insan, hâlâ temel sağlık hizmetlerine erişimden yoksun kalıyor. Aşırı yoksulluk içinde yaşayan her beş kişiden dördü kırsal bölgelerde yaşıyor. Dünya nüfusunun neredeyse yarısı kırsalda olmasına rağmen, her üç hemşireden sadece biri bu bölgelerde görev yapıyor.

Bu tablo, bize sadece ekonomik değil; aynı zamanda sosyal, coğrafi ve teknolojik bir eşitsizliği işaret etmektedir. Kötü yol koşulları, uzun mesafeler, sınırlı kamu sağlık altyapısı ve uzman hekim eksikliği...

Tüm bunlara bir de dijital okuryazarlık eksikliği ve zayıf internet altyapısı eklendiğinde, kırsalda yaşayan milyonlarca insan "geciken tanı ve tedavi" nedeniyle çok daha ağır klinik tablolarla karşı karşıya kalıyor.

Aslında mesele yalnızca sağlık hizme-



tine ulaşmak değil; doğru zamanda, doğru uzmanla ve doğru bilgiyle buluşabilmek. Kırsalda yaşayan bireylerin yaşadığı en büyük dezavantajlardan biri de sağlık sistemine geç ve kopuk şekilde entegre olmaları. Bu durum, hastalıkların ilerlemesine, komplikasyonların artmasına ve yaşam kalitesinin ciddi biçimde düşmesine yol açıyor.

Bu noktada dijital teknolojilerin nasıl bir rol üstlendiği kritik bir soru olarak karşımıza çıkıyor.

Dijital sağlık: Uzakları yakınlaştıran bir köprü

DSÖ, ülkelere yönelik kırsal sağlık stratejisinde dijital sağlığın kritik bir rol oynadığının altını net bir şekilde çiziyor.

Teletıp, mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir cihazlar ve dijital kayıt sistemleri...

Tüm bu araçlar kırsalda yaşayan bireylerin hayatında gerçek bir fark yaratmaya başladı bile.

Dijital sağlık, fiziksel mesafeleri ortadan kaldırırken aynı zamanda bilgiye erişimdeki bariyerleri de azaltıyor. Bir başka deyişle, sadece doktoru hastaya değil, bilgiyi de ihtiyaç duyulan noktaya taşıyor.

1. Sağlık hizmetlerine erişimin artması

Teletıp sayesinde artık bir köydeki hasta, yüzlerce kilometre uzaktaki bir uzmanla çevrimiçi görüşebiliyor. Bu sadece "kolaylık" değil; hayat kurtaran bir erişilebilirlik.

2. Daha hızlı ve doğru tanı

Uzmanların bilgi ve deneyimini yerel kliniklerle buluşturan telekonsültasyonlar, tanı sürelerini kısaltıyor. Bu özellikle kronik hastalık yükünün yüksek olduğu bölgelerde kritik önem taşıyor.

3. Maliyetlerin düşmesi

Kırsalda yaşayan biri için bir hastaneye gitmek; yol parası, iş gücü kaybı ve zaman demek. Dijital çözümler hem hastaların hem de kliniklerin mali yükünü azaltıyor.

4. Önleyici sağlık davranışlarının güçlenmesi

Giyilebilir cihazlardan mobil uygulamalara kadar birçok teknoloji, bireyleri kendi sağlıklarının aktif bir parçası olmaya teşvik ediyor. Erken uyarılar, düzenli takip ve kişiselleştirilmiş öneriler, kırsalda yaşayan bireylerin sağlık sonuçlarını belirgin şekilde iyileştiriyor.

Burada önemli bir paradigma değişimi yaşanıyor: Sağlık, yalnızca hastalanınca başvurulan bir hizmet olmaktan çıkıp, günlük hayatın içine entegre edilen sürekli bir yolculuğa dönüşüyor.

Peki sorunlar tamamen çözüldü mü?

Bu alanda tüm sorunların çözüldüğünü söylemek mümkün değil. Kırsal hastanelerin büyük bir kısmının hâlâ tele-sağlık uygulamasını destekleyecek geniş bant kapasitesi yok. Dijital araçlara erişim kısıtlı. Ve en önemlisi; dijital okuryazarlık eksikliği, dijital sağlık



dönüşümünün önündeki en büyük engellerden biri.

ABD Kırsal Sağlık Bilgi Merkezi'nin raporlarında, birçok kırsal hastanın akıllı telefonu olsa bile sağlık uygulamalarını kullanacak dijital beceriye sahip olmadığı vurgulanıyor.

Başka bir deyişle, teknoloji ve potansiyel mevcut olsa da bu araçların etkin kullanılabilmesi için insan kaynağı ve yetkinlik boyutunda önemli bir eşik aşılmayı bekliyor.

Bu noktada dijital sağlığın yalnızca bir teknoloji yatırımı değil, aynı zamanda bir eğitim ve kültürel dönüşüm meselesi olduğu gerçeğiyle yüzleşmemiz gerekiyor. Kırsal bölgelerde dijital okuryazarlığı artırmaya yönelik programlar, en az altyapı yatırımları kadar kritik.

Ayrıca sağlık profesyonellerinin de bu dönüşümün aktif bir parçası olması şart. Dijital araçları etkin kullanabilen, uzaktan hasta takibini benimseyen ve veriye dayalı karar alma kültürünü içselleştiren bir insan kaynağı olmadan, dijital sağlık hedeflerine ulaşmak mümkün değil.

Türkiye perspektifi: Kırsalda dijital sağlık için fırsat alanları

Türkiye'de de benzer bir tablo var. Nüfusun önemli bir kısmı kırsal alanlarda yaşıyor ve uzman hekim dağılımındaki dengesizlik hâlâ çözüm bekleyen bir konu. Öte yandan, Türkiye'de internet penetrasyonu ve akıllı telefon kullanımı çok yüksek. Bu, dijital sağlığın hızlı ölçeklenebilirlik açısından büyük bir avantaj sunduğu anlamına geliyor.

e-Nabız gibi güçlü dijital altyapılar, Merkezi Hekim Randevu Sistemi ve uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik son yıllarda atılan adımlar, Türkiye'nin aslında sağlam bir temel oluşturduğunu gösteriyor. Bu temelin üzerine kırsal odaklı özel stratejiler eklendiğinde, çok daha kapsayıcı bir sağlık ekosistemi inşa edilebilir.

Kamu, özel sektör, start-up'lar ve sivil toplum kuruluşlarının birlikte hareket ettiği bir model, Türkiye'yi bu alanda bölgesel bir lider konumuna taşıyabilir.

Sağlıkta dijital uçurum kapatılabilir

Teknoloji tek başına dünyayı değiştirmez. Ancak doğru kullanıldığında, yaşam süresini uzatabilir, sağlık kalitesini artırabilir ve herkes için daha adil bir sistem yaratabilir.

Günümüzde asıl tartışma, dijital sağlığın mümkün olup olmadığı değil; bu dönüşümün ne ölçüde kapsayıcı ve adil biçimde hayata geçirilebildiğidir.

DoktorTakvimi olarak misyonumuz, "herkese daha sağlıklı ve daha uzun bir yaşam için destek olmak." Bu misyon, kırsal bölgelerdeki sağlık eşitsizliklerini azaltma çabasını da doğal olarak kalbinde taşıyor.

Türkiye'nin neresinde olursa olsun, bir kişinin sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırıyorsak – attığımız adımlar anlam kazanıyor.

Çünkü sağlık, bir ayrıcalık değil, evrensel bir insan hakkıdır ve bu hakkın, coğrafyadan bağımsız şekilde herkes için erişilebilir olması gerekir. ■



Yenilenen Logomuz ve

Değişmeyen Kurumsal Gücümüzle Hizmetinizdeyiz!

www.bskurumsal.com.tr

Kaliteli Sağlık Hizmeti için Küresel Bir Referans: AACI

ÖMER PEŞİNCİ - AACI Global Başkan Yardımcısı ve Türkiye CEO'su

Sağlık sektöründe güven, sunulan her hizmetin temel taşıdır. Ancak günümüzde bu güven; sadece iyi niyetle değil, ölçülebilir, denetlenebilir ve sürdürülebilir sistemlerle inşa ediliyor. Tam da bu noktada, dünya genelinde 500'den fazla sağlık kuruluşunu akredite eden ağıyla AACI (American Accreditation Commission International) küresel bir standart belirleyici olarak devreye giriyor. AACI Global Başkan Yardımcısı ve Türkiye CEO'su Ömer Peşinci; kurumun sağlık ekosistemine bakışını, akreditasyonun "hayat kurtaran" felsefesini ve geleceğin sağlık vizyonunu hospitalmanager ile paylaştı.



Küresel Bir Kalite Ekosistemi: AACI Perspektifi

H.M: AACI, küresel sağlık ekosistemine nasıl bir perspektiften bakıyor ve sunduğu akreditasyon modeliyle sektörde nasıl bir değişim yaratmayı hedefliyor?

Ö.P: AACI olarak biz, sağlığı sadece tıbbi bir müdahale süreci olarak değil; hasta güvenliği ve insan onurunu merkeze alan bütünsel bir kalite ekosistemi olarak görüyoruz. Sektöre bakış açımız; kağıt üzerindeki standartların ötesine geçip, bu standartların yaşayan bir "kurum kültürü" haline gelmesini sağlamaktır. Bugün hastanelerden dijital sağlık sağlayıcılarına kadar uzanan geniş ağımızla, küresel sağlık kalitesini tek tip bir kalıba sokmak yerine, yerel dinamiklerle uluslararası en iyi uygulamaları harmanlayan esnek ve dönüştürücü bir model sunuyoruz. Temel amacımız, sadece belgelendirme yapmak değil; sağlık kuruluşlarının sürekli öğrenen ve risklerini proaktif yöneten yapılara evrilmesine rehberlik etmektir.

Belgenin Ötesinde: Sahada Uygulama ve Sürekli Gelişim

H.M: Akreditasyon süreciniz nasıl işlemektedir? Bir sağlık kuruluşu AACI çatısı altına girerken hangi dönüşüm duraklarından geçiyor?

Ö.P: AACI'nin akreditasyon anlayışı, yalnızca belge ve doküm-

man kontrolüyle sınırlı bir denetim modelinin çok ötesindedir. Temel odağımız, kuruluşların sahada fiilen ne yaptığıdır. Uygulamalar ne ölçüde etkin? Kararlar kanıta dayalı mı? Kurum, kendi mekanizmalarıyla kendini geliştirme kapasitesine sahip mi?

Süreç, kurumun başvurusuyla başlar ve deneyimli değerlendirme uzmanlarımızın kapsamlı saha ziyaretiyle devam eder. Bu aşamada klinik uygulamaların etkinliği, veri analiz süreçlerinin işlerliği ve kurumun "öğrenen bir organizasyon" olup olmadığı doğrudan gözlemlenir. Ancak akreditasyon, tek seferlik bir işlem değildir. Periyodik yeniden değerlendirmelerimizle kaliteyi kalıcı bir kültür haline getiririz.

"Ruling Risk, Saving Life": Sağlıkta Proaktif Dönüşümün Felsefesi

H.M: Sektörde sıkça vurguladığınız "Ruling Risk, Saving Life" yaklaşımını biraz açar mısınız?

Ö.P: AACI'yi sektördeki diğer yapılardan ayıran temel unsur, kaliteyi statik bir sonuç değil, dinamik bir risk yönetimi süreci olarak ele almasıdır. **"Ruling Risk, Saving Life" (Riski Yönet, Hayat Kurtar)** felsefemiz, tüm standartlarımızın kalbinde yer alır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinde gerçek başarı, sadece sorunsuz tamamlanan operasyonları başarı olarak görmek değil; henüz ortaya çıkmamış hataları öngörmek, potansiyel riskleri sınıflandırmak ve bunları sistematik bir kontrol ağıyla etkisiz hale getirmektir. İlaç yönetiminden enfeksiyon kontrolüne, klinik karar alma süreçlerinden acil müdahale protokollerine kadar her aşamada risk, doğası gereği mevcuttur. Bizim görevimiz, kurumların bu riskleri "görülebilir" ve "yönetilebilir" kılmasını sağlayacak bir zırh oluşturmaktır.

Bu felsefenin nihai amacı, reaktif bir anlayışla sorunların ardından koşmak yerine, proaktif bir güvenlik kültürü inşa etmektir. Bir sağlık kuruluşu riski ne kadar erken tanımlar ve önleyici mekanizmalarını ne kadar güçlü tutarsa, hata payını o denli minimize eder. AACI'nin değerlendirme çerçevesi, kurumun sadece başarılı olduğu anları değil, zorlu ve riskli süreçlerde nasıl bir savunma hattı kurduğunu mercek altına alır. Çünkü günün sonunda akreditasyonun asıl başarısı, verilen şık bir sertifika değil, o sistem sayesinde önlenen bir tıbbi hata ve kurtarılan bir insan hayatıdır. Kısacası; riski layıkıyla yönetebilen her kurum, aslında her gün binlerce hayatı sessizce koruma altına almaktadır.

Sağlık Turizminde "Güven" Pasaportu

H.M: Türkiye, küresel sağlık turizminde devleşirken AACI bu tablonun neresinde duruyor?

Ö.P: Türkiye, sağlık turizminde dünya merkezi olma yolunda hızla ilerliyor. Bu büyüme, uluslararası hastalara verilen güveni tescil etme zorunluluğunu da beraberinde getiriyor. Türkiye'deki kuruluşlara sunduğumuz hizmetlerde hem Türk sağlık mevzuatına hem de küresel standartlara hakim bir ekiple çalışıyoruz. Kurumların yalnızca bir belge edinmesine değil, küresel sahnede "tercih edilen ve güvenilen" bir oyuncu olmasına destek oluyoruz.

Geleceğin Standartları: Dijitalleşme ve Sürdürülebilirlik

H.M: Sağlık akreditasyonunun geleceğinde hangi kavramlar belirleyici olacak?

Ö.P: Üç ana eksen görüyoruz: **Dijitalleşme, Sürdürülebilirlik ve Hasta Deneyimi.** Yapay zekâ destekli kalite izleme sistemleri geleneksel denetim anlayışını dönüştürüyor. Bunun yanı sıra, sağlık kuruluşlarının çevresel ayak izini azaltmasını ve kaynak verimliliğini artık bir "etik tercih" değil, kurumsal mükemmeliyetin zorunlu bir parçası olarak göreceğiz. Son olarak; artık sadece klinik çıktıları değil, hastanın tedavi sürecindeki psikolojik iyilik halini ve iletişim kalitesini de dikkate alacağımız bir döneme giriyoruz.

Hedef: Niteliksel Derinlik ve Küresel İş Birliği

H.M: AACI'nin önümüzdeki döneme dair vizyonunu nasıl özetlersiniz?

Ö.P: Akredite ettiğimiz kuruluş sayısını artırmanın ötesinde, niteliksel derinliği güçlendirmeye odaklanıyoruz. Eğitim programlarımızı genişleterek sağlık profesyonellerinin kalite kültürünü içselleştirmesine destek oluyoruz. Dünyanın neresinde olursa olsun, her hastanın güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti almasını mümkün kılmak için küresel iş birliği ağlarımızı güçlendirmeye devam edeceğiz. ■

HİSAR HOSPITAL INTERCONTINENTAL: Sağlıkta Entegre Yaklaşım, Yenilikçi Teknolojiler ve Robotik Cerrahi

A. EMİR KAVAK - Hisar Hospital Intercontinental Genel Müdürü

Sağlık hizmetlerinde dijital dönüşüm ve robotik cerrahi uygulamaları, hasta güvenliği ve klinik başarıda yeni bir dönem başlatıyor. Bu dönüşüm sürecinin Türkiye'deki uygulayıcıları arasında yer alan Hisar Hospital Intercontinental, teknolojik yatırımları, JCI akreditasyon standartlarındaki sunum modeli ve uluslararası hasta hizmetlerindeki stratejik konumuyla faaliyetlerini sürdürüyor. Hisar Hospital Intercontinental Genel Müdürü A. Emir Kavak; kurumun 20 yıllık yolculuğunu, multidisipliner sağlık yaklaşımını ve geleceğe yönelik vizyonunu hospitalmanager ile paylaştı.



H.M: Hisar Hospital Intercontinental'ın kuruluş vizyonu ve sağlık sektöründeki konumu hakkında bilgi verebilir misiniz?

A.E.K: Hisar Hospital Intercontinental olarak 2005 yılından bu yana; "insan hayatına saygıyı temel alan; uluslararası standartlarda modern, kapsamlı ve güvenilir hizmet sunan bir referans merkezi olma" vizyonuyla faaliyetlerimizi sürdürüyoruz. Kurulduğumuz günden itibaren sadece hastalıkların tedavisine odaklanan bir yapıdan öte, bireyin tüm yaşam sürecini kapsayan bütüncül bir sağlık anlayışını benimsedik. Bu doğrultuda; sağlık hizmetini etik değerler, bilimsel gelişmeler ve toplumsal sorumluluk ilkeleri çerçevesinde sunarken, her hastamızı "misafirimiz" olarak konumlandırıyoruz. Bugün geldiğimiz noktada, güçlü akademik kadromuz, yenilikçi teknolojik altyapımız ve hasta memnuniyeti odaklı yaklaşımımız ile hem ulusal hem de uluslararası düzeyde referans gösterilen bir sağlık merkeziyiz.

Bu yıl itibarıyla 20. yılımızı geride bırakmanın gururunu yaşıyoruz. 2005 yılında başladığımız bu yolculukta; sağlıkta kaliteyi, güveni ve insan odaklı yaklaşımı her zaman önceliğimiz yaptık. Kuruluşumuzdan bu yana hastalarımızın sağlığını merkeze alarak tıptaki yenilik-



leri yakından takip ettik ve topluma güven veren bir sağlık merkezi olma kimliğimizi sürdürdük. Sağlık ekibimizin özverisi, hastalarımızın memnuniyeti ve topluma kattığımız değerler, bu yolculuğun en kıymetli parçalarını oluşturdu. 20. yılımızda, geçmişten bugüne uzanan tüm birikimimizi ve başarılarımızı değerlendirirken, geleceğe aynı kararlılık ve heyecanla ilerlemeye devam ediyoruz.

H.M: Hastanenizin fiziksel kapasitesinden ve branş çeşitliliğinden bahsedebilir misiniz?

A.E.K: Hastanemiz, 40.000 metrekarelik geniş kullanım alanı, 212 yatak kapasitesi ve 8 ameliyathanesi ile hizmet sunmaktadır. Bünyemizde 60'dan fazla tıbbi branşta faaliyet yürütülmektedir. Hisar Hospital Intercontinental olarak onkoloji alanında multidisipliner ve bütünleşik bir yaklaşım benimsiyoruz. Bütünleşik Onkoloji Merkezi'mizde: Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Onkolojik Cerrahi, Girişimsel Onkoloji, Hepatobiliyer Cerrahi, Meme ve Endokrin Cerrahisi, Jinekolojik Onkoloji, Üroonkoloji ve Beyin ve Sinir Cerrahisi gibi tüm onkolojik cerrahi branşlar bir arada sunulmaktadır.

Hisar Hospital Intercontinental Kemik İliği Nakli Merkezi, uluslararası standartlarda hasta bakımı ve konforu esas alınarak tasarlanmış olup, güncel tıbbi teknolojilerle donatılmıştır. Ayrıca hastanemizde; Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi gibi özellikli uzmanlık gerektiren alanlarda da kapsamlı sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Tedavi sürecinde yalnızca hastalığa odaklanmakla kalmıyor, hastalarımızın yaşam kalitesini de ön planda tutuyoruz. Bu doğrultuda palyatif bakım, destekleyici tedaviler ve sağlıklı yaşam programları ile bütüncül bir süreç yönetimi benimsiyoruz.

Hastanemizde tanı ve görüntüleme teknolojilerimiz ile klinik birimlerimiz entegre bir yapıda çalışmaktadır. Bu sayede hastalarımıza zamanında, güvenilir ve kapsamlı bir tanı ve tedavi süreci sunabiliyoruz. Özellikle karmaşık vakalarda bu güçlü entegrasyon, kritik bir klinik katkı sağlamaktadır. Uluslararası ölçekte kabul görmüş teknolojik donanımlar ve yapay zekâ destekli sistemler sayesinde tanı ve tedavi süreçlerini optimize ediyoruz. Modern teknolojiyi etkin hizmet anlayışıyla birleştirerek, toplum sağlığına katkı sunmayı ilke ediniyoruz.

H.M: Uluslararası hasta hizmetleri perspektifinden baktığımızda, Hisar Hospital Intercontinental'ı nasıl değerlendiriyorsunuz?

A.E.K: İstanbul'un Anadolu Yakası'nda, Ümraniye'deki stratejik lokasyonumuzun Sabiha Gökçen Uluslararası Havalimanı ve İstanbul Boğazı'na yakınlığı; uluslararası hasta koordinasyonu kapsamında yurt dışından gelen hastalar için erişilebilirliği destekleyen bir ulaşım kolaylığı sunmaktadır. Avrupa, Balkanlar, Orta Doğu ve Türk Cumhuriyetleri başta olmak üzere geniş bir coğrafyadan hasta kabul ediyoruz. 175 farklı ülkeden



hastaya sağlık hizmeti sunarak, uluslararası alandaki tercih edilebilirliğimizi ve hizmet ağımızı genişletmeye devam ediyoruz. JCI kalite standartlarında sunduğumuz sağlık hizmetleri sayesinde, Hisar Hospital Intercontinental yalnızca Türkiye'de değil, global ölçekte de güvenilir bir referans merkezi olarak konumlanmaktadır.

H.M: Hasta deneyimini iyileştirmeye yönelik nasıl bir hizmet modeli uyguluyorsunuz?

A.E.K: Hasta deneyimini iyileştirmeye yönelik hizmet modelimizin temelinde yalın yönetim felsefesi yer almaktadır. Bu yaklaşım ile süreçlerimizi uçtan uca analiz ederek operasyonel adımları netleştiriyor, hasta akışını destekliyor ve bekleme sürelerini optimize ediyoruz. Kaynakların etkin kullanımı sayesinde operasyonel verimliliği artırırken, hastalarımıza zamanında, güvenilir ve konforlu bir hizmet sunuyoruz. Sürekli iyileştirme anlayışı ile hizmet kalitemizi düzenli olarak gözden geçiriyor ve geliştirmeye devam ediyoruz.

Bu güçlü operasyonel yapıyı, benimsediğimiz çok boyutlu liderlik ve hizmetkâr liderlik yaklaşımlarıyla destekliyoruz. Çok boyutlu liderlik anlayışımız sayesinde yöneticilerimiz, farklı durum ve ihtiyaçlara uygun esnek liderlik sergileyerek ekiplerin performansını optimum düzeye taşımaktadır. Hizmetkâr liderlik yaklaşımımızda ise yöneticilerimiz, ekiplerinin ihtiyaçlarını önceliklendirerek onların gelişimini destekler, güçlü bir iletişim ve güven ortamı oluşturur.

Bu bütüncül yaklaşımın sonucunda; hasta deneyiminde olumlu çıktılar, çalışan bağlılığında güçlenme, hizmet kalitesinde süreklilik ve klinik süreçlerin etkinliğinde gelişim sağlanmaktadır. Aynı zamanda kurum genelinde verimlilik artışı ve sürdürülebilir başarı elde edilerek, hasta odaklı yüksek kalite standartlarımız kalıcı hale getirilmektedir.

H.M: Robotik cerrahi yatırımlarınızdan ve uygulama alanlarınızdan bahsedebilir misiniz?

A.E.K: Robotik cerrahi, hastanemizin teknoloji odaklı vizyonunun bir parçasını oluşturmaktadır. Bu kapsamda, dünya genelinde en yaygın kullanılan sistemlerden biri olan Da Vinci robotik cerrahi platformu bünyemizde aktif olarak kullanılmaktadır. Günümüzde birçok branşta uygulanan bu teknoloji; Üroloji, Genel Cerrahi, Jinekolojik Onkoloji, Kalp ve Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi ile Baş ve Boyun Cerrahisi gibi alanlarda etkin bir şekilde kullanılmaktadır.

Da Vinci sistemi ile cerrah, özel bir konsol üzerinden operasyonu yönetirken robotik kollar ve üç boyutlu yüksek çözünürlüklü görüntüleme sistemi sayesinde ameliyat sahasını detaylı bir şekilde gözlemleyebilmektedir. Bu teknoloji, cerrahi süreçlerde hassasiyet ve kontrolü artırarak hem cerrah hem de hasta süreçlerine klinik katkı sağlamaktadır.

H.M: Robotik cerrahinin klinik pratikte sağladığı olanaklar nelerdir?

A.E.K: Da Vinci robotik cerrahi, hem hasta hem de cerrah açısından belirgin teknolojik imkânlar barındırmaktadır. Öncelikle minimal invaziv bir yöntem olması sayesinde daha küçük kesilerle müdahale gerçekleştirilebilmekte; bu durum, operasyon sonrası ağrı hissinin azalmasına ve iyileşme sürecinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır. Yüksek çözünürlüklü üç boyutlu görüntüleme sistemi sayesinde cerrah, cerrahi sahayı çok daha net ve detaylı bir şekilde gözlemleyebilmektedir. Robotik kolların gelişmiş hareket kabiliyeti, insan elinin erişim kapasitesini artırırken, el titremesini filtreleyerek cerrahi hassasiyeti desteklemektedir. Ayrıca cerrahın ergonomik bir pozisyonda çalışabilmesi, uzun süren ameliyatlarda yorgunluğu azaltarak çalışma konforunu artırmaktadır.

H.M: Robotik cerrahinin hasta sonuçlarına etkisini nasıl değerlendiriyorsunuz?

A.E.K: Da Vinci robotik cerrahi uygulamaları, hasta güvenliği ve klinik süreçlerin yönetimi açısından belirgin katkılar sunmaktadır. Operasyon sırasında kanama kontrolü, enfeksiyon riskinin minimize edilmesi, hastanede kalış süresinin kısalması ve iyileşme sürecinin desteklenmesi bu yöntemin öne çıkan teknik özellikleri arasındadır. Özellikle onkolojik cerrahilerde sağlanan yüksek hassasiyet, tümör dokusunun kontrollü bir şekilde çıkarılmasına yardımcı olmaktadır. Bu faktörler, hem tedavi süreçlerinin yönetimini hem de hastaların operasyon sonrası yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

H.M: Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeleri kurumunuza nasıl entegre ediyorsunuz?

A.E.K: Sağlıkta teknolojik gelişmeleri kurumumuza entegre ederken, yalnızca donanımsal yatırımlarla sınırlı kalmıyor; kendi geliştirdiğimiz dijital altyapılarla



bütüncül bir dönüşüm sağlıyoruz. Bu kapsamda, kurumumuz bünyesinde geliştirilen Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) sayesinde; tüm klinik, idari ve operasyonel süreçleri entegre bir yapı altında yönetiyoruz.

Tıbbi cihazlarımızın büyük bir kısmı bu sisteme entegre çalışacak şekilde yapılandırılmış olup, tanı ve tedavi süreçlerinde elde edilen veriler doğrudan dijital ortama aktarılarak hekimlerimizin kullanımına zamanında ve güvenilir biçimde sunulmaktadır. Bu entegrasyonlar sayesinde manuel işlem yükünü azaltırken, hasta güvenliğini ve veri tutarlılığını optimize ediyoruz.

Ayrıca RPA (Robotik Süreç Otomasyonu) ve yapay zekâ destekli çözümlerden aktif olarak faydalanıyoruz. Klinik karar destek sistemlerinden operasyonel verimlilik analizlerine kadar geniş bir alanda kullanılan bu teknolojiler, sağlık profesyonellerimizin iş süreçlerini kolaylaştırmakta ve veriye dayalı, etkin kararlar alınmasına katkı sağlamaktadır.

H.M: Gelecek vizyonunuz ve sağlık sektörüne yönelik hedefleriniz nelerdir?

A.E.K: Gelecek vizyonumuz; teknolojiyi, bilimsel gelişmeleri ve insan odaklı yaklaşımı bir araya getirerek sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir klinik başarıyı sağlamaktır. Robotik cerrahi, yapay zekâ destekli tanı sistemleri ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımları gibi alanlarda yatırımlarımızı sürdürmeyi planlıyoruz. Amacımız, ulusal ve uluslararası alanda referans teşkil eden bir sağlık merkezi olarak konumumuzu güçlendirmek ve hastalarımıza uluslararası standartlarda sağlık çözümleri sunmaya devam etmektir.

Bu vizyon doğrultusunda, Avrupa Yakası'ndaki yeni hastane projemizle yatırım faaliyetlerimizi kararlılıkla sürdürüyoruz. 2027 yılının son çeyreğinde hizmete girmesi planlanan bu yeni merkez; 25 katlı modern mimarisi, 66.000 metrekarelik kapalı alanı, 300 yatak kapasitesi ve kapsamlı poliklinik ağıyla kurumsal hizmet kapasitemizi yeni bir ölçeğe taşımaya hazırlanmaktadır. Güncel tıbbi teknolojilerle donatılmış ameliyathaneleri ve nitelikli sağlık kadrosuyla projenin her detayı, uluslararası hasta bakım standartlarını bütünüyle karşılayacak şekilde yapılandırılmıştır. Bu yatırım ile hastalarımıza güven temelli ve hasta odaklı yeni bir sağlık ekosistemi daha kazandırmayı hedefliyoruz. ■

BURTOM Sağlık Grubu Genel Müdürü Serdar Küplü: "Özel sağlık sigortacılığında sürdürülebilirlik, paydaşların etik dengesine bağlı"

SERDAR KÜPLÜ - BURTOM Sağlık Grubu Genel Müdürü

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının geleceğini ve sektördeki yapısal dönüşümü mercek altına alan BURTOM Sağlık Grubu Genel Müdürü Serdar Küplü, ekosistemin tüm aktörlerini kapsayan çok boyutlu bir analiz sundu. Sigorta şirketlerinden hizmet sunucularına, düzenleyici kurumlardan sigortalılara kadar uzanan bu geniş yelpazede "etik denge" ve "sürdürülebilirlik" vurgusu yapan Küplü, yeni dönemin yol haritasına dair kritik ipuçlarını hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Günümüzde birçok alanda olduğu gibi özel sağlık sigortacılığında da sıkça sürdürülebilirlik kavramıyla karşılaşmaya başladık. Sizce bu sistemin sürdürülebilirliği için paydaşlar nasıl bir denge kurmalı?

S.K: Aslında bu bir ekosistem meselesi. Sistem; sigorta şirketleri, hizmet sunucuları (hastaneler), düzenleyici kurumlar ve sigortalılardan oluşan dörtlü bir sacayağı üzerine kurulu. Sürdürülebilirlik, bu paydaşların etik dengesine bağlı.

Sigorta şirketleri maliyet yönetiminde şeffaf olmalı; biz sağlık hizmeti sunucuları ise hizmet kalitesini artırırken hasar oranlarını etik bir yaklaşımla yönetmeliyiz. Tabii işin bir de bilinçli tüketici boyutu var. Sigortalıların poliçe kapsamını doğru anlayıp hizmeti bu çerçevede kullanması, sistemin geleceği için belirleyici bir rol oynuyor.



"Katsayı Adaleti ve Öngörülebilir Anlaşma Modelleri Bekliyoruz"







H.M: Sigorta şirketleri ile hastaneler arasındaki "beklenti çatışması" sektörün kronikleşmiş konularından biri. Sizin bu noktadaki çözüm öneriniz nedir?

S.K: Sigorta şirketleri haklı olarak fiyatlandırmada şeffaflık, kalite standardı, doğru faturalama ve etkin provizyon yönetimi bekliyor. Ancak madalyonun bir de hastane tarafı var. Bizim en temel beklentimiz öngörülebilir anlaşma modelleri. Özellikle "katsayı farklılıkları" ciddi bir düğüm noktası. Mevcut yapıda büyük hastane zincirleri yüksek hacim sayesinde avantajlı katsayılar alabiliyor. Oysa orta ölçekli, butik ama yüksek kalitede hizmet veren kuruluşlar benzer performansı sergilemelerine rağmen dezavantajlı kalıyor. Katsayılar sadece "hacme" göre değil; hizmet kalitesi ve performans gibi objektif kriterlerle belirlenmeli. Ödemelerin zamanında yapılması ve fiyat farklılıklarının karşılıklı anlayışla çözülmesi sektörün bekası için şart.

2025: Dönüşüm Yılı; 2026: Güven ve Sürdürülebilirlik Dönemi

H.M: Özel sağlık sigortacılığı açısından 2025 yılını nasıl değerlendiriyorsunuz? 2026 yılına dair beklentileriniz ve öngörüleriniz nelerdir?

S.K: 2025, SEDDK'nın düzenlemeleriyle sektörde paradigma değişiminin yaşandığı bir yıl oldu. Özellikle 60 yaş altı bireylere getirilen "ömür boyu yenileme garantisi" zorunluluğu, sigortalılara çok önemli bir güvence sağladı.

Sektör artık daha şeffaf ve tüketici odaklı bir yapıya evriliyor. 2025'teki bu yapısal dönüşümün sonuçlarını 2026 yılında daha net göreceğiz. Önümüzdeki dönemi; güvenin tazelendiği, rekabetin fiyattan ziyade hizmet kalitesine odaklandığı bir "sürdürülebilirlik dönemi" olarak görüyorum.

TSS: Orta Gelir Grubu İçin Sağlık Finansmanında Denge Unsuru

H.M: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası son yıllarda büyük bir ivme kazandı. Bu ürünün sağlık finansmanındaki yerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

S.K: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS), son 10 yılda SGK ile özel sağlık hizmetleri arasında altın bir köprü kurdu. Özellikle sanayi şehirlerindeki grup sigortaları bu süreci çok hızlandırdı. TSS, orta gelir grubunun nitelikli özel sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırarak bir denge unsuru haline geldi.

Ancak burada bir uyarıda bulunmam gerek: Bu ürünün sağlıklı gelişmesi; kapsamın doğru anlaşılması, fiyatlandırmanın şeffaf olması ve sigortalının doğru bilgilendirilmesine bağlı. Eğer bu "net çerçeveyi" koruyabilirsek, TSS, Türkiye'nin sağlık finansmanındaki en güçlü araç olmayı sürdürecektir. ■

Akciğer Kanseri Teşhisi ve Tedavisinde Siemens Healthineers ile Bütüncül Yaklaşım

Akciğer kanseri, dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olmaya ve hastalar başta olmak üzere sağlık profesyonelleri ile sağlık sistemleri üzerinde önemli bir baskı oluşturmaya devam ediyor. Günümüz sağlık sistemleri hastalıkları oluşmadan önce önlemeye odaklansa da akciğer kanserinin çoğu zaman erken evrede belirti göstermeden ilerlemesi, erken tanı, doğru evreleme ve etkin tedavi planlamasının kritik önemini ortaya koyuyor. Bu noktada dijitalleşme, yapay zekâ ve ileri görüntüleme teknolojileri ile desteklenen tanı ve tedavi sistemleri, bu zorlu hastalıkla mücadelede büyük rol oynuyor. **Siemens Healthineers**, görüntülemeden laboratuvar çözümlerine, yapay zekâ uygulamalarından hassas radyoterapi sistemlerine kadar sunduğu uçtan uca teknolojilerle hastanın ve sağlık profesyonellerinin yolculuğunu bütünsel olarak destekliyor. Bu yaklaşım ise şirketin "görünmeyeni görmek" felsefesini klinik pratiğin merkezine taşıyor.

Kandan Terapiye Giden Yolda Hastalara ve Sağlık Profesyonellerine Uçtan Uca Destek

Siemens Healthineers, hastaların kandan terapiye uzanan yolculuğunun her aşamasında yer alan entegre bir ekosistem sunuyor. Bu yolculuk, erken teşhisin temelini oluşturan laboratuvar analizleriyle başlıyor. Kandaki biyobelirteçlerin ve genetik profil analizlerinin doğru şekilde değerlendirilmesi, özellikle risk altındaki hastaların takibinde klinik karar destek süreçlerini güçlendiriyor.

Siemens Healthineers'ın laboratuvar diagnostiği çözümleri, akciğer kanserinin biyolojik davranışının anlaşılmasına ve tedavi sürecinin izlenmesine önemli katkılar sağlıyor. Serum tümör belirteçleri, hastalığın seyri, tedavi yanıtı ve olası nüksün erken saptanması açısından sağlık profesyonellerine tamamlayıcı bilgiler sunuyor. Bu biyobelirteçler arasında **Neuron-Specific Enolase (NSE)**, özellikle nöroendokrin kökenli tümörlerle ilişkisi nedeniyle küçük hücreli akciğer kanseri (SCLC) için öne çıkan belirteçlerden biri. NSE'nin serum düzeyindeki değişimler, tedavi yanıtının değerlendirilmesi ve hastalığın izlenmesi açısından klinik olarak anlamlı ipuçları sağlayabiliyor. Akciğer kanserinin yapısı göz önüne alındığında **CYFRA 21-1** gibi diğer biyobelirteçler de özellikle küçük hücreli olmayan akciğer kanseri (NSCLC) alt tiplerinde ek klinik bilgi sunabiliyor. Siemens Healthineers'ın laboratuvar altyapısı, bu biyobelirteçlerin güvenilir ve standartize biçimde ölçülmesini sağlayarak sağlık profesyonellerinin hastalığın seyrini daha bütüncül değerlendirmesine ve kişiselleştirilmiş tedavi kararlarını desteklemesine yardımcı oluyor.

Akciğer kanseri özelinde, yüksek risk gruplarının düşük doz bilgisayarlı tomografi ile kişiselleştirilmiş şekilde taranması, ölüm oranlarının azaltılmasında kritik rol oynuyor. Güncel tarama programlarında hastaların yaklaşık %80'inin evre 1 veya 2'de teşhis edilebildiği* ve bunun da tedavi şansını önemli ölçüde artırdığı görülüyor. Bu süreçte tarama programlarının yaygınlaşmasını zorlaştıran temel faktörler ise radyasyon dozu, tarama doğruluğuna ilişkin yalancı pozitif ve yalancı negatif sonuç riskleri ile sağlık sistemlerindeki maliyet ve iş yükü olarak öne çıkıyor.

Bu zorlukların aşılmasında Siemens Healthineers'ın ileri görüntüleme çözümleri öne çıkıyor. Düşük doz BT taramalarında kullanılan **SOMATOM go.Top** bilgisayarlı tomografi sistemi ve photon-counting teknolojisiyle **NAEOTOM Alpha** platformu, ultra düşük radyasyon





dozunda yüksek uzaysal çözünürlük ve üstün görüntü kalitesi sunarak geniş popülasyonların güvenle taranmasına destek oluyor. Photon-counting teknolojisi, özellikle erken evre akciğer nodüllerinin daha yüksek doğrulukla tespit edilmesine katkı sağlayarak erken tanı süreçlerini güçlendiriyor. Yapay zekâ destekli AI-Rad Companion yazılımları ise radyologların iş yükünü azaltırken, insan gözünün kaçırabileceği en küçük bulguların dahi saptanmasına yardımcı olarak tanı doğruluğunu artırıyor.

Hastalığın yayılımını ve biyolojik karakterini değerlendirmede PET-BT, MR ve ileri hibrit görüntüleme sistemleri önemli rol oynuyor. Bu alanda da **Siemens Healthineers Biograph Horizon** ve **Biograph Trinion** PET-BT platformları tümörün biyolojik aktivitesini anatomik detaylarla birleştirerek kişiye özel tedavi planlarının oluşturulmasına temel sağlıyor. **MAGNETOM Flow** MR platformu ise güçlü MR görüntüleme kapasitesi ve yapay zekâ destekli analiz yetenekleri ile akciğer kanserinde yumuşak doku kontrastının ve tümör yayılımının detaylı şekilde değerlendirilmesini sağlıyor.

Tedavi tarafında ise Siemens Healthineers bünyesindeki **Varian teknolojileri**, akciğer kanseri tedavisinde radyoterapi alanında yeni bir standart oluşturuyor**. Halcyon** ve **TrueBeam** tedavi platformları radyoterapinin hızını ve hassasiyetini artırırken, yapay zekâ destekli radyoterapi sistemi **Ethos**, tedavinin günlük değişen şartlarına göre adaptasyon sağlayıp gerçek zamanlı olarak tedavi planını güncelleyebiliyor. Tüm tedavi cihazlarına eklenen solunum kontrol sistemleri ile de hastanın nefes alış verişine göre tedavi yönetilebiliyor. Bu yaklaşım, kanser hücrelerini maksimum düzeyde hedeflerken sağlıklı dokuların korunmasını destekleyen devrimsel bir tedavi modeli sunuyor.

Akciğer Kanserinde Avrupa'nın Tarama Yaklaşımı

Akciğer kanseri çoğu zaman ileri evrelerde belirti verdiği için, hastalık teşhis edildiğinde tedavi şansı azalabiliyor. Bu tabloyu değiştirmek üzere Avrupa'da bu alanda önemli adımlar atılıyor.

Ulusal akciğer kanseri tarama programını başlatan Polonya ve Birleşik Krallık'ta yürütülen **Targeted Lung Health Check** programları erken evre teşhis oranlarında önemli artışlar sağladı. Ayrıca Avrupa Birliği'nin **Europe's Beating Cancer Plan** kapsamında düşük doz BT başta olmak üzere akciğer ve diğer kanserlerin tarama programlarının geliştirilmesi teşvik ediliyor; 2022'de yapılan AB Konseyi önerisi ile tarama çerçevesinin genişletilmesi ve yüksek risk grubundaki bireylerde düşük doz BT'nin değerlendirilmesi tavsiye ediliyor. Bu yaklaşım, erken teşhis oranlarını artırarak tarama eşitsizliklerini azaltmayı da hedefliyor. Bu tür tarama programlarının ülkemizde de değerlendirilmesi, özellikle risk gruplarına yönelik erken ve etkin bir tarama yaklaşımı, erken evrede tanı oranlarını artırarak hastalığın bireysel ve sağlık sistemi üzerindeki yükünü azaltmaya katkı sağlayabilir. ■

Kaynaklar:
- ** Balata, H., et al. (2021). "Analysis of the baseline performance of five UK lung cancer screening programmes." Lung Cancer 161: 136-140.*
- *European Commission - Europe's Beating Cancer Plan*

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Müdür Yardımcısı Eser Şahin Foto: "Üniversite hastaneleri sistemde doğru konumlandırılmalı"

ESER ŞAHİN FOTO - Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Müdür Yardımcısı

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Müdür Yardımcısı Eser Şahin Foto, bağımsız vakıf üniversite hastanelerinin çoğu zaman daha düşük katsayılarla çalıştırıldığını ve bunun hizmetin niteliği ile fiyatlandırma arasında ciddi bir uyumsuzluk yarattığını belirtti. Foto, "Üniversite hastaneleri bugün birçok alanda referans oluşturan güçlü sağlık kurumları. Bu nedenle mesele bir ayrıcalık talebi değil; üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içindeki gerçek rolünün ve sunduğu değerin doğru ve dengeli şekilde konumlandırılmasıdır" diyerek, özel sağlık sigortaları ile üniversite hastaneleri arasındaki hassas dengeleri hospitalmanager ile paylaştı.

H.M: Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi olarak özel sağlık sigortalarıyla kurduğunuz ilişkiyi nasıl tanımlarsınız?

E.Ş.F: Bugün sağlık sigortası ile hastane arasındaki ilişkiyi yalnızca bir "maliyet dengesi" olarak görmek büyük bir eksikliktir. Bu ilişki aslında hasta erişimini, sağlık hizmetinin kalitesini ve sistemin uzun vadeli sürdürülebilirliğini belirleyen güçlü bir finansal mimariyi ifade eder.

Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi olarak biz bu iş birliğini; hastaya hızlı erişim sağlamak, doğru ve zamanında tanı koymak, multidisipliner tedavi yaklaşımını güçlendirmek ve yüksek hasta deneyimi sunmak üzerine kurguluyoruz.

Ancak burada özellikle vurgulanması gereken önemli bir nokta vardır: Üniversite hastanesi kimliği. Çünkü biz yalnızca sağlık hizmeti sunan bir kurum değiliz; aynı zamanda eğitim veren, bilim üreten ve araştırmalarla tıbbın gelişimine katkı sağlayan üniversite hastanesiyiz.

Bu nedenle sigorta-hastane ilişkileri değerlendirilirken üniversite hastanelerinin sunduğu bu akademik güç, bilimsel üretim kapasitesi ve multidisipliner yaklaşım mutlaka dikkate alınması gereken temel bir parametre olarak görülmelidir.

Bu sürecin bir diğer önemli boyutu da hasta deneyimidir. Sigortalı hastalar için hızlı provizyon, doğru yönlendirme ve tedavi sürecinin kesintisiz ilerlemesi en kritik beklentiler arasında yer almaktadır. Bu nedenle sigorta-hastane iş birliği yalnızca finansal değil, aynı zamanda operasyonel süreçlerin etkin yönetimini de kapsayan bütüncül bir yapı olarak ele alınmalıdır.

H.M: Üniversite hastaneleri sigorta sisteminde doğru konumlandırılıyor mu?

E.Ş.F: Bugün en kritik tartışma başlıklarından biri bu.

Üniversite hastaneleri;

- Yan dal ve üst ihtisas yoğunluğu,
- Akademik kadro maliyeti,
- Bilimsel üretim yükü gibi unsurlar nedeniyle farklı bir yapıdadır.

Buna rağmen sahada karşılaştığımız tablo, üniversite hastanelerinin özel hastanelerden daha düşük katsayılarla çalıştırıldığını göstermektedir. Bu durum sadece finansal bir mesele değildir. **Hizmetin niteliği ile fiyatlandırma arasında ciddi bir kopukluk yaratır.**

Öte yandan günümüz üniversite hastaneleri; teknoloji,

hasta deneyimi ve otelcilik standartları bakımından özel hastanelerin gerisinde değil birçok alanda referans oluşturan kurumlardır. Dolayısıyla mesele bir ayrıcalık talebi değil; üniversite hastanelerinin sistem içindeki gerçek rolünü doğru ve dengeli biçimde konumlandırma gerekliliğidir.

H.M: Tamamlayıcı sağlık sigortalarında yaşanan temel problem nedir?

E.Ş.F: Tamamlayıcı sağlık sigortaları son yıllarda büyüdü ancak beraberinde ciddi yapısal sorunlar da getirdi. En belirgin problem; **standart dışı ve dengesiz sözleşme yapılarıdır.**

Bugün aynı sigorta şirketi farklı hastanelerle çok farklı katsayılar üzerinden çalışabiliyor ve büyük hastane grupları ile bağımsız sağlık kurumlarına farklı koşullar sunabiliyor. Bu durum özellikle bağımsız vakıf üniversite hastanelerini ciddi bir rekabet dezavantajıyla karşı karşıya bırakıyor. Aynı zamanda sigorta şirketleri arasındaki sağlıklı rekabet zemini de zayıflıyor. Büyük portföy gücüne dayanarak uygulanan yüksek indirim baskısı ise piyasanın doğal dengesini bozuyor. Bu tablo uzun vadede sürdürülebilir görünmüyor.

Bununla birlikte mevcut yapı yalnızca hastaneler açısından değil, sigortalı hasta deneyimi açısından da farklılıklar yaratmaktadır. Aynı hizmete farklı kurumlarda farklı erişim ve hizmet kalitesi oluşması, sistemin bütüncül güven algısını zedeleyebilmektedir. Bu nedenle standardizasyon ihtiyacı hasta perspektifi açısından da kritik bir başlıktır.

Sektörün ihtiyacı olan şey çok net:

- **Segment bazlı, şeffaf ve dengeli bir sözleşme modeli**
- **Üniversite hastanelerinin ayrı bir perspektifle değerlendirilmesi**
- **Katsayıların güncel kapasite ve hizmet seviyesine göre yeniden belirlenmesi**

Bu yaklaşım yalnızca hastaneler için değil, sigorta sisteminin geleceği için de kritik.



Eser Şahin Foto

Eser Şahin Foto, 1978 Adana doğumlu olup Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitimi Lisans (2002) ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans (2004) mezunudur. 1999 yılından bu yana Memorial, Eczacıbaşı, Anadolu Sağlık Merkezi, Medical Park ve Universal Hastaneler Grubu gibi önemli kurumlarda çalışmış; NB Kadıköy, İstanbul Cerrahi, Adatıp, Okan Üniversitesi ve Academic Hospital'de üst düzey görevler üstlenmiştir. 2023 itibarıyla UCan Sağlık Turizm ve tanitedavi.com kurucu ortağı olan Foto, 2025 yılı itibarıyla Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Müdür Yardımcısıdır.



Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

2023 yılında yeni yerleşkesine taşınan Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi; yenilikçi teknolojik altyapısı, nitelikli akademik kadrosu ve geniş yan dal yapılanmasıyla üçüncü basamak referans üniversite hastanesi olarak hizmet vermektedir. Eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerini bütünleşik bir modelle sunarak sağlık sistemindeki faaliyetlerini bu üçlü temel üzerine inşa etmektedir.

H.M: Maliyet artışları bu ilişkiyi nasıl şekillendiriyor?

E.Ş.F: Sağlık sektöründe maliyet artışı artık tartışılan bir konu değil, yönetilmesi gereken yapısal bir gerçektir. Ancak burada asıl kritik soru maliyetin varlığı değil, nasıl yönetildiğidir. Sistem yalnızca maliyet baskısı üzerinden ilerlediğinde hizmet kalitesi zayıflar, hekim tercihleri değişir ve sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği zarar görür. Bu nedenle sağlık sigortası ile hastane arasındaki ilişkinin fiyat odaklı bir anlayıştan çıkarak değer odaklı bir modele evrilmesi kaçınılmazdır.

Bu noktada önemli olan yalnızca maliyetlerin karşılanması değil, aynı zamanda hizmet kalitesinin korunmasıdır. Sağlık hizmeti doğası gereği ertelenebilir veya standardize edilebilir bir hizmet değildir. Bu nedenle maliyet yönetimi ile kalite sürdürülebilirliği birlikte ele alınmalıdır.

H.M: Özel sağlık sigortacılığının geleceğini hangi temel trendler ve dönüşümler şekillendirecek?

E.Ş.F: Önümüzdeki dönemde özel sağlık sigortacılığı: Pasif ödeme modeli olmaktan çıkacak, aktif sağlık yönetimi modeline dönüşecek.

Öne çıkacak başlıklar:

- Veri analitiği
- Yapay zekâ destekli risk yönetimi
- Dijital sağlık altyapıları
- Kronik hastalık yönetimi
- Koruyucu sağlık hizmetleri

Ancak bu dönüşümün başarısı tek bir şeye bağlı: Sağlık kurumları ile gerçek iş ortaklığı kurulmasına. Özellikle veri paylaşımı ve entegre sistemlerin gelişmesiyle birlikte, hastane ile sigorta şirketleri arasındaki süreçler daha şeffaf ve ölçülebilir hale gelmektedir. Bu durum hem operasyonel verimliliği artırmakta hem de daha sağlıklı karar mekanizmalarının oluşmasına katkı sağlamaktadır.

H.M: Sağlık ekosisteminin geleceğini güvence altına alacak en kritik önceliği nasıl özetlersiniz?

E.Ş.F: Sağlık sistemi sıfır toplamlı bir oyun değildir; bir tarafın kazandığı, diğerinin kaybettiği bir model sürdürülebilir olamaz. Sağlık kurumlarının güçlü olması sigorta sistemini güçlendirir, güçlü bir sigorta sistemi ise sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlar. Bu nedenle sistemin sağlıklı işlemesi için daha şeffaf ilişkilere, daha dengeli sözleşme yapılarına ve daha gerçekçi bir segmentasyona ihtiyaç vardır.

Kısacası: **Birlikte ayakta kalabileceğimiz bir model.** Bu yaklaşım yalnızca bugünü değil, sağlık sisteminin geleceğini de güvence altına alacaktır. ■



hospital management consultancy

hospital manager

Global Health Conferences

City of London College
A University Sector Premier College

Danışmanlık

uhs management consultancy olarak yeni hastane kurulumlarında, organizasyonel yeniden yapılandırmalarda ve M&A süreçlerinde danışmanlık hizmeti sunmaktadır.

Yayıncılık

uhs özel hastane yönetimlerinin yakından takip ettiği hospital**manager** Dergisi ile ülkemizde modern hastane yönetiminin gelişimine katkı sağlamakta ve ulusal ve uluslararası işbirliği imkanları yaratmaktadır.

Konferans

uhs
Global Health Conferences markasıyla ülkemizde ulusal ve uluslararası konferanslar düzenleyerek yeni hastane yatırımlarına ve mevcut sağlık yatırımlarının büyüme stratejilerine katkı sağlamaktadır.

Eğitim

uhs City of London College işbirliği ile sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşlara planlama, pazarlama, hasta memnuniyeti, kurumsallaşma ve markalaşma alanlarında kurumsal eğitimler vermektedir.

uhs

Kuleli Sk. No: 57/1 GOP, ANKARA
Tel: 0 312 446 91 14 Faks: 0 312 436 33 47
www.uhs.web.tr



37. yıl Anniversary

HSM Radyoloji

Prof.Dr.Mustafa ÖZATEŞ

ATAKÖY MERKEZ

Ataköy Towers Ataköy 7-8-9-10. Kısım Mah. Çobançeşme E-5 Yan Yol Cad. A Blok No: 20K/41 Bakırköy / İSTANBUL TEL: +90 212 476 7476

1.LEVENT

Levent Mah. Büyükdere Cad. No: 154 Beşiktaş / İSTANBUL TEL: 444 3627

BAĞDAT CADDESİ

Fenerbahçe Mah. Bağdat Cad. No:182-186/A Selamiçeşme Kadıköy / İSTANBUL TEL: +90 216 455 0000

www.hsmradyoloji.com - info@hsmradyoloji.com

+90 532 446 0 476 hsmradyoloji hsmradyoloji hsmradyoloji

444 1 800