

**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SİGORTACILIK VE RİSK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**SİGORTACILIK VE RİSK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI TÜRKİYE VE DÜNYA UYGULAMALARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**MELTEM BALKANLI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**PROF.DR. SERPİL CULA**

**ANKARA –2017**

**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SİGORTACILIK VE RİSK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**SİGORTACILIK VE RİSK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**

**MELTEM BALKANLI**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF.DR. SERPİL CULA**

**ANKARA –2017**



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 25. / 09 / 20.17

Öğrencinin Adı, Soyadı : Meltem BALKANCI

Öğrencinin Numarası : 21510104

Anabilim Dalı : Sigortacılık ve Risk Yönetimi

Programı : Sigortacılık ve Risk Yönetimi Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Prof. Dr. Serpil CUCA

Tez Başlığı : Özel Söğüt Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam ..66... sayfalık kısmına ilişkin, 25. / 09 / 20.17 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından ....Turan.... adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % ..19.....'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

M. Balkancı

Onay

25.09.2017

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,  
Prof. Dr. Serpil CUCA

MELTEM BALKANLI tarafından hazırlanan “Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul ( Sınav ) Tarihi : 18 / 09 / 2017

( Jüri Üyesinin Unvanı, Adı – Soyadı ve Kurumu )

İmzası

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Serpil Cula ( Danışman )  
Başkent Üniversitesi

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Şeref Hoşgör  
Başkent Üniversitesi

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Yasemin Saykan  
Mecettepe Üniversitesi



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

03 / 10 / 2017



PROF.DR. DOĞAN TUNCER

ENSTITÜ MÜDÜRÜ

## ÖNSÖZ

Başkent Üniversitesi Sigortacılık Bölümü'ndeki lisans eğitimim sonrasında sigortacılık alanında farklı şirketlerde çalışma fırsatı buldum. Özellikle sağlık sektöründeki sigortacılık anlayışı, uygulamaları ve taraflar arasında ortaya çıkan sorunlar hakkında tecrübe sahibi oldum. Ülkemizin sağlık sigortacılığı konusunda halen çeşitli düzenlemelere ihtiyaç duyulması ve mevcut uygulamaların iyileştirilmesi gerekmektedir. Tez çalışmamda da sağlık sistemleri hakkında bilgi verirken aynı zamanda mevcut uygulamalara dair açıklamalar yapılmıştır.

Yazdığım bu yüksek lisans tez çalışmasının her aşamasında, bana yol göstermiş ve bilgi vermiş kişilerin de payları vardır. Bu paylardan en büyüğü, Başkent Üniversitesi Sigortacılık ve Risk Yönetimi Bölümü'ndeki lisans eğitimim sırasında kendisini tanıdığım danışman hocam Prof. Dr. Serpil Cula'nındır. Yüksek lisans tezimde, aktif iş yaşamımda da çalıştığım sağlık sigortacılığı üzerine bir konu belirlememe ve konu hakkında bilgi birikimimi arttırmama imkan sağlaması, tez çalışmamı yönlendirmesi ve sürdürmem konusunda her türlü desteği vermesinden dolayı kendisine çok teşekkür etmek istiyorum. Bana her zaman manevi destek olan hocalarım Prof. Dr. Zehra Muluk ve Yrd. Doç. Dr. Şeref Hoşgör'e, aileme, eşime, yüksek lisans eğitimim sırasında doğan kızıma ve yakınlarıma teşekkür etmek istiyorum.

## ÖZET

Toplumun sağlıklı bireylere sahip olması, toplumların gelişmesinde en önemli konudur. Bu sebeple sosyal güvenlik kavramı içerisinde sunulan sağlık hizmetleri önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetleri ciddi bir finans kaynağı da gerektirdiği için birçok yönü ile ele alınması gereken konular arasındadır. Çalışmamızda sosyal güvenlik kapsamında ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerine detaylı yer verilmiş ve Dünya'daki örnekler ile uygulama farklılıkları aktarılmıştır. Sağlık sigortasında kamu uygulamaları ve özel sağlık sigortacılığı ele alınarak, her iki sigortanın ayrı ya da birlikte kullanım durumları incelenmiştir. Özel sağlık sigortacılığında uygulamalar; risk kabul durumları, teminat tanım ve içerikleri ile iletilmiştir. Türkiye'deki sigorta şirketlerinden prim üretim sıralamasında ilk dörtte olan sigorta şirketlerinin özel şartları ile sektör uygulamaları da aktararak genel ve özel sağlık sigortası kullanıcılarına ve meslek olarak sigortacılığı seçmiş olup sağlık sigortası satışı yapan kişilere genel hatlarıyla ürün, sistem ve içerik hakkında bilgi verilmektedir.

Çalışmamızın sonucu olarak; genel sağlık sisteminin, özel tamamlayıcı sağlık sigortaları ile kapsamının genişletilebileceği, ülkelerin sağlık modellerini, sağlık finansmanlarına ve sağlık bütçelerine göre belirlemelerinin gerekliliği belirtilmiştir. Sağlık sigortaları bir bütün olduğu için bu konuda çalışmalar yapılırken sosyal sağlık sistemi, özel sağlık sigortacılığı ve dünya örnekleri detaylı incelenmeli ve sağlık reformlarına açık olmaları ifade edilmektedir.

## ANAHTAR KELİMELER

Sosyal Güvenlik, Özel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Sağlık Sistemleri, Katılım, Teminat

## **ABSTRACT**

The most important issue in the development of societies is having healthy people. For this reason, health services provided within the concept of social security have an important place. Due to health services requires many financial sources need to be searched in many ways. In our study, we gave details the health services offered in our country in scope of social security and the differences between the examples in the world's applications, In addition we have studied the public applications in health insurance and private health insurance which used for both insurance companies separately or in combination. Practices in private health insurance; risk acceptance status, coverage and contents. The special conditions of the insurance companies, which are the first four in the premium production line in Turkey, are also transferred to the general and private health insurance users and insurance companies by transferring the sector applications and information about the products, systems and contents are given to the persons who sell health insurance.

As a result of our study; the scope of general health system should be expanded with the specific supplement health insurance model and to determine countries' health models according to health finances and health budgets. Since health insurance is the monolith, the social health system, private health insurance, and World examples should be examined in detail and stated in open to health reforms.

## **KEY WORDS**

Social Security, Private Health Insurance, Complementary Health Insurance; Health Systems , Coverage

## İÇİNDEKİLER

ORJİNALLİK RAPORU	I
KABUL VE ONAY	II
ÖNSÖZ	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TABLolar LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
<b>BÖLÜM 1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>BÖLÜM 2. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI VE TÜRKİYE-DÜNYA</b>	
<b>UYGULAMALARI</b>	<b>4</b>
2.1. Sosyal Güvenlik Kavramı Nedir?	4
2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Uygulamaları Ve Gelişimi	5
2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu Görev ve Düzenlemeleri	6
2.3.1. Sigortalılar İçin Uygulamalar	6
2.3.2. Emekliler İçin Uygulamalar	6
2.3.3. Genel Sağlık Sigortası Kavramı	7
2.3.3.1. Genel Sağlık Sigortası Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması	10
2.4. Dünya’da Sosyal Güvenlik ve Uygulamaları	12
2.4.1. İngiltere Sağlık Hizmetleri	13
2.4.2. Fransa’da Sağlık Hizmetleri	14
2.4.3. Belçika da Sağlık Hizmetleri	14
2.4.4. Almanya da Sağlık Hizmetleri	15
2.4.5. Hollanda Sağlık Hizmetleri	16
<b>BÖLÜM 3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI</b>	<b>18</b>
3.1. Özel Sağlık Sigortasına Giriş	18



3.2. Özel Sağlık Sigortası Teminatları ve İçerikleri	20
3.2.1. Özel Sağlık Sigortalarında Risk Analizi	24
3.2.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi	33
3.2.3. Sigorta Sözleşmesi İptali	36
3.2.4. Özel Sağlık Sigortasında Tarife Uygulamaları	36
3.3. Sağlık Sigortasının Toplam Prim Üretimindeki Yeri	37
3.4. Sağlık Sigortalarında Tazminat Ödemeleri	43
3.5. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	44
3.6. Özel Sağlık Sigortasının Tercih Edilme Nedenleri	44
3.7. Ülkelere Göre Özel Sağlık Sigorta Modelleri	45
3.7.1. Destekleyici Model	45
3.7.2. Tamamlayıcı Model	45
3.7.3. Birincil Model	45
3.7.4. Ek Model	45
<b>BÖLÜM 4. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI</b>	<b>46</b>
4.1. Türkiye’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	46
4.2. Dünya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	50
4.2.1 İngiltere de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	50
4.2.2. Fransa da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	50
4.2.3. Belçika da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	51
4.2.4. Almanya da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	51
4.2.5. Hollanda da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları	51
4.3. Ülkeler Sağlık Sistemleri Verileri Ve Uygulamaları	55
<b>BÖLÜM 5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>60</b>
KAYNAKÇA	64
EKLER	67

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. SGK Muayene Katılım Payları Tablosu	10
Tablo 2.2. SGK İlaç Katılım Payları	11
Tablo 2.3. SGK Ortez ve Protez Katılım Payları Tablosu	11
Tablo 2.4. SGK Tüp Bebek Tedavi Katılım Payları Tablosu	11
Tablo 3.1. “X” Sigorta Şirketi Ankara İli Cinsiyet Ve Yaşa Göre Prim Tablosu	25
Tablo 3.2. VKI ( vücut kitle endeksi ) Değerlerinin Sınıflandırılması Tablosu	27
Tablo 3.3. Yaşlara Göre Uygun Vücut Kitle İndeksi Değerleri Tablosu	28
Tablo 3.4. İlgili Sigorta Şirketlerinin ÖBYG Kriterleri Tablosu	35
Tablo 3.5. Sigorta Şirketleri Yenileme Poliçesi Prim İndirim/Ekprim Oranları Tablosu	37
Tablo 3.6. Branşların Pazar Pay ve Toplam Prim Değişimleri (2014 ve 2015 yılları karşılaştırması) Tablosu	38
Tablo 3.7. Son Altı Yıl Hastalık/Sağlık Branşı Prim Üretim Değişimleri Ve Toplam Üretim İçerisindeki Payı Tablosu	39
Tablo 3.8. 2015 Yılı Sigorta Şirketleri Sağlık Sigortası Prim Üretim Sıralaması Tablosu	40
Tablo 3.9. 2015 Yılı İlk 20 Sigorta Şirketleri Toplam Prim Üretim Sıralaması Tablosu	41
Tablo 3.10. 2010 – 2015 Yılları Arası Bireysel/Grup Sigortalı Sayısı Tablosu	42
Tablo 3.11. 2010 – 2015 Yılları Arası Bireysel/Grup Sigortalı Sayısı Tablosu	42
Tablo 4.1. Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık Hizmetlerinden Faydalanan Kişilerin Sayısı ve Nüfusa Oranı Tablosu	52
Tablo 4.2. Özel Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı Tablosu	52
Tablo 4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı Tablosu	53
Tablo 4.4. Ek Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı Tablosu	54
Tablo 4.5. Destekleyici Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı Tablosu	55

Tablo 4.6. Birincil Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı Tablosu	55
Tablo 4.7. Ülkeler Sağlık Sistemleri Verileri ve Uygulamaları Karşılaştırma Tablosu	56

### ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Cinsiyet ve Yaşa Göre Prim Dağılımı Grafiği	26
--	----

## KISALTMALAR

GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safı Yurtiçi Hasıla
NHS	National Health Services
ÖBYG	Ömür Boyu Yenileme Garantisi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	Sağlık Uygulamaları Tebliğ
TSS	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TTB	Türk Tabipler Birliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKI	Vücut Kitle İndeksi

## BÖLÜM 1. GİRİŞ

Tarih boyunca insanlar, kendilerini ve ailelerini yaşamlarında karşılaştıkları olası risklere karşı güvence altına alma ihtiyacı hissetmişlerdir. Bu istekleri sosyal güvenlik kavramını geliştirmiş ve insanlara sunulacak sosyal hakları gündeme getirmiştir. Her toplumda devletler vatandaşlarının temel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik uygulamalar bütünlüğü oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik kavramı, kişilerin doğumundan ölümüne kadar sağlık giderleri ile ilgili her türlü haklarından, çalıştıkları ve emekli oldukları dönemlerdeki haklarına kadar birçok uygulamayı içinde barındırmaktadır. Toplumun sağlıklı bireylere sahip olması, toplumların gelişmesinde en önemli konu olduğu için, sunulan sağlık hakları da sosyal güvenlik içerisinde birinci sırayı almaktadır. Ülkeler sundukları sağlık hizmetlerinde çok iyi planlamalar yapmalıdır. Sağlık hizmetleri ciddi bir finans kaynağı da gerektirdiği için toplumlar incelendiğinde, ilk günden bugüne kadar sürekli sağlık ihtiyaçlarının karşılanması konusunda kendisini geliştirmekte, reformlar yapmakta, diğer ülke model uygulamalarını denemektedirler.

Ülkemizde de sağlık hizmetleri incelenerek, hizmetlerin finansman nedeniyle yetersizliği, koruyucu sağlık hizmetleri için uygulamaların istenilen seviyede olmaması, hizmetlerin sunumunda problemler olması nedeniyle, sorunların giderilmesi için Genel Sağlık Sigortası (GSS) modeli oluşturulmuştur. Bu model ile amaç, kişilerin daha kaliteli hizmet almalarını sağlamak, aile hekimliği uygulamaları getirilerek kişilerin sağlıklarını denetim altında tutmak ve gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçmek ve finansman yetersizliğini azaltabilmektir. Ancak her ne kadar iyileştirmeler olsa da, finansman konusu ciddi bir konu olduğu için yetersiz kaldığı noktalar devam etmektedir. Bu sebeple diğer ülke uygulamalarında olduğu gibi kamu ve özel sektör birlikte hareket etmeleri gündeme gelmiştir. Özel sektör sağlık sigortası sunucuları, Hazine Müsteşarlığı'nın genel çerçevesini belirlemiş olduğu şartla, GSS' tamamlayıcı olarak, yeni ürünler geliştirmişlerdir. Bu ürünler ile amaç, kişilerin daha konforlu hizmet almalarını ve devlet hastaneleri yanı sıra özel hastanelerin de tüm bireylere hizmet sunabilmesine imkan sağlamaktır. GSS'nin özel hastanelerde kullanılması durumunda alınan fark ücretlerinin, özel sağlık sigorta şirketleri tarafından sunulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları (TSS) ile karşılanması sayesinde, orta gelirli kişiler tarafından da özel hastaneler tercih edilmeye başlanmıştır.

Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama durumunda olamamaktadır. Böyle bir durumda kişiler karşılanmamış kısımlar için ya kendi imkanları ile ödemeleri yaparak risklerinin finansmanını sağlamakta ya da riski paylaşarak özel sigorta yoluyla sağlık riskleri için oluşan giderleri en üst düzeyde teminata almaktadırlar. Kimi TSS uygulamaları tamamen GSS'nin karşılamadığı durumlarda teminat veriyorken, kimi uygulamalar ise oluşan fark faturaları için teminat vermektedir. Her ülkenin, sigorta sektörü gelişmişliği, sosyal güvenlik sistemi uygulamalarına göre bu durum değişiklik göstermektedir.

TSS uygulamasının tüm ülkelerin GSS modelinde yer alması, GSS sisteminin devamlılığı için önem arz etmektedir. Tamamlayıcı sigortalar olmaz ise, özel hastanelerde fiyatların yüksekliği nedeniyle tercih edilemeyecek ve devlet hastanelerindeki yığılmalar devam edecek, bu yığılmaların etkisi ile hizmet kalitesi olumsuz etkilenecek sağlık sisteminde ileriye gidiş olamayacaktır. Bu sebeple kamu ve özel sektör birlikteliği önem arz etmektedir. Ancak kamu ve özel sektör birlikteliği için, doğru ürünler sunulması ve ürünleri alan kişilere aktarımların doğru yapılması, memnuniyet ve beklentileri karşılması için çok önemlidir. GSS ve TSS detaylı olarak incelenip, içeriklere hâkim olunmalıdır.

Yapılan çalışmada, Türkiye'deki Genel ve Özel sağlık sigortası kapsamaları, bazı ülkelerin de uygulamaları hakkında özet bilgiler verilerek aktarılmıştır. Çalışmanın amacı, genel veya özel sağlık sigortası kullanıcılarına ve meslek olarak sigortacılığı seçmiş olup, sağlık sigortası satışı yapan kişilere genel hatlarıyla ürün, sistem ve içerik hakkında bilgi vermektir. Özel sigorta satışında aracılardan vurgulamaları gereken önemli noktalar, sektörün önde gelen şirketlerin karşılaştırmalı uygulama örnekleri ile aktarılmıştır.

Çalışma beş bölümden oluşmakta olup; giriş bölümünden sonra ikinci bölümde Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye – Dünya Uygulamaları hakkında aktarımlar yapılmıştır. İngiltere, Almanya, Fransa, Belçika, Hollanda ülke örnekleri ile sosyal güvenlik sağlık uygulamalarına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde özel sağlık sigortaları içeriği, uygulamaları, genel şartları, teminat kapsamaları, tazminat ödemeleri Türkiye'deki önde gelen sigorta şirketlerinin verileri ile detaylı olarak aktarılmıştır. Dördüncü bölümde, GSS ile özel sağlık sigortasının birlikte işlediği sistem olan TSS hakkında Türkiye uygulama ve şartları öncelikli ve detaylı olmak üzere, diğer ülke uygulamaları ile karşılaştırmalı olarak aktarılmıştır. Sonuç bölümünde ise, özel sağlık sigortacılığı ve dünya örnekleri ile detaylı

incelemeler sonrası, ÷lkelerin kendilerine uygun modelleri geliştirmeleri ve sağlık reformlarına açık olmaları ile ilgili değerlendirme yapılmıştır.

## BÖLÜM 2. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI VE TÜRKİYE – DÜNYA UYGULAMALARI

### 2.1 Sosyal Güvenlik Kavramı Nedir?

Sosyal güvenlik; gelirleri farklı kişilere belirli sosyal riskler (iş kazası, hastalık, analık, malullük, yaşlılık, ölüm, işsizlik) karşısında, gelir ve sağlık güvencesi sağlama görevini yerine getiren uygulamalar topluluğudur.<sup>1</sup> Tarih boyunca insanlar, kendilerini ve ailelerini yaşamlarında karşılaştıkları olası risklere karşı güvence altına alma ihtiyacı hissetmişlerdir. Bu istekleri sosyal güvenlik kavramını geliştirmiştir.

Sosyal güvenlik, sosyal devlet anlayışı olan bir uygulama olduğundan en önemli amacı toplum içerisinde herkese eşitliği sağlamasıdır. Her ülkede uygulamalar farklı olsa da temel amaç aynı olduğundan sosyal güvenlik kavramına ilişkin ortak noktalar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

- Her toplumda sosyal güvenlik, tüm bireyleri kapsam içine almayı hedeflemektedir.
- Şartları ve uygulamaları önceden belirlendiği için, herkes haklarının ne olduğunu, karşılaşılabilecekleri olası risklerde ne şekilde güvence altında olacaklarını bilmektedir.
- Sosyal güvenlik; toplum bireylerinin, iş kazası ve meslek hastalıkları, genel kaza ve hastalık, işsizlik, yaşlılık, malullük, ölüm, çocuk sahibi olma, analık gibi sosyal risklerin doğurduğu olumsuz sonuçlara karşı önleyici ve telafi edici tedbirlerle korunmasıdır.

Sosyal güvenlik, ülkelerin ekonomik ve sosyal imkânları ile doğrudan ilişkilidir. İmkânlar doğrultusunda ülkeler toplumlarına sundukları hizmetlerinin kapsamını belirleyebilmektedir. Sosyal güvenlik sadece anlık hizmetler değil, toplumların geleceğini de güvence altına alan hizmetler de sunduğu için çok önem arz etmektedir.

---

<sup>1</sup> İş ve Sosyal Güvenlik Mevzuat-Bilgi-Kültür-Haber Platformu Ekim 2016. <http://www.isvesosyalguvenlik.com/sosyal-guvenlik-ne-demektir/>.



## 2.2 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Uygulamaları Ve Gelişimi

Ülkemizde kamu sağlık planları ilk kez 1921 yılında “Ereğli Havza-i Fahriyesi Maden Amelesi’nin Hukukuna Mütealilik Kanun” ile sınırlı şekilde oluşturulmuştur. Daha sonra 04.01.1959 gün ve 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” ile sağlanan yardımlar genişletilmiş ve tüm nüfusun dahil olması zamanla zorunlu hale getirilmiştir. Anılan kanuna paralel olarak yine 1945 yılında, 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. İşçi statüsünde çalışanlara ilişkin sigorta kollarına ait çeşitli kanunlara dağılmış bulunan düzenlemeler, 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda birleştirilmiştir. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulmuştur. 1986 yılında bu Kanun’a tabi sigortalılara sağlık sigortası yardımları vermeye başlanmıştır. 1977 yılında 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Yasasıyla köy ve mahalle muhtarları Bağ-Kur kapsamına alınmıştır. 1979 yılında 2229 sayılı Kanun ile herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan Türk vatandaşlarıyla ev kadınlarına Bağ-Kur kapsamında isteğe bağlı sigortalı olma hakkı verilmiştir. 1984 yılında 2926 sayılı Kanun ile tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların sosyal güvenlikleri sağlanmış olup, 1999 yılından itibaren bu Kanun’a tabi sigortalılara da sağlık yardımı sunulmaya başlanmıştır. 1950 yılında mevcut emeklilik hükümleri ve sandıkları ortadan kaldırılmış ve çalışanlardan ve işverenlerden prim alınması ilkesine dayalı 5434 sayılı T.C Emekli Sandığı Kanunu yürürlüğe girmiştir. Üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun günün şartlarına göre yeniden yapılandırılmaması çeşitli sorunları beraberinde getirmiş ve sosyal güvenlik sisteminde reformu zorunlu kılmıştır. Sosyal güvenlik sisteminde bulunan sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleşmesini öngören reform projesi olan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 2006 yılında yasalaşmıştır.

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi, Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından organize edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu amaçlarını; değişen sosyal güvenlik ihtiyaç ve risklerine karşı toplumu güvence altına alarak güvenilir, kaliteli ve yenilikçi bir anlayışla sürdürülebilir sosyal güvenlik hizmeti sunmak olarak açıklamaktadır.

## **2.3 Sosyal Güvenlik Kurumu Görev ve Düzenlemeleri**

SGK görev ve düzenlemelerini, sigortalılar, emekliler ve genel sağlık sigortası olarak üç başlık altında toplamaktadır.

Çalışmamızda GSS'yi incelemekle beraber, SGK tarafından sigortalılar, emekliler için sunulan uygulamalarda nelerin yer aldığı aşağıdaki genel başlıklar ile aktarılmaktadır.

### **2.3.1. Sigortalılar İçin Uygulamalar**

Sigortalılar bölümünde; çalışanlar, işverenler ve diğer statüdeki kişiler için bilgiler ve haklar belirtilmiştir. Çalışanlar bölümünde; sigortalılık kapsamından sigortalılık statülerine, çalışanların haklarından çalışanlara sağlanan haklara, işçilerin yükümlülüklerine; işverenler bölümünde, işyeri, işveren ve işyerinin bildiriminden işverenlerin yükümlülüklerine, işverenlerin prim ödeme işlemlerinden işveren prim oranlarına, prime esas kazanç miktarlarından yürürlük tarihlerine göre gecikme zammı oranlarına ve diğer olarak adlandırılan bölümde ise isteğe bağlı sigortalı olmaktan doğum borçlanmasına, evde el sanatları ile uğraşan kadınların sigortalılığında kayıt dışı istihdam genel bilgi ve istatistiki datalara yer verilmektedir. Buradan hareketle “Sosyal Sigortalı” terimi ele alınacak olursa; olası risklere karşı (sağlık, işsizlik, maluliyet, vefat vb.) kişinin kendini güvence altına alabilmesi için, halihazırda sahip olduğu işinde / çalıştığı işyerinde kuruma kaydını yaptırıp; kendi nam ve hesabına çalışıyorsa kendi adına; bir işyerinde çalışıyorsa işveren tarafından ve işverenin katkısı ile maaşından kesilen ücretler ile kuruma prim ödemesi yaparak geleceğini garanti altına alan kişi olarak açıklanabilir.

### **2.3.2. Emekliler İçin Uygulamalar**

Emekliler bölümünde; emeklilik kavramı, yaşlılık aylığı, malullük, ölen sigortalıların hak sahipleri, iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık halleri, sağlık hakkından yararlanma ile ilgili bilgiler aktarılmaktadır. Sosyal emeklilik kavramı; kişinin bağlı olduğu SGK'dan, yasalarla belirlenen süre ve yaşı tamamladıktan sonra geri kalan yaşamı boyunca çalışmadan kurumdan aylık ve sağlık güvencesi almasıdır. Sosyal emeklilik sayesinde bireylerin yaşamlarının geri kalanını asgari düzeyde de olsa idame edebilmeleri amaçlanmaktadır.

SGK görev düzenlemelerinden sigortalılar ve emekliler ile ilgili bölümlere kısaca değindikten sonra Bölüm 2.3.3.'de çalışma konusu olan GSS ile ilgili Sosyal Sigortalar Kurumu'nun belirlemiş olduğu uygulama esasları detaylı olarak ele alınmaktadır.

### **2.3.3. Genel Sağlık Sigortası Kavramı**

“Genel sağlık sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır” (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013). GSS sistemi, primli ve primsiz herkesin dahil olduğu zorunlu bir sistemdir. Mevcut çalışan sigortalılar, gelir/aylık alanlar, hak sahipleri ve bakmakla yükümlü olunan kişiler GSS kapsamında değerlendirilmektedir. Çalışanlar, özel sektör de ya da kendi adına bağımsız olarak ya da kamu görevlisi olarak çalışsın, çalışmaya başladıktan sonra çalışan kişi adına 30 gün prim bildirim ve ödemesinden sonra sağlık yardımı almaya hak kazanmaktadır. Ancak kendi adına çalışan sigortalıların 60 gün ve daha fazla prim borcu varsa bu borcu ödemeleri ya da borçlarını tecil ve taksitlendirmeleri gerekir. Aksi durumda sağlık güvencesinden faydalanamazlar. Kız çocukları, evleninceye kadar bakılmak durumunda oldukları için anne ve babalarından sağlık yardımı almaya devam edeceklerdir. Erkek çocukları ise 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmamaları halinde anne ve babalarından sağlık yardımı almaya devam edeceklerdir. Ayrıca çalışma gücünü en az % 60 oranında yitirdiği kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilen evli olmayan çocuklar, yaşına bakılmaksızın anne ve babalarından sağlık yardımı almaya devam edeceklerdir.

Çalışmayanlar, işsiz olanlar da GSS'den faydalanabilmektedir, ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta, gelir testi yaptırmalarıdır. Bu testi kişi ikamet ettiği yerin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarında yaptırabilmektedir. Gelir testi ile kişilerin ne kadar prim ödeyeceği belirlenmektedir. Primler asgari ücrete göre hesaplanmakta ve gelir durumuna göre 2016 yılı için 65 lira ile 395 lira arasında değişen prim ödemeleri çıkmaktadır. Kişiler primleri her yıl SGK'ya yatırarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. Kanun kapsamında zorunlu sigortalı olanlar, sigortalılıkları sona erdikten sonra 10 gün daha GSS'den yararlanmaya devam edebilmektedirler. Zorunlu sigortalılıklarını kaybeden kişiler, işten ayrıldığı tarihten geriye doğru 90 gün prim ödemesi yaptılarsa, sigortalarının bittiği tarihten itibaren 90 gün daha sağlık yardımından faydalanabilmektedirler.

GSS, Sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin hastalanmaları durumunda sağlıklarına kavuşmaları, iş kazası ve meslek hastalığına yakalanmaları durumunda tedavi edilmelerinde gereken tüm sağlık hizmetlerinin karşılanması için sağlanan tüm hizmetler GSS kapsamını oluşturmaktadır GSS'nin sunduğu hizmetler aşağıdaki maddelerde verilebilir:

- Koruyucu sağlık hizmetleri; sigortalıların ya da bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, hastalanmalarını önlemek için önceden önlem alınmasıdır. Tamamen SGK tarafından karşılanmaktadır. Sigortalıların prim borcu ya da asgari prim ödeme günü gibi kısıtlamalara tabi değildir. Herkes bu hizmetten faydalanabilmektedir. Bu hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. SGK, ücretsiz sunulan bu hizmetlerin dışında yer alan aşı, genetik hastalıkları ve sakatlıkları gebeliğin erken döneminde teşhis edebilmek için yapılan doğum öncesi tetkikleri finanse etmektedir. Aynı zamanda prim borcu olan ya da gerekli prim gününü tamamlamamış kişilerin grip aşuları ve çocukları için sünnet yapılması gerekli ise sünnet masrafı SGK tarafından karşılanmaktadır.
- Hastalığın teşhis ve tedavisi için hekim tarafından gerekli görülen sağlık hizmetleri, muayeneler, tetkikler, görüntüleme işlemleri, laboratuvar tetkik ve tahlilleri, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri karşılanmaktadır. Gerekli görülen tetkikler, teknolojinin gelişmesi ile farklı yöntemlerle yapılabiliriyorsa, SGK bunlara ayak uydurarak şartlarını güncellemektedir. Örneğin daha önce açık cerrahi ya da laparoskopik yöntemle yapılan böbrek çıkarılması (nefrektomi), robotik cerrahi yöntemiyle de yapılmaya başlanmasıyla SGK da robotik cerrahi yöntemi de ödediği işlemler arasına almaktadır.
- Analık haline ilişkin sağlık hizmetlerinden de prim borcuna bakılmaksızın kişiler faydalanabilmektedir.
- Ağız ve diş sağlığına ilişkin sağlık hizmetleri ortodontik tedavisi hariç (18 yaşını doldurmamış kişilere ortodontik tedavisi karşılanıyor) tüm muayene, kanal, dolgu gibi işlemler karşılanmaktadır.
- Acil sağlık hizmetleri, ani olan kaza, yaralanma gibi durumlarda yine prim borcu durumuna bakılmaksızın, hayati tehlikeyi atlattırarak ilk müdahaleler bu teminat kapsamındadır. Sözleşmeli ya da değil tüm sağlık kurumları acil durumlarda herhangi bir ücret talepleri olmadan hizmet vermek durumundadırlar.

- Tüp bebek tedavisi, iki durumda karşılanmaktadır. Çocuk sahibi olamayan evli çiftlere çocuk sahibi olabilmeleri için ve başka tıbbî bir yöntemle tedavisi mümkün olmayan hasta çocuk sahibi olan ailelerin, bu çocuklarının tedavisi amaçlı kök hücre vericisi kardeş doğması için tüp bebek tedavi giderleri ödenmektedir. Tüp bebek tedavi giderlerinin karşılanabilmesi için; kadının en az beş yıl genel sağlık sigortalısı olması veya bakmakla yükümlü olunan kişi olması durumunda 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının dolması gerekmektedir. Bu şartın olmasıyla, kadının yaşı 23 ve 39 arasında olup, son üç yıl diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınmadığının, SGK tarafından yetkili kurumlarca belgelenmesi, uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin SGK ile anlaşmalı olması koşulu ile en fazla iki deneme sınırlı olarak ödenmektedir. Kardeş için kök hücre durumunda prim borcu olması ve prim ödeme günü tamamlanmamış olması şartı aranmaksızın karşılanmaktadır.
- Teşhis ve tedaviler için gerekli olan kullanılacak ilaç, tıbbi malzeme, kan ve kan ürünleri, kemik iliği ve aşılar karşılanmaktadır.
- Yurt dışı tedaviler, yurtdışına geçici görevle gönderilenler, sürekli gönderilenler, Türkiye’de tedavisi olmayan durumlar ve yurtdışında bulunma durumlarında teminat verilmektedir. Ancak geçici görevle gidilmesi durumunda sadece acil durumlar; sürekli görevle gönderilmesi durumunda her durum, Türkiye’de tedavisi olmayan durumlar için gerekli raporların olması ve yurtdışında bulunmada sadece bulunulan ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımları kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi var ise bu sözleşme çerçevesinde ilgili giderler ödenmektedir.
- Trafik kazalarına ilişkin sağlık hizmetleri herkes için hiçbir ön şart olmadan karşılanmaktadır.

Yukarıda belirtilmiş olan GSS’nin karşıladığı hizmetlerin yanı sıra karşılamadığı hizmetlerde bulunmaktadır. Bunlar;

- Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmetleri
- Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri
- Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri
- Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri
- Yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları (Kronik böbrek yetmezliği olan yabancı ülke vatandaşlarının, GSS kapsamına alındıktan

sonraki hemodiyaliz tedavileri SGK tarafından karşılanmamaktadır) olarak sıralanabilmektedir.

GSS kapsamında SGK, ayakta ve yatarak tedavi hizmeti veren resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları, serbest eczaneler, Optisyenlik müesseseleri ile sözleşme yapmaktadır. Sözleşme yapılmış olan her kurum sigortalılara hizmet vermek durumundadır. Acil durumda sözleşmesiz bir sağlık merkezine gidildiğinde, eğer acil durum SGK tarafından da acil olarak kabul ediliyorsa, SGK tarafından masraflar ödenir. Acil durumlarda sözleşmeli ya da sözleşmesiz tüm kurumlar kişilerden hiçbir fark ücreti talep edemezler.

### 2.3.3.1. Genel Sağlık Sigortası Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması

Kişilerin gereksiz sağlık hizmetleri kullanımını engellemek için katılım payı uygulanmaktadır. GSS kapsamında, ayakta tedaviler, diş hekim muayeneleri, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar, tüp bebek tedavisi ve vücut dışında kullanılan ortez, protezler için katılım payı uygulaması vardır. Tablo 2.1.'de görüleceği üzere, katılım payları özel ve resmi kurumlara göre farklılık göstermektedir.

**Tablo 2.1. SGK Muayene Katılım Payları**

	<b>Ayakta Muayene Katılım Payı</b>	<b>10 gün içinde aynı branşta farklı hizmet sunucusuna başvuru durumunda katılım payı</b>
<b>Resmi Kurum</b>	6 TL	11 TL (katılım payına 5 TL ekleniyor)
<b>Özel Kurum</b>	15 TL	20 TL (katılım payına 5 TL ekleniyor)

Resmi kurumlarda ayakta muayene için katılım payı 6 TL alınırken, özel kurumlarda bu ücret 15 TL dir. 10 gün içerisinde aynı branşta farklı hizmet sunucusuna gidilmesi durumunda katılım payına 5 TL eklenerek, resmi kurumlarda 11 TL, özel kurumlarda 20 TL alınmaktadır.

Tablo 2.2.'den görüldüğü üzere alınan ilaçlarda katılım uygulaması, çalışan ve emekliler için farklılık göstermektedir. Çalışanlar ilaç alımlarında ilaç tutarının yüzde 20'sini kendileri karşılarken, emekliler için bu oran yüzde 10 dur. Kutu başına katılım payı ise çalışan ve emekliler için aynı olmakta ve bu tutar 1 TL'dir.

**Tablo 2.2. SGK İlaç Katılım Payları**

	<b>İlaç Tutarı Katılım Payı</b>	<b>İlaç Kutu Başına Katılım Payı</b>
<b>Çalışan</b>	%20	1 TL
<b>Emekli</b>	%10	1 TL

Ortez ve protez masrafları için katılım payı uygulaması vardır. İlaçlarda olduğu gibi çalışan ve emekliler için oranlar farklıdır. Tablo 2.3.'de görüldüğü üzere çalışanlarda yüzde 20 katılım payı uygulanırken, emeklilerde bu oran yüzde 10'dur.

**Tablo 2.3. SGK Ortez ve Protez Katılım Payları**

	<b>Ortez ve Protez Katılım Payı</b>
<b>Çalışan</b>	%20
<b>Emekli</b>	%10

Tüp bebek tedavileri 2 deneme ile sınırlı olup, her denemede katılım oranları değişmektedir. Birinci denemede katılım oranı yüzde 30 iken, ikinci denemede yüzde 25'dir.

**Tablo 2.4. SGK Tüp Bebek Tedavi Katılım Payları**

	<b>Tüp Bebek Tedavisi</b>
<b>1. Deneme</b>	%30
<b>2. Deneme</b>	%25

SGK; Vakıf üniversiteleri, özel hastaneler ve özel tıp ve dal merkezleri ile sağlık hizmeti verilmesine yönelik sözleşmeler yapmaktadır. Bu kurumlar, SGK'nın resmi ve özel

kurumlarında geçerli olacak şekilde belirledikleri yukarıdaki tabloda belirtilen katkı paylarına ek olarak ilave ücret talep edebilmektedirler. Bu ilave ücretler için Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen tavan oranları bulunmaktadır. Yüzde 90 olarak belirlenen bu oran, her kuruma göre farklılık göstermektedir. Ancak bu kurumlar her sağlık hizmeti için ilave ücret talep edememektedirler. Hangi hallerde ilave ücret talep edemeyecekleri 5510 Sayılı Kanun ile belirlenmiştir. Bu durumlara ait örnekler aşağıda verilmiştir:

- Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,
- Kanseri tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri),
- Yeni doğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- Kardiyovasküler cerrahi işlemleri.

Türkiye'deki Sosyal Güvenlik kavramını ve SGK'nın sağladığı sağlık hizmetlerini inceledikten sonra Dünya'daki sosyal güvenlik uygulamaları, İngiltere, Fransa, Belçika, Almanya ve Hollanda ülke örnekleri ile incelenmiştir.

#### **2.4. Dünya'da Sosyal Güvenlik ve Uygulamaları**

Dünya'da sosyal güvenlik uygulamaları üç basamak olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar; sosyal sigortalar, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetlerdir. Sosyal sigorta; çalışan kişilerin prim ödemesi – en az sistemde bulunması gereken süreyi tamamlaması gibi şartları yerine getirdikten sonra faydalandıkları sistemdir. Sosyal yardım ve hizmetler de ise, bireyin herhangi bir yükümlülüğü yoktur. Kısmen veya tamamen devlet bütçesinden yapılan yardımlardır. Sosyal güvenlik uygulamaları, zorunlu devlet güvenceleri, emeklilik programları ve özel sigortaların sundukları planlar olarak değerlendirilmektedir.

Tüm ülkelerde sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin geliştirilmesi önemli bir konudur. Her ülke kendi şartlarına göre, tüm toplumun sunulacak hizmetlerden yararlanabilmesi için farklı sistem ve yöntemler uygulamakta ve her zaman daha iyi hizmetler sunabilmek ve



finansmanda zorlanmamak için sürekli araştırmalar yaparak sistemlerini geliştirmeye devam etmektedir. Her ülkenin şartları farklı olduğu için tüm Dünya’da geçerli bir sistem uygulamak mümkün değildir. Ancak sistemin iyi işleyip işlemediğini anlamak her toplum için aynı ölçütlere sahip olabilir. Örneğin; sağlık hizmetlerinden kolayca faydalanılabilmesi, toplumun her bireyine hizmetin sunulabilmesi, herkese eşit imkânların tanınabilmesi, hizmetlerin teknolojinin de yardımıyla süreklilik arz etmesi gibi ölçütler ülkeden ülkeye değişmeyen ölçütlerdir.

İngiltere, Fransa, Belçika, Almanya ve Hollanda’daki sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerini ele alarak Dünya’daki uygulamalara örnek verebiliriz.

#### **2.4.1. İngiltere Sağlık Hizmetleri**

İngiltere Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetleri finansmanı “Genel Vergiler ve Genel Bütçe”den karşılamaktadır. Bu sisteme Beveridge sistemi denilmektedir. Sistemin amacı tüm vatandaşları sosyal sağlık kapsamına almaktır. Bunun üzerine İngiltere’de National Health Services ( NHS ) ( Ulusal Sağlık Hizmetleri ) teşkilatı kurulmuştur. Bu kuruluşla birlikte İngiltere sağlık hizmetlerinin bir çoğunu vatandaşlarına ücretsiz olarak sunabilmekte ve tüm vatandaşları NHS kapsamına girmektedir. NHS tüm İngiliz vatandaşlarına, İngiltere’de oturma hakkına sahip yabancılara ve İngiltere’ye yeni yerleşmiş olanlara ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır. 1990’lı yıllardan sonra NHS sisteminde reformlara gidilmiştir. Kişilerin gelir düzeylerine bakılarak, katkı payı ödemeleri zorunlu tutulmuştur.

İngiltere’de kamu sağlığı merkezleri, aile hekimleri, vakıf, devlet, özel ve üniversite hastaneleri sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Kamu sağlığı merkezleri koruyucu sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar. Aile hekimleri ise bağımsız çalışmakta olup, kendi buldukları yerdeki nüfusa hizmet verirler. Kişiler acil durumları dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevkleri olmadığı sürece ikinci ve üçüncü sağlık merkezlerinden faydalanamamaktadırlar. Sağlık harcamaları finansmanının %76’sı genel vergilerden, %18’lik bölümü ise çalışanlardan alınan ulusal sigorta katkı payından oluşmaktadır. Pratisyen hekim tedavisi, yataklı veya ayakta tedaviler, diş hizmetleri, öğrenme bozukluğu tedavileri, rehabilitasyon hizmetleri, göz tedavisi (katarakt ameliyatı) gibi giderler sağlık sistemi tarafından karşılanmaktadır.

### 2.4.2. Fransa Sağlık Hizmetleri

Fransa sağlık sistemi vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları (özel, vakıf) ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur. Kişiler prim ödemelerini yaparak sisteme dahil olmaktadır ancak maddi imkanları yetersiz olanlar için prim ödeme zorunluluğu bulunmamaktadır. Fransa sosyal sigorta sistemi, İngiltere'deki Beveridge sisteminde olduğu gibi herkesin benzer haklardan yararlanmasını amaçlayan bir sistemdir.

Hizmet sunumu kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Hizmetler hekimler, dispanserler ve hastanelerden alınmaktadır. Hastaneler ya kamuya ya kar amacı gütmeyen kuruluşlara ya da özel sektöre aittir.

Fransa'da ulusal sağlık stratejisini belirleyen kurum Sağlık Bakanlığı'dır. 2000 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Kanunu (CMU) ile sosyal güvenlik vatandaşlık temelinde kurgulanmıştır. Böylelikle daha önce sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından yararlanamayan düşük gelirli vatandaşlar da GSS kapsamına alınmıştır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sosyal güvenlik sisteminin haricinde genel hastalık sigortası (CMU-C ), ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası uygulamaları bulunmaktadır. Gelir seviyesi düşük olan vatandaşlar, devlet tarafından sağlanan imkanlar ile TSS'yi kullanabilmektedirler. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası, maliyeti tamamlaması açısından Fransa sağlık sisteminde önemli bir konumdadır. Yaygın bir şekilde kullanılan tamamlayıcı özel sağlık sigortası 2012 itibarıyla nüfusun % 95'ini kapsamaktadır.

Hastane bakımı, reçete ile alınmış ilaçlar, teşhis süreçleri, geri ödeme için onaylanmış protez harcamaları, diş ve göz muayenesi, ayakta tedavi, uzun dönem ve zihinsel tedavinin belirli bir bölümü, bağışıklık kazandırma, mamografi ve korolektal kanser taramaları gibi önceden belirlenmiş bazı servislerin tamamı sosyal sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır.<sup>2</sup>

### 2.4.3. Belçika Sağlık Hizmetleri

Belçika'da sağlık sisteminin temelini sosyal sigorta fonları ile desteklenen sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası oluşturmaktadır. Toplumun yüzde 100'e yakını bu sigorta kapsamındadır. Belçika'da çalışan herkesin gelirinin belli bir kısmı sosyal

---

<sup>2</sup> Türkiye Sigorta ve Reasürans Birliği – Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örnekleri İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu – Haziran 2015

güvenlik fonuna aktarılmaktadır. Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri kar amacı gütmeyen mutual olarak adlandırılan kuruluşlar tarafından organize edilmektedir. Mutualler kamu adına sağlık primlerini işveren ve işçilerden toplamakta ve yönetmektedir. Kişiler istedikleri mutuali seçebilir ve 3 aylık dönemlerde seçtiği mutuali değiştirebilirler.

Mutualler tamamlayıcı sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar. Bu hizmetlerde amaç, sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayan hizmetleri teminat altına almaktır. Burada sabit katkı payı alınarak, limitli olarak teminat sunmakta olup, ömür boyu düzenlenmektedir. Özel sağlık sigortası şirketlerinin sundukları şartlara göre teminatları kısıtlıdır ancak prim olarak daha uygundur.

Her tedavi için yapılan karşılama ve geri ödeme miktarı farklıdır. Bireyler sağlık hizmetleri için öncelikli olarak pratisyen hekimlere başvurumaktadırlar. Rahatsızlık konuları için pratisyen hekim yetersiz kalıyorsa, hekimin sevk etmesi ile uzman doktor ya da hastaneye gidebilmektedirler. Sosyal sağlık hizmetleri kapsamında pratisyen hekim ve uzman görüşmeleri, evde doktor hizmetleri, diş tedavisi hizmetleri, podoloji (ayakta tedavi), fizik tedavi ve beslenme ile ilgili görüşmeler yer alabilmektedir.

#### **2.4.4. Almanya Sağlık Hizmetleri**

Almanya'da sağlık hizmetleri temel olarak Yasal Sağlık Sigortası (GKV) ve Özel Sağlık Sigortası (PKV) sistemleri ile sunulmaktadır. Tamamen karma bir sistem uygulanmaktadır. GKV yardımlaşma prensibi üzerine kurulmuştur. Tüm sigortalılar gelirlerine göre belirlenen oranda katkı payı ödemektedirler. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları devletin dışında, bağımsız organizasyonlar tarafından da takip edilmektedir. Almanya'da Bismarck Modeli Sağlık Sigortası vardır. Sistemin finansmanı esas olarak sigorta primleri ile sağlanır. Zorunlu katkı payları alınır, sigorta kurumlarında toplanır. Nüfusun yüzde 90'ı sosyal sağlık güvencesi altındadır. Nüfusun bir kısmı ise ya sadece özel sigorta ya da kamu sigortasına ek olarak özel sigorta kapsamındadır.

Genel pratisyenler veya pratisyen hekimler ilk planda birincil sağlık hizmetlerini yürütürler. Pratisyen hekimler tüm aileyi muayene ettiğinden kendilerine aile hekimi de denir. Almanya'da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay bağlı kalırlar. Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir. Aile hekimi kural olarak acil vakalara mesai dışında da bakmak zorundadır. Uzman doktorlara ve birinci basamakta çalışan aile hekimlerine genellikle hizmet başına ödeme yapılmaktadır.

#### 2.4.5. Hollanda Sağlık Hizmetleri

Hollanda’da 2006 yılında yapılan sağlık reformları ile özel olarak düzenlenmiş bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık yüzde 100’ü sosyal sağlık hizmetinden faydalanmaktadır. 2006 reformları öncesinde, uzun dönemli bakım sigortası, TSS, sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası ve özel sağlık sigortaları vardı. Reformlar ile sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortaları ve özel sağlık sigortaları biraraya getirildi. Hollanda’da özel sosyal sağlık sigortası kavramı oluşturuldu. Tamamlayıcı ve uzun süreli bakım sigortaları ile üç farklı sigorta türü oluşmuştur.

Özel Sosyal Sağlık Sigortası nüfusun tamamı için zorunlu tutulmaktadır. Bu sigortada devlet temel paket içeriklerini belirlemektedir. Sigorta şirketleri de bu temel paket içeriklerine göre oluşturdukları ürünleri sigortalılara sunmaktadırlar. Özel sosyal sağlık sigortasında yaşa, cinsiyete ve sağlık durumuna göre prim farklılıkları bulunmamaktadır. Poliçeler yıllık olarak düzenlenmektedir. Her yıl poliçelerin yenilemesi yapılmaktadır. Sigortalılar istedikleri sigorta şirketi ile çalışabilmektedirler. Tercihlerini yaparlarken genellikle prim ve sunulan hizmetleri değerlendirip, karar vermektedirler. Sigorta şirketleri yasalar gereği, kendilerinden sigorta yaptırmak isteyen kişileri geri çevirememekte, poliçelerini düzenlemektedirler. Sağlık hizmeti sunucularının hepsi özel hastane olarak değerlendirilmektedir. Kendi içlerinde kar amaçlı olan ve olmayan olarak ayrımları bulunmaktadır. Hollanda da sağlık hizmetleri kullanımda sevk zinciri uygulaması vardır. Her bir sigortalının bağlı olduğu Aile Hekimi bulunmaktadır.

Özel sosyal sağlık sigortası sisteminde, sigortalıların prim ödeme gücüne göre devlet çeşitli uygulamalar getirmiştir. Belirli bir gelir seviyesinin altında olan kişiler için prim desteğinde bulunmaktadır. Yaşlılar için emekli maaşlarının artırılması ile çözüm getirmekte, 18 yaş altındaki bireylerin ise masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır.

Sigorta primleri tüm bireyler için aynıdır. Yalnızca grup sağlık sözleşmelerinde sigorta şirketlerinin yüzde on indirim yapma hakkı bulunmaktadır. Düşük gelirli bireylere devlet tarafından finansal destek verilmektedir. Finansal destekler genel vergilerden sağlanmaktadır.

Sigorta şirketlerinin sunmak zorunda oldukları özel sosyal sağlık sigortası içeriğinde; tıbbi bakım, pratisyen hekimler, uzmanlar ve ebeler tarafından sağlanan hizmetler, 18 yaşına kadar olan diş tedavileri, tıbbi cihazlar, reçeteli ilaçlar, loğusa bakımı, ambulans hizmetleri,

fizik tedavi hizmetleri, para medikal bakım (konuşma terapisi, meslek terapi, diyetisyen hizmetleri), dislektik, orta seviyede ruh sağlığı tedavileri, ilk üç tüp bebek denemesi yer almaktadır. Sağlıklı yaşam adı altında da sigarayı bırakma, kilo kontrolü gibi hizmetler verilmektedir. Paketin içeriğinde özel sosyal sağlık sigortası poliçesinde ilk kullanım için muafiyet bulunmaktadır.

Uzun Süreli Bakım Sigortası ise istisnai sağlık harcamaları için kullanılmaktadır. Bakıma muhtaç kişiler, kronik rahatsızlığı bulunan kişileri kapsamaktadır. Devlet desteği ve vergilenebilir gelir üzerinden finanse edilmektedir.

## BÖLÜM 3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

### 3.1. Özel Sağlık Sigortasına Giriş

04.01.1959 gün ve 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” ile sağlanan yardımlar zamanla genişletilmiş ve tüm nüfusun dahil olması zorunlu hale getirilmiştir. Özel sağlık sigortalarında ise ilk adım Anadolu Sigorta A.Ş.’nin 1938 yılında, gemi kurtarma çalışmalarında görev alanlar için hastalık sigortasına benzer bir teminat sunmaları ile başlamıştır. Ancak bugünkü anlamda ilk sağlık sigortası ürünü 1976 yılında, Başak Sigorta A.Ş. tarafından, Ziraat Bankası’nda hesabı olanların teminat altına alındığı gündelik tazminatı içeren bir grup sağlık sigortası uygulamasıdır. Özel sigorta şirketlerinin bu türdeki küçük çaplı uygulamaları 1990 yılında sağlık sigortaları ayrı bir branş oluncaya kadar devam etmiştir. 1982 yılına kadar kaza teminatına ek olarak verilen ve bu tarihten sonra hayat sigortaları altında da satılmaya başlayan sağlık sigortaları, satılan teminatlara gelen yoğun talep ve yüksek bir potansiyel vaat etmesi sonucu 12.01.1990 tarih ve 90-55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ayrı bir branş olarak tesis edilmiş ve bu karar 11.02.1990 tarih ve 20430 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır (MEB Sağlık Sigortası, 2011).

1990 yılında sağlık sigortasının ayrı bir branş olması ile ilk poliçeler yapıldı. Poliçeler Yatarak tedavi teminatı (ameliyat, hastane – oda- yatak) üst limitli, ayakta tedavi teminatı (olay - hastalık) başına limitli olarak tanzim edildi. 1993 – 1995 yılları arasında özel sağlık kurumları sayısında hızlı bir artış olmuştur. En büyük yabancı reasürans şirketlerinden birisi olan Münich Re’nin, 1994 yılında yabancı ortaklarla ilk aracı kurum olan Med-Net’i kurmasıyla, kendi içerisinde doktor bulundurmayan ya da provizyon merkezleri olmayan sigorta şirketlerinin, bu hizmetleri satın almasına imkan sağlamıştır. 1997 yılında bazı sigorta şirketleri, birinci basamak sağlık hizmeti veren “Aile Hekimliği” uygulamasını başlatmıştır. Daha sonra 1998 ve 2005 yılları arasında, sigorta şirketleri daha çok kesime ulaşabilmek için ürünlerini geliştirmeye, orta gelir düzeyine sahip kitle için düşük primli yeni ürünler oluşturmaya başlamışlardır.

Özel Sağlık Sigortası’nın ilk başladığı yıllara kısaca değindikten sonra, sağlık sigortasının yapısından ve şirket uygulamalarından bahsedilebilir. Özel sağlık sigortası bireylerin isteğe bağlı olarak sigorta şirketlerinden belirli prim karşılığı, olası hastalık

risklerini teminat altına almak için aldıkları sigorta türüdür. Sağlık sigortaları 1 yıllık olarak düzenlenir. Poliçe teminatı, sözleşmede aksine hüküm yoksa sağlık sigortası genel şartlarında belirtildiği gibi öğlen saat 12.00 da başlayıp, öğlen saat 12.00 da bitmektedir. Özel sağlık sigortalarını birçok yönden sınıflandırabiliriz. Örneğin, alım şekline göre; bireysel ve grup sağlık, teminat yapısına göre; sadece yatarak tedavi teminatlı ya da yatarak+ayakta tedavi teminatlı, türüne göre özel sağlık sigortası, TSS, yurtdışı seyahat sağlık sigortası, acil sağlık sigortası poliçeleri olarak sınıflandırabilir.

Bireysel sağlık sigortası poliçeleri, şirketlerin belirlemiş oldukları planlardan birisinin tercih edilmesi ile sigortalılar tarafından alınabilmektedir. Bireysel sağlık sigortası bir aile tarafından alınıyorsa, tek bir sözleşme altında poliçeleri yapılabilmektedir. İlk sigortalı kişiye fert, eş ve çocuklara ise bağımlı denir.

Grup sağlık sigortası poliçeleri ise; her şirketin kendisine ait risk kabul kriterlerine göre belirlemiş oldukları en az olması gereken kişi sayısına sahip, aynı yerde çalışan veya aynı topluluğa üye olan grup tarafından satın alınan, teminat yapısı ve özel şartları ile gruba özel oluşturulmuş poliçelerdir. Tek bir sigorta ettiren olup, tek bir poliçe içerisinde tüm sigortalıların bilgilerinin tanımı yapılmaktadır. Sigorta şirketleri genelde grup sağlık poliçelerini, zorunlu olan gruplar (gruba üye olan tüm bireylerin poliçeye dahil olması) için yapmayı tercih etmekte, isteğe bağlı grup (aynı gruba üye olan bireylerden isteyenlerin poliçeye dahil olması) poliçelerini yapmayı tercih etmemektedirler. İsteğe bağlı grup poliçelerinin sigorta şirketleri tarafından sıcak bakılmamasına, poliçeyi kullanma olasılığı yüksek olan kişiler tarafından tercih edilme durumunun olması ile poliçenin hasar prim oranı dengesini olumsuz etki oluşturabileceğinin bilinmesi ve doğru prim hesabını zorlaştıracığı gibi nedenleri örnek olarak verebiliriz. Grup poliçeleri sadece çalışanlara ya da üyelere yapıldığı gibi, çalışan ve üyelerin eş ve çocukları dahil olacak şekilde de alınabilir. Çalışan sigortalılara fert, eş ve çocuklarına ise bağımlı denilmektedir.

Poliçelerde ilk sigortalanmada yaş sınırlaması olduğu gibi, bağımlı çocuklar için çocuk olarak sigorta yaptırabilmelerinde yaş sınırı bulunmaktadır. Bireysel ve grup poliçelerinde kimi şirketler 18 yaşından büyük çocukları artık fert olarak görmekte, kimi şirketler 30 yaşına kadar bekar çocukları aile içerisine alıp aile indiriminden faydalandırmakta, kimi şirketler ise 24 yaşa kadar çocuk olarak sigortaya alabilmektedir. Belirtilen yaş sınırı üzerindeki çocuklar için ayrı poliçe açılabilir. 2016 yılı genel prim üretimi sıralamasında ilk dörtte olan Allianz, Anadolu, Axa ve Mapfre Sigorta'nın

sağlık sigortaları poliçe özel şartları, ilgili sigorta şirketlerinin resmi internet sitelerinden alınarak aşağıda belirtilmiştir:

Allianz Sigorta; 0-64 yaş aralığındaki kişiler sigortalanabilirler. 0-5 yaş arası çocuklar en az bir ebeveynin de sigortalanması şartı ile sigortalanabilmekte, ancak 6-17 yaş arası çocukların ebeveynleri olmadan tek başlarına sigortalanma talepleri, değerlendirilebilmektedir. 25 yaş ve altındaki bekar çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanmaya devam edebilmektedirler.

Anadolu Sigorta; sigortalanma üst yaş sınırı 64'tür. 18 yaşından küçük kişiler ek prim ödenmesi koşulu ile tek başlarına sağlık sigortası kapsamında sigortalanabilmektedir. 30 (dahil) yaşına kadar bekar çocuklar aile indiriminden (%10 oranında) yararlanarak aile poliçesinde bağımlı olarak sigortalanabilmektedirler.

Axa Sigorta; sigortalanma yaş üst sınırı 59 yaş, 15 günlükten büyük, 18 yaşından küçük çocuklar aile poliçesi kapsamında sigortalanabilirler. Talep edilmesi durumunda, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş çocukları aynı poliçede teminata dahil edilebilmektedir.

Mapfre Sigorta; 0-18 yaş arası çocuklar aile kapsamında ve/veya kanunen bakmakla yükümlü en az bir kişi ile teminat kapsamına alınabilir. Talep edilmesi durumunda, Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu evlenmemiş, öğrenim gören (belgelenmesi şartı ile) çocukları 24 yaşına kadar poliçe kapsamında teminat altına alınabilir. Ayrıca sadece yatarak tedavi teminatı içeren planlarda geçerli olmak üzere 12-18 yaş arası çocuklar sigorta ettirenin 18 yaşından büyük olması şartı ile tek başına sigortalanabilecektir.

### **3.2. Özel Sağlık Sigortası Teminatları ve İçerikleri**

Özel Sağlık Sigortaları yatarak veya yatarak + ayakta tedavi teminatlı olarak satın alınabilmektedir. Yatarak tedavi teminatı ana teminattır. Bu sebeple sigortalılar yatarak tedavi teminatlı poliçeleri ya da yatarak + ayakta tedavi teminatlı poliçeleri alabilirler. Sadece ayakta tedavi alma seçenekleri bulunmamaktadır. Her sigorta şirketinin kendine özgü, genel şartlara aykırı olmamak üzere, bireysel sağlık sigortaları için teminat plan ve şartları bulunmaktadır. Poliçeler sigorta şirketlerinin anlaşmalı olduğu kurumlarda geçerli olduğu gibi, anlaşmasız olduğu kurumlarda da belli ödeme oranları ile kullanılabilirler.



Limitsiz olan teminatlar için; anlaşmasız kurum/doktor ödemeleri belli oran ve limit dahilinde karşılanmaktadır. Bu tutarlar için şirketler TTB (Türk Tabipler Birliği) birim fiyatları üzerinden ödeme koşullarını belirtirler.

Özel sağlık sigortası poliçelerindeki teminat ve kavramlarının tanımları, Axa Sigorta Ürün Özel Şartları kitapçığında yararlanılarak aşağıda açıklanmıştır.

**Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi ( T.T.B.A.Ü.T.):** Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi' nin 6023 sayılı Yasasına dayanarak doktorların muayene/televi için almaları gereken asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, T.T.B.A.Ü.T' deki işlem birimlerinin, o işlemin yapıldığı ilin tabip odalarının belirlenen ve altı ayda bir değişen katsayı ile çarpımına KDV eklenerek yapılır.

**Yatarak Tedavi Teminatları:** Yatarak tedavi teminatı, sigortalının tıbbi tedavi ve/ veya ameliyat gerektiren durumlardaki hastane yatışlarını karşılamaktadır.

**Ameliyat Giderleri Teminatı:** Sigortalıların rahatsızlıklarının giderilmesi için gerekli cerrahi müdahale masraflarını teminat altına almaktadır. Yapılan cerrahi işlemin ameliyat giderleri teminatına girip girmediği yapılan işlemin T.T.B. de kaç birimlik işlem olduğuna bakılır. 150 birim üzeri ise ameliyat giderleri teminatından karşılanmaktadır. 150 birim altında ise küçük müdahale teminatına girmektedir.

**Yoğun Bakım:** Sigortalının tedavisinin yoğun bakım ünitesinde sürdürülmesi gereken hallerde meydana gelen yoğun bakım yatışlarını kapsar.

**Kemoterapi, Radyoterapi ve Diyaliz:** Sigortalının kanser hastalığı nedeniyle gereken kemoterapi, radyoterapi ve bu tedavi yöntemlerinin gerektirdiği ilaç giderleri ile böbrek yetmezliği nedeniyle yapılan her türlü diyaliz tedavileri bu teminat kapsamındadır.

**Küçük Müdahale:** T.T.B.A.Ü.T.' de belirtilen 149 birim ve altındaki tüm cerrahi girişimlerle dikiş atma, yara tedavisi, kırık nedeni ile alçı ve repozisyon işlemleri, akut ürtiker, pansuman, serum takılması, oksijen verilmesi, mide yıkanması, kulak yıkama, enjeksiyon, aşı ve serumların uygulama bedelleri, hiperbarik oksijen tedavisi, lavman, sonda uygulaması, apse drenajı, her tür koterizasyon, kriyoterapi, tek veya birden fazla sayıda tırnak çekimi, tek veya birden fazla sayıda ben alımı gibi müdahalelerin ve sarf malzemelerinin masrafları bu teminattan karşılanır.

**Yatış Sonrası Fizik Tedavi:** Yatarak tedavi teminatı tanımına giren bir ameliyatı veya yatışı takiben 2 ay içinde yapılan fizik tedavi giderleri bu teminat kapsamındadır. Yıllık 15 seans ve 30 seans gibi sınırlaması vardır.

**Evde Bakım:** Hastaneye yatışı takiben, sigortalının kendi evinde bir hemşirenin bakımı altına alınması gerekliliği halinde oluşan masraflar bu teminat kapsamındadır.

**Yardımcı Tıbbi Malzeme:** Sigortalının tedavisini desteklemek amacı ile gereken yardımcı tıbbi malzemeler, koltuk değneği, bileklik, elastik bandaj, boyunluk, tekerlekli sandalye, korseler, ortopedik ayakkabı, tabanlık, bot, terlik, buz kesesi ve her türlü diğer ortopedik destekleyicilere ait giderlerdir.

**Trafik Kazası Sonucu Diş Tedavisi:** Trafik kazası sonucu meydana gelen, diş doktorları, çene cerrahisi uzmanları ya da plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanları tarafından yapılan ağız ve çene bölgesi ile ilgili muayene, her türlü röntgen ve ameliyatlara bu teminat kapsamındadır.

**Kontrol Amaçlı Mamografi ve Meme Ultrasonografi / Kontrol Amaçlı PSA:** Erkek sigortalılar için prostat kanseri taraması amaçlı yapılan PSA tetkiki ve bayan sigortalılar için meme kanseri taraması amaçlı yapılan Mamografi ve doktorun gerekli görmesi halinde meme ultrasonografi tetkikleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

**Yurtdışı Yatarak Tedavi:** Sigortalının yurtdışında gerçekleşen bir ameliyat veya bir hastalığın tedavisi nedeniyle hastanede yatmasını gerektiren durumlarda ortaya çıkan ameliyat giderleri (ameliyathane içinde gerçekleşen giderleri; ameliyathane kirası, operatör doktor, asistan, ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, anestezi doktor ücretleri ile ameliyat esnasında kullanılan sarf malzemesi, ilaç, kan, serum vb. ameliyat ile ilgili her türlü tıbbi malzeme giderleri) ile ameliyat dışındaki ilaç, pansuman, bandaj, alçı, plaster gibi malzemeler ve her türlü iğne ve serumları, kan ve kan ürünleri takılması gibi masraflar; doktor takip ve konsültasyon masrafları; hastanede yatan sigortalının hastalığının takibi ve doktorun öngördüğü tedaviyi yönlendirici tetkikleri, tahlil, röntgen masrafları; standart tek kişilik özel oda, yemek ve refakatçi giderleri bu teminattan karşılanır.

**Tıbbi Danışmanlık ve Ambulans Hizmetleri:** Sigorta şirketlerinin, her sigortalısı için telefonla hemen ulaşabilecekleri, acil konular için bilgi alabilecekleri ve acil ambulans hizmeti sağladıkları teminattır.

**Hava Ambulansı:** Sigortalının sağlık kurumuna kara yolu ile naklinin tibben sakıncalı olduğu hallerde hava ambulansı kullanımını ile ilgili giderler bu teminattan karşılanır.

**Suni Uzuv Giderleri:** Sigortalının hastalık veya kaza sonucu uzuv kaybı olması halinde, kaybedilen uzva ait fonksiyonların yerine konması için gereken aparatlara ait giderler bu teminat kapsamındadır. Kanseri ameliyatı sonrası kullanılan meme protezleri, elini kaybeden bir kimsenin ihtiyaç duyacağı takma el, göz kaybı nedeniyle gerekebilecek takma göz vb. ait giderler, robotik uzuvlar ile ilgili tüm harcamalar bu teminat kapsamında değerlendirilir.

**Ayakta Tedavi Teminatları:** Yatış gerektirmeyen, ayakta olunan tedavileri kapsayan teminattır.

**Doktor Muayene:** Tıp diplomasına sahip doktorlar tarafından hastanelerde, kliniklerde ve özel muayenehanelerde yapılan hasta tedavisine yönelik muayene giderleri bu teminattan karşılanır.

**İlaç:** Doktor tarafından reçete edilen ilaç bedelleri için verilen teminattır.

**0-6 Yaş Çocuk Aşıları:** Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan 0-6 yaş çocuk aşıları ve bu aşılar dışında suçiçeği, hepatit-A ve rotavirüs aşılarıdır.

**Laboratuvar Hizmetleri:** Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü laboratuvar hizmeti giderleridir.

**Görüntüleme ve Tanı Yöntemleri:** Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her türlü röntgen (direkt ve kontrastlı), mamografi, artrografi, EKG, eforlu EKG (treadmill), Holter, EEG, EMG, görme alanı, odyolojik tetkikler, solunum fonksiyon testleri, ürodinamik tetkikler, uyku testi (CPAP kalibrasyonu hariç), işitme testi ile bu incelemelerin yapılabilmesi için kullanılan ilaç, anestezi ve yatak ücreti vb. masrafları bu teminat kapsamındadır.

**İleri Tanı Yöntemleri:** Doktor tarafından hastalıkların teşhisinde ve tedaviyi takip etmek için gerekli görülen her tür ileri tanı yöntemi; koroner anjiyografi hariç diğer anjiyografi uygulamaları (göz, beyin, böbrek anjiyosu vb.), biyopsi alımı ve patolojik tetkik giderleri, Manyetik Rezonans (MR), Sintigrafi, Tomografi, Endoskopi, Ekokardiyografi, Doppler ve Ultrasonografi tetkikleri ve bu tetkikler sırasında gereken ilaç, kontrast madde ve anestezi vs. ücretleri bu teminat kapsamında değerlendirilir.

**Fizik Tedavi:** Doktor tarafından hastalıkların tedavisinde gerekli görülen, hastane ve fizik tedavi merkezlerinde yapılan fizik tedavi kapsamındaki tedavi giderleri bu teminattan karşılanır. Seans sınırlaması vardır.

**Yurtdışı Ayakta Tedavi Teminatı:** Yurtdışı Ayakta tedavi; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri, fizik tedavi teminatlarından oluşur.

**Doğum Teminatı:** Doğum eylemi (normal doğum veya sezaryen) ile ilgili giderler , bazı şirketlerde doğum öncesi gebelik takip giderleri bu teminat kapsamında değerlendirilir. Doğum bir hastalık olmadığı için her poliçede bu teminat olacak diye bir şey yoktur. Sigorta şirketlerinin doğum dahil ve hariç planları vardır.

**Check-Up Teminatı:** Sigorta şirketleri bazı planlarında, kendi belirledikleri kurumda ve kendi belirledikleri şartlar ile geçerli olabilecek check up teminatı vermektedir.

### 3.2.1. Özel Sağlık Sigortalarında Risk Analizi

Her sigorta branşında olduğu gibi, özel sağlık sigortalarında da risk primi hesabı önem arz etmektedir. Serbest tarife ile her sigorta şirketi primlerini kendileri belirleyebilmektedirler. Primler sigortalıların yaş, cinsiyet, ikamet ettikleri il, meslek sınıflarına göre hesaplanırken, sigorta şirketleri portföy büyüklükleri ve portföylerindeki risk dağılımlarını da dikkate alırlar. Risk primi belirlenmesinde istatistik veriler önemli olduğu için, sigorta şirketleri farklı kurumların araştırmalarını da dikkate alarak hesaplamalarını yapmaktadırlar. Örneğin Türkiye İstatistik Kurumu ( TÜİK ) tarafından hazırlanan cinsiyet ve yaşa göre yaşam yılları tabloları; sigorta ve reasürans şirketleri birliklerinin, sigorta denetleme kurumlarının, sektörden aldıkları datalar ile hazırladıkları sigortalı artış oranları, sağlık sigortası teknik kar zarar hesaplamaları gibi veriler de şirketlerin risk primi hesabında dikkat ettikleri unsurlar arasında yer almaktadır. Sigorta şirketinin portföy dengesini oluşturması çok önemlidir. Portföyü küçük olan ve portföyünü tek bir grup özelinde yoğunlaştıran şirketlerin fiyatlarının yüksek olması kaçınılmazdır. Bu durum; sigorta şirketine fiyat rekabetinde problem yaratacak, en pahalı şirket olma özelliği kazandıracaktır. Şirketlerin fiyat belirleme birimi bu sebeple çok önemlidir. “Riziko seçiminde objektif ve sübjektif riziko ayırımına dikkat etmek gerekir. Bu rizikolar poliçe fiyatını doğrudan belirleyen ya da en azından etkileyen, yaşamsal önemi olan ayırıcı unsurlardır” (Giray, 2010).

Sigortalıların yaş, cinsiyet, meslek, ikamet ettikleri il gibi dış faktörlere bakılarak objektif rizikolar belirlenir. Objektif rizikolar içerisinde prime en çok etkisi olan yaştır. Sigortalanacak kişi ne kadar yaşlı olursa, hastalanma riski de o kadar artmaktadır. Bu sebeple yaş arttıkça primlerin arttığı görülmektedir.

Yaşın yanı sıra cinsiyette önemlidir. Yapılan araştırmalar kadınların daha uzun yaşadığını ancak erkeklere göre daha fazla tazminat talebinde bulduklarını, hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğunu göstermektedir. Kadınların biyolojik ve psikolojik yapılarının farklı olmasının da tazminat taleplerinin daha fazla olmasına neden olmaktadır. Gebelik ve doğum gibi kadınlara özel biyolojik nedenler, gelecek için daha fazla kaygı duydukları psikolojik nedenler, kadınların daha sık sağlık harcaması yapmasına neden olabilmektedir. Bu sebeple kadın primi belli yaşlardan sonra her zaman erkek sigortalı priminden yüksek olmaktadır.

Tablo 3.1.'de çalışmaya konu olan sigorta şirketlerinden birisinin Ankara ili için seçilmiş bir ürününde, yaşa göre uygulamış olduğu primleri yer almaktadır. Tablodan görüleceği üzere kadın için prim 20'li yaş sonrası erkek priminden yüksektir. 20'li yaşlara kadar olan dönemde ise erkek priminin yüksek olduğu görülmektedir. Tablo 3.1'de yer alan verilerin grafiği Şekil 3.1'de verilmiştir.

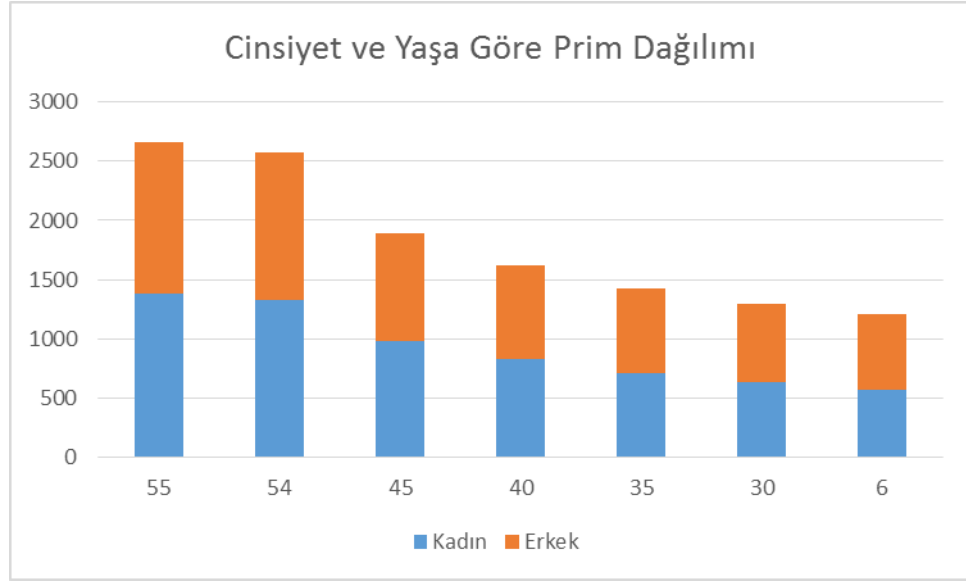
**Tablo 3.1. “X” Sigorta Şirketi Ankara İli Cinsiyet Ve Yaşa Göre Prim**

Yaş	Kadın	Erkek
55	1377	1283
54	1331	1241
45	981	910
40	826	793
35	712	709
30	632	660
6	573	637

Yaş, cinsiyet, meslek sınıfı, ikametgah gibi konular sigorta kabulde tüm sigortalı adaylar için dikkate alınan hususlardır ancak sigorta risk kabulünde asıl önem arz eden, subjektif riskler dediğimiz her bireyin sağlık geçmişi hakkındaki bilgileridir. Bu bilgileri temin edebilmek ve risk kabulü doğru sonuçlandırmak için, sigorta şirketleri başvuru formu

doldurarak verilen cevaplara göre kişiye özel risk analizi ile kabul koşullarını aktarabilmektedirler. Sağlık sigortaları beyana dayalı bir ürün olduğu için doğru bilgilendirme önem arz etmektedir

**Şekil 3.1. Cinsiyet ve Yaşa Göre Prim Dağılımı Grafiği**



Sigortalılara, şimdiki ve geçmiş sağlık durumu hakkında bilgi almak için oluşturulan başvuru formlarında aşağıdaki sorulara benzer sorular yöneltilir.

- Sigortalının doğum tarihi, cinsiyet, yaş, boy, kilo bilgileri
- Sizin ve birlikte teminat kapsamına alınacak aile bireylerinin sağlık problemi var mı?
- Sigara ve alkol kullanım miktarı ne düzeydedir?
- Herhangi bir malullük durumunuz var mı?
- Hamile misiniz, hiç düşük yaptınız mı? (Kadın sigortalı adaylar için)
- Siz ve sizinle birlikte teminat kapsamına alınacak aile bireyleri herhangi bir operasyon geçirdi mi? Hastane de tedavi gerektiren bir durum oldu mu?
- Sigorta kapsamına alınacak kişiler kanser tedavisi gördü mü?
- Sigorta kapsamına alınacak kişilerin şuan devam eden ya da planlanan tıbbi tedavisi veya ameliyat olasılığı var mı?
- Sigorta kapsamına alınacak kişiler şuan herhangi bir ilaç kullanıyor mu?

- Sigorta kapsamına alınacak kişiler tanı amaçlı herhangi laboratuvar tetkiki, ekg, mr... gibi işlem yaptırdı mı? Sonucunda herhangi bir tanı konuldu mu?
- Tanı konmamış olsa dahi, herhangi sağlık takibi gerektiren bir durumunuz var mı?
- Henüz doktora gitmemiş olsanız bile, sağlığınızda herhangi olumsuz bir şey hissediyor musunuz?
- Hipertansiyon, diyabet, kolesterol gibi sağlık sorunlarınız var mı?
- Troid, kalp, kanser, meme hastalıkları, kadın hastalıkları, bel-boyun gibi ortopedik rahatsızlıklar, böbrek ve idrar yolu rahatsızlıkları gibi rahatsızlıklarınız var mı?

Başvuru formundaki soruların cevapları objektif olarak, kurum doktorları ya da dışarıdan hizmet alınıyorsa, hizmet alınan doktorlar ile birlikte değerlendirilir. Değerlendirme yapılmaya başlanırken ilk önce sigortalının boy – kilo bilgisi ile vücut kitle endeksi çıkartılmaktadır. Vücut kitle indeksi (VKİ), vücut kütle sinin (kg), uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanır. İdeal ağırlık ise ulaşılmak istenen VKİ'nin, boy uzunluğunun karesi ile çarpılmasıyla elde edilir. Tablo 3.2'de VKİ değerlerinin sınıflandırması ve Tablo 3.3'de de yaşlara göre uygun VKİ değerleri verilmiştir.

VKİ'nin 18,5 ile 24,9 arasında olması normal kilo olarak sınıflandırılmaktadır. 25 ile 29,9 arasında ise hafif şişman toplu olarak adlandırılırken 30 ve 39,9 arası obez, 40 ve üzeri aşırı şişman olarak sınıflandırılmaktadır. VKİ değeri; obesite, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları vb. riskler açısından çok önemlidir.

**Tablo 3.2. VKİ ( vücut kitle endeksi ) Değerlerinin Sınıflandırılması**

<b>VKİ değerleri (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Sınıflama</b>
<18.5	Zayıf
≥18.5 - <24.9	Normal
≥25.0 - <29.9	Toplu, hafif şişman, fazla kilolu
≥30.0 - < 39.9	Şişman (Obez)
≥ 40.0	Aşırı şişman

**Kaynak:** İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 2015. İstanbul Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarında Obezitenin Değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksinin İncelenmesi, Araştırma Raporu, (8).

VKİ sonucu çok zayıf, şişman, çok şişman olarak çıkıyorsa, sigorta şirketi kendi risk kabul kriterlerine göre poliçeye kabul, red ya da bir takım tetkiklerin yapılmasını isteyip, sonuçlarını değerlendirmesi ile kabul ya da reddini belirtmektedir. VKİ değerine göre

genelde 15 in altı, 40 in üzerindeki durumlar da reddedilir. VKİ değerine göre ek prim alarak sigortayı yapma kararı da verebilir. VKİ normal değerlerde ise, formda belirtilen cevaplar detaylı değerlendirilmeye başlanır.

**Tablo 3.3. Yaşlara Göre Uygun Vücut Kitle İndeksi Değerleri**

Yaş	İdeal VKİ
19-24	19-24
25-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-65	23-28
65	24-29

**Kaynak:** [https://tr.wikipedia.org/wiki/V%C3%BCcut\\_kitle\\_indeksi](https://tr.wikipedia.org/wiki/V%C3%BCcut_kitle_indeksi)

Sigara kullanımı sorusu; akciğer kanseri başta olmak üzere solunum yolu yetmezliği, amfizem, bronşit, mesane kanseri, kalp damarlarında daralma, hipertansiyon gibi riskler açısından önemlidir. Sigortalı adayının belirttiği kullanım oranına göre şirketler değerlendirmeyi yaparlar.

Alkol kullanımı sorusu cevabı, alkol miktarının siroza kadar giden karaciğer hastalıkları, yemek borusu yırtıkları, pankreas hastalıkları, depresyon, nörolojik hastalıklar vb. riskler açısından önem arz etmektedir.

Sigorta şirketleri kendi değerlendirme esasları ve sözleşme hükümleri kapsamında, sigortalı tarafından doldurulan başvuru formunda belirtilen cevapları analiz ettikten sonra sigortalının kabulü ile ilgili aşağıdaki kararlardan birini verirler.

- Teklif olduğu gibi kabul edilebilir.
- Teklif, sigortalının poliçe öncesi bir rahatsızlığı varsa o rahatsızlık ve o rahatsızlığın sebep olacağı rahatsızlıklar kapsam dışı bırakılarak kabul edilebilir.
- Teklif reddedilebilir
- Teklif, sigortalının poliçe öncesi bir rahatsızlığı varsa o rahatsızlık için ek prim alınarak kabul edilebilir.

Kabul koşulları belirtildikten sonra sigortalılar tarafından eksik ve yanlış bilgi verildiği tespit edilirse sigorta şirketinin sözleşmeyi feshetme, ara dönemde rahatsızlık konusu için muafiyet koyma hakkı bulunmaktadır (bkz. Sağlık sigortası genel şartları Md.6)



Sigorta öncesi rahatsızlıklar ile ilgili karar verilerek yapılan teklif kabullerinde uygulamada bazı çelişkiler olabilmektedir. Örneğin, kapsam dışı bırakılacak rahatsızlığın net bir şekilde belirlenmesinde sorun olabilir. İhtilaf durumlarında sebep sonuç ilişkisinin tespitinde de sorunlar çıkabilmektedir. Bu nedenlerden kaynaklı sigorta şirketleri, kapsam dışı bırakarak ya da sürprim ile varolan hastalığı kabul ederek poliçe yapmayı çok tercih etmemelerine karşın, önceden rahatsızlığı olan sigortalılarına rahatsızlık konusu ile ilgili belli şartlar koyarak poliçe düzenleyebilme imkanı sağlamakta, memnuniyeti, talebi arttırmayı hedeflemektedirler.

Yapılan risk analizi sonuçlarına göre, sigorta şirketlerinin vereceği kararlar sektör için de önemlidir. Önceden gelen ya da var olan rahatsızlıkları ek prim alarak ya da kapsam dışı bırakarak kişiye sigorta yapılabilir ancak bu kararlar, rahatsızlık konularının etkisinin doğru hesaplanarak verilmesi gerekmektedir. Önceden geçirilmiş, tedavisi bitmiş ve herhangi bir sağlık tehdidi oluşturmayan rahatsızlıklar ek prim alınmadan teminat altına alınmalıdır. Önceden geçirilmiş, tedavisi bitmiş ancak gelecekte bir ihtimal tekrarlama ihtimali olan rahatsızlıklar ek prim ile teminat altına alınabildiği gibi şirketlerce kapsam dışı da bırakılabilmektedir. Mevcutta var olan bir rahatsızlığın, neden olacağı yeni rahatsızlıkların tespiti yapılamıyor, tazminat rakamı rahatsızlığın tedavi süreci devam ettiği için öngörülemiyor ise sigorta şirketleri bu durumda poliçe yapmamaları doğru olacaktır. Sigorta şirketinin yanlış seçimli riskler ile portföyünü oluşturması durumunda, hasar prim oranı dengesi olumsuz etkilenebileceği için gelecekte zarar eden şirket olması kaçınılmazdır. Karlılığa geçmek için poliçe fiyatlarını çok arttırma durumu ile karşı karşıya kalabileceklerinden, sigortalılarda da ürünün fiyat ile ilgili kaygı oluşmasına sebebiyet verebilir, talebi azaltabilir. Bu durumdan kaynaklı doğru analiz, doğru risk seçimi sektör için de ciddi önem arz etmektedir.

Poliçe sözleşmesinin başladığı tarih itibarıyla sigortalıda oluşabilecek rahatsızlıklar kapsam dahilindedir. Ancak poliçe özel şartları ile bazı durumlar istisnai bırakılabilmektedir. Her şirketin genel şartlara aykırı olmamak kaydı ile özel şartlarını belirleme yetkileri vardır. Genel olarak ortak noktaları, genel şartlarda belirtilen istisnai hükümleri kapsam dışı bırakmaktadırlar. Sigortalıdan alınan başvuru ( hastalık bildirim ) formu, içindeki bilgiler doğru kabul edilerek poliçenin ayrılmaz parçası olup, hüküm ifade etmektedir. Teklifname ve hastalık bilgi formunda, sigortalının rahatsızlık geçmişi ile ilgili bilgiye ulaşılamıyorsa, sigortalının doktoru ya da gittiği sağlık merkezi ile irtibata geçilerek, hastalık başlangıcı

hakkında bilgi talep edilebilmektedir. Hasta hakları kişiye özel olduğu için, bilgi alışverişi belirtilen şartlara göre yapmaktadır. Alınan bilgilere göre, poliçe başlangıç tarihi ile karşılaştırma yapılarak hastalığın poliçe içerisinde tazminata konu olup olmadığı belirlenir. Şirkete poliçe yapım aşamasında eksik verilen bilgi tespit edilirse sigorta şirketi rahatsızlık için oluşan tazminat ödemesini reddetme hakkında sahiptir.

Poliçelerde yer alan özel şartlar ile sigortacının sorumluluğu net olarak aktarılmak amaçlanır. İstisnai maddelere yer verilmesi ile sigortacının sorumluluğu için sınırlar çizilmektedir. Genel olarak birçok sigorta şirketinin poliçelerinde istisna olan bazı durumlar aşağıda verilmiştir:

- İlk sigortalanma yılı öncesi var olan rahatsızlıklar,
- Konjenital ( doğuştan gelen ) rahatsızlıklar,
- Sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- Dünya Sağlık Örgütü veya Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilmiş bulunan salgın hastalıklar (kolera, sıtma, kuş gribi, domuz gribi vb.), AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıklar ile ilgili her türlü test, tahlil masrafları ve gerekli tedaviler ile HIV virüsünün neden olacağı tüm hastalık ve sendromlar,
- Her türlü estetik ve plastik cerrahi ameliyatları (burun küçültme, yağ aldırma, meme küçültme vb.), estetik amaçlı her türlü girişim, estetik amaçlı muayene, aşı, enjeksiyon ve tedaviler; terleme tedavisi, jinekomasti; poliçe öncesi dönemde ortaya çıkmış düşme, travma, çarpma, yanık ya da hastalık sonucu gerekli olabilecek her çeşit estetik ve plastik operasyonlar,
- Kısırlık tanı ve tedavisi, yardımla üreme teknikleri ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (follikül takibi, histerosalpingografi, spermogram, adhezyolizis, suni dölllenme, tüp bebek, düşük araştırması, embriyo redüksiyonu vb.) tıbbi endikasyonu olmayan her türlü kürtaj, doğum kontrol yöntemleri ve bunlarla ilgili ilaç ve araçlar (doğum kontrol hapları, spiral ile ilgili her tür gider, tüplerin bağlanması, enjeksiyonlar, deri altı implantlar, kondom, spermisid kimyasallar vb.); tedavi amaçlı olsa dahi her türlü sünnet ( fimozis vb.), cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilgili tetkik ve tedaviler, impotans (penil doppler, penilprotez, vb.), cinsiyet değiştirme ameliyatları ve bu ameliyat öncesi ve sonrasında yapılan tüm hormonal tedavi giderleri; genital herpes, genital ve anal papillomatöz lezyonlar (sigiller, kondiloma akkümünata vb.), genital molluscum contagiosum tanı, tedavi, kontrol ve komplikasyonları,

- Geriatrik ( yaşlılık ) bakımı

Sigorta şirketleri, teminat kapsamlarını ve istisnai hükümlerini kendilerine özgü belirleyebilme ve düzenleme hakkına sahiptir. Ancak Sağlık Sigortası Genel Şartlarında yer alan teminat dışı haller genel olarak şirketlerde kapsam dışı bırakılan şartlardır.

Poliçelerde ameliyatların karşılandığı ana teminat olan yatarak tedavi teminat kullanımını için bekleme süreleri bulunmaktadır. Sigorta şirketleri bireysel özel sağlık poliçelerinde bu süreyi genellikle 12 ay olarak belirlemektedirler. Bu şarta göre poliçe başlangıcı itibariyle, poliçe başlangıcından sonra çıkan, operasyon konularında 12 ay boyunca sigortalı tazminat talebinde bulunamaz. Sonraki yenileme dönemleri itibariyle operasyon giderleri karşılanmaktadır. 12 ay boyunca bekleme süresine tabi hastalıklar, sigorta şirketlerinin sigortalılarına iletmış oldukları şartlar kitapçığında belirtilmektedir. 12 ay bekleme süresine tabi olan rahatsızlıklara örnek olarak aşağıdaki rahatsızlık konularını aktarabiliriz.

- Poliçenin ilk yılında ortaya çıkmış polip, lipom, kist, nodül ve benzeri oluşumlar ile malign karakter içermeyen her türlü iyi huylu kitle,(lipom, nevüs (ben), siğil alımı vb..)
- Poliçenin ilk yılında ortaya çıkan her türlü kanser ve kalp hastalıkları(bu maddede belirtilen rahatsızlık konuları ile ilgili bekleme süresi şirketlere göre farklılık gösterebilmektedir. Kimi şirketlerde bekleme süresi yoktur. Bekleme süresine tabi hastalıkları aldığımız Axa Sigorta, 55 yaş üzeri sigortalılar için bekleme süresi uygulamakta, 55 yaş dan küçükler için bu madde de belirtilen rahatsızlık konuları için bekleme süresi uygulamamaktadır )
- Bademcik, geniz eti, kulağa tüp takılması, sinüzit, kulak zarı cerrahisi,
- Her türlü fitik (kasık fitiği, mide fitiği vb.), hemoroit, pilonidal sinüs (kıl dönmesi), fistül, fissür ve perianal abse ameliyatları,
- Kronik böbrek rahatsızlıkları ve diyaliz, prostat hastalıkları,
- Organ yetmezlikleri,
- Romatizmal hastalıklar (Romatoid Artrit, Ankilozan Spondilit vb.),
- Safra kesesi hastalıkları, safra yolu ve üriner sistemin taşlı hastalıkları,
- Varis (özefagus varisleri dahil), hidrosel, spermatosel,
- Myom, yumurtalık, meme ve rahim hastalıkları, endometriozis, sistosel, rektosel ve prolapsus uteri ( rahim sarkması),

- Her türlü disk hernisi (bel fitiği, boyun fitiği vb.), diz cerrahisi (menisküs, kondromalazi, bağ rüptürleri vb.), omuz cerrahisi (habitüel omuz çıkığı, rotator cuff yırtığı, impingement sendromu vb.), omurga cerrahisi ve artroskopik cerrahi işlemleri,
- Katarakt, glokom ve tiroit hastalıkları,
- Uyku apnesi nedeni ile yapılacak her türlü cerrahi girişim; uvula elongasyonu, sarkık damak ve benzeri rahatsızlıklar,
- Multiple Skleroz (MS) ve Lupus (SLE),
- Kist Hidatik,
- Kaza hariç organ nakilleri,
- Tuzak nöropatiler, halluks valgus, tetik parmak,
- İnvaziv teşhis yöntemleri ( ERCP, Diagnostik Laporoskopi, Diagnostik artroskopi vb.)

Yatarak tedavi teminatı içerisinde, alınması durumunda yer alan doğum teminatı için de şirketlerde değişiklik gösteren bekleme süreleri vardır. Örneğin Axa Sigorta 12 ay, Anadolu Sigorta 9ay, Allianz Sigorta 5 ay bekleme süresine tabi tutmuştur. Ancak Allianz Sigorta şartında dikkat edilmesi gereken nokta 5 ay boyunca gebelik olmamasını, poliçe başlangıcından 5 ay sonra gebelik oluşması durumunda doğum teminatı alınmış poliçede giderlerin karşılanacağını belirtir. Burada da her durumda doğum anı bir sonraki poliçe yenilemesinde karşılanmaktadır.

Bazı rahatsızlık konuları vardır ki, sigortalılar tarafından ödenmesi beklenen ancak sigorta şirketlerinin genellikle özel şartlarında kapsam dışı bıraktığı ya da ödemek için bazı ön şartlar koyduğu durumlardır. Örneğin Septum Deviasyonu Operasyonu genellikle kapsam dışı bırakılan konudur. Şirketlerin bazılarının ön kriterler koyarak ödeme yaptığı durumlar olabilmektedir. Ön kriterler için birkaç şirketin şartlarından örnek verecek olursak; bir şirket kesintisiz 3 tam poliçe yılını tamamlamış ve yenileme garantisini kazanmış sigortalıları için ödemekte, başka bir şirket kesintisiz 4 tam poliçe yılını tamamlamış, yenileme garantisi hakkını kazanmış ve rahatsızlığın sigortalı olduğu sürede ortaya çıkmış olması koşulu ile ödemekte, başka bir şirket kesintisiz 3 tam poliçe yılını doldurmuş ve yenileme garantisi kazanmış sigortalıları için, operasyonun sigorta şirketinin belirlemiş olduğu kurumda yapılması şartıyla ödemektedir. Bazı şirketler ise tamamen kapsam dışı bırakarak görüşlerini belirtmektedirler. Belirtilmemesine rağmen, kapsam dışı bırakılmasının nedeni bu operasyon konusunun estetik amaçlı olabileceği ihtimalinin olması ve estetik amaçlı durum ile ayırt edilmesinin zor olabilmesinden kaynaklanmaktadır.

### 3.2.2. Ömür Boyu Yenileme Garantisi

Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) ile ilgili 23.10.2013 tarihinde T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı tarafından yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği kapsamında şirketlerin uyması gereken şartlar belirtilmiştir.

ÖBYG yönetmelikte açıklandığı gibi, özel sağlık sigortası sözleşmesinin aynı plan ile ömür boyu yenilenmesi taahhüdüdür. Şirketin ÖBYG içeren bir ürün sunması halinde, akdedilen ilk sözleşme tarihinde geçerli olan özel şartlarda, ÖBYG'ye ilişkin bilgiler ve değerlendirme şartları belirlenir. Söz konusu bilgiler ve değerlendirme şartları sonradan sigortalı aleyhine değiştirilemez. Şirket, özel şartlarında belirteceği değerlendirme şartlarına uygun olanlara ÖBYG verir.

Sigorta şirketleri, risk analizi bölümünde bahsedildiği gibi, ilk sağlık başvuru kabul kriterlerinde olduğu gibi ÖBYG verecekleri yeni sözleşme için de sigortalılık dönemindeki sağlık durumlarını ve daha sonra sağlık durumlarında etkilenecek bir durum olup olmadığına bakarak analiz yapar. Analiz sonrası sigortalının mevcut veya risk teşkil edecek hastalıklarına, özel şartlarında belirleyeceği kurallar dahilinde, hastalık ek primi, limit ve sigortalı katılım payı uygulayabilir ya da bu hastalıkları kapsam dışı bırakabilir. Burada önemli olan, sigorta şirketleri ÖBYG'li bir ürün sunduklarında, kriterin nasıl olacağını açık bir şekilde sigortalıyı bilgilendirmelidir.

ÖBYG sigortalılar açısından da sigorta şirketleri açısından da önemli bir kriterdir. ÖBYG verilen bir sigortalı için, sigorta şirketi artık, ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklarından ötürü teminat kapsamını daraltamaz, teminat limitini düşüremez, sigortalı katılım payını arttıramaz ve sigortalı aleyhine şartlarında değişiklik yapamaz. Bu nedenle doğru analiz yapılmadan verilen ÖBYG, sigorta şirketleri için, sigortalının poliçeyi yenilemeyi istediği sürece, ödeyecekleri yüklü tazminatlara sebep olabilir. Sigortalılar tarafından önemi ise; bu hakkı kazanan sigortalının, olası bir riskli rahatsızlığı çıksa dahi artık hastalıklarını ne kadar yıl poliçesini yenilerlerse o kadar dönem herhangi bir hak kayıpları olmadan, teminat altına aldırılmış olmasıdır.

ÖBYG kazanmış olan sigortalıya, kazandıktan sonra çıkan rahatsızlıklar için ek prim uygulaması yapılamaz. Bunun yanı sıra, ödenen tazminat ve kazanılmış prim oranına bağlı olarak ek prim uygulaması da yapılamaz. Sigorta şirketleri, yeni dönem poliçe yılında,

mevcut sigortalının yaşı ve cinsiyetine göre prim ne ise o prim üzerinden poliçeyi yapmak zorundadır.

Yine 23.10.2013 tarihli Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nde belirtildiği üzere; “Ömür boyu yenileme garantisi kazanılmadan önceki sigortalılık döneminde değerlendirme şartlarına uygunluk durumu hakkında sigortalıya her yıl yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır. Bilgilendirmenin yapılmaması durumunda sigortalının ömür boyu yenileme garantisi değerlendirme şartlarını karşıladığı kabul edilir”

Sigorta şirketleri yine yönetmelikte belirtildiği üzere, sözleşme süresinin sona ermesinden önce sözleşme bitiş tarihi ve yenilemeye ilişkin sigorta ettirene; ayrıca, sözleşmenin yenilenip yenilenmediği konusunda sigorta ettirene ve sigortalıya yazılı veya elektronik bilgilendirme yapmak zorundadır.

ÖBYG hakkını kazanmış sigortalı, satın almış olduğu mevcut planı poliçe yenileme döneminde değiştirmek isterse, bunu sigorta şirketinden talep edebilir. Ancak bu talep, sigorta şirketinin koşulları çerçevesinde ve şirketin kabulü halinde gerçekleşir. Plan değişikliğine ilişkin koşullar yine sigorta şirketi özel şartlarında belirtilmektedir. Mevcut uygulamalarda, plan değişikliği talep eden sigortalı, mevcut planından daha dar kapsamlı bir plana geçiş yapıyorsa genellikle talepleri şirketler tarafından olumlu karşılanır ve plan değişikliği yapılır. Daha geniş kapsamlı bir plana geçiş talebi varsa sigorta şirketi, sigortalının neden üst plana geçmek istediğini sorgular ve mevcut poliçe kullanımlarına bakarak değerlendirmelerini yapıp, kabul ya da red olarak kararını iletir. Plan değişikliği şirket tarafından kabul edilmez ise, sigortalı mevcut poliçe şartları ile sigortalılık dönemine devam eder.

ÖBYG bireysel sağlık sigortası poliçeleri için önemlidir. Grup Sağlık sigortası poliçelerinde bu kritere sahip olunması sigortalının gruptan ayrılıp, bireysel poliçe almak istemesinde önemli olmaktadır. Bu hakka sahip olup, poliçeden ayrılan sigortalılar, grup sağlık sigortası özel şartlarında belirtilen süre içerisinde, sigorta şirketine başvurmaları koşulu ile sigortalılıklarının devamını isteyebilirler. Sigorta şirketi, grup poliçe planlarına yakın bir poliçe ile sigortalıları hakları ile bireysel poliçeye almaktadır. Ancak bu durum, grup poliçesinin olduğu şirkette, aynı şirketin bireysel ürününe geçmekte olmaktadır. Sigortalı farklı bir şirkete geçmeyi istemesi durumunda diğer şirket risk analizini yaparak sigortalının daha önceden kazanmış olduğu ÖBYG hakkı dahil tüm hakları ile ilgili kabul

koşulları belirtir. Geçiş işlemi şartlarının da bilgilendirme formlarında belirtilmesi zorunludur.

Başka şirkete geçiş taleplerinde, yeni şirket risk analizi için sigortalının geçmiş sigortalılık durumunu sorgulayacaktır. Bu sebeple, talep edilen ve edinilen bilgilerin üçüncü şahıslardan gizli tutulması önemi ile, sigortalıdan ya da sigortalının bilgisi dahilinde mevcut şirketinden geçiş görüşü alabilirler. Alınan bilgilere göre sigorta şirketi risk analizini yaparak kabul koşulunu ya da reddini iletacaktır.

ÖBYG alan sözleşmeler için sigorta ettiren veya sigortalı, sözleşmeyi yenilememe hakkına sahiptir. Tablo 3.4’de yer alan sigorta şirketleri ÖBYG kriterleri incelendiğinde, değişen sigortalılık yılı, yaş ve hasar prim oranına göre değerlendirme yaptıkları görülmektedir.

**Tablo 3.4. İlgili Sigorta Şirketlerinin ÖBYG Kriterleri**

	Allianz	Anadolu	Axa	Mapfre
<b>ÖBYG Kriteri</b>	Allianz Sigorta'da kesintisiz 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş sigortalılar için değerlendirme yapılır	4 yıl kesintisiz Anadolu Sigortada sigortalı olmaları ve her yıl sonunda hasar prim oranının yüzde 100 altında olması koşul ile değerlendirme yapılır.	Axa Sigorta'da kesintisiz 3 yıllık sigortalılık süresini doldurmuş ve bu tarihte en fazla 59 yaşında olan sigortalılar için değerlendirme yapılır	Mapfre Sigorta'da kesintisiz 3 yıl boyunca aynı planda sağlık sigortalısı olan, 55 yaşından önce sigorta kapsamına alınan ve son üç yıl h/p oranı ortalaması %80'in altında olan sigortalılar için değerlendirme yapılır
<b>ÖBYG Diğer Notlar</b>		Anadolu Sigorta’da, sigorta kapsamına alınan ve 18 (dahil) yaşına kadar olan çocuklar sigorta başlangıç tarihi itibariyle ÖBYG’ye hak kazanır.		

**Kaynak :** Sigorta şirketleri ürün özel şartlar kitapçığı

### **3.2.3. Sigorta Sözleşmesi İptali**

23.10.2013 tarihli “Özel Sağlık Sigortaları” yönetmeliğinde belirtildiği üzere, sigorta ettiren ve sigortalı, sözleşme tanzim tarihinden itibaren otuz gün içerisinde iptali talep edebilir. Bu süre zarfında, sigortalı herhangi bir tazminat ödemesi almadı ise, poliçe primi şirket tarafından beş iş günü içerisinde sigortalıya iade edilmektedir. Otuz günden sonra talep edilirse, prim iadesi, şirketin hak etmediği prim gün esaslı hesaplanarak iade edilir.

Sigorta ettirenin vefatı durumunda kanuni varislerin vereceği muvafakatname ile sigorta ettiren değiştirilerek sözleşme devam ettirilebilir. Kanuni varislerin sözleşmenin devamını kabul etmediği durumda, şirketin hak etmediği prim sözleşme özel şartlarına göre kanuni varislere iade edilir ve sigortalıya konu hakkında yazılı veya elektronik bilgilendirme yapılır. Sigortalının vefatı, tedavi aşamasında olursa, sigorta şirketi poliçe şartlarına göre, teminat limitleri dahilinde, vefat eden sigortalının tazminat ödemesini hastaneye ya da kanuni varislerine yapmaktadır.

Sigorta süresinin sona ermesinden sonra devam eden tedaviler varsa, yine aynı yönetmelikte belirtildiği gibi sigortanın sona erme tarihinden önce sigortacı tarafından kabul edilen yatarak tedavi teminatı, sözleşme süresinin sona ermesi ve yeni bir sözleşmenin yapılmaması durumunda, asgari on gün olmak üzere özel şartlarda belirtilen süreyi ve teminat limitini aşmamak kaydıyla devam etmektedir.

### **3.2.4. Özel Sağlık Sigortasında Tarife Uygulamaları**

Sigorta şirketleri tarifelerini teknik esaslar ve özel şartlara göre belirlemektedirler. Sigortacılık mevzuatına aykırı tarife uygulanamaz. İlk defa uygulamaya konulacak tarifeler şirketlerce uygulanmaya konmadan on beş iş günü öncesinde Müsteşarlığın belirleyeceği usul ve esaslar çerçevesinde elektronik ortamda SBGM'ye gönderilmektedir. Sigorta şirketleri 23.10.2013 tarihli Özel Sağlık Sigortası yönetmeliği ile tarifelerini ilgili birime bildirmekte ve sigortalılarına daha şeffaf tarife bilgisi vermektedirler.

Yenileme poliçelerdeki kişilerin prim tespiti sigorta şirketleri tarafından yukarıda da belirttiğimiz gibi özel şartlarında, poliçe ekinde sigortalılara bildirilmektedir. Çalışmada şartlarını incelediğimiz dört şirketteki durum aşağıdaki gibidir.

Allianz Sigorta Hasarsızlık İndirimi / Tazminat Ek Primi uygulaması diğer üç sigorta şirketinden farklı olarak poliçelerin yılına ve yenilenecek poliçenin indirimli ya da sürprimli



olmasına göre 6 kademedan oluşmaktadır. İlk yıl sigortalıları ile doğum teminatlı poliçe tercih eden transfer sigortalıları, bu uygulamaya 3. Kademe (baz kademe)'den başlamaktadır. Baz kademesinde hasarsızlık indirimi veya tazminat ek primi uygulanmamaktadır. 4., 5., 6. kademeler hasarsızlık indirim kademeleri olup 1.,2. kademeler tazminat ek prim kademeleridir. Sigortalının yürürlükteki poliçe dönemi kademesi ile Tazminat / Sağlık Net Primi (T/P) Oranı dikkate alınarak, yenileme poliçesinin kademesi belirlenir. Hakedilen kademedeki hasarsızlık indirimi veya tazminat ek primi sigortalının Sağlık Tarife Primine uygulanır. Sigortalının Sağlık Tarife Primine uygulanacak tazminat ek prim oranı %30'u geçmemektedir.

Tablo 3.5. incelendiğinde, sigorta şirketlerinin hasar prim oranı yüzde 0 olması durumunda yenileme poliçesinde yüzde 30 hasarsızlık indirimi verdiği görülmektedir.

**Tablo 3.5. Sigorta Şirketleri Yenileme Poliçesi Prim İndirim/Ekprim Oranları**

ANADOLU SİGORTA		AXA SİGORTA		MAPFRE SİGORTA	
Son Yıl H/P	İnd /Ekp	Son Yıl H/P	İnd /Ekp	Son Yıl H/P	İnd /Ekp
0%	-30%	0 - % 10	-30%	0%	-30%
1-20%	-25%	% 10,01 - % 30	-25%	% 1 - % 25	-20%
21 - 40%	-20%	% 30,01 - % 50	-15%	% 26 - % 50	-15%
41-50%	-10%	%50,01 - % 65	-10%	%51 - % 100	0%
51-60%	-5%	% 65,01 - % 120	0%	% 101 - % 150	%50 e kadar
61-100%	0%	%120,01 - % 170	15%	%151 - % 200	%75 e kadar
101 - 120 %	5%	% 170,01 - % 200	30%	% 201 - % 300	%100 e kadar
121 - 140 %	10%	% 200,01 - % 300	50%	% 301 ve üzeri	%200 e kadar
141 - 160 %	15%	%300,01 ve üzeri	90%		
161 - 180 %	20%				
181 - 199 %	25%				
>200 %	30%				
<200 %	50%				

**Kaynak:** İlgili sigorta şirketi özel şart kitapçıkları,nisan 2017

### 3.3. Sağlık Sigortasının Toplam Prim Üretimindeki Yeri

2015 yılında hayat dışı 27.264.486.899 TL, hayat 3.761.410.730 TL olmak üzere toplam 31.025.897.629 TL prim üretimi gerçekleşmiştir. Bu üretimin 3.436.530.446 TL'si hastalık – sağlık sigortalarından gelmektedir. Hayat dahil toplam üzerinden bakıldığında üretimin yüzde 11,07'sinin , hayat hariç bakıldığında ise yüzde 12,60'ının hastalık – sağlık

branşından geldiği görülmektedir. Tablo 3.6.' da tüm branşların üretimleri, üretim içerisindeki payları ve bir önceki yıla göre değişim oranları gösterilmektedir.

**Tablo 3.6. Branşların Pazar Pay ve Toplam Prim Değişimleri (2014 ve 2015 yılları karşılaştırması)**

Branş Adı	2015-12		2014-12		Değişim (%)	Reel Değişim (%)
	Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %	Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %		
KAZA	1.196.577.633	4,39%	1.035.675.457	4,56%	15,54%	6,18%
HASTALIK-SAĞLIK	3.436.530.446	12,60%	2.930.346.787	12,90%	17,27%	7,78%
KARA ARAÇLARI	5.551.397.549	20,36%	5.085.067.734	22,39%	9,17%	0,33%
Kasko	5.551.397.549	20,36%	5.085.067.734	22,39%	9,17%	0,33%
RAYLI ARAÇLAR	16.835	0,00%	10.586	0,00%	59,03%	46,15%
HAVA ARAÇLARI	75.365.723	0,28%	58.724.204	0,26%	28,34%	17,95%
SU ARAÇLARI	176.889.820	0,65%	140.455.545	0,62%	25,94%	15,74%
NAKLİYAT	534.078.929	1,96%	488.871.753	2,15%	9,25%	0,40%
YANGIN VE DOĞAL AFETLER	4.391.225.608	16,11%	3.844.573.725	16,93%	14,22%	4,97%
GENEL ZARARLAR	2.978.132.377	10,92%	2.429.292.744	10,70%	22,59%	12,67%
KARA ARAÇLARI SORUMLULUK	7.486.398.536	27,46%	5.528.325.411	24,34%	35,42%	24,45%
Trafik-Yeşil Kart Dahil	6.941.671.601	25,46%	5.070.820.284	22,33%	36,89%	25,81%
HAVA ARAÇLARI SORUMLULUK	123.098.712	0,45%	92.765.288	0,41%	32,70%	21,95%
SU ARAÇLARI SORUMLULUK	16.758.157	0,06%	9.409.070	0,04%	78,11%	63,69%
GENEL SORUMLULUK	758.010.417	2,78%	634.407.542	2,79%	19,48%	9,81%
KREDİ	185.239.267	0,68%	138.958.449	0,61%	33,31%	22,51%
KEFALET	29.154.217	0,11%	26.554.285	0,12%	9,79%	0,90%
FİNANSAL KAYIPLAR	226.583.127	0,83%	178.765.763	0,79%	26,75%	16,49%
HUKUKSAL KORUMA	95.863.842	0,35%	84.360.711	0,37%	13,64%	4,43%
DESTEK	3.165.708	0,01%	2.984.038	0,01%	6,09%	-2,50%
<b>HAYATDIŞI TOPLAM</b>	<b>27.264.486.899</b>	<b>87,9%</b>	<b>22.709.549.092</b>	<b>87,4%</b>	<b>20,1%</b>	<b>10,3%</b>
<b>HAYAT TOPLAM</b>	<b>3.761.410.730</b>	<b>12,1%</b>	<b>3.280.003.588</b>	<b>12,6%</b>	<b>14,7%</b>	<b>5,4%</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>31.025.897.629</b>	<b>100,0%</b>	<b>25.989.552.680</b>	<b>100,0%</b>	<b>19,4%</b>	<b>9,7%</b>

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği 2016. <tsb.org.tr /resmi istatistikler>

Türk sigorta sektörü, 2015 yılı toplam prim üretimleri branş bazında incelendiğinde, hayat dışı toplam 27.264.486.899 TL lik üretimin, 3.436.530.446 TL lik kısmının hastalık / sağlık üretimi olduğu görülmektedir. Bu üretim ile sağlık branşı yüzde 12,60'lık pay ile toplam üretimin dördüncü büyük payına sahiptir. 2014 yılında ise yine dördüncü büyük paya sahip olduğu, payının yüzde 12,90 olduğu görülmektedir. Pay olarak yüzde 0,30 luk küçülme olduğu görülmekte ancak prim üretimi ve sağlık sigortalı sayısı olarak bir önceki yıla göre artış göstermiştir. Üretim olarak payının düşmesinin nedeni, trafik sigortalarındaki prim artışları ile trafik üretim payının, toplam üretimdeki oranının artmasından kaynaklanmaktadır. 2015 yılında sağlık branşı büyümeye devam ettiği bir yıl geçirmiştir.

Tablo 3.7.'de son 6 yıllık, toplam üretim, sağlık branşı prim üretimi, toplam üretim içerisindeki payı ve prim üretim artış oranları görülmektedir. Sağlık branşı prim üretiminin bir önceki yıla göre artış oranı ortalaması son 6 yıl için yüzde 14,78'dir. 2011'den 2012'ye geçişte sağlık prim üretiminde, ortalamanın da altında kalan bir oranla keskin bir düşüş olduğu görülmektedir. 2011 yılında Avrupa ülkelerinde yaşanan ekonomik krizin; Ortadoğu ülkelerindeki karışıklıkların etkisi ile Türkiye ekonomisinin de etkilenmesi sonucu düşüş olduğu değerlendirilmektedir. Buna göre sağlık sigortalarının olası ekonomik kriz anında ilk vazgeçilen ürün olduğu değerlendirilmesi yapılabilmektedir.

**Tablo 3.7. Son Altı Yıl Hastalık/Sağlık Branşı Prim Üretim Değişimleri Ve Toplam Üretim İçerisindeki Payı**

Yıllar	Toplam Üretim ( TL )	Hastalık / Sağlık		
		Toplam Sağlık Üretim (TL)	Pazar Payı %	Değişim (%)
2010	14.129.394.239	1.705.491.699	12,07%	13,33%
2011	17.165.081.182	1.998.946.945	11,64%	17,21%
2012	19.826.760.600	2.237.100.853	11,28%	11,91%
2013	24.229.615.734	2.473.114.766	10,20%	10,55%
2014	25.989.552.680	2.930.346.787	12,90%	18,49%
2015	31.025.897.629	3.436.530.446	12,60%	17,27%

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği 2016. [tsb.org.tr/resmi-istatistikler](http://tsb.org.tr/resmi-istatistikler)

2015 yılı sigorta şirketlerinin sağlık prim üretim sıralamaları incelendiğinde (Tablo 3.8), üretimde birinci olan şirketin toplam sağlık sigortası üretiminin yüzde 36,47'sini oluşturduğu görülmektedir. İlk ondaki şirket toplam üretimin yüzde 92,30 unu oluştururken, kalan yirmi altı sigorta şirketi yüzde 7,70 ini oluşturmaktadır

**Tablo 3.8. 2015 Yılı Sigorta Şirketleri Sağlık Sigortası Prim Üretim Sıralaması**

Sıralama	Şirket Adı	2015	
		Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %
1	Allianz Sigorta AŞ	1.253.143.963	36,47%
2	Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ	513.765.484	14,95%
3	Mapfre Genel Sigorta AŞ	341.847.042	9,95%
4	Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	328.341.655	9,55%
5	Aksigorta AŞ	197.070.276	5,73%
6	Axa Sigorta AŞ	154.830.053	4,51%
7	Groupama Sigorta AŞ	120.979.143	3,52%
8	Güneş Sigorta AŞ	115.613.750	3,36%
9	Ergo Sigorta AŞ	74.726.786	2,17%
10	Eureko Sigorta AŞ	71.743.838	2,09%
	<b>İLK 10 ŞİRKET TOPLAMI</b>	<b>3.172.061.990</b>	<b>92,30%</b>
11	Demir Hayat Sigorta AŞ	53.389.218	1,55%
12	Sompo Japan Sigorta AŞ	33.186.385	0,97%
13	AIG Sigorta AŞ	27.445.088	0,80%
14	Zurich Sigorta AŞ	26.799.157	0,78%
15	Ankara Anonim Türk Sigorta Şirketi	26.473.572	0,77%
16	Halk Sigorta AŞ	23.086.466	0,67%
17	Ziraat Sigorta AŞ	14.118.236	0,41%
18	Ray Sigorta AŞ	13.672.633	0,40%
19	Neova Sigorta AŞ	11.878.689	0,35%
20	HDI Sigorta AŞ	7.788.295	0,23%
	<b>İLK 20 ŞİRKET TOPLAMI</b>	<b>3.409.899.729</b>	<b>99,23%</b>
21	SBN Sigorta AŞ	6.833.028	0,20%
22	Türk Nippon Sigorta AŞ	6.697.032	0,19%
23	Işık Sigorta AŞ	5.513.850	0,16%
24	Generali Sigorta AŞ	1.894.287	0,06%
25	Dubai Starr Sigorta AŞ	1.551.770	0,05%
26	Unico Sigorta AŞ	1.239.160	0,04%
27	Liberty Sigorta AŞ	1.045.770	0,03%
28	Ace European Group Ltd. Türkiye Şubesi	870.068	0,03%
29	Ege Sigorta AŞ	605.476	0,02%
30	Demir Sigorta AŞ	284.933	0,01%
31	Turins Sigorta AŞ	69.030	0,00%
32	Orient Sigorta AŞ	11.887	0,00%
33	SS Doğa Sigorta Kooperatifi	10.796	0,00%
	<b>SEKTÖR TOPLAMI (36 Sigorta Şirketi)</b>	<b>3.436.530.446</b>	<b>100,00%</b>

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği 2016. <tsb.org.tr/resmi-istatistikler>

Tablo 3.8’de verilen sigorta şirketlerinin sağlık prim üretim sıralaması tablosu ile Tablo 3.9’da verilen sigorta şirketlerinin genel prim üretim sıralaması tablosunun birlikte incelenmesi, şirketlerin branş dağılımında farklı tercihlerde olduğunu anlamamız için faydalı olacaktır. Örneğin Acıbadem Sigorta, sağlık branşı prim üretim sıralamasında ikinci sırada yer alırken, genel üretim sıralamasında on beşinci sırada yer almaktadır. Burada Acıbadem Sigorta’nın sağlık branşı ağırlıklı çalışmasının olduğunu anlayabiliriz.

**Tablo 3.9. 2015 Yılı İlk 20 Sigorta Şirketleri Toplam Prim Üretim Sıralaması**

Sıralama	Şirket Adı	2015	
		Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %
1	Allianz Sigorta AŞ	4.050.872.604	13,06%
2	Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	3.610.673.888	11,64%
3	Axa Sigorta AŞ	3.065.687.603	9,88%
4	Mapfre Genel Sigorta AŞ	2.110.572.916	6,80%
5	Aksigorta AŞ	1.622.186.984	5,23%
6	Güneş Sigorta AŞ	1.288.385.528	4,15%
7	Groupama Sigorta AŞ	1.114.561.226	3,59%
8	Sompo Japan Sigorta AŞ	1.063.474.235	3,43%
9	Eureko Sigorta AŞ	1.002.552.207	3,23%
10	Ziraat Sigorta AŞ	932.354.794	3,01%
	<b>İLK 10 ŞİRKET</b>	<b>19.861.321.983</b>	<b>64,02%</b>
11	Ergo Sigorta AŞ	902.818.176	2,91%
12	Halk Sigorta AŞ	757.373.619	2,44%
13	HDI Sigorta AŞ	700.683.826	2,26%
14	Ziraat Hayat ve Emeklilik AŞ	630.498.694	2,03%
15	Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ	522.361.220	1,68%
16	Neova Sigorta AŞ	514.431.009	1,66%
17	Zurich Sigorta AŞ	506.688.182	1,63%
18	Ray Sigorta AŞ	444.639.201	1,43%
19	Allianz Yaşam ve Emeklilik AŞ	440.708.841	1,42%
20	Anadolu Hayat Emeklilik AŞ	402.552.239	1,30%
	<b>İLK 20 ŞİRKET</b>	<b>25.684.076.989</b>	<b>82,78%</b>
	<b>SEKTÖR TOPLAMI</b>	<b>31.025.897.629</b>	<b>100,00%</b>

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği 2016. <tsb.org.tr /resmi istatistikler>

Tablo 3.10’ da görüleceği üzere 2010 yılında 1.666.023 kişi sağlık sigortalarına giren herhangi bir ürüne sahipken, 2011 yılında yüzde 53 lük artış ile 2.551.057 kişinin özel sigorta şirketlerinden, sağlık sigortası ile ilgili ürüne sahip oldukları görülmektedir. 5 yıl içerisinde bu sayının 2010 yılına göre yaklaşık yüzde yüz artış ile 3.244.291 kişiye ulaştığı

görülmektedir. Bu artışları, özel sağlık sigortalarında 28 Haziran 2012 tarihli 2012 / 25 Genelge ile içeriği belirlenen SGK'nın farkını ödeyen daha uygun primli olan TSS'nin çıkması, 11 Nisan 2014'de yürürlüğe giren, yabancı uyruklu vatandaşlara "Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Zorunluluğu" kapsamında yeni sigortaların dahil olması ve ülkemizde yurtdışı seyahatlerinin artması ile yurtdışında bulunacak olan vatandaşların yurtdışı seyahat sağlık sigortaları satın almaları ile sağlık sigortalı sayılarında artışlar olduğu yorumlanabilir.

**Tablo 3.10. 2010 – 2015 Yılları Arası Bireysel/Grup Sigortalı Sayısı**

YILLAR	TOPLAM SİGORTALI SAYISI	DEĞİŞİM ORANI
2010	1.666.023	0
2011	2.551.057	53%
2012	2.678.597	5%
2013	2.897.376	8%
2014	3.097.253	7%
2015	3.244.291	5%

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği 2016. <tsb.org.tr /resmi istatistikler>

2015 yılı 3.244.291 özel sağlık sigortalısının, 2.111.385 kişisi bireysel, 1.132.906 kişisi grup sağlık sigortası kapsamındadır (Tablo 3.11). 2011 yılı itibariyle toplam sigortalı sayısının yüzde 50 den fazlasının bireysel sağlık sigortalı olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.11. 2010 – 2015 Yılları Arası Bireysel/Grup Sigortalı Sayısı**

YILLAR	BİREYSEL SİGORTALI SAYISI	DEĞİŞİM ORANI	GRUP SİGORTALI SAYISI	DEĞİŞİM ORANI	TOPLAM SİGORTALI SAYISI
2010	754.941		911.082		1.666.023
2011	1.624.892	115%	926.165	2%	2.551.057
2012	1.616.267	-1%	1.062.330	15%	2.678.597
2013	1.846.634	14%	1.050.742	-1%	2.897.376
2014	1.977.672	7%	1.119.581	7%	3.097.253
2015	2.111.385	7%	1.132.906	1%	3.244.291

### 3.4. Sağlık Sigortalarında Tazminat Ödemeleri

Sağlık tazminatları, gelen tazminat taleplerine göre; provizyon işlemleri, anlaşmalı kurum ödemeleri ve anlaşmasız kurumlarda yapılan harcamalar nedeniyle elden hasar ödemeleri olarak gruplandırılabilir.

Sigortalılar, poliçelerinin geçerli olduğu sigorta şirketinin anlaşmalı kurumlarına gittiklerinde, provizyon alarak işlemlerini yaptırabilmektedirler. Kurum, sigorta şirketi provizyon merkezi ile irtibata geçerek, sigortalının gelmiş olduğu ön tanı ve yapılan işlemler hakkında bilgi verip, sigortalının sağlık harcamalarına onay talep etmektedir. Sigorta şirketi provizyon merkezi, sigortalı poliçe şartlarını, sigortalı özel notlarını, ön tanı ile yapılan işlemlerin uyumlarını kontrol ederek, teminat limit ve kapsamına göre değerlendirmeyi yapar, her şey uygun ise provizyona onay verir, değilse provizyon talebini reddeder. Provizyona onay verilmesi durumunda, sigortalının poliçe şartlarında katılımı varsa, sigortalı sadece katılım payını ödeyerek ve teminat dışı kalan giderleri ödeyerek ilgili sağlık kurumundan ayrılabilir. Ret edilen giderlerde, sigorta şirketi ret nedenini yazılı olarak kuruma bildirir. Ret nedenleri, poliçe vadesinin bitmesi, iptal poliçe, teminat dışı kalan haller, teminat yokluğu, sigortalının sigorta öncesi rahatsızlıkları gibi konular olabilir. Anlaşmalı kurumlarda tedavi olmak, sigortalılar adına, prosedür ile kurum görevlileri ilgileneceği için daha kolay olmaktadır. Bunun yanı sıra, sigortalı, göreceği tedavi öncesi provizyon cevabını alabileceği için, olası reddedilecek olan provizyon taleplerinde, o kurumda işleme devam edip etmeyeceğine karar verebilir. Sigortalılar özel sağlık sigortaları olduğu için özel hastane ve özel doktor tercih etmektedir. Poliçelerinin karşılamadığı bir durum olduğunda, özel kurumlardan hizmet almak pahalı olabileceği için devlet tarafından sağlanan güvencelerini ya da işlemlerini daha uygun yaptırabilecekleri kurumları tercih edebilmektedirler. Sigortalılardan planlı olan yatarak tedavi teminatı kullanımlarında, en az 3 gün öncesinden sigorta şirketlerinden provizyon talebinde bulunmaları beklenmektedir. Sigorta şirketleri, gelen operasyon provizyon talebi ile ilgili operasyon konusunun sigorta öncesi rahatsızlık olup olmadığını tespit etmek için kurum araştırması yapacağından 3gün öncesinde talepte bulunulması, olası olumsuz cevaplara karşı önem arz etmektedir. Anlaşmasız kurum ödemelerinde; sigortalı sağlık harcamasını kendisi yaptıktan sonra harcamaları ile ilgili evrakları sigorta şirketine göndererek ödeme talep eder. Buna elden hasar ödemesi adı verilmektedir. Sigortalı talebi, poliçe özel şartlarında yer alan anlaşmasız kurum ödeme koşullarına göre değerlendirilir. Sigortalı sağlık harcama faturasının aslını

ekinde doktor tarafından doldurulmuş olan tazminat talep formu ve yapılan işlemlerin raporları ile birlikte sigorta şirketine göndermelidir. Sigorta şirketi evrakları alması ile, poliçe şartlarında belirttiği ödeme gününe bağlı kalarak, değerlendirme sonrası, ödeme onayı verilen faturalar ise sigortalı hesabına ödemeyi yapmaktadır.

### 3.5. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Kamu ve özel sağlık sunucuları tarafından sunulan ve bireylerin kendi finanse ettikleri harcamalar toplamı 2015 yılı için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 104 milyar 568 milyon olarak açıklanmıştır.<sup>3</sup> Bu toplamda 2014 yılına göre yüzde 10,4’lük bir artış olmuştur. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasındaki payı, 2014 yılında yüzde 98,8 iken 2015 yılında bu oran yüzde 92,6’dır. Sağlık harcamalarının yüzde 78,5’i devlet tarafından karşılanmıştır. Harcamaların yüzde 16,6’sı hanehalkları tarafından kalanı ise özel sağlık sunucuları tarafından karşılanmıştır. Kişi başı sağlık harcamaları 1345 TL olarak gerçekleşti. Döviz cinsinden ise 2015 yılı USD kuruna göre harcama 496 USD’dir.

### 3.6. Özel Sağlık Sigortası Tercih Edilme Nedenleri

Özel sağlık sigortasının tercih edilmesinin bazı özel nedenleri vardır, bu nedenlerden bazıları aşağıda özetlenmiştir.

- Kaliteli sağlık kurumlarından hizmet alımı
- Sağlık hizmeti almak için uzun sıralar beklenmemesi.
- Hastane personeli özel olarak hasta ve yakınları ile ilgilenmesi
- Kullanılan teknoloji ve ekipman yenidir. Yeni teknoloji ilk özel hastanelerde kullanılması ve özel hastanelere daha hızlı gelmesi.
- Kurumların binaları yeni, hijyenik olması
- Doktor ve hastane seçimi sigortalıya ait olması
- İsim yapmış hekimlerin genelde özel hastanelerde hizmet vermesi.
- Hizmet alımında sigortalının operasyonel süreçle uğraşmaması, onun yerine hastane ve sigorta şirketinin provizyon görüşmelerini sonuçlandırması

---

<sup>3</sup> TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015



### **3.7. Ülkelere Göre Özel Sağlık Sigorta Modelleri**

Dünya uygulamalarında bakıldığında, ülkelere göre özel sağlık sigortası modelleri destekleyici (duplicate), tamamlayıcı (complementary), birincil (primary) ve ek (supplementary) sağlık sigortaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Belçika’da destekleyici model iken, Fransa da tamamlayıcı ve destekleyici olarak, Almanya’da birincil, tamamlayıcı ve destekleyici, Hollanda da birincil, İngiltere’de destekleyici, Türkiye’de ise tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası modelleri bulunmaktadır.

#### **3.7.1. Destekleyici Model**

Kamunun kapsamadığı alanlar için (örneğin diş sağlığı hizmetleri gibi) ya da maliyeti kamu sigortacılığı ile aynı olduğu hizmetlerde özel sağlık sigortası yaptırılmaktadır.

#### **3.7.2. Tamamlayıcı Model**

Hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık risklerini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir özel sağlık sigortacılığı modelidir.

#### **3.7.3. Birincil Model**

Kamu sağlık hizmetinden faydalanamayan bireyler için oluşturulan modellerdir. Örneğin kamu sağlık hizmetinden yararlanamayan yeni göçmenler bu modele dahil edilir.

#### **3.7.4. Ek Model**

Bireyler isteklerine göre özel sağlık sigortası kapsamına girer. Belli hizmetlere ulaşabilmek veya çabuk ulaşabilmek için belirli teminatların satın alındığı modellerdir. Modelde kamu sağlık sigortasının kapsamadığı hizmetler için sigorta yaptırılmaktadır.

## BÖLÜM 4. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası özel sağlık sigortasının bir türüdür. GSS'nin temel teminat paketi içerisinde yer almayan, yer alıp kısmen karşılanan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası olarak tanımlanabilir. Genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, TSS ürününü sunan sigorta şirketlerinden prim ödemesi yaparak bu ürünü alabilir. TSS poliçe sahibi olmaları ile GSS kapsamında olan ancak ilave ücret istenilen durumlarda bu ücreti sigorta şirketinden karşılanmasını sağlayabilirler. Tamamlayıcı Sigorta ile ilgili usul ve esaslar Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmektedir. Bu sigorta ile ilgili olarak, 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında, sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları özel sigorta şirketleri tarafından ödemeye konu olamamaktadır. Özel sigorta şirketleri, kurumca finansmanı sağlanamayan sağlık hizmetlerine ait bedelleri, ilave talep edilen ücretleri, otelcilik gibi hastadan alınabilecek tutarları, Sağlık Uygulama Tebliği fiyatları üzerinde kalan tutarları TSS konusu yapabilirler. Tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası ürünleri 23 Ekim 2013 tarihinde Hazine Müsteşarlığı tarafından yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'nin 18. Maddesine göre düzenlenmektedir.

### 4.1. Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Türkiye'de TSS, 28 Haziran 2012 tarihli 2012 / 25 Genelge ile içeriğinin neler olacağı belirlenmesi sonrasında, sigorta şirketlerince ürün oluşturulmaya başlanmıştır. Genelge'de GSS'nin temel paketi içerisinde yer almayan sağlık tazminat taleplerinin de ürün içeriğinde olabileceği ancak, sigorta şirketleri henüz yeni olan bu üründe belki riskleri görebilmek adına ürün özel şartlarında, bu taleplerin karşılanmayacağını belirtmektedir. Halihazırda sigorta şirketleri bu ürün ile SGK ile anlaşmalı özel kurumlarda hizmet almak isteyen sigortalıların, SGK'sını kullanması durumunda hastanelerin talep ettikleri ilave ücretler için teminat vermektedir. SGK kullanımı sonrası devreye giren ürün olduğu için, sigorta şirketlerinden TSS alacak olan kişilerin, SGK'da sağlık güvencesini kullanabiliyor olması önemlidir. Aksi durumda bu özel TSS kullanılamamaktadır. Ürünü kullanabilmenin diğer önemli iki şartı ise, hizmet alınan sağlık kurumunun SGK ile anlaşması olması ve SGK

ile anlaşması olan kurumların sigorta şirketi ile bu ürün özelinde de anlaşması olması gerekmektedir.

TSS poliçeleri 1 yıllık olarak düzenlenmektedir. Poliçede yazılı olan başlangıç ve bitiş tarihleri arasındaki zamanı kapsamaktadır. TSS teminatları da diğer özel sağlık sigortaları gibi yatarak tedavi teminatlı ya da ayakta + yatarak tedavi teminatlı olmaktadır. Yatarak tedavi teminatı; cerrahi ve dahili yatışlar, yoğun bakım, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz, küçük müdahale, evde bakım, suni uzuv, koroner anjiyografi gibi teminatları içermektedir. Ayakta tedavi teminatı ise; doktor muayene, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme ve tanı yöntemleri, ileri tanı yöntemleri ve fizik tedavi teminatlarından oluşmaktadır.

Teminatların kullanılabilmesi için; sigortalının SGK ile anlaşmalı olan kuruma gitmesi, hastanede işlem görülecek olan doktorun da SGK ile anlaşması olması, SGK ile anlaşmalı olan kurumun sigorta şirketi ile TSS’de ve tedavi görülecek branşda anlaşmalı olması gerekmektedir.

Ayakta ve yatarak tedavi teminat limitleri sigorta şirketine göre farklılık gösterebilmektedir. Ayakta tedavi teminatı için limit değil, vaka sayısı belirtilmektedir. SGK uygulamasında, sağlık hizmeti almak istediğimiz rahatsızlıklara vaka dosyası açılmakta ve muayenesinden doktor tarafından talep edilen tetkiklere kadar, aynı rahatsızlık konusu için tek bir dosyada takip edilmektedir. Bu sebeple sigorta şirketlerinde de ayakta tedavi teminatı limiti vaka adedi olarak belirlenmektedir. Yatarak tedavi teminat limiti genellikle limitsiz olarak sigortalılara sunulmaktadır.

TSS’nin de özel sigortalarda olduğu gibi, bireysel olarak alınacak ürünler için şirketlerin belirlemiş oldukları alternatiflerden biri seçilebilir. Grup poliçelerinde ise, grubun özelinde şartlar sunulabilmektedir. Bireysel ürünlerinde doğum teminatı vermeyen bir sigorta şirketi Grup TSS teklif taleplerine, grubun istekleri doğrultusunda örneğin doğum dahil olarak alternatif sunabilir ya da sadece sözleşmede belirlenmiş olan kurumlarda geçerli olmak üzere ürün sunabilir ya da teminat limitlerini yükseltip düşürerek gruba özel alternatifler oluşturabilirler.

Özel şartları her sigorta şirketine göre değişmektedir. Diğer özel sağlık sigortalarında olan yatarak tedavilerdeki bekleme süreleri, TSS ürünüde kimi sigorta şirketlerince

uygulanmamaktadır. Uygulayanlarda ise bu süre 12 aydan kısa olarak sektör uygulamaları görülmektedir.

Poliçe kullanımı Türkiye sınırları içerisinde geçerlidir. SGK ile birlikte devreye giren ürün olduğu ve kurumların SGK ve sigorta şirketi ile de anlaşmalı olması gerektiği için Yurtdışı teminatı bulunmamaktadır.

Tazminat ödemelerinde, anlaşmalı kurumlarda geçerli ürün olduğu için elden hasar ödemesi bulunmamaktadır. Bazı şirketler yardımcı tıbbi malzeme, suni uzuv gibi teminatlara, SGK anlaşmasız kurumlarından da alınması söz konusu olabileceği için Sağlık Uygulamaları Tebliği ( SUT ) fiyatların üzerinden belli oran belirleyerek elden ödeme yapmaktadır.

Bir yıllık sigorta sözleşmesinin dolması sonrası, sigortalılar poliçesini yenileyebilmektedir. Her sigorta şirketine göre değişiklik göstermekle beraber, poliçe bitişinden sonra, yenileme hakkını kaybedilmemesi için süreler vardır. Kimi sigorta şirketi poliçe bitiminden 30 gün sonra gelen yenileme taleplerini, yeni sigortalı olarak değerlendirebileceğini, kimi sigorta şirketleri 60 günden sonra gelecek olan talepleri yeni sigortalı gibi değerlendireceğini özel şartlarında belirtmektedir. Her yenileme döneminde sigortalıların primi değişiklik gösterebilir. Sigortalının poliçe kullanımı sonrası oluşan hasar prim oranına göre yenileme dönemi poliçelerinde indirim sürprim uygulanmaktadır. Bu oranlar sigorta şirketlerinin yaş ve cinsiyete göre hazırlamış oldukları tablo primleri üzerine yansıtılır. TSS poliçelerinde ÖBYG veren şirketlerde, yenileme garantisi hakkını kazanmış olan kişilere, kullanımından dolayı hastalık sürprimi uygulanmamaktadır. Sigorta şirketleri diğer özel sağlık sigortalarında olduğu gibi yeni dönem primleri için hasar prim oranlarına göre uygulanacak indirim ve sürprim oranlarını, poliçe özel şartları ekinde sigortalı ile paylaşmak zorundadır.

Sigorta sözleşmesi, poliçe primleri vadesinde ödenmediği durumlarda öncelikle sigortalının tazminat talebi olmasına karşın poliçe provizyona kapatılır, sonrasında ödeme yapılmıyorsa sigorta şirketi TTK md 1434 e göre sözleşmeden 3 ay içerisinde cayma hakkında sahip olmaktadır. İptaller yapılırken, sigortalıya tazminat ödenmemişse gün esasına göre hak edilen primler hesaplanarak iadeler yapılmaktadır. Tazminat ödemesi yapıldı ise sigorta şirketleri ürün özel şartlarında belirttiği hesaplama yöntemi ile iade tutarı hesaplanır. Sigortalının vefatı durumunda poliçe hükümsüz kalmaktadır.

Genel hatlarıyla TSS hakkında bilgi verdikten sonra, 2016 yılı en çok prim üretimine sahip ilk dört sigorta şirketinin poliçe şartlarını karşılaştırmalı olarak inceleyip sigorta şirketlerinin ürün farklılıklarına değinebiliriz.

Sigorta şirketleri şartlarında maksimum ilk sigortalanma yaşı değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin bu yaş, Allianz Sigorta'da 55 iken Axa ve Mapfre' de 59, Anadolu Sigorta'da ise 64'dür. Şirketler anlaşmalı kurum sayısına göre farklılıklar göstermektedir. Şubat 2017 verilerine göre Axa Sigorta'nın TSS ürününde en fazla anlaşmalı kurum ağına sahip sigorta şirketlerinden birisi olduğu görülmektedir. TSS poliçeleri, diğer özel sigorta poliçeleri gibi ayakta ve yatarak tedavi teminatından oluşmaktadır. Allianz, Anadolu ve Mapfre Sigorta bireysel ürünlerinde ayakta + yatarak tedavi teminatlı poliçeler yanı sıra sadece yatarak tedavi teminatlı ürün de sunmaktadır. Axa Sigorta grup poliçelerinde sadece yatarak tedavi teminatlı seçenek sunmakta, bireysel ürünlerinde ayakta + yatarak tedavi teminatı ile poliçe yapabilmektedir. Her sigorta şirketinde yatarak tedavi teminatı limitsiz iken, ayakta tedavi teminatında vaka sayısına göre limitler bulunmaktadır. Axa ve Mapfre Sigorta 8 vaka, Anadolu 9 vaka, Allianz ise 10 vaka ile ayakta tedavi teminatı vermektedir. Doğuştan gelen hastalıklar dört sigorta şirketinde kapsam dışıdır ancak Anadolu Sigorta doğum tarihi itibarıyla en fazla 15 gün içinde sigortalanan bebekler için doğuştan gelen rahatsızlıkları kapsam dahiline almaktadır. Çocukların tek başına sigortalı olma şartı da farklılık gösteren konulardan biridir. Mapfre Sigorta çocuklara tek başına bu ürünü sunarken, Allianz Sigorta 6 yaş ve üzeri, Axa Sigorta 7 yaş ve üzeri çocukların poliçesini tek başına yapmakta, Anadolu Sigorta ise 18 yaşına kadar tek başına sigorta poliçesi yapmamaktadır. Bebeklerin ilk sigortaya girişleri Anadolu Sigorta'da doğar doğmaz, diğer üç sigorta şirketinde 15 günü doldurmaları sonrası yapılmaktadır. Yatarak tedavi teminatı için bekleme süreleri bulunmaktadır. Allianz, Anadolu ve Axa Sigorta'da 3 ay bekleme süresi vardır. Mapfre Sigorta SGK harici bekleme süresi uygulamamaktadır. Diğer özel sağlık sigortası ürünleri gibi TSS'ler de de ÖBYG kriterleri sunulmaktadır. Allianz Sigorta 3 yıl sigortalı olunması sonrası değerlendirme yapıyorken, Anadolu Sigorta 4 yıl sigortalı olunması ve sigortalının hasar prim oranının yüzde 100'ü geçmemiş olması, Axa Sigorta 3 yıl sigortalı olunmasını ve 3 yıl sonunda maksimum 59 yaşında olunması, Mapfre Sigorta ise 3 yıl ve poliçenin 55 yaşından önce alınması şartına uyan sigortalıları için değerlendirme yapmaktadır.

## **4.2. Dünya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

### **4.2.1 İngiltere’de Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

İngiltere’de Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası terimleri kullanılmamaktadır. Tamamlayıcı ürüne benzer poliçeler özel sağlık sigortası olarak sunulmaktadır. İngiltere’de, “Dünya’da Sosyal Güvenlik Bölümü”nde aktarıldığı gibi NHS sistemi bulunmaktadır. NHS sisteminde vatandaşların sağlık harcamaları karşılanmaktadır. Ancak NHS tarafından karşılanmayan ya da karşılanmasına rağmen bir kısmı için ilave ücret alınan tedaviler vardır. Bu durumlar için sigortalılar özel sağlık sigortası tercih edebilmektedir. Örneğin katarakt ameliyatı NHS kapsamında iken lazer göz ameliyatları kapsam dışı olduğu için, bu hizmet özel sağlık sigortaları tarafından alınabilmektedir. İngiltere’de tamamlayıcı niteliğinde olan özel sigortalar, NHS sisteminin karşılamadığı giderleri teminat altına alabilmektedir. Sigorta şirketleri risk kabul kriterlerini sigortalı kabullerini, ürün teminat limitlerini ve şartlarını belirleyebilmektedirler. Özel sağlık sigortası pahalı olduğu için genellikle sadece yatarak tedavi teminatı olan ya da hastane kısıtlaması olan planlar sigortalılar tarafından tercih edilmektedir. Özel sağlık sigortası özel oda masrafları için teminat vermekte, NHS hizmetleri sadece kritik seviyede olan hastalar için özel oda farkını ödeyebilmektedir.

### **4.2.2. Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Fransa’da TSS yaygın şekilde kullanılmaktadır. Fransa da tercih edilmesinin nedeni, ilave ücretlerin yüksekliği olarak görülmektedir. Fransa sağlık sisteminde, kar amacı gütmeyen sigorta şirketleri, emeklilik poliçelerini yönetmek amacıyla kurulan tasarruf sandıkları, özel sigorta şirketleri TSS ürünü sunmaktadır. Fransa sağlık sisteminde bir çok masraf karşılamasına rağmen, fark ücretleri alması ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamının karşılanmaması nedeniyle sigortalılar tamamlayıcı sigortayı almayı tercih etmektedirler. Fazla faturalanma dış ve göz tedavileri başta olmak üzere ayakta tedavi teminatlarında çok olmaktadır.

#### **4.2.3. Belçika’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Belçika’da özel sağlık sigortaları, sosyal güvenlik kapsamında olmayan ya da kısmen karşıladığı hizmetler için tamamlayıcı sigorta sunmaktadırlar. Bireysel sağlık sigortaları yıllık değil ömür boyu kapsayıcılık şartı ile yapılmaktadır. Genç yaşta daha yüksek prim ödenerek, yaşlılık dönemi primler için karşılık ayrılmakta ve her yıl prim artışları tüketici fiyat endeksi oranlarında arttırılmaktadır. TSS’ler maliyetin ve kapsamın tamamlanması için tercih edilmektedir. Sigorta şirketleri rekabet için sosyal sigortanın kapsamında olmayan ya da dar kapsamlı olan teminatlar için ürünler geliştirmektedirler. Belçika’da sigortalıların geçmişten gelen rahatsızlıkları varsa sigorta şirketi poliçe yapamayacağını söyleyememektedir, prim hesabını yaparak teminat sağlamak durumundadırlar.

#### **4.2.4. Almanya’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Almanya’da özel sağlık sigortaları tamamlayıcı destekleyici ve ikame edici role sahiptir. TSS sosyal güvenlik kapsamında olmayan masraflar için, destekleyici ise sosyal güvenlik kapsamında olup da ilave ücret alınan ya da tek kişilik oda gibi ayrıcalıkların sağlanmasını sağlayan durumlarda devreye girer. İkame edici sağlık sigortaları ise sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmeyen kişilere sunulan sigortalardır. Memurlar ve yıllık geliri belirli limitin üzerinde olan çalışanlar sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası kapsamında değerlendirilmemektedir. Almanya’da da Belçika’da olduğu gibi sigorta şirketleri, daha önceden rahatsızlığı olan kişiyi, rahatsızlıkları olduğu için geri çevirememektedir. Risk değerlendirmesini yaparak primi belirleyip sigortaya dahil etmek zorundadırlar.

#### **4.2.5. Hollanda’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Hollanda’da tamamlayıcı adı altında değil, ek sağlık sigortası adı altında benzer ürün bulunmaktadır. Bu sağlık sigortaları özel sosyal sağlık sigortası kapsamında yer almayan sağlık hizmetlerini kapsamakta olduğu için ek sağlık sigortasına girmektedir. Özel sosyal sağlık sigortasının kapsamadığı bu hizmetlere dış tedavilerini, estetik operasyonları örnek gösterebiliriz. 2014 OECD verilerine göre nüfusun yüzde 85’inin özel sosyal sağlık sigortasına ek olarak bu hizmeti aldıkları görülmektedir. Ek sağlık sigortalarında risk analizi yapılmakta, yaşa, cinsiyete ve rahatsızlık konularına göre sigorta şirketleri primlerini belirleyebilmektedirler. Başvuruda bulunan kişilere sigorta yapma zorunlulukları yoktur. Plan ve içeriklerini belirleyebilmektedirler.

Türkiye, Almanya, Belçika, Fransa, Hollanda ve İngiltere’de sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin sayısı ve nüfusa oranları değişiklik göstermektedir. Aşağıdaki tablolarda 2009 yılından 2014 yılına kadar olan süreçteki yıllar itibariyle nüfusu kapsama oranları incelenebilir.

Tablo 4.1.’de görüleceği gibi İngiltere’de nüfusun tamamı sosyal güvenlik sisteminde sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Türkiye, diğer ülkelere göre kapsama oranı en düşük ülke olarak görülmektedir.

**Tablo 4.1. Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık Hizmetlerinden Faydalanan Kişilerin Sayısı ve Nüfusa Oranı**

Yıllar	Türkiye		Almanya		Belçika		Fransa		Hollanda		İngiltere	
	Sigortalı sayısı*	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı *	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%
2009	68238	94	73018	100	10650	99	64394	99,9	16464	99,6	61792	100
2010	70921	96,2	72832	100	10735	99	64708	99,9	16555	99,6	62262	100
2011	72954	97,6	71162	99,8	10824	99	65022	99,9	16672	99,7	63285	100
2012	74256	98,2	71332	99,8	10952	99	65337	99,9	16759	99,8	63705	100
2013	75140	98	71618	99,8	11013	99	65643	99,9	16801	99,8	64106	100
2014	76445	98,4	72010	99,8	11063	99	66161	99,9	16871	99,8	64600	100

**Kaynak:**OECDHealthcareCoverageStatistics <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND#>

\*Sigortalı sayısı\*1000

Ülkelerdeki özel sağlık sigortalı sayısı incelendiğinde (Tablo 4.2), sosyal güvenlik sisteminde sağlıktan faydalanan kişilerin nüfusa oranı yüzde 100 olan İngiltere’de özel sağlık sigortalıların nüfusa oranının ortalama 11’ler civarında olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.2. Özel Sağlık Sigortalı Kişilerin Sayısı ve Nüfusa Oranı ( Private Health Insurance )**

Yıllar	Türkiye		Almanya		Belçika		Fransa		Hollanda		İngiltere	
	Sigortalı sayısı*	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%
2009	1848	2,5	24929	30,4	8275	76,3			14877	90	7300	11,7
2010	2049	2,8	25409	31,1	8641	78,9	62027	95,8	14788	89	7000	11,1
2011	3419	4,6	26116	32,5	8788	79,6			14923	89	6800	10,8
2012	4131	5,5	26505	33	8843	79,7	62095	95	14783	88	6900	10,8
2013	4304	5,6	26615	33	9067	81,3			14423	85,7	6800	10,7
2014	4483	5,8	27346	33,8	9212	82,2	63247	95,5	14281	84,5	6800	10,5

**Kaynak:**OECD Healthcare Coverage Statistics <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND#>

\*Sigortalı sayısı\*1000



Tablo 4.2.'den İngiltere için iki sonuç çıkartabiliriz. Ya sosyal güvelik sisteminde sunulan sağlık hizmetleri yeterli ve kişiler özel ürüne ihtiyaç duymamaktadır ya da özel sağlık sigortasında primler yüksek olduğu için tercih edilememektedir.

Belçika, Fransa, Hollanda'da ise nüfusun büyük bir kısmının özel sağlık sigortalı olduğu görülmektedir. Bu durum ise, devletin sosyal güvenlik sisteminin sağladığı sağlık hizmetine ek olarak, tamamlayıcı ya da destekleyici özel sigortaların alınmasını zorunlu tutmuş olabileceğini ya da sigorta primlerinin çok düşük olup, vatandaşların sigorta bilinçlerinin yüksek olması ile talebin çok olduğunu düşünebiliriz.

Türkiye'de ise oranların düşük olması, ekonomik durum ile alakalı olarak özel sağlık sigortalı sayısının düşük olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye'de 2012 Yılı itibariyle Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası içeriği Hazine Müsteşarlığı tarafından çıkartılan yönetmelik ile belirlenmiştir. Tamamlayıcı özel sağlık sigortaları Türkiye, Almanya, Belçika ve Fransa'da bulunmaktadır. Hollanda'da TSS ek sağlık sigortası olarak görülmekte, teminata dışı olan hizmetlerin teminata alınmasını isteyenler tarafından terci edilmektedir. Tablo 4.3.' de görüldüğü üzere; Fransa'da yıllar itibariyle bakıldığında nüfusun ortalama yüzde 95'i TSS'e sahipken, Belçika'da yüzde 79'u, Almanya'da ise yüzde 21'inin sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı  
(Complementary Private Health Insurance)**

Yıllar	Türkiye		Almanya		Belçika		Fransa		Hollanda		İngiltere	
	Sigortalı sayısı*	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%	Sigortalı sayısı	%
2009	0	0	16118	19,7	8275	76,3	61959	95,7	0	0	0	0
2010	0	0	16513	20,2	8641	78,9	62027	95,8	0	0	0	0
2011	0	0	17139	21,4	8788	79,6	62056	95,6	0	0	0	0
2012	a		17548	21,8	8843	81,3	62095	95	0	0	0	0
2013	a		17725	22	9067	81,3	62945	95,4	0	0	0	0
2014	a		18511	22,9	9212	79,7	63247	95,5	0	0	0	0

Kaynak: OECD Healthcare Coverage Statistics <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND#>:

\*Sigortalı sayısı\*1000

Ek sağlık sigortası, çalışmamızda yer alan ülkelerden sadece Hollanda'da görülmektedir. Tablo 4.4. verilerine göre nüfusun ortalama yüzde 88'i ek sağlık sigortasına sahiptir.

**Tablo 4.4. Ek Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı ( Supplementary Private Health Insurance)**

Yıllar	Türkiye		Almanya		Belçika		Fransa		Hollanda		İngiltere	
	Sigortalı Sayısı *	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%
2009	0	0	0	0	0	0	0	0	14877	90	0	0
2010	0	0	0	0	0	0	0	0	14788	89	0	0
2011	0	0	0	0	0	0	0	0	14923	89	0	0
2012	0	0	0	0	0	0	0	0	14783	88	0	0
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	14423	85,7	0	0
2014	0	0	0	0	0	0	0	0	14281	84,5	0	0

**Kaynak :** OECD Healthcare Coverage Statistics <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND#>

\*Sigortalı sayısı\*1000

Destekleyici sağlık sigortası çalışmamızda yer alan ülkelerden sadece İngiltere'de görülmektedir. NHS tarafından karşılanmayan ya da karşılanmasına rağmen bir kısmı için ilave ücret alınan tedaviler vardır. Bu durumlar için sigortalıların tercih ettiği ürün destekleyici sağlık sigortalıdır. Tablo 4.5. verilerine göre nüfusun ortalama %11'i destekleyici sağlık sigortasına sahiptir.

**Tablo 4.5. Destekleyici Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı ( Duplicate Private Health Insurance )**

Yıllar	Türkiye		Almanya		Belçika		Fransa		Hollanda		İngiltere	
	Sigortalı Sayısı*	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%
2009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7300	11,7
2010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7000	11,1
2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6800	10,8
2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6900	10,8
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6800	10,7
2014	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6800	10,5

**Kaynak :** OECD Healthcare Coverage Statistics. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND#>

\*Sigortalı sayısı\*1000

Birincil sağlık sigortası, çalışmamızda yer alan ülkelerden sadece Almanya'da görülmektedir. Sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmeyen kişilere sunulan sigortalardır. Tablo 4.6. verilerine göre nüfusun ortalama %11'i destekleyici sağlık sigortasına sahiptir.

**Tablo 4.6. Birincil Sağlık Sigortalı Sayısı ve Nüfusa Oranı (Private Primary Health Insurance )**

Yıllar	Türkiye		Almanya		Belçika		Fransa		Hollanda		İngiltere	
	Sigortalı Sayısı*	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%	Sigortalı Sayısı	%
2009	0	0	8811	10,8	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	0	0	8896	10,9	0	0	0	0	0	0	0	0
2011	0	0	8976	11,2	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	0	0	8956	11,1	0	0	0	0	0	0	0	0
2013	0	0	8890	11	0	0	0	0	0	0	0	0
2014	0	0	8834	10,9	0	0	0	0	0	0	0	0

**Kaynak:** OECD Healthcare Coverage Statistics. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?Datasetcode=INSIND#>

\*Sigortalı sayısı\*1000

### 4.3. lkeler Sağlık Sistemleri Verileri ve Uygulamaları

Tablo 4.7.'de ülkelerin sağlık sigortası ile ilgili verileri karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir. Yaklaşık 79 Milyon nüfusu olan Türkiye'de ortalama yaşam süresi 78'dir. Nüfusun yüzde 98,4' sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından faydalanmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası harcamaları Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'daki payı yüzde 4'dr. Özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerin oranı ise yüzde 5,8'dir.

Ortalama yaşam süresi 81,2 olan Almanya, yaklaşık 82 milyon nüfusa sahiptir. Nüfusun yüzde 99,8'i sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından faydalanmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası harcamalarını GSYİH'deki payı yüzde 9,4, tüm harcamaların payı ise 11,1'dir. Özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerin oranı ise yüzde 33,8'dir.

11,25 milyon nüfuslu Belçika'da ise nüfusun yüzde 99'u sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından, yüzde 82,2 si de özel sağlık sigortasından faydalanmaktadır.

Özel sağlık sigortasına sahip kişilerin oranının yüksek olmasının nedeni tamamlayıcı sigortaların zorunlu olması ve özel sigortalarda kapsam ve prim hesabı ile ilgili Devletin bir takım düzenlemeler yapmış olması olarak açıklanabilir. GSYİH’da, toplam sağlık harcamalarının payı yüzde 10,4’dür.

**Tablo 4.7. Ülkeler Özet – Sağlık Sistemleri Verileri ve Uygulamaları Karşılaştırması**

	Türkiye	Almanya	Belçika	Fransa	Hollanda	İngiltere
Nüfus ( milyon )	78,67	81,68	11,25	66,54	16,94	65,13
Ortalama Yaşam Süresi	78	81,2	81,4	82,8	81,8	81,4
Kişi Başı Sağlık Harcamaları (USD)	941	4819	4256	4124	5131	3310
GSYİH ( USD )	717,9 milyar	3,363 trilyon	455,1 milyar	2,419 trilyon	750,3 milyar	2,861 trilyon
GSYİH Büyümesi ( % )	4	1,7	1,5	1,3	2	2,2
Kişi Başına Düşen GSYH ( USD )	24,309	47,999	45,873	41,005	49,570	41,779
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'deki Payı ( % )	5,2	11,1	10,4	11	10,8	9,8
Sosyal Sağlık Sigortası Harcamalarının GSYH'deki Payı ( % )	4	9,4	8	8,6	8,7	7,7
Özel Sağlık Sigortası Harcamalarının GSYH'deki Payı ( % )	-	0,3	-	-	0,8	-
Özel Sağlık Sigortasının Nüfus Kapsama Oranı ( % )	5,8	33,8	82,2	95,5	84,5	10,5
Sosyal Güvenlik Kapsamında Sunulan Sağlık Sigortasının Nüfus Kapsama Oranı ( % )	98,4	99,8	99	99,9	99,8	100

**Kaynak:** OECD Healthcare Coverage Statistics. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?Datasetcode=INSIND#>

The World Bank Country Notes; <http://www.worldbank.org/tr/country/>

Ortalama yaşam süresi 82,8 olan Fransa, yaklaşık 67 milyon nüfusa sahiptir. Nüfusun yüzde 99,9’u sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından

faydalanmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası harcamalarının GSYİH'deki payı yüzde 8,6, tüm harcamaların payı ise 11'dir. Özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerin oranı ise yüzde 95,5'dir.

Yaklaşık 17 Milyon nüfusu olan Hollanda'da ortalama yaşam süresi 81,8'dir. Nüfusun yüzde 99,8'i sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından faydalanmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası harcamalarının GSYİH'deki payı yüzde 8,7'dir. Özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerin oranı ise yüzde 84,5'dir.

65,13 milyon nüfusa sahip İngiltere'de ortalama yaşam süresi 81,4 dür. Nüfusun tamamı sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Sadece yüzde 10,5'lik kısmı özel sağlık sigortası tercih etmektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı yüzde 9,8 dir.

GSYİH'da toplam sağlık harcamalarının payı en düşük olan ülke yüzde 5,2 ile Türkiye, en yüksek pay ise yüzde 11,1 ile Almanya'dır. Diğer ülkelerde oranlar yüzde 10-11'ler seviyesindedir. İngiltere'de nüfusun tamamı sosyal sağlık sigortası kapsamında iken diğer ülkelerde bu oran yüzde 98 ile yüzde 99,9 arasında değişmektedir. Nüfusun özel sağlık sigortalı oranı ise Türkiye'de yüzde 5,8, İngiltere'de yüzde 10,5'dir. Türkiye'deki özel sağlık sigortasına sahip kişilerin nüfusa oranının düşük olması, ekonomik durum ve sigorta bilincinin çok yaygın olmaması ile açıklanabilirken, İngiltere'de ise sosyal sağlık sigortası nüfusun yüzde 100'ünü kapsadığı ve kapsamının geniş olması nedeniyle, özel sigorta yaptırımlarının oranının diğer Avrupa ülkelerine göre düşük olmasının nedeni olarak açıklanabilir.

Tablo 4.7.' deki verilere ek olarak ülkelerin sosyal sigortalar kapsamında sunmuş oldukları sağlık hizmetleri aşağıda sıralanmıştır:

- **Türkiye:** Koruyucu sağlık hizmetleri (prim borcu olsun olmasın herkese sunulan hizmetlerdir), grip aşılıları, gerekli olan sünnet masrafı , hastalığın teşhis ve tedavisi için gerekli görülen sağlık hizmetleri (muayeneler - tetkikler gibi) , analık haline ilişkin sağlık harcamaları (prim borcu olsun olmasın herkese sunulan hizmet) ,ağız ve diş sağlığına ilişkin sağlık hizmetleri (ortodontik tedavisi hariç , 18 yaşına kadar ortodontik tedavisi kaşılır), acil sağlık hizmetleri, tüp bebek tedavisi (belirli şartlar dahilinde), teşhis ve tedavi için

gerekli olan ilaçlar, trafik kazalarına ilişkin giderler (prim ödemesi borcu olsun olmasın herkes için)

- **Almanya:** Akut bakımları, klinik laboratuvar testleri ve tanısal görüntüleme hizmetlerinin tamamı, ayakta tedavi hizmeti alınan hekim muayeneleri, ilaç ve diş bakımı hizmetlerinin yüzde 76 ile yüzde 99 arasında değişen kısmı, fizik tedavi hizmetlerinin yüzde 1 ile yüzde 99 arasında değişen kısmı, gözlük/kontak lens ve diş protezi hizmetlerinin yüzde 1 ile yüzde 50 arasında değişen kısmı
- **Belçika:** Her tedavi için yapılan karşılama ve geri ödeme miktarı farklı olmakla birlikte, pratisyen hekim ve uzman görüşmeleri, evde doktor hizmetleri, diş tedavisi hizmetleri, podoloji (ayakta tedavi), fizik tedavi ve beslenme ile ilgili görüşmeler gibi sağlık hizmetleri
- **Fransa:** Hastane bakımı, reçete ile alınmış ilaçlar, teşhis süreçleri, geri ödeme için onaylanmış protez harcamaları, diş ve göz muayenesi, ayakta tedavi, uzun dönem ve zihinsel tedavinin belirli bir bölümü, bağıışıklık kazandırma, mamografi ve korolektal kanser taramaları gibi önceden belirlenmiş bazı servislerin tamamı
- **Hollanda:** Pratisyen hekimler, hastaneler, uzmanlar ve ebeler tarafından sağlanan hizmetler, 18 yaşına kadar olan diş tedavileri ( 18 yaşından sonra kapsam uzman diş tedavilerini ve protezleri içermemektedir ), tıbbi yardımlar ve cihazlar, reçeteli ilaçlar, loğusa bakımı, ambulans ve hasta nakış hizmetleri, paramedikal bakım (fiziksel/ iyileştirici tedaviler konuşma terapisi, mesleki terapi, diyetisyen hizmetleri ile sınırlandırılmıştır ), orta seviyedeki ruh sağlığını hafifletici temel ayakta ruh sağlığı hizmetleri ( birincil sağlık hizmetleri veren psikologlarla yapılan en fazla 5 seansı kapsamaktadır ), karmaşık ve şiddetli ruhsal problemler için uzmanlar tarafından verilen ayakta ve yatarak sağlık hizmetleri ve ilk üç tüp bebek denemesi, sigara bırakma ve kilo kontrolü (yılda 3 saat ile sınırlandırılmıştır ) gibi sağlıklı yaşama yardımcı hizmetler
- **İngiltere:** Pratisyen hekim tedavisi, yataklı veya ayakta tedaviler, diş hizmetleri, öğrenme bozukluğu tedavisi, rehabilitasyon, göz tedavisi ( katarakt ameliyatı ), piyasadaki ilaçların yüzde 89 unun ücretsiz olarak karşılanması

Ülkelerin sosyal sigortalar kapsamında sunmuş oldukları sağlık hizmetleri incelendiğinde, her ülkenin muayene, tanı tedavi için yapılan tetkikleri karşıladığı

görülmektedir. Hollanda ve Türkiye’de tüp bebek tedavisi 3 defa ile sınırlı olmak koşuluyla ödenmekte, ortodonti tedavisi 18 yaşına kadar kapsam içerisinde olmaktadır. En geniş kapsamın Hollanda’da olduğu görülmektedir. Diyetisyen masrafından psikolog giderine kadar birçok kalemde vatandaşlarının sağlık giderlerini karşılamaktadır.

## BÖLÜM 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Toplumların sağlıklı bireylere sahip olması, toplumların gelişmesinde en önemli konu olduğu için, bireylere maksimum sağlık hizmet sunumu devletler tarafından planlanması gereken en önemli politika olmalıdır. Bireyler, doğumundan ölümüne kadar olan süreç boyunca sağlık hizmetleri alma ihtiyacındadırlar. Sağlık hizmetleri devletlerin kısıtlama getiremeyecekleri ciddi bir maliyeti oluşturmaktadır. Bu sebeple uygulanan sağlık politikalar için doğru analizler yapılmalıdır. Her ülke toplumunu iyi analiz etmelidir. Ortalama yaşam sürelerini belirlemeli, oluşan sağlık risklerinin istatistiklerini tutmalı, yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre ihtiyaçları belirlemelidir. Sağlık konusu toplumların gelişiminde en önemli konu olduğuna göre, sağlık riski oluşmasını engellemek için koruyucu sağlık hizmetleri sunumu sağlanmalıdır. Koruyucu hizmetler hastalık risklerini azaltacağı için, hem sağlık risklerindeki maliyetlerin azalmasını hem de olası risklerin önceden tespiti olacağı için önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

Türkiye’de ve örnek olarak alınan ülkelerdeki sosyal sağlık politikalarına bakıldığında; her birinin sosyal güvenlik sistemlerine ihtiyaçlara göre reformlara gittikleri, aile hekimliği, koruyucu sağlık hizmetleri gibi sunumları belirledikleri görülmektedir. Aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları ile sigortalıların ya da bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, hastalanmalarını önlemek için önceden önlem alınması sağlanmaktadır. Türkiye’de ve çalışmaya konu olan Hollanda, Belçika, Almanya, İngiltere ve Fransa’da tüm bireylere bu hizmetler ücretsiz sunulmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanı, vergilerden, sigorta fonlarından, genel bütçeden karşılanmaktadır. Ülkeler sağlık hizmetleri finansmanlarını doğru belirlemelidir. Türkiye’de vergiler ve kişilerden alınan primler ile finansman sağlanmakta, İngiltere’de ise genel vergiler ve genel bütçeden karşılanmaktadır. İngiltere sağlık finansmanı ile tüm vatandaşları sosyal sağlık kapsamına alınabilmektedir. Ancak Türkiye’de çalışanlardan ve işverenlerden alınan primler ile sağlık hizmetleri finansmanı sağlandığı için, prim ödemesi yapanlara sağlık hizmetleri sunulabilmekte, prim ödemesi yapamayan ya da yapamayacak durumda olanlara kısıtlı olarak sağlık hizmetleri sunulabilmektedir. Fransa sağlık sistemi vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları (özel, vakıf) ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur. Fransa’da da kişiler prim ödemelerini yaparak sisteme



dahil olmaktadır ancak maddi imkanları yetersiz olanlar için prim ödeme zorunluluğu bulunmamaktadır. Fransa sosyal sigorta sistemi, İngiltere'deki Beveridge sisteminde olduğu gibi herkesin benzer haklardan yararlanmasını amaçlayan bir sistemdir. Belçika'da sağlık sisteminin temelini sosyal sigorta fonları ile desteklenen sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası oluşturmaktadır. Nüfusun tamamının sisteme dahil olması hedeflenmektedir. Almanya'da sistemin finansmanı esas olarak sigorta primleridir. Zorunlu katkı payları alınır, sigorta kurumlarında toplanır. Nüfusun yüzde 90'ı sosyal sağlık güvencesi altındadır. Hollanda'da 2006 yılında yapılan sağlık reformları ile özel olarak düzenlenmiş bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Nüfusun neredeyse yüzde 100 ü sosyal sağlık hizmetinden faydalanmaktadır.

Ülkelerdeki sağlık finansmanı konusu incelendiğinde, finansmanın genel bütçe ve genel vergilerden sağlanması, tüm bireylere sağlık hizmetlerin sunumunda daha etkili olduğu görülmektedir. Sağlık primleri çalışanlardan ve işverenlerden alınmaya devam edebilir ancak devletler genel bütçe ve genel vergi hesaplamalarında sağlık harcamalarını da ele alırlarsa, tüm vatandaşlarına hizmet sunumunda başarılı olacaklardır. İngiltere örneğinden de yola çıkarak bu durum doğrulanabilir.

Ülkelerin genel bütçeleri, sağlık finansmanına yeterli olamıyor ya da her sağlık harcamasının karşılanmasını sağlayamıyorsa, kamu – özel sağlık sunucuları birlikte hizmet vermeleri doğru olacaktır. TÜİK tarafından açıklanan 2015 yılı Türkiye Sağlık Harcamaları raporunda, toplam harcamaların 104 milyar 568 milyon olduğu görülmektedir. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasındaki payı yüzde 92,6'dır. Sağlık harcamalarının yüzde 78,5'i devlet tarafından, yüzde 16,6'sı hane halkları, kalanı ise özel sağlık sunucuları tarafından karşılanmıştır. Devlet tarafından karşılanmamış olan yaklaşık yüzde 22'lik kısım az bir oran değildir. Bu harcamalarda devletin karşılamadığı kısımlar olduğu gibi, özel hizmet almak istedikleri için kendi imkanları ile sağlık hizmeti almayı tercih edenlerin harcamaları oluşturmaktadır. Buradan yola çıkacak olursak; kamu ve özel işbirlikteliği ile devletin karşılamadığı sağlık harcamalarının kapsama alınması sağlanabilirken özel hizmet almayı tercih edenlerin, tercih etme nedenleri olan, sağlık hizmeti almak için uzun sıralar beklememek, kaliteli sağlık kurumlarından hizmet alabilmek, hastane seçiminin hastaya kalması sağlanabilmektedir.

Dünya uygulamalarına bakıldığında, kamu ve özel sağlık sunucularının birlikte kullanımında ülkelere göre değişen, destekleyici (duplicate), tamamlayıcı (complementary), birincil (primary) ve ek (supplementary) özel sağlık sigortası modelleri bulunmaktadır. Bu modellerin bir arada kullanımı ile sağlık hizmeti kapsamının %100 olması sağlanır. Ancak ülkelerin gelişmişlikleri ve ekonomik durumlarına göre bireylerin özel sağlık sunucularından hizmet alma talepleri değişiklik gösterdiği için her ülkede yüzde yüz tüm sağlık harcamalarının kapsamda olma olanağı zordur. Örneğin, Belçika, Fransa, İngiltere, Almanya ve Türkiye’de, kamunun kapsamadığı durumlar için sunulan destekleyici model vardır ancak bu model içerisinde, özel sağlık sunucuları, kamunun sunmadığı her hizmet için değil, yine kendi risk kabullerine göre kamunun sunmadığı hizmetlerden neleri sunabileceklerini belirlemektedirler. Örneğin, Türkiye’de SGK tarafından karşılanmayan özel oda farkı ödemesi bu ürünler ile karşılanırken, dış tedavisi için hizmet teminata bulunmamaktadır ancak İngiltere’de yüzde 100 sağlık hizmeti sunumu olduğu için, destekleyici modelde gerçek anlamda sosyal sağlık sisteminde kapsamda olmayan durumlar için teminat verilebilmektedir.

Türkiye, Fransa, Almanya’da hizmet alan sigortalıların üzerinde kalan sağlık risklerini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir özel sağlık sigortacılığı modeli olan tamamlayıcı sigortalar özel sunucular tarafından, kamu sağlık sistemini tamamlayıcı nitelik de yer almaktadır.

Genel bütçe içerisinde sağlık finansmanının tamamının sağlanması zor oluyor ise sosyal sağlık hizmetleri sunumunun devamlılığı için özel sunucular ile iş birliği yapılması gerekmektedir. TSS ile devlet üzerinden yük alınabilmektedir. Devlet politikalarında tüm vatandaşları için TSS’yi zorunlu kılabılırsa, riski dağıtabilecek, bu durumda özel sağlık sunucularının daha makul fiyatlar ile ürünlerini sunabilmelerine imkan sağlayabileceklerdir.

Kimi ülkelerde, ilave ücretlerin yüksekliği nedeniyle tamamlayıcı sigortalar tercih ediliyorken, kimi ülkelerde ise sosyal sağlık hizmetleri tarafından karşılanmayan riskler için teminat verildiğinden tercih edilmektedir.

Devletler sağlık politikalarını belirlerken, diğer ülke uygulamalarını da araştırarak reformlara gidebilirler. Türkiye için sağlık finansmanı İngiltere’de olduğu gibi genel bütçe ve genel vergilerden karşılanamayacak ise, sunduğu sağlık hizmetlerinde özel sunucuları da dahil etmesi gerekecektir. Sosyal güvenlik sisteminin devamlılığı önem arz ettiğinden, uzun

vadeli aktüeryal hesaplamalar ile finansman boyutu çıkartılmalı, devlet üzerindeki riski ve hizmet verme yükümlülüğünü özel sektör ile paylaşmalıdır. Belçika örneğinde olduğu gibi özel sağlık sunucularından hizmet alımı, yıllık değil ömür boyu kapsayıcılık şartı ile sunulabilir. Genç yaşta herkesin özel sunuculardan prim ödeyerek teminat alması sağlanmalıdır. Yaş arttıkça riskler arttığı için haklı olarak özel sağlık sunucuları yaşlı dönemde yüksek primler ile teminat sunabilmektedirler. Bireyler için yaşlı dönemde prim ödeme imkanları çalışma dönemlerine göre daha az olabildiği için, yaşlılık dönemlerinde yüksek primli poliçeleri alamamaktadırlar. Bu sebeple Belçika örneğinde olduğu gibi, genç yaşta sisteme dahil edilip, daha yüksek primler ödenerek yaşlılık dönemi primleri için karşılık ayrılabilir. Prim hesaplarında, bir sonraki yıl artış oranı için tüketici fiyat endeksi ya da sağlık enflasyonu dikkate alınmalıdır.

Sosyal Güvenlik Sisteminde, sağlık hizmetleri sunumu, ulaşılabilirliği ve kapsamı sağlıklı toplumları oluşturmak için çok önemli olduğundan, özel sağlık sunucuları ile birlikte hareket edilerek TSS modelleri geliştirilmelidir. Bu çalışmada genel hatlarıyla sağlık sistemleri ve uygulamalar hakkında bilgi verilmeye çalışılmıştır. Sosyal güvenlik sistemi devamlılığı açısından özel TSS'nin gerekliliği bir sonraki çalışmamızda irdelenecektir.

Dünya örnekleri ile zenginleştirilerek, Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi, özel sağlık sigortası ve TSS özellik ve uygulamaları aktarılan bu tez çalışmasında, genel sağlık sisteminin özel TSS ile kapsamının genişletilebileceği belirtilmektedir. Ülkelerin sağlık finansmanlarına ve sağlık bütçelerine göre modelleri belirlemelerinin gerekliliği ve sağlık sigortaları bir bütün olduğu için çalışmalar yapılırken, sosyal sağlık sistemi, özel sağlık sigortacılığı ve dünya örnekleri ile detaylı incelemeler sonrası, ülkelerin kendilerine uygun modelleri geliştirmeleri ve sağlık reformlarına açık olmaları ifade edilmektedir.

## KAYNAKÇA

Giray, B. (2010). "Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli " Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tapan, B. (2008). "Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sağlık Sigortası'nın Gerekliği " Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Tapan, B., Alıcı, S., Yıldırım, N. ve Gayef, A. "Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliği Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi" FNG & Bilim Tıp Dergisi 2015;1(2):77-86

Tunç, O. Ve Kıyak, M., "Türkiye ve Avrupa'da Özel Sağlık Sigortaları" Journal of Economics, Finance and Accounting, 2015, 2(3), 409-425.

Orhaner, M. (2006) "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası" ,Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi Yıl: 2006 Sayı: 1, 1-22.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Pazarlama ve Perakende, Sağlık Sigortası Modülü, 343FBS006, Ankara 2011

Türkiye ve Sigorta Birliği, Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası, Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu , Haziran 2015

Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni, 26 Kasım 2016, sayı 21527

<http://www.worldbank.org/tr/country/turkey>

<http://www.worldbank.org/en/country/germany>

<http://www.worldbank.org/en/country/belgium>

<http://www.worldbank.org/en/country/france>

<http://www.worldbank.org/en/country/netherlands>

OECD Healthcare Coverage Statistics;

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND#>

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2015-country-notes.htm>

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INSIND>

<https://www.laverbraucherportal.de/versicherung/krankenversicherung/tr#>

Türkiye Sigorta Reasürans Birliği Resmi İstatistik Raporları;

<<http://www.tsb.org.tr/Document/istatistikler/4%20Police%20Adetleri%202013-12.xls>>

Hazine Müsteşarlığı Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği (23.10.2013 \_ \_28800)

<<https://www.hazine.gov.tr/File/?path=ROOT%2f1%2fDocuments%2fSigortac%c4%b1%>>

[https://www.mapfre.com.tr/sigorta-tr/images/bireysel-saglik-bilgilendirme-formu\\_tcm](https://www.mapfre.com.tr/sigorta-tr/images/bireysel-saglik-bilgilendirme-formu_tcm)

[http://www.anadolusigorta.com.tr/i/content/29\\_1\\_saglik-sigortasi-ozel-sartlar-2016](http://www.anadolusigorta.com.tr/i/content/29_1_saglik-sigortasi-ozel-sartlar-2016).

<http://www.axasigorta.com.tr/documents/brosur/Super-sagligim-platin-v2.pdf>

<https://www.allianzsigorta.com.tr/v>

<https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=d5518cbc>

<https://www.oecd.org/els/health-systems/30455292.pdf>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GERMANY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

<http://www.oecd.org/health/health-systems/Country-Note-TURKEY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

<http://www.oecd.org/health/health-systems/Country-Note-FRANCE-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

<http://www.oecd.org/belgium/Country-Note-BELGIUM-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-NETHERLANDS-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

<http://www.oecd.org/unitedkingdom/Country-Note-UNITED%20KINGDOM-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

[http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/get.php?download\\_file=20070302.pdf](http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/get.php?download_file=20070302.pdf)

[http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/get.php?download\\_file=20070404.pdf](http://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/get.php?download_file=20070404.pdf)

Sosyal Güvenlik Kurumu , Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi, Genel Sağlık Sigortası, Yayın No  
79 201312

T.C. Hazine Müsteşarlığı Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Ynetmelik\_2014  
<<http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/3c88fded-f42b-430b-831a-f821a562b9e1/>>

T.C. Hazine Müsteşarlığı zel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği Uygulama Esaslarına İlişkin  
Genelge (2014/4)

## **EKLER**

### **SAĞLIK SİGORTASI GENEL ŞARTLARI**

Madde 1- İşbu sigorta, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

#### **Teminat Dışı Kalan Haller**

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

- a) Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- b) Cürüm işlemek veya cürme teşebbüs,
- c) Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- d) Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,
- e) Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f) 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar.
- g) Sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ile,
- h) Poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

### **Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller**

Madde 3 – Aksine sözleşme yoksa, aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır:

a) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması.

b) 2 nci maddenin (f) bendinde belirtilen zararlar hariç olmak üzere, 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

### **Sigortanın Coğrafi Sınırı**

Madde 4- Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilecektir .

### **Sigortanın Başlangıcı ve Sonu**

Madde 5- Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

### **Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü**

Madde 6- Sigortacı bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde;

a) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez.

Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır.

b) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini 8 gün



içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihinin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

- c) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer.  
d) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko:

- 1- Sigortacı durumu öğrenmeden önce veya,
- 2- Sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veyahut,
- 3- Bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

### **Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü**

Madde 7- Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç 8 gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, 8 gün içinde;

- 1- sözleşmeyi fesheder veya,
- 2- prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar.

Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini 8 gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur.

Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder.

Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esasından hesap edilir ve fazlası geri verilir.

Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer.

Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

### **Primin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması**

**Madde 8\*-** Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit en geç poliçenin tesliminde ve kalan taksitler poliçede belirtilen tarihlerde ödenir.

Primin tamamı veya taksitle ödenmesi kararlaştırılmış ise ilk taksit ödenmeden sigortacının sorumluluğu başlamaz.

İlk taksidi veya tamamı bir defada ödenmesi gereken prim, zamanında ödenmemişse, sigortacı, ödeme yapılmadığı sürece, sözleşmeden üç ay içinde cayabilir. Bu süre, vadeden başlar. Prim alacağının, muacceliyet gününden itibaren üç ay içinde dava veya takip yoluyla istenmemiş olması hâlinde, sözleşmeden cayılmış olunur.

İzleyen primlerden herhangi biri zamanında ödenmez ise, sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiş olur. Sigortacının, sigorta ettirenin temerrüdü nedeniyle Türk Borçlar Kanunundan doğan diğer hakları saklıdır.

Bir sigorta dönemi içinde sigorta ettirene iki defa ihtar gönderilmişse sigortacı, sigorta döneminin sonunda hüküm doğurmak üzere sözleşmeyi feshedebilir. Can sigortalarında indirime ilişkin hükümler saklıdır.

Prim ödeme zamanı, miktarı ve primin ödenmemesinin sonuçları, poliçenin ön yüzüne yazılır.

Sigorta ücretinin kambiyo senetlerine bağlanması borcun niteliğini değiştirmedeği gibi Ticaret Kanunu ile tanınmış hak ve ayrıcalıklara da hâle getirmez. (\*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

### **Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri**

Madde 9-

A) Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı:

- Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur.

- Sigorta ettiren/sigortalı sözkonusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor olarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

B) Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma:

Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır.

Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkını haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur.

Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır.

Yukarıda (A) ve (B) paragraflarında belirtilen yükümlülükler;

a) Kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur.

b) Kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz.

C) Gerekli belgelerin teslimi

Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını, veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

### **Masrafların Tesbiti**

Madde 10- İşbu sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder.

Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz.

a) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler,

b) Sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri,

Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir. a) İki taraf (b) fıkrasına göre tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

c) Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren 15 gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez, yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

d) Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

e) Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiği tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

f) Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

g) Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez.

Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

h) Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliği tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğer ki, hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

ı) Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

i) Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

### **Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı**

Madde 11- Sigortacı ödediği tazminat tutarınca sigortalının sosyal güvenlik hukuku kapsamında olanlar dahil tüm haklarına halef olur. Sigortacı ödediği tutar için rücu hakkını, yükümlülere karşı kullanabilir.

Sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacının açabileceği davaya veya takibe yararlı ve elde edilmesi mümkün belge ve bilgileri vermeye zorunludur. (2015/22 sayılı Sağlık Sigortası Genel Şartlarında Yapılan Değişikliğe İlişkin Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

### **Müşterek Sigorta**

Madde 12- Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

### **Sırların Saklı Tutulması**

Madde 13- Sigorta kapsamına girecek veya giren kişiler, ilgili belgeleri imzalamakla risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla, sağlık bilgilerinin, sigortalılık kayıtlarının ve diğer bilgilerinin 5684 sayılı Sigortacılık Kanununun 31/A ve 31/B maddeleri hükmü çerçevesinde paylaşılmasına rıza göstermiş sayılır. Keyfiyet, bilgilendirme formunda ve poliçe veya katılım sertifikasında belirtilir.

Bu maddenin birinci fıkrası kapsamında risk değerlendirmesi yapılabilmesi ve tazminat başvurularının sonuçlandırılabilmesi amacıyla talep edilen bilgi ve belgelerin ihtiyaç ile uyumlu olması ve dorudan bağının bulunması gerekmektedir.

Şirket; sağlık bilgileri, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, ilgili mevzuat ile yetkilendirilen merciler haricinde, sigortalının rızası olmadıkça hiçbir gerçek ve tüzel kişiye veremez.

Sigortalı hakkındaki sırlara vakıf olan tüm gerçek ve tüzel kişiler, bu sırların saklı tutulmasından sorumludur. (2015/22 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)

### **Tebliğ ve İhbarlar**

Madde 14- Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır.

Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

### **Yetkili Mahkeme**

Madde 15- Bu poliçeden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgahının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

### **Zaman Aşımı**

Madde 16- Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir.

## **Özel Şartlar**

Madde 17- Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klozlara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

## **Bilgilendirme Formu, Poliçe ve Katılım Sertifikası Verme Yükümlülüğü**

### **Madde 18\* – A. Genel Hususlar**

Sigortalılara bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şarttır.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası imza karşılığı verilir ve imzalı bir örneği şirkette saklanır.

Ancak; sigortacı ile sigortalıların fiziki olarak karşı karşıya gelmesinin söz konusu olmadığı hallerde veya işin mahiyetinin gerektirdiği durumlarda elektronik ortamda veya sigortalının erişimini mümkün kılan benzeri araçlarla bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilebilir.

Sigortalıların bilgi paylaşımına ilişkin yazılı onayı, imza karşılığı verilen bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası aracılığı ile temin edilemez ise teklifname veya izni gösterir bir muvafakatname veya benzeri başka bir yöntemle temin edilir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının verildiğinin ve bilgi paylaşımına ilişkin onayın alındığının ispat yükümlülüğü sigortacıya aittir.

Bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulu

### **B. Grup Sigortaları**

En az on kişiden oluşan, sigorta ettiren tarafından, belirli kıstaslara göre kimlerden oluştuğunun belirlenebilmesi imkanı bulunan bir gruba dahil kişiler lehine, tek bir sözleşme ile sigorta yapılabilir. Sözleşmenin devamı sırasında gruba dahil herkes sigortadan, grup sigortası sözleşmesi sonuna kadar yararlanır. Sözleşmenin yapılmasından sonra grubun on kişinin altına düşmesi sözleşmenin geçerliliğini etkilemez.

Bilgilendirme formu, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından önce; katılım sertifikası, sigortalının grup sözleşmesine dahil olmasından itibaren on beş gün içinde verilir.

Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının verilebilmesi için sigortacı tarafından sigorta ettirenden sigortalılara ait iletişim bilgileri talep edilir. Sigorta ettiren, sigortacının bilgilendirme ve katılım sertifikası verme yükümlülüğünü gereği gibi yerine getirmesini teminen her türlü kolaylığı gösterir.

Ancak; sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigorta ettiren tarafından sigortacıya bildirilmemesi nedeniyle bu maddede bahsi geçen yükümlülüğün gereği gibi yerine getirilememesi durumunda sigortacı sorumlu tutulamaz.

Sigortalıya ait iletişim bilgilerinin sigortacı ile paylaşılmaması durumunda; sigortacı, sigortalılara ait bilgilendirme formu ve katılım sertifikalarını sigortalılara verilmesini teminen bu maddede belirlenen usule uygun şekilde sigorta ettirene teslim eder. Bilgilendirme formu ve katılım sertifikasının birer örneği sigortacının internet sayfası üzerinden sigortalının ulaşabildiği kişisel sayfasına konulur. Sigortacı, sigortalılara ait kişisel sayfaya erişim yöntemi hakkında sigorta ettireni bilgilendirir.

### **C. Aile Sigortaları**

Aile bireylerinin dahil olduğu sözleşmelerde bağımlılar (eş, 18 yaşından küçük çocuklar ve bakmakla yükümlü olduğu diğer kişiler) için, aksi talep edilmedikçe, ayrı bir bilgilendirme formu ve poliçe veya katılım sertifikası verilmesi şartı aranmaz. (\*:15.06.2016 tarih ve 2016/12 sayılı Sektör Duyurusu ile değiştirilmiştir.)





